

مرجع إكلينيكي
في

الاضطرابات النفسية

دليل علاجي تفصيلي

تحرير

ديفيد هـ. بارلو

الترجمة

إشراف ومراجعة صفوت فرج



مكتبة الأنجلو المصرية

مرجع اكلينيكي
في
الأضطرابات النفسية

دليل علاجى تفصلى

تحرير ديفيد هـ . بارلو
جامعة ولاية نيويورك ، البانى

Dvid H.Balrow

اشراف على الترجمة والمراجعة
صفوت فرج
جامعة القاهرة

ترجمة

دكتور صفوت فرج
دكتور محمد نجيب الصبوة
دكتور مصطفى أحمد تركى
دكتور جمعة سيد يوسف
دكتورة هبة إبراهيم القشيشى
دكتورة حصة عبد الر حمن الناصر
دكتور هدى حسن جعفر

الناشر

مكتبة الأنجلو المصرية

الطبعة الإنجليزية

**Clinical Handbook Of
Psychological Disorders
Second Edition**

الطبعة العربية

مكتبة الأنجلو المصرية

بتصريح من دار نشر جيلتورد

هذوان الكتاب : مرجع الكليينكي في الاضطرابات النفسية

المتراف ومراجعة : د / صفوت فرج

اسم الناشر : مكتبة الأنجلو

اسم الطابع : مطبعة محمد عبد الكريم حسان

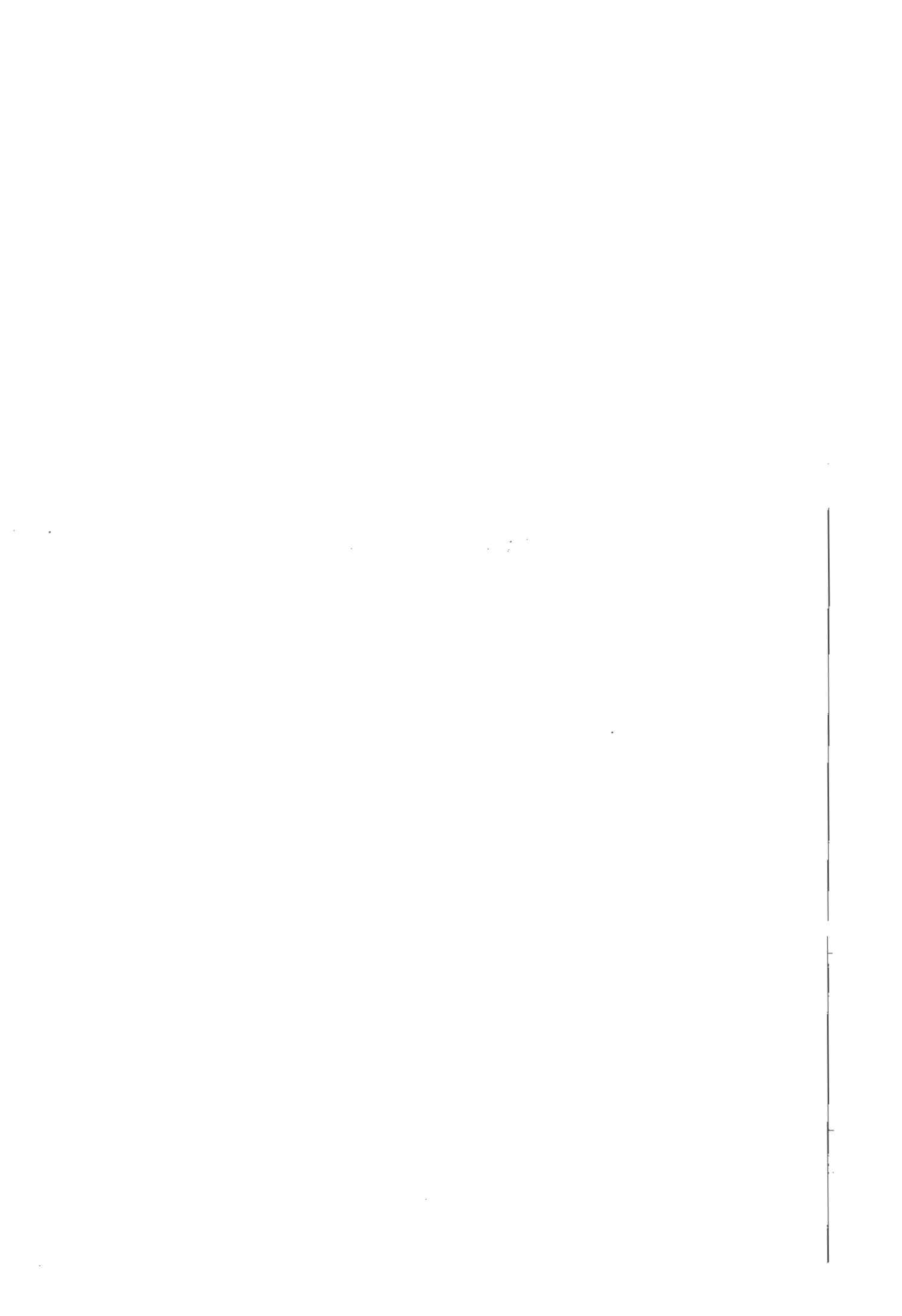
رقم الايداع : ٢٠٠٢/٩٩٥٦٠

الترفة عيم الدولي : ISBN.977-05-1919-7

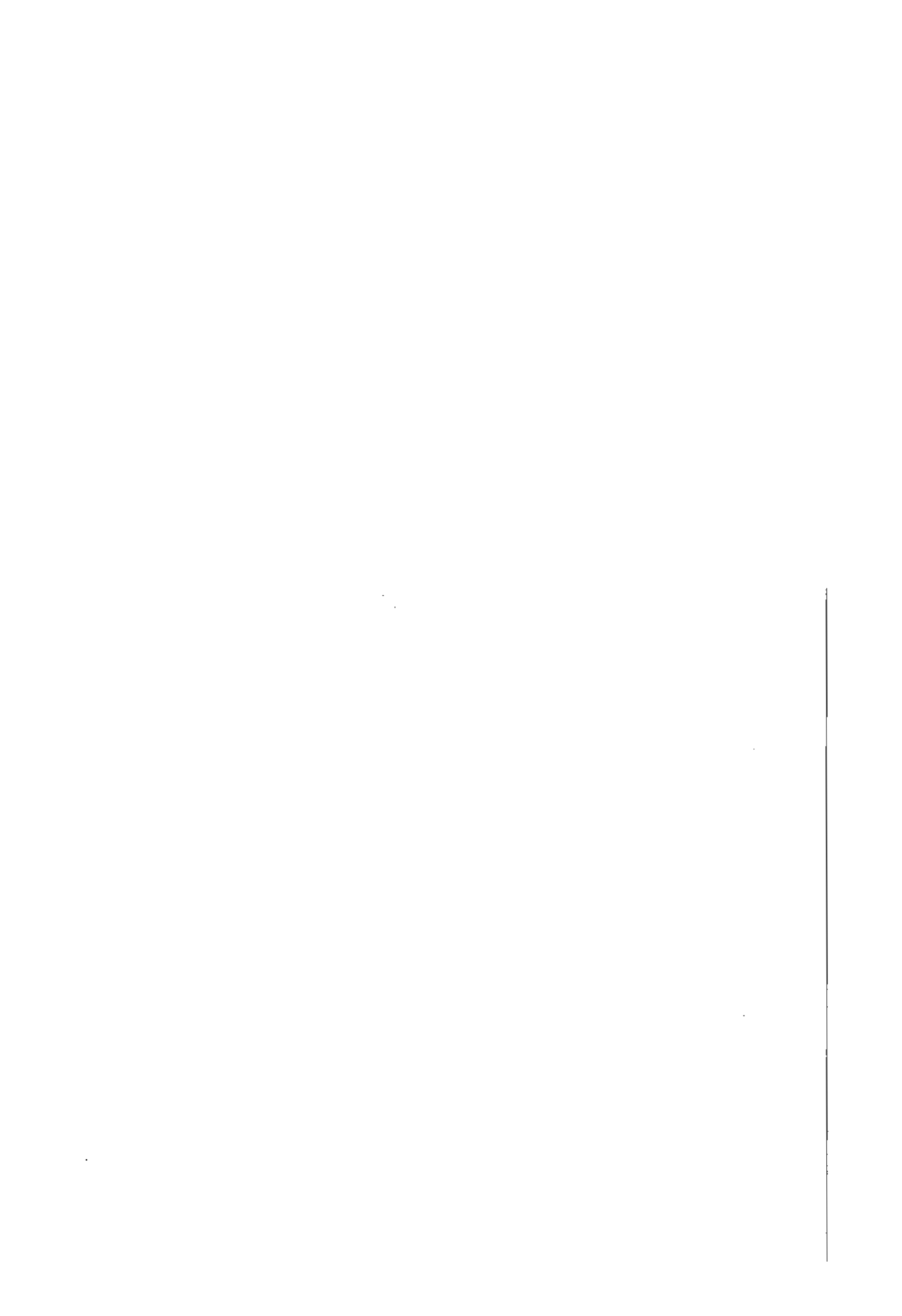
إلى

سارة وساندرا وانتوني وهانا

صفوت



إلي
بفدلي أ. بارلو



المساهمون فى التأليف

ديفيد هـ. بارلو

DAVID H. BARLOW, PHD

قسم علم النفس ، جامعة ولاية نيويورك ، فى البانى

أرون ت. بيك

AARON T. BECK, MD

مركز العلاج المعرفى ، جامعة بنسلفانيا ، فيلادلفيا.

تيموثى أ. براون

TIMOTHY A. BROWN, PSYD

كيلى / براونيل

KELLY D. BROWNE, PHD

قسم علم النفس ، جامعة بيل ، نيو هافن ، كونيتيكت

كارين س. كالهون

KAREN S. CALHOUN, PHD

قسم علم النفس ، جامعة جورجيا ، أثينز

ميشيل ب. كارى

MICHAEL P. CAREY, PHD

قسم علم النفس ، جامعة سيراكوز ، سيراكوز ، نيويورك

جيمس ف. كوردوفا

JAMES V. CORDOVA, MS

قسم علم النفس ، جامعة واشنطن ، سياتل

ميشيل ج. كراسك

MICHAELLE G. CRASK, PHD

قسم علم النفس ، جامعة كاليفورنيا

أدنا ب. فوا

EDNA B.FOA, PHD

قسم الطب النفسى ، كلية طب بنسلفانيا/معهد شرق بنسلفانيا للطب النفسى ،
فيلادلفيا

ريتشارد ج. هايمبرج

RICHARD G.HEIMBERG, PHD

قسم علم النفس ، جامعة ولاية نيويورك ، البانى

ديبرا أ. هوب

DEBRA A.HOPE, PHD

قسم علم النفس ، جامعة نبراسكا ، لينكولن

نيل س. جاكسون

NEIL S.JACOBSON, PHD

قسم علم النفس ، جامعة واشنطن ، سياتل

كونستانس أ. كيهيرر

CONSTANCE A. KEHRER, MS

قسم علم النفس ، جامعة واشنطن ، سياتل

مارشا م. لينهان

MARSHA M.LINEHAN, PHD

قسم علم النفس ، جامعة واشنطن ، سياتل

بريارا س. ماكريدى

BARBARA S.McCRADY, PHD

مركز دراسات الكحول ، جامعة روتجرز ، بيكاتاواى ، نيوجيرسى

أندور و. ميسلر

ANDREW W.MEISLER, PHD

قسم علم النفس ، جامعة ييل ، نيوهافن ، كنتاكي

تريسى أ. أوليرى

TRACY A. O'LEARY, BA

مركز اضطرابات التوتر والقلق ، جامعة ولاية نيويورك ، البانى

باتريك ماهلين أونيل

PATRICK MAHLEN O'NELL, PHD

قسم الطب النفسى والعلوم السلوكية ، الجامعة الطبية لجنوب كاليفورنيا ،
شارلستون

كاتلين م. بايك

KATHLEEN MAHLEN M. PIKE, PHD

قسم الطب النفسى ، جامعة كولومبيا ، نيويورك

باتريشيا أ. ريسك

PATRICIA A. RESICK, PHD

قسم علم النفس ، جامعة ميسورى ، سانت لويس

ديفيد س. ريجز

DAVID S. RIGGS, PHD

قسم الطب النفسى ، كلية طب بنسلفانيا/معهد شرق بنسلفانيا للطب النفسى ،
فيلادلفيا

أرثر واينبرجر

ARTHUR WEINBERGER, PHD

مركز وول ستريت للعلاج المعرفى ، نيويورك

ج. تيرنس ويلسون

G. TERENCE WILSON, PHD

قسم علم النفس الاكلينيكي ، جامعة روتجرز ، بيسكاتاواي ، نيوجرسي

جون ب. وينسيز

JOHN P. WINCZE, PHD

قسم علم النفس والسلوك الانساني ، وقسم علم النفس ، جامعة براون ،

بروفيدانس ، رودايلاند

جيفري ي. يونج

JEFFREY E. YOUNG, PHD

قسم الطب النفسي ، جامعة كولومبيا ، نيويورك

المساهمون في الترجمة

أستاذ دكتور صفوت فرج
أستاذ علم النفس ، جامعة القاهرة

أستاذ دكتور مصطفى أحمد تركي
أستاذ علم النفس ، جامعة الكويت

استاذ دكتور محمد نجيب الصبوة
استاذ علم النفس ، جامعة القاهرة

دكتورة هبة ابراهيم
استاذ علم النفس المساعد ، جامعة المنيا

دكتورة حصة عبد الرحمن الناصر
مدرس علم النفس ، جامعة الكويت

أستاذ دكتور جمعة سيد يوسف
استاذ علم النفس ، جامعة القاهرة

دكتورة هدى جعفر
مدرس علم النفس ، جامعة الكويت



تصدير المحرر

تواصل الطبعة الثانية من هذا الكتاب التعبير عن الانطلاق المتميز عن أى عدد من الكتب المشابهة التى تقدم مراجعة للتطورات فى علاج الاضطرابات النفسية . وقد طورنا بشكل متزايد خلال عقد الثمانينيات تقدما نحو التسعينيات تكنولوجيا لتعديل السلوك تختلف بالضرورة من اضطراب لآخر . وتتضمن هذه التكنولوجيا مجموعة متنوعة من الأساليب والاجراءات التى برهنت بقدر أو آخر على فعاليتها للاضطراب المعين .

ومن الطبيعى أن لدينا دلائل أكثر على فعالية هذه الأساليب العلاجية بالنسبة لبعض الاضطرابات أكثر من غيرها ، وقد أصبح من الواضح بقدر أكبر ، منذ الطبعة الأولى لهذا الكتاب ، أن هناك قدر جوهري من المهارات الاكلينيكية مطلوب لتطبيق هذه التكنولوجيا بفعالية . وبالتالى فهذا الكتاب فى طبعته الثانية ليس مجرد مراجعة أخرى للاجراءات العلاجية لمشكلات معينة مع توصيات ببحوث تالية . أنه وصف تفصيلي لبرامج علاج حقيقية طبق فيها بالفعل اختصاصيون اكلينيكيون من ذوى الخبرة تكنولوجيا تعديل السلوك فى سياق اثني عشر اضطرابا من أكثر الاضطرابات شيوعا .

والجديد فى هذه الطبعة من الكتاب ، وهو ما يعكس تطورا أساسيا حدث خلال السنوات الأخيرة ، تلك البرامج العلاجية الخمس الجديدة فى الفصل العاشر حول اضطرابات الشخصية البيئية لمارشا لينيهان وكونستانس كيهلر ، والذي يوضح أول منحى ذى فعالية تم البرهنة عليه لهذه الحالة المتطرفة الصعوبة وجديد أيضا الفصول الهامة والمشوقة للأساليب العلاجية الفعالة للمخاوف الاجتماعية لديبرا هوب وريتشارد هايمبرج (انظر الفصل الثالث) واضطراب الضغوط التالية للصدمة لضحايا الاغتصاب لكارين كالهون وباتريشيا ريسك (انظر الفصل الثانى) ، واضطرابات الأكل التى تتضمن فقدان الشهية العصبى واضطراب اعتراف الطعام لتيرنس ويلسون وكاثلين بايك (انظر الفصل السابع) ، وبرنامج علاجى آخر لاضطراب القلق المعمم طور فى مركزنا لاضطرابات التوتر والقلق فى البانى (انظر الفصل الرابع) . وقد تعرضت بقية فصول الكتاب لمراجعة

جوهريّة تعكس أكثر التطورات التي جرت حداثة في برامج العلاج لأغلب المشكلات ويتضمن ذلك مراجعة ضخمة ، أو ما يعد في الغالب بمثابة برامج جديدة كلية لاضطراب الهلع ومخافة الأماكن المفتوحة ، والاكتئاب ، والسمنة ، والكحولية ، والاختلالات الجنسية . ويعرض الفصل الخاص بالكدر الزوجي لجيمس كوردوفا ونيل جاكوبسن (انظر الفصل الثاني عشر) منحا مختلفا كلية سواء من حيث المفاهيم أو التطبيق مقارنة بالفصل الذي تضمنته الطبعة الأولى من هذا الكتاب .

وكما حدث بالنسبة للطبعة الأولى ، فإن ما شجع صدور هذا الكتاب هو العدد الذي لا يحصى من طلاب الدراسات العليا في علم النفس الاكلينيكي ، والأطباء النفسيين المقيمين وغيرهم من المتخصصين في الصحة العقلية سواء من المتدربين أو الممارسين الذين يسألون : «ولكن كيف اطبق ذلك ؟» . مدركين عدم وجود مصدر واحد يمكن أن يتضمن برنامج علاجي تفصيلي للاستخدام بمثابة مرشد للممارسة .

ويحاول هذا الكتاب سد هذه الثغرة . ولتحقيق هذا الغرض عرضت مجموعة من الموضوعات المحددة في أغلب الفصول . حيث يبدأ كل فصل بمراجعة مختصرة لمعلوماتنا عن الاضطراب المعين ، يلي ذلك وصف للنموذج أو النظرية الصغرى المعينة التي توجه التكنولوجيا المستخدمة مع الاضطراب محور الاهتمام .

وهذا النموذج أو النظرية الصغرى يجب بصورة نمطية عن سؤال : ماهي الجوانب المعينة في هذا الاضطراب التي يتعين تقييمها وعلاجها ؟ . وبينما دائما ما تؤدي التطبيقات الاكلينيكية إلى إضعاف النماذج النظرية . إلا أن المتخصصين الاكلينيكيون سيترفون أن المناحي والنظم السلوكية مع بعض السياقات النفسية الدينامية هي السياقات النظرية المسيطرة .

ويعقب هذا النموذج وصف للموقف النمطي الذي يتم العلاج في سياقه . ويختلف هذا الموقف من اضطراب لآخر ، ممتدا من موقف العيادة المعتاد للغاية إلى البيئة المنزلية للمريض . وقد نوقشت بالمثل أوصاف تفصيلية للسياق الاجتماعي للعلاج (مثل ذلك : أهمية مشاركة الأسرة والأصدقاء) وكذلك متغيرات المعالج التي قد تكون مهمة في تطبيق الأساليب العلاجية في مخاوف

الأماكن المفتوحة أو الكدر الزواجي . كما نوقشت بالإضافة إلى ذلك الدلالات العلاجية لمغيرات العميل ، مثل الاعتمادية ، ونقص التوكيدية ، لدى العديد من أصحاب مخاوف الأماكن المفتوحة .

يتبع ذلك وصف تفصيلي متحرر للخطوات المتتابعة في التقييم والعلاج في العديد من الفصول ، مصحوب بسيناريوهات لجلسات العلاج .

ومن بين المكونات المهمة في هذا المنحى التحديدات الخاصة بمنطق العلاج الذي يقدم للمريض قبل العلاج ، وكذلك المشكلات النمطية التي تظهر خلال تطبيق التكنولوجيا العلاجية ، وحيثما تتوفر بيانات فإننا نقدم معلومات حول المؤشرات التنبؤية لنجاح أو فشل العلاج .

ولتحقيق هذه الأهداف الطموحة المقدمة فيما سبق ، كنت محظوظا للغاية في هذه الطبعة من الكتاب ، كما كنت في الطبعة السابقة ، بمشاركة قادة من الاختصاصيين الاكلينكيين والباحثين الذين وثقوا بشئ من التفصيل كيف يعالجون مرضاهم في الواقع الفعلي . ومرة أخرى فقد ذكر هؤلاء الثقة أن العدد من التفاصيل التي كان عليهم أن يضمنوها ليتمكنوا من توصيل كيفية تطبيق برامجهم العلاجية تجاوز ما كانوا يتوقعون القيام به . وأملى هو أن يستفيد الاختصاصيين الاكلينكيين الممارسين وطلاب علم النفس الاكلينيكي في كل مكان من الاطلاع على هذه التفاصيل.

واعبر عن امتناني العميق لماري آن بيلز ، مساعدتي التنفيذية التي أعدت بالفعل هذا الطبعة الثانية من البداية حتى النهاية ، ولماريون شوارتز ، وأمى بيش ، وكاثي انجمان ، وليزا وايزرجر لإعدادهم فهرسا مفيدا لهذا الكتاب .

ديفيد هـ . بارلو

جزيرة نانتوكيت

مقدمة الطبعة العربية

جاءت ترجمة هذا الكتاب إلى العربية لا نتيجة لاختيار مدقق له من بين كتب متعددة تتناول هذا المجال الخصب ، رغم أن اختيار مدققا ما كان سينتهي بعيدا عنه . ولكنه جاء في الحقيقة خضوعا لأغراء شديد فرضه هذا الكتاب من خلال المنحى الذى اختطه في تناول موضوعاته والاحاطة الشاملة بها ، والتي تسد ثغرات لا ثغرة واحدة في الممارسة والتدريب النفسى الاكلينيكي سواء للاختصاصيين النفسيين الاكلينيكين أو الأطباء النفسيين . بالإضافة إلى الاحتياج الأساسى لمصدر بهذا الثراء فى اللغة العربية .

فقد أصبح من الملاحظ الآن - أكثر من أى وقت مضى - أن التوسع فى تقديم الخدمة النفسية الاكلينيكية فى مجتمعاتنا العربية لم يصاحبه نشاط مماثل فى الاصدارات العلمية والمهنية التى تساند هذه الممارسة وتدعمها ، وترسى أركانها . وبدت الحاجة ضرورية وجوهريه لتوفير مصادر موثوقة تفتح أفقا جديدة أمام الدارسين والمتدربين لتعرف الاساليب الحديثة فى الممارسة الاكلينيكية ، وتقدم الاجراءات والبرامج العلاجية بتفصيل أوضح ومن خلال نماذج واقعية تتعرض لأغلب المشكلات التى تظهر فى الموقف العلاجى ، وتقدم حولا مختبرة لمثل هذه المشكلات .

وقد توفرت كل هذا الخصائص فى الكتاب الحالى الذى يتضمن عرضا لأثنى عشر اضطرابا هى الأكثر شيوعا ، ويمثل أصحابها الجمهور الأكثر ترددا على المعالجين طلبا للمساعدة . ورغم أن قضية الشروع وتكرار طلب المساعدة هذه قد تتعلق بمجتمع آخر تتوفر فيه الاحصاءات والبيانات ، ويتسم بخصائص حضارية يمكن أن تؤدى إلى توجيه الاهتمام نحو اضطراب دون آخر (مثل اضطرابات الأكل والسمنة وصورة الجسم على سبيل المثال) ، أو إلى تحرر أكبر بين أفرادهم قادرين على السعى بحثا عن حلول لمشكلات حساسة ، لا تناقش علانية أو يكشف عنها فى مجتمعات أخرى (مثل اختلافات الوظائف الجنسية) إلا أن هذه الفروق الحضارية لا تؤثر تأثيرا كبيرا فى قدر الأهمية الذى

تغطي به هذه المجموعة المختارة من الاضطرابات التي يتعرض الكتاب لأساليب علاجها.

التوجه النظرى الأساسى فى هذا الكتاب معرفى سلوكى ، مع مزج مفيد - بين الحين والآخر - بين بعض الأساليب والاجراءات العملية ، كلما كان ذلك ضرورياً ، وروح متحررة تتوخى المزايا العملية ونتائج الاختبارات الواقعية للأساليب العلاجية المستخدمة ، أكثر من التزامها الصارم بالنماذج النظرية .

ويقف خلف هذا التوجه المعرفى السلوكى حقيقة أن الجانب الأكبر من الاضطرابات السلوكية الكبرى أساسها معرفى ، يتمثل فى خلط المفاهيم وتشوهات إدراكية تؤثر بشكل مباشر فى فكرة الفرد عن ذاته وعن المستقبل وعن عالمه المحيط به . ومن هنا تنشأ استجابات غير سوية تأخذ صورة مخططات معرفية غير توافقية يتحرك الفرد وفقاً لها فى نطاق من الاختلالات والاضطرابات السلوكية .

ويتمثل الهدف العلاجى فى إعادة تنظيم البنية المعرفية ، وتصحيح أخطاء المفاهيم والتعرف على ميكانيزمات عمل المخططات غير التوافقية ، وممارسة تدريبات سلوكية تهدف إلى تحديها ومواجهتها ، وتعلم مهارات جديدة لحل المشكلات وتدبر الأزمات المختلفة ، وزيادة القدرة على التعامل معها .

وتتداخل الأساليب السلوكية مع الأساليب المعرفية فى مجالات أكثر تحديداً تتضمن ممارسة فعلية ، وتعديلات سلوكية عيانية لاستجابات المرء لجوانب اضطرابه ، وإعادة اختبار موقفية لتوقعاته القائمة على مفاهيمه الخاطئة ومخططاته غير التوافقية . بمعنى آخر ، أن الاسهام السلوكى يعمل هنا بالاضافة إلى القاء الضوء على كيفية عمل الاضطراب المعين واستمراره ، إلى إلغاء الارتباطات التشريطية غير السوية المدعمة للسلوك المضطرب ، وتزويد الفرد بالمهارات التى تمكنه من إعادة التوافق بصورة سوية .

إذا انتقلنا إلى العناصر الأخرى العديدة التى تتضمنها بعض الأساليب العلاجية ، سنتبين وضوحاً وإيضاحاً لقضايا الثقة والمسئولية والأمانة ، وحدود تدخل المعالج ، سنلاحظ ذلك الفصل الحاسم بين آراء ومواقف وقيم المعالج وتلك الخاصة بالعميل ، كما يمكننا بالمثل تبين ذلك التمييز بين المنظور العلمى المهنى لجوانب الاضطراب أو السلوك المشكل ، وبين التقييم الأخلاقى لهذه الجوانب

والذى يخرج عن حقوق المعالج الخوض فيه أو مناقشته أو التعليق عليه ، أو يحد من حق العميل فى الحصول على الخدمة العلاجية .

يدخل فى الاطار العام لقضايا المعالج التى تناقش فى السياق ذلك التصحيح للكثير من المفاهيم التى تؤثر فى أهداف العلاج ، من ذلك : من الذى يحدد أهداف العلاج ، المعالج الخبير ، أم العميل الذى يعانى ويطلب الخدمة ؟ ، فى ضوء حقائق العلم أم فى إطار احتياجات المريض ؟ . قضايا اخرى يتم تناولها من خلال السياق الممتد عبر المواقف العلاجية المعروضة ومن خلال حالات واقعية ، من ذلك : كيف تتحدد الأولويات عند تعدد الاضطرابات والمشكلات ؟ وهل يتضمن نصحناء لمريض الشره العصبى التوقف عن تناول الأطعمة السيئة ؟ أو تصحيح المفاهيم عن صورته الجسم بالنسبة لمرضى السمنة ، هل يتعين أن يهدف العلاج دائما إلى إحداث تغيير وتعديل فى السلوك ، أم يمكن أن يتجه فى حالات معينة إلى تنمية وتطوير التقبل بدلا من التغيير ؟ وهو الأمر الذى قد يكون جوهرى فى العلاقات الزوجية المضطربة . هل يهدف علاج الاختلالات الجنسية لدى الذكور إلى أفضل النتائج للوصول إلى انتصاب جيد يحقق جماعا كاملا ؟ أم أن الجنس ليس فقط مجرد جماع كامل ، بل سبل متنوعة للاستمتاع بالعلاقات الحسية يتعين استكشافها ، وما هى الأولوية فى علاج هذه القضايا الجنسية ؟ أهى هذه الاختلالات فى حد ذاتها أم مصادر الكدر فى العلاقات والقلق والاكتئاب مما قد يشكل فى الواقع أسبابا حقيقة للمشكلة .

قضايا كثيرة جديدة ومثيرة لا يستطيع الاخصائى الاكلينيكي ممارسة عمله دون التوقف أمامها مفكرا بشأن شديد ، وتتيح له المناقشات المستفيضة لهذه القضايا فرصة الاطلاع على جوانبها الايجابية والسلبية .

تتضمن فصول الكتاب سيناريوهات متعددة للمواقف العلاجية فى مراحلها المختلفة وإشارات تفصيلية للواجبات السلوكية المنزلية التى تمثل مكونا جوهرى فى هذه النماذج العلاجية ويتطلب الأمر إيضاح نقطتين هنا : الأولى أن السيناريو المعروض فى أى فصل إنما هو جزء مختار من السيناريو الشامل الذى يمتد على مدى جلسات العلاج ، وبالتالي فهو لا يصور كل ما يحدث ويجرى بين المعالج والعميل ، بل يهدف إلى عرض وإيضاح بعض النقاط الجوهرية فى هذا السياق الدينامى للعلاج . النقطة الثانية تتعلق بحقيقة أن الممارسة الاكلينيكية هى جمع بين العلم والفن ، بما يدعونا لتأكيد أن أى من هذه السيناريوهات لا يقدم هنا

ليكون بمثابة الطريقة الموصى باستخدامها مع كل العملاء ، بل بوصفها نموذجاً تعليمياً يستفيد منه المتدرب والممارس ويخطط عمله مسترشداً به ، وبظروف العمل النوعية ، وبطبيعة وخصائص وشدة الاضطراب الذي يتعامل معه .

أن مهمة الاخصائى النفسى الاكلينيكي أن يقوم بنفسه بتفصيل برنامجه العلاجى مسترشداً بهذه التكنولوجيا العلاجية ومطبقة للحقائق العلمية بصورة تتسم بالمرونة والمهارة والابداع ، وبهذا وحده يمكن تحقيق نتائج ملموسة ، بل ودعم المجال من خلال أفكاره الجديدة وأساليبه المبتكرة .

يتضمن الكتاب أثنى عشر فصلاً حول أساليب علاج اضطراب الهلع ومخاوف الأماكن المفتوحة ، واضطراب الضغوط التالية للصدمة مع تركيز على الضغوط التالية لصدمة الاغتصاب ، والمخاوف والقلق الاجتماعى ، واضطراب القلق المعم ، واضطراب الوسواس القهرية ، والاكتئاب ، واضطرابات الأكل والسمنة فى فصلين مستقلين ، والكحولية أو إدمان الخمر ، واضطراب الشخصية البيئية ، والاختلالات الجنسية مع تركيز على اضطراب الانتصاب لدى الذكور ، ثم الكدر الزوجى .

واسهم فى تأليف فصول الكتاب ستة وعشرون مؤلفاً ومؤلفة يمارسون جميعاً العلاج وجمعهم من الاكلينيكين الباحثين ، نفسيين واطباء نفسيين ، ويقدمون فى فصولهم خلاصة تجاربهم وخبراتهم الواقعية ونتائج ممارستهم البحثية فى اطار نقدى تميز فيه نتائج البحوث المضبوطة والاخرى التى لم تستوف شروط الضبط العلمى الصارم ، ولا يترددون خلال عرضهم فى الاشارة إلى الاخفاق فى العلاج إلى جانب النجاحات المحققة . وبالإضافة إلى ديفيد بارلو محرر الكتاب ، تتضمن قائمة المساهمون أسماء لأمعة لعلماء وباحثين كل فى التخصص الدقيق لكل فصل من الفصول الاثنى عشر ، مثل بارلو فى اضطراب الهلع ومخاوف الاماكن المفتوحة ، وارون بيك فى الاكتئاب وفوا صاحبة الاسهامات المرموقة فى الوسواس القهرية ، ولينهان بمنحاهما الجديد فى علاج اضطرابات الشخصية البيئية ، وكارى وويلسز وميسلر فى علاج الاختلالات الجنسية ، وغيرهم ممن يضيق المقام عن ذكر انجازتهم العديدة المعروفة التى تتضمنها مؤلفاتهم الاخرى وبحوثهم فى الدوريات العلمية المتخصصة والتى يستطيع القارئ التعرف على بعضها من قائمة مراجع كل فصل . وقد جاء اسهام هؤلاء المؤلفون متميزاً من منطلق كونهم باحثين متمكنين وممارسين أكلينيكين أصحاب خبرة ممتدة ، وهو ما اضفى على

كتاباتهم ذلك القدر من المرونة والجرأة في تطبيق أساليب علاج مبتكرة واختبارها وفق أدق الشروط ، وفحص جوانبها بحس نقدي رفيع . وهو نوع من الكتابات مازلنا في حاجة إلى المزيد منه في تراثنا العلمي والمهني العربي .

شارك في ترجمة الكتاب إلى العربية نخبة من الاساتذة والزملاء المتخصصين كل في إطار اهتماماته ، وتوجهه العلمي ، فجاءت ترجمتهم رصينة ومحيفة بجوانب الموضوعات ، لايفلت منها تعبير أو مصطلح ، أو يغيب عن الترجمة معنى أو يخلت سياق عن دلالاته .

وما كان لكل هذه الجهود أن تثمر دون حماس ناشر مثقف وواع ، هو الاستاذ أمير صبحي ومكتبة الانجلو المصرية التي تضيف هذه الترجمة العربية إلى كتاب « مرجع في علم النفس الاكلينيكي للراشدين » الذي سبق أن ترجمناه واصدرته عام ٢٠٠٠ لمحرريه ليندزاي وباول في أفضل صور طباعية وبترخيص من الناشر الاجنبي ايضا .

ونرجو في النهاية أن يحقق هذا الاصدار ما نصبوا اليه من فائدة لا نملك إزاءها إلا الامل في أن يحظى برضاء القارئ المتخصص وثقته في أنه مازال للعطاء الجاد موضع في مجتمعنا العلمي .

صفوت فرج

المحتويات

صفحة

١ الفصل الاول
	اضطراب الهلع ومخافة الاماكن المفتوحة
	تأليف : مايكل ج . كراسك، ديفيد هـ . بارلو
	ترجمة : صفوت فرج
١١٣ الفصل الثاني
	اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة
	تأليف : كارين س . كالهون ، باتريشيا أ. ريسك
	ترجمة : مصطفى أحمد تركي
٢٢٧ الفصل الثالث
	المخاوف الاجتماعية والقلق الاجتماعي
	تأليف : ديبرا أ. هوب ، ريتشارد ج. هيمبرج
	ترجمة : محمد نجيب الصبوة
٣٣٣ الفصل الرابع
	اضطراب القلق المعمم
	تأليف : تيموثي أ. براون ، تريسي أ. أوليري ، ديفيد هـ . بارلو
	ترجمة : محمد نجيب الصبوة
٤٦٩ الفصل الخامس
	اضطراب الوسواس القهري
	تأليف : ديفيد س . ريجز، إدنا فوا
	ترجمة : هبة ابراهيم

- ٥٧٧ الفصل السادس
الاكتئاب
تأليف جيفرى ي. يونج ، ارون ت. بيك ، ارثر واينبرجر
ترجمة : صفوت فرج
- ٦٥٩ الفصل السابع
اضطراب الأكل
تأليف : ج. تيرنس ويلسون ، كاثلين م. بايك
ترجمة : حصة عبد الرحمن الناصر
- ٧٤٩ الفصل الثامن
السمنة
تأليف: كيلي د. بروانيل ، باتريك ماهلين اونيل
ترجمة : جمعة سيد يوسف
- ٨٥٩ الفصل التاسع
الكحولية (إدمان الكحول)
تأليف : باربرا س. مك كريدى
ترجمة : محمد نجيب الصبوة
- ٩٥٣ الفصل العاشر
اضطراب الشخصية البيئية
تأليف : مارشا م. ليليهان ، كونستانس أ. كيهيرر
ترجمة : صفوت فرج
- ١٠٥٥ الفصل الحادى عشر
الاختلالات الجنسية : اضطراب الانتصاب لدى الذكور
تأليف : ميشيل ب. كارى ، جون ب. ويتسز ، اندرو و. ميسلر
ترجمة : صفوت فرج

١١٤٣ الفصل الثاني عشر

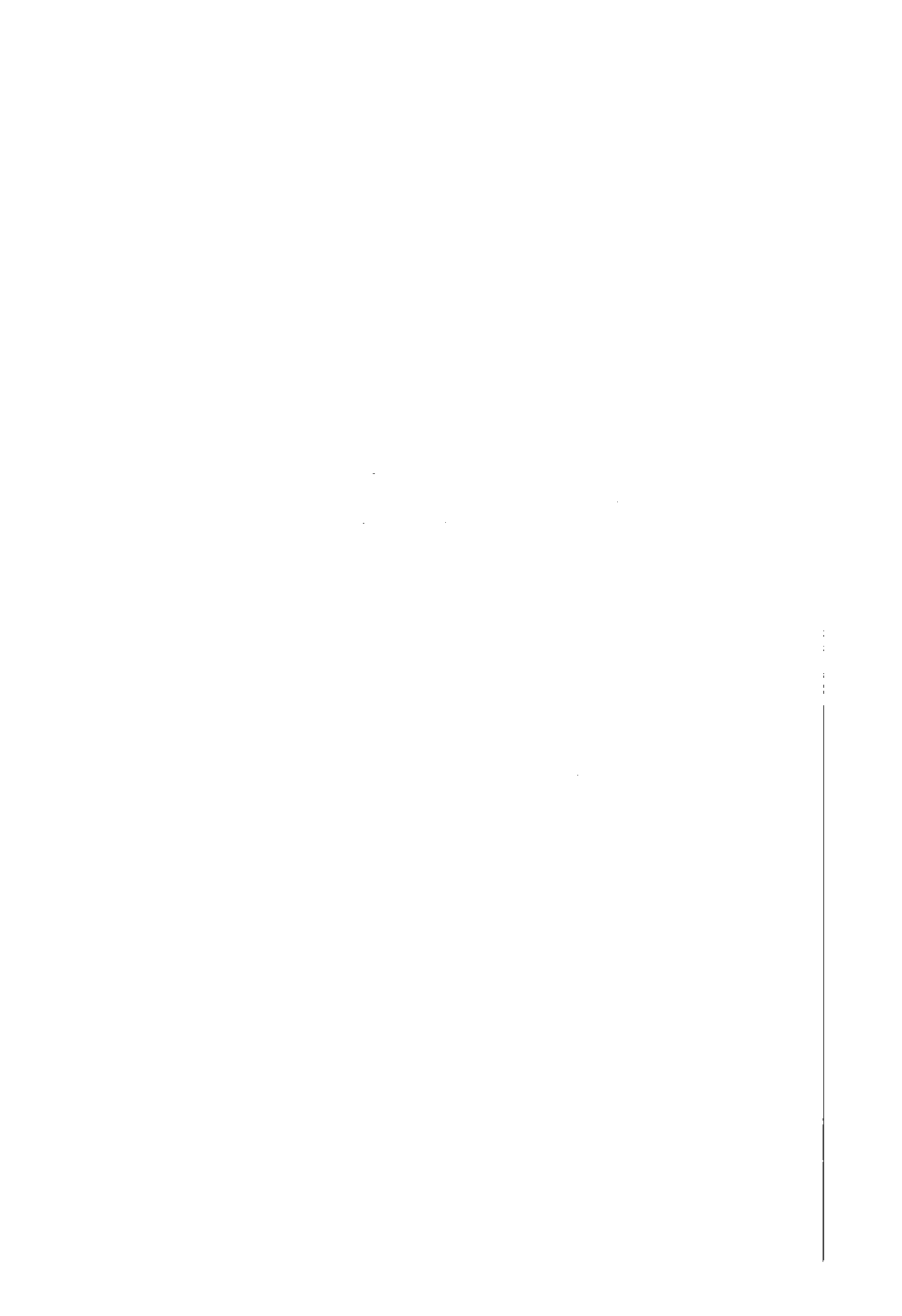
الكدر الزوجي

تأليف : جيمس . ف . كوردوفا ، نيل س . جاكسون

ترجمة : هدى حسن جعفر

* * * * *

الفصل الأول
اضطراب الهلع
ومخافة الأماكن المفتوحة



الفصل الأول

اضطراب الهلع ومخافة الأماكن المفتوحة

ديفيد بارلو

David H. Barlow

جامعة ولاية نيويورك - البانى

مايكل كراسك

Michelle G. Craske

جامعة كاليفورنيا - لوس أنجلوس

ترجمة

دكتور صفوت فرج

قسم علم النفس جامعة القاهرة

يعرض البرنامج العلاجي المقدم وصفة في هذا الفصل لتقدم جوهرى ، يتجاوز البرنامج العلاجي مخاوف الأماكن المفتوحة ، الذى سبق وصفه فى الطبعة الأولى لهذا الكتاب ، فعلى مدى الفترة القصيرة الممتدة لثمانى سنوات ، حدث تغير درامى فى أساليب التناول النفسية لاضطراب الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة أو غير المصحوب بهذه المخاوف ، وقد تم حديثاً توثيق ما حققه هذا العلاج من نجاح حظى بإجماع فى مؤتمر أشرف عليه المعهد القومى للصحة العقلية ، حيث أوصى باختيار هذا العلاج إلى جانب بعض العقاقير المعينة لعلاج اضطراب الهلع ، وتقدم فى هذا الفصل الصورة الأخيرة من هذا البرنامج العلاجي التى طورت فى عيادتنا . ويوحد هذا البرنامج العلاجي بين التطورات الحديثة فى منحانا الخاص بنوبات الهلع . وكذلك يوفر للمرة الأولى تكاملاً شاملاً بين برنامجنا لعلاج اضطرابات الهلع مع منحانا العلاجي للتعجب فى مخاوف الأماكن المفتوحة .

د . ه . ب

مقدمة

ظهر تقدم أساسي في صياغة مفهوم اضطراب الهلع (١) وعلاجه ومخاوف الأماكن المفتوحة (٢) منذ صدور الطبعة الأولى من هذا الكتاب . وباختصار .. فإن مفهوم اضطراب الهلع بوصفه خوفاً متعلماً من إحساسات جسمية معينة يرتبط بنوبات من الذعر كاستجابة سلوكية لتوقع هذا الإحساس الجسمي أو لتصاعده في نوبة هلع كاملة . يترتب على ذلك اتجاه أساليب العلاج النفسي الأحدث نحو نوبات الهلع مباشرة ، من خلال التصويب على الإحساسات البدنية المثيرة للخوف، بافتراض التأثير فيها لإحداث تغير من خلال تغيير العمليات المعرفية وعمليات التداعي . وما زال أسلوب التعرض في المواقف الحية (٣) مطلوباً تقليدياً لمواجهة مخاوف الأماكن المفتوحة . ويغطي هذا الفصل التطورات النظرية وبيانات نتائج العلاج .

ظاهرة الهلع ومخافة الأماكن المفتوحة :

نوبات الهلع عبارة عن نوبات متقطعة لخوف أو فزع مصحوب بأعراض جسمية ومعرفية حسبما يعرف ، وفق محكات نوبة الهلع في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (جمعية الطب النفسي الأمريكية [APA] 1993 [DSM-IV]) * انظر جدول (١ : ١) . ونوبات الهلع متقطعة ويرجع الفضل في ذلك لكونها مفاجئة وغير مستمرة على العكس من التصاعد التدريجي في نشاط القلق . وأحياناً ما تظهر النوبات المتقطعة على غير توقع . ويظل مفهوم عدم التوقع أحياناً غير محدد المعنى في محكات التشخيص . وعلى أي الأحوال ، فهو يشير إلى ظهور الهلع في مواقف أو أوقات غير متوقعة . واتساقاً مع نظريات الانفعالات التي تؤكد دور الميل الأساسي للحركة في الانفعالات المختلفة (Barlow, 1991) ، وكما يرتبط الخوف بالمثل بفعل الهرب ،

(* محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المشار إليها في هذا الفصل هي التي اعتمدت بوصفها المعايير النهائية بواسطة مجموعة اضطرابات القلق ولجنة العمل في الدليل الرابع (APA, 1993) ، ويمكن أن تكون هذه المحكات موضوعاً لبعض التعديلات المحدودة في الصياغة قبل نشر الدليل الرابع .

- (1) Panic disorder
- (2) Agoraphobia
- (3) In vivo exposure

فإن نوبات الهلع ترتبط دائماً بإلحاح للهرب . واتساقاً مع نماذج الاعزاء المعرفى (1) (Clark et al., 1988) فإن نوبات الهلع ترتبط فى الأغلب الأعم بإدراك الخطر أو التهديد (مثل : الموت أو فقدان التحكم أو الحرج) ، وأخيراً فاتساقاً مع النماذج النفس فسيولوجية (مثل : Ehlers & Margraf, 1989) ترتبط نوبات الهلع دائماً بتسارع فى نشاط الجهاز العصبى المستقل .

وعلى أى الأحوال ، فإن ملامح الإلحاح فى الهرب وإدراك التهديد والإثارة الفسيولوجية مما لا يمكن أن يقع تحت الملاحظة فى كل تقرير ذاتى حول ظهور الهلع ، مثال ذلك أن مارجراف وتيلور وإيلرز وروث وأجراس Margraf Taylor, Ehlers, Roth and Angras (1987) وجدوا أن ٤٠٪ من التقارير الذاتية عن الهلع غير مرتبطة بالزيادة فى معدل ضربات القلب . ويبدو مقنعاً أن غياب إثارة حقيقية يعكس القلق التوقعى فى مقابل الهلع الحقيقى . يضاف إلى ذلك أن إدراك التهديد أو الخطر غالباً ما ينكر ، ربما بسبب نقص الميكانيزمات المعرفية اللاشعورية ، وأخيراً فإن إلحاح الهرب يضعف أحياناً نتيجة لوجود مؤشرات أمان (مثل وجود أشخاص ذوى أهمية للفرد أو وجود إمكانات طبية أو مطالب موقفية) .

جدول (١ : ١) محكات الدليل التشخيصى الرابع

لنوبات الهلع

نوبة الهلع

فترة غير متصلة من الخوف الشديد أو عدم الراحة ، تحدث فيها أربعة على الأقل من الأعراض المفاجئة الآتية ، وتصل إلى عنفوانها خلال عشر دقائق .

١ - خفقان سريع للقلب وضربات قوية ، أو زيادة فى معدل ضربات القلب .

٢ - تعرق .

٣ - ارتعاد أو ارتعاش .

٤ - إحساسات بانقطاع التنفس أو ضيق النفس .

٥ - شعور بالصدمة .

(1) Cognitive attributional model

- ٦ - ألم في الصدر أو عدم راحة .
- ٧ - قيء أو آلام في البطن .
- ٨ - الشعور بالدوار وعدم الثبات وخفة الرأس أو الإغماء .
- ٩ - عدم الواقعية (الشعور بعدم الواقعية) ، أو فقدان الشعور بالذات .
(الإحساس بالانفصال عن الذات) .
- ١٠ - الخوف من فقدان التحكم في النفس أو التعرض للجنون .
- ١١ - الخوف من الموت .
- ١٢ - الإحساس بالخدر (إحساس بالخدر أو الوخز) .
- ١٣ - الإحساس بالقشعريرة أو اندفاع الدم الحار .

وقد تظهر نوبات الهلع في كثير من اضطرابات القلق (مثل ذلك اضطراب الهلع ، المخاوف الاجتماعية ، المخاوف البسيطة ، اضطرابات ما بعد الصدمة) . ولتحديد الدلالة التشخيصية الفارقة لنوبة الهلع ، من المهم وضع الموقف الذي تظهر فيه نوبات الهلع في الاعتبار ، وهناك نوعان من العلاقات النموذجية بين ظهور أول نوبة للهلع والمثيرات الموقفية :

- ١ - نوبات الهلع غير المتوقعة (لا توجد مؤشرات على أنها ستحدث) حيث لا ترتبط نوبة حدوث الهلع بمثيرات موقفية (بمعنى أنها تظهر بلا مقدمات) ، وظهور نوبات الهلع غير المتوقعة من متطلبات تشخيص اضطرابات الهلع .
- ٢ - نوبات هلع متعلقة بالموقف (توجد مؤشرات لحدوثها) وحيث يظهر الهلع غالباً ، وينمط ثابت فور التعرض لمثير موقفي (مؤشر) أو توقعه ، وغالباً ما تكون نوبات الهلع هي السمة المميزة للمخاوف الاجتماعية والنوعية .

والتشخيص الفارق لنوبات الهلع معقد نتيجة لحقيقة عدم وجود علاقات حاسمة بين نوع النوبة الهلعية والتشخيص . مثال ذلك أنه على الرغم من أن تعريف اضطراب الهلع يتطلب أن تكون بعض نوبات الهلع غير متوقعة ، إلا أن الأشخاص الذين تنطبق عليهم محكات هذا الاضطراب كثيراً ما يتعرضون لنوبات مسبقة بمؤشرات ، وبالأخص في فترة متأخرة من الاضطراب . والأكثر من ذلك

أن هناك بعض مظاهر النوبات الهلعية لا تجارى أياً من نموذجى العلاقات المشار إليهما . وهذه النوبات الهلعية الموقفية أقرب للظهور عند التعرض للمثيرات الموقفية ، ولكنها لا ترتبط بشكل ثابت بهذه المثيرات ، يضاف إلى ذلك أن النوبات الهلعية لا تحدث بالضرورة فور التعرض للمثير ، وهناك دلائل على أن نوبات الهلع الموقفية متكررة بشكل خاص فى اضطراب الهلع ، ولكنها قد تظهر فى بعض الأوقات فى أنواع معينة من المخاوف أو المخاوف الاجتماعية .

وهناك قصور يتمثل فى مدى ما تكون عليه هذه المجموعة من المحكات ، عند استخدامها فى تحديد أو تعريف الحدود الفاصلة بين الأضطرابات الواردة فى هذا القسم .

ويتعين أن تؤكد مجموعات المحكات بالضرورة على نماذج أعراض كل اضطراب . وسيناقش القسم الخاص بالتشخيص الفارق فى الدليل التشخيصى الرابع قضايا التشخيص للحالات الحدية لهذه الأضطرابات .

ملحوظة : معاد نشره بتصريح من الـ APA ، صاحبة حقوق النشر ١٩٩٢ ، جمعية الطب النفسى الأمريكية .

ولا يكفى ظهور نوبات الهلع لوصف ظاهرة اضطراب الهلع ، واضطراب الهلع المصحوب بخواف الأماكن المفتوحة . وقد أوضحت بحوث عديدة مستقلة أن حوالى من ١٠ ٪ إلى ١٢ ٪ من الجمهور العام تعرضوا لخبرة نوبة هلع واحدة على الأقل خلال الأثنى عشر شهراً السابقة .
(مثال ذلك :

(Norton, Doward, & Cox, 1986; Telch, Lucas & Nelson, 1989)

وعلى النقيض من ذلك ، فإن ما بين ٢ ٪ إلى ٥ ٪ من الجمهور العام انطبقت عليهم محكات نوبات الهلع المصحوبة بخواف الأماكن المفتوحة . (Mayers et al., 1984) ، يضاف إلى ذلك أن نوبات الهلع تظهر فى أنواع من اضطرابات القلق واضطرابات المزاج & (Barlow, Vermilyea, Blanchard, Vermilyea, & Dinardo, 1985) كما أنها غير قاصرة على اضطراب الهلع واضطراب الهلع المصحوب بخواف الأماكن المفتوحة وبالتالي فإن تعريف خصائص اضطراب الهلع واضطراب الهلع المصحوب بخواف الأماكن المفتوحة تم باعتباره قلقاً عند

تكرار حدوثه مقابل الهلع فى حد ذاته . (Barlow, 1988) . ولنضع فى اعتبارنا المشهد التالى على سبيل المثال بين عميلة ومعالج .

العميلة : أرقد أحياناً مستيقظة خلال الليل ، وأنا أفكر فى مليون احتمال مختلف . ما الذى سيحدث لابنتى إذا مرضت ، من الذى سيتولى العناية بها . وما الذى سيحدث إذا مات زوجى دون أن يكون لدينا ما يكفى من المال ، ولم تستطع أبنتى الحصول على تعليم جيد ، ثم أفكر بعد ذلك فى المكان الذى سنقيم فيه وكيف سنتصرف . وأحياناً ما أجهد نفسى للغاية لدرجة أن ضربات قلبى تتسارع فجأة ويشده وتعرق يداى ، وأشعر بالدوار والخوف . لذا أجد أن على أن أتوقف عن التفكير فى كل هذه الأشياء . وعادة ما أنهض وأشاهد التلفزيون ؛ لكى يساعدنى على النوم .

المعالج : هل يخيفك شعورك بسرعة ضربات قلبك وعرقك والدوار الذى تشعرين به ، لدرجة أنك تنزعجين من حدوث هذه المشاعر مرة ثانية ؟ .

العميلة : لا ، إنها مشاعر غير سارة ، ولكنها أخطر ما افكر فيه ، إننى أكثر انزعاجاً بالنسبة لابنتى ومستقبلنا .

ويوضح هذا المثال خبرة الهلع ، والتي لا تكون محور قلق الشخص ، والأقرب لذلك فإن هذه المرأة تعاني من اضطراب قلق عام يقودها إلى هلع موقفى . وتوجد أمثلة مشابهة فى حالات المخاوف الاجتماعية ، واضطراب الوسواس القهرى ، والمخاوف النوعية ، واضطرابات الحالة المزاجية .

ويشير التجنب⁽¹⁾ فى مخاوف الأماكن المفتوحة إلى تجنب المواقف المفزعة أو البقاء فيها تحت وطأة الهلع ؛ حيث يكون الهرب منها صعباً أو يكون طلب النجدة فيها غير متاح فى حالة حدوث نوبة الهلع ، أو فى حالة تزايد الأعراض المحرجة ، والتي لا يمكن احتمالها ، مثل فقدان التحكم فى الأمعاء (التبرز) أو القيئ وتضمن مراقف خواف الأماكن المفتوحة النمطية ، الخوف من الذهاب إلى المراكز التجارية للتسوق ، الانتظار فى صف ، انذهاب إلى المسارح ،

(1) Avoidance

السفر بسيارة أو حافلة ، دخول مطعم مزدحم ، والبقاء منفرداً فى مكان ما ، ويتم تقدير التجنب فى مخاوف الأماكن المفتوحة باعتباره عجزاً فى الأداء ، يتراوح بين عجز بسيط ومتوسط وحاد . ومن أمثلة مخاوف الأماكن المفتوحة البسيطة تردد الشخص فى القيادة لمسافات طويلة بمفرده ، ولكنه يستطيع القيادة من وإلى العمل ، ويفضل الجلوس قرب الممشى فى المسارح ودور السينما ولكنه يظل يذهب إلى دور السينما ، ويشعر بعدم الراحة فى الأماكن المزدحمة . ومن أمثلة مخاوف الأماكن المفتوحة متوسطة الدرجة الشخص الذى يقود السيارة لمسافة لا تزيد عن خمسة أميال من البيت ، بشرط أن يكون مصحوباً بأحد ، والذى يتسوق فى الفترات التى تخلو من الزحام ، ويتجنب الأسواق التجارية الكبيرة ويتجنب الطيران أو السفر بالقطار ومن الأمثلة الحادة التقيد الكامل بالبيت أو خوفاً التقيد النسبى (بالبقاء فى البيت) .

وبالنسبة لبعض الأشخاص ، فإن الدرجة التى يصل إليها خوفهم أو تجنبهم للمواقف المثيرة للخوف تظل ثابتة نسبياً عبر الزمن . وبالنسبة لآخرين تكون التداعيات الموقفية أقل اتساقاً كما توضحها التعبيرات الآتية لعميل : «كل هذه المواقف يمكن أن تكون صعبة بالنسبة لى ، غير أننى أستطيع التعامل معها أحياناً دون أية مشكلة على الإطلاق ، ويعتمد الأمر على مدى شعورى بالقلق بصفة عامة فى اليوم المعين» .

التصنيف

تغير تعريف الدليل التشخيصى الرابع لاضطراب الهلع ، واضطراب الهلع المصحوب بخواف الأماكن المفتوحة بطرق مختلفة عن تعريفات الطبعة الثالثة المنقحة للدليل التشخيصى والإحصائى الثالث للاضطرابات العقلية. (DSM-III-R, APA, 1987)

أولاً : أستبعد تحديد عدد معين من نوبات الهلع ، وتم التأكيد على خاصية كونه غير متوقع ، أو ليس فى الحسبان (أنظر جدول ٢ : ١) .

ثانياً : أصبحت الأعراض المعرفية التى تمثل النوبة أو نتائجها جزءاً من التعريف ، وأحياناً ما يكون لدى بعض العملاء خوفاً أماكن مفتوحة تقليدى ، دون أن يكونوا قد مروا إطلاقاً بخبرة نوبة هلع فعلية ، وعلى أى الأحوال فغالباً ما يكون كل العملاء الذين يعرضون فى العيادة قد عانوا من عرض واحد على الأقل

من الأعراض التي سبق الإشارة إليها ، مثل القيء وتصبب العرق ، أو (الخوف من) فقدان التحكم في الأمعاء [التبرز] أو التحكم في التبول . ويبدو أن هذه النوبات محدودة الأعراض، تخدم الهدف الوظيفي نفسه بوصفها نوبات هلع كاملة، ولكن لأن هؤلاء الأفراد لم يتعرضوا على الإطلاق لنوبة هلع وفقاً للوصف المقدم في هذا السياق ، فإن محكات خواف الأماكن المفتوحة تنطبق عليهم دون أن يكون لهم تاريخ في اضطراب الهلع . ولهذه القضية قليل من الدلالات في العلاج النفسي الاجتماعي الذي يوصف في هذا الفصل ، وقد تبين من خبرتنا أن هؤلاء الأفراد يستجيبون بالمثل للعلاج .

الملامح البارزة

عادة ما يكون السعي نحو علاج الهلع ومخاوف الأماكن المفتوحة حول عمر الرابعة والثلاثين ، على الرغم من أن متوسط العمر الذي تظهر فيه الأعراض لأول مرة يتراوح بين ٢٣ ، ٢٩ .

(Breier, Miller, Rotunda, & Barlow, 1990; Noyes et al., 1986)

ويذكر حوالي ٧٢٪ تقريباً (Craske et al., 1990) وجود موترات غير محددة حول وقت تعرضهم لأول نوبة هلع ، بما في ذلك التوترات الشخصية والتوترات الجسمية ، مثل : الخبرات السلبية مع العقاقير والأمراض ، أو حدوث وفاة في العائلة . وعلى أي الأحوال فإن عدد الموترات لا يختلف عن العدد الذي يحدث سابقاً على بداية الحالة في الأنواع الأخرى من اضطرابات القلق .

(Pollard, Pollard, & Corn, 1989; Rapee, Litwin, & Barlow, 1990; Roy-Byrne, Geraci, & Uhde, 1986) . وقد مر أصحاب نصف التقارير غالباً بخبرة مشاعر هلعية في وقت أو آخر ، قبل أول نوبة هلع بما يوحي أن بداية الحالة إما أن تكون متمكنة أو حادة (Craske et al., 1990) ، ونادراً ما يحدث التشخيص بمعزل عن مشكلات أخرى . فمن الشائع ظهورها مصحوبة بحالات المحور الأول (Axis I) ، بما في ذلك المخاوف البسيطة والمخاوف الاجتماعية والعصاب (١) (Sanderson, DiNardo, Rapee & Barlow, 1990) ، وقد أظهرت عدة بحوث مستقلة أن ما بين ٢٥٪ إلى ٦٠٪ يستوفون محكات

(1) Dysthymia

اضطرابات الشخصية وغالباً ما يكون ذلك تجنباً ، واضطراب شخصية غير مستقل .

جدول (٢ : ١)
صحيفة (بروفيل) تقييم اضطراب الهلع المصحوب
بخواف الأماكن المفتوحة

١ - معالم الهلع :

- إحساسات : انعدام الواقعية - دوار . خفقان القلب
- مدى تكرارها : ثلاث مرات أسبوعياً في المتوسط .
- استمرارها : خمس دقائق في المتوسط .
- إدراكها : موجودة في عقلها في ٧٥ ٪ من الوقت .
- أنماطها : أغلبها متوقع ، وله مؤشرات ، ولكن لا توجد مؤشرات على البعض .

٢ - المقدمات :

- الموقفية : القيادة في الطرق السريعة ، التواجد في تجمعات من الناس ، التواجد منفردة . . . ليلاً على وجه الخصوص ، المطاعم ، الظلام .
- المشاعر الجسمية الداخلية : تذبذب ضربات القلب ، الإحساس بخفة الدماغ ، الإحساس بالجوع ، الشعور بالضعف نتيجة لنقص الغذاء .
- الحالة المعرفية الداخلية : أفكار حول حدوث أمر كبير . أفكار حول عدم القدرة على التصرف في هذه المواقف أكثر من ذلك .
- الانفعالات الداخلية : غاضبة أحياناً .
- الأنشطة : القراءة والتركيز لفترات طويلة من الوقت ، القيام بأنشطة أيروبك .
- المنبهات : كافيين .
- أحداث الحياة المثيرة للتوتر : الجدل مع الأم حول الأخت .

٣ - سوء التقييم :

- بدنياً : لا يوجد .
- عقلياً : لن يحدث أن تعود لكي تصبح سوية ، في طريقها للجنون .
- اجتماعياً : سيرى الآخرون أنني قلقة ، وأنتى أفكر أنني مهمومة .

٤ - الاستجابات السلوكية لنوبات الهلع :

- الهرب : الهرع إلى جانب الطريق ، مغادرة المطاعم وبقية الأماكن المزدحمة .
- طلب المساعدة : طلب الزوج في بعض الأوقات السابقة ، ولكن نادراً ما تطلبه الآن .
- الحمى : الحاجة لهواء منعش ، حمل الغاليوم معها رغم ندرة استعماله .

٥ - الاستجابات السلوكية لتوقع نوبة الهلع .

- تجنب موفى : تجنب القيادة لمسافات طويلة بمفردها ، تجنب الطرق غير المألوفة والطرق السريعة والأماكن المزدحمة .
- الأنشطة المتجنبة : تجنب ممارسة الرياضة ، أو عمل أى شىء لفترة طويلة من الوقت .
- التجنب المعرفى : محاولة عدم التفكير فى القلق .
- مؤشرات الأمان : حمل الأدوية ، دائماً ما تعرف مكان وجود زوجها فى أى وقت .

٦ - المترتبات :

- الأسرة : الزوج مهتم ويساندها . والأم تعتقد أن عليها أن تستجمع شتات نفسها ؛ لأن كل ذلك فى رأسها .
- العمل : ما زالت تعمل ولكنها خفضت من عدد ساعات عملها .
- الترفية : أصبح السفر أقل كثيراً .
- اجتماعياً : قلت من نشاطها الاجتماعى .

٧ - القلق العام :

بعض صعوبات فى التركيز ، النوم غير مريح ، صداع ، الآم وأوجاع عضلية .

(Chambless & Renneberg, 1988; Mavissakalin & Hamman, 1986; Reich, Noyes & Troughlon, 1987) . وعلى أى الأحوال ، فإن طبيعة العلاقة بين اضطراب الهلع واضطراب الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة ، واضطرابات الشخصية ما زالت غير واضحة . من ذلك أن المعدلات الخاصة بانتشارهما ما زالت معتمدة إلى حد كبير على المنهج المستخدم فى تحديد المحور التشخيصى الثانى ، والأمر بالمثل فى الظهور المشترك مع المزاج الاكتئابى (Chambless & Renneberg, 1988; Alnaes & Torgeren, 1990) كما أن بعض اضطرابات الشخصية تنحسر بعد العلاج الناجح لاضطراب الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة . (Mavissakalian & Hamman, 1987; Noyes, Reich, Suclzer, & Christiansen, 1991)

تاريخ العلاج النفسى لاضطراب الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة

لم يسبق وصف اضطراب الهلع والتعرف عليه باعتباره مشكلة قلق نوعية إلى أن ظهرت الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصى والاحصائى للأمراض العقلية (DSM-III; APA, 1980) ، وحتى ذلك الوقت كان ينظر إلى نوبات الهلع بشكل أولى على أنها أحد أنواع القلق الهائم ، وكانت الأساليب النفسية لعلاجها غير محددة ، وكانت تتضمن الاسترخاء وإعادة تنظيم البنية المعرفية لأحداث الحياة بصفة عامة (مثل ذلك Barlow, Cohen et al., 1984) وقد افترض الكثيرون أن العلاج الدوائى كان ضرورياً للتحكم فى نوبات الهلع . وعلى العكس من ذلك كان علاج خواف الأماكن المفتوحة شديد التحدد منذ السبعينات وما بعدها ، وكان يستخدم فيه أساساً منحنى يعتمد على تعريف المريض لمصادر المخاوف فى مواقف معينة . وعلى أى الأحوال ، فقد حظيت نوبات الهلع بالقليل من الأهتمام نسبياً سواء من حيث صياغتها النظرية أو فى إطار علاج مخاوف الأماكن المفتوحة ، وقد أظهرت البحوث أنه لا يمكن التحكم فى نوبات الهلع بشكل متنسق من خلال ملحنى التعرض الموقفى .

(مثال ذلك Michelson, Mavissakalian, & Marchlone, 1985) وتشير الشواهد القصصية إلى تزايد احتمالات الانتكاس لمخاوف الأماكن المفتوحة كلما تزايدت مقاومة الهلع (Graske, Arnou, Taylor, Agras, & Telch, 1985; street & Barlow, 1989). وقد أعتد استنباط اساليب العلاج النوعية الأكثر قدرة على التحكم فى الهلع على صياغة جديدة لنوبات الهلع واضطراب الهلع .

نماذج اضطراب الهلع

تبين الآراء العديدة المتقاربة حول الهلع أن الأختلافات فيما بينها كانت فقط حول تأكيداتها (Ehlers & Clark et al., 1988; Barlow, 1988; Morgraf, 1989) وتؤكد هذه النظريات أهمية الاستجابات النفسية لمجموعة من الإحساسات الفسيولوجية وبشكل أكثر تحديداً يمكن النظر لاضطراب الهلع على أنه نوع من الخوف من إحساس جسمى معين مرتبط بنوبات هلع .

وقد حظى المنحى النفسى البيولوجى (Barlow, 1988) باهتمام متزايد ، وحيث تصاغ النوية الهلعية الأولية نظرياً فى ضوء هذا المنحى باعتبارها إخفاقاً فى منظومة الخوف تحت مواقف الحياة المثيرة للتوتر لدى أولئك الأفراد ذوى الاستعداد للإصابة . وطبيعة القابلية الفسيولوجية للإصابة ما زالت حتى الآن موضوعاً للتساؤل ، وهى تفسر على أقل تقدير باعتبارها استجابة مفرطة أو أنها جهاز عصبى مستقل غير مستقر . والقابلية الفسيولوجية للإصابة ، والتي يمكن أن تتحدد جزئياً بالانتقال الوراثى تتسق مع معدلات التلازم بين اضطراب الهلع واضطراب الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة فى أقارب الدرجة الأولى (Crowe, Noyes, Pauls, & Slymen, 1983; Moran, & Andrews, 1985, Tógrsen, 1983) ويصاغ مفهوم القابلية النفسية للإصابة باعتباره مجموعة من المعتقدات المحملة بالخوف ، والتي تدور حول الإحساسات الجسمية (قد تعنى سرعة ضربات القلب ذبحة صدرية ، أو أنا ضعيف لدرجة أننى لا أستطيع التحكم فى انفعالاتى) وحول العالم بصفة عامة (تجرى الأحداث بطريقة خارجة عن التحكم) وتبدو مفاهيم عدم القدرة على التحكم والحساسية للقلق (Reiss, Peterson, Gursky & McNally, 1986) مركزية فى المنظومة المعرفية لاضطراب الهلع ، واضطراب الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة .

ويحتمل أن تكون خبرات الحياة المتعلقة بتطور مثل هذه المنظومات قد تضمنت تحذيرات من أشخاص ذوي أهمية للفرد ، تتعلق بمخاطر عضوية وعقلية من بعض الإحساسات الجسمية المعينة (أشخاص مثل الوالدين مفرطى الحماية) أو أحداث الحياة السلبية والجوهرية غير المتوقعة ، والتي لا يمكن التحكم فيها (مثل فقدان الوالدين) .

وكما سبق أن قدمنا عند وصفنا السابق ، فإن أحداث الحياة المثيرة للتوتر حول وقت حدوث النوبة الأولى تكون أساساً شخصية وبدنية في طبيعتها . ومن المعتقد أن اضطراب الهلع ، واضطراب الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة ينتج عن حالة استهداف ، تجمع بين المثيرات الحياتية والاستعداد الفسيولوجى والنفسى للإصابة . ويمكن تصور أن التوتر يزيد من مستوى الحث الفسيولوجى ، أو أنه يعزز المنظومات المعرفية الخاصة بعدم القدرة على التحكم فى الإحساسات الجسمية وإدراكها .

ويؤكد كل من بارلو (1988) Barlow وولبه وراون (Wolpe and Rowan 1988) (1988) الطبيعة الصدمية لنوبة الهلع الأولى وما يتلوها من تعلم راسخ . وتتضح الطبيعة الصدمية لنوبة الهلع الأولى من العدد الكبير نسبياً من الأفراد الذين يسعون للحصول على رعاية الطوارئ الطبية ؛ نتيجة لسوء تقديرهم لنوبة الهلع باعتبارها موتاً وشيكاً . وبالتالي يحتمل أن تتطور تداعيات الخوف فى السياق التوقفى ، وفى الإحساسات الجسمية القائمة وقت حدوث النوبة الأولى . ويرجع مفهوم تعلم الخوف من الإحساسات الجسمية إلى تفسير رززان (1961) Razran للتشريط الباطنى⁽¹⁾ ، وهو نوع من التشريط مقاوم نسبياً للانطفاء ، كما أنه لا شعورى بمعنى أن استجابات الخوف التى تم تشريطها باطنياً لا تعتمد على الشعور الواعى للإشارة المثيرة ، وبالتالي فإن نوبات الهلع قد تبدو وكأنها تعمل دون إشارات متنبهة أو أنها تظهر دون مقدمات ، بينما تستثار فى الحقيقة بالتذبذب الدقيق فى الحالة الجسمية (Barlow, 1988) مثال ذلك أن تغييراً طفيفاً فى ضغط الدم قد يثير خوفاً يسبق التعرض لنوبة هلع . ومن هنا يمكن اعتبار اضطراب الهلع خوفاً من الإحساسات الجسمية . وعلى أى الأحوال ، فإن اضطراب الهلع يختلف عن الأنواع الأخرى من المخاوف من ناحيتين جوهريتين :

الأولى : أنه طالما أن مؤشرات الخوف الداخلية (أى الإحساسات الجسمية)

(1) Interoceptive Conditioning .

يمكن أن تتكثف باعتبارها دالة للقلق والخوف ، فإن الخبرة الانفعالية تميل إلى التزايد تلقائياً .

الثانية : تميل المؤشرات الداخلية للخوف لأن تكون أقل قابلية للتنبؤ ، كما أن إمكانية الهرب منها أقل مما يحدث في حالة موضوعات المخاوف الخارجية أو موافقها . وبالتالي فإن المؤشرات الداخلية للخوف يمكن أن تستثيره بشكل أكثر تكراراً أو أقل قابلية للتنبؤ ، وهو ما يؤدي بدوره إلى قدر أكبر من القلق غير المتوقع حول عودته ظهور القلق (Craske, 1991) . والأكثر من ذلك فإن القلق المتوقع من حدوث الهلع يزيد من احتمالية حدوثه ، طالما أن استثارة القلق تزيد من يسر استثارة الإحساسات ، التي أصبحت مؤشرات تشريطية للهلع ، بالإضافة إلى زيادة درجة يقظة الانتباه لمثل هذه المؤشرات (Barlow, 1988) ، وبهذا الأسلوب تنشأ دائرة كاملة مغلقة بين الهلع وإدراك القلق حول الهلع .

ويتزايد التدعيم التجريبي لهذه الصياغة النظرية ؛ فعلى سبيل المثال يميل الأشخاص الذين يصابون بالهلع لتبنى اعتقادات ومخاوف أقوى حول الأذى البدني والعقلي تتزايد نتيجة لإحساسات جسمية نوعية (Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984; Clark et al., 1988; Holt & Andrews, 1989; McNally & Lorenz, 1987; Van-den Hout, Vander Molen; Griez & Lousberg, 1987) ، وعلى الرغم من أن الروابط التنبؤية بين إحساسات جسمية محددة وعناصر معرفية محددة غير ثابتة ، ووجهت كوستيللو (1992) Costello لفحص صدق النماذج المعرفية ، إلا أن هناك بعض الدلائل على وجود وعى وقدرة مرتفعة للكشف عن الإحساسات الجسمية المتعلقة بالاستثارة . (Ehlers & Margraf, 1989; Ehlers & Breuer, 1992) ، وذلك في ضوء افتراض ميكانيزمات التيقظ للانتباه . وعلى أي الأحوال ، فلم يتمكن أنتوتى وزملاءه (Antony et al. 1993) من الحصول على النتائج ذاتها مرة أخرى . فالأشخاص الذين يعانون من اضطراب الهلع شديدي الخوف من أي إجراءات تستثير إحساسات جسمية مشابهة لتلك التي يعانونها أثناء نوبات الهلع ، بما في ذلك البدء في عمل رسم قلب أو تنفس أو تمرينات رسم الموجات الصوتية .

(Zarate, Rapee, Craske, & Barlow, 1988) . وبالمثل فإن التعرض لعائد فسيولوجي زائف يثير خوفاً أكبر في حالات الهلع ، وحالات الهلع المصحوبة بمخاوف الأماكن المفتوحة مقارنة بما يحدث في المجموعات الضابطة . (Ehlers,

(Taylor, Margraf, Roth, & Birnhaumer, 1988) ، وتبين الدلائل المساندة من البحوث المختلفة أنه يبدو أن تصحيح سوء تقييم الإحساسات الجسمية يقلل من الإحساس بالخوف . فهناك تقارير على سبيل المثال حول قدر جوهرى من الانخفاض فى الهلع حدث عندما أحيط المفحوصين بالآثار البدنية المتوقعة للإفراط فى التنفس (Rapee, Mattick, & Murrell, 1986) ، أو عندما وجهوا للاعتقاد بأنهم يتحكمون فى إدارة ثانى أكسيد الكربون . (Sanderson, Rapee, . & Barlow, 1989) ويلاحظ أن القدر من التجنب الذى يطوره مريض خواف الأماكن المفتوحة فى سياق اضطراب الهلع شديد التباين بين الأفراد ، وقد جرت عدة محاولات لتحديد منبهات العجز الذى يرجع إلى خواف الأماكن المفتوحة . وعلى الرغم من ميل الأشخاص الذين يعانون من خواف الأماكن المفتوحة لأن يكونوا من أصحاب التاريخ الطويل فى الهلع ، إلا أن العلاقة بالأزمان ضعيفة نسبياً ؛ حيث إن نسبة كبيرة من هؤلاء الناس يعانون من الهلع لسنوات طويلة ، دون أن يطوروا خوافاً للأماكن المفتوحة . (للمرجعة : أنظر Craske & Barlow, 1988) . كما أن خواف الأماكن المفتوحة لا يرتبط بالعمر عند حدوث أول نوبة ولا بنوع الأعراض ، التى يعانى منها أثناء الهلع ، ولا بمقادير الأنواع الأخرى من الهلع (بمعنى المؤشرات الموقفية مقابل غير الموقفية أو المتوقعة مقابل غير المتوقعة) ولا بتكرار الهلع (Craske & Barlow, 1988) . ومن ناحية أخرى، فإن الإناث هن صاحبات الدرجة المرتفعة فى حدة التجنب (Thyer, Himle, Curtis, Cameron & Nesse, 1985) ، ونتيجة لذلك أفترض أن سلوك الدور الجنسى والتوقعات والمطالب الموقفية المرتبطة به تؤثر فى الدرجة التى تؤدى إلى حدوث خواف الأماكن المفتوحة بوصفه نمطاً سلوكياً استجابة لتوقعات الهلع (Craske & Barlow, 1988) . ويتسق مع ذلك أن احتمال الظهور المشترك للسلوك الاعتمادى أو اضطرابات الشخصية المتجلبية أكبر للغاية عند وجود مخاوف الأماكن المفتوحة (Reich et al., 1987) بما يوحي بوجود نمط سلوك تجنبى للتهديد أو التحدى بصفة عامة . ومن الجدير بالذكر أن نمطاً آخر من التعامل قد يكون أكثر شيوعاً لدى الذكور ، هو مواجهة المواقف المتوقعة بمساعدة الكحول أو العقاقير (Barlow, 1988) . وبالتالي ينظر إلى نوبات الهلع وخواف الأماكن المفتوحة باعتبارهما استجابات مستقلة ، وإن كانتا شديديتى الصلة .

وتتسم أهداف التدخل العلاجى التى نشق من هذه الصياغة النظرية

بالآتى:

- ١ - أن الخوف الحاد هو من الإحساسات الجسمية .
- ٢ - يتضمن الإدراك المتمكن للهلع والإحساسات الجسمية إستثارة مفرطة ومزمنة وتيقظاً للانتباه .
- ٣ - تجنب خوفاً للأماكن المفتوحة .

مجالات العلاج

يتضمن هذا القسم وصفاً لمجالات العلاج وبنية العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الهلع واضطراب الهلع المصحوب بخوفاً للأماكن المفتوحة . ويصف القسم التالي الإستراتيجيات العلاجية بالتفصيل .

مواقف العلاج

تستخدم ثلاثة أنواع مختلفة من المواقف ، الأول هو الجلسة التي تجرى في العيادة الخارجية ، والتي تناسب عملية التعلم وإعادة تنظيم البنية المعرفية ، والعائد (١) المتعلق بالواجبات المنزلية ، وتجارب أو بروقات لعب الدور ، بالإضافة إلى إمكان القيام ببعض التدريبات الحية في العيادة مثل التعرض التخيلي (٢) والذي سيوصف فيما بعد . وعلى أى الأحوال ، فإن مؤشرات الأمان القائمة في بنية جلسة العيادة يمكن أن تحد من عمومية التعلم المتوفرة في هذا الموقف وتتضمن مؤشرات الأمان كلاً من المعالج والمكان وبالأخص إذا كان في نطاق مركز طبي . وقد ألقى بوتون (1988) Bouton الضوء على دور السياق في التعلم والعودة التالية للخوف .

الموقف الثانى لتنظيم تدريبات التعرض في المواقف الحية (٣) ، سواء بمعاونة المعالج أو على انفراد هو البيئة الطبيعية . والتعرض الذى يوجهه المعالج مفيد على وجه الخصوص للعملاء ، الذين لا تتوفر لديهم شبكة علاقات اجتماعية ، تساند واجبات التعرض في المواقف الحية . وعلى أى الأحوال ، فهناك بعض الدلائل التي توحى أن التعرض الموجه بواسطة المعالج ليس أكثر تأثيراً من التعرض المعتمد على التوجيه الذاتى .

وقد بين كل من غوش وماركس (1987) Ghosh and Marks وجانون ومانبى وكاتالان وجيلدر (1980) Jannoun, Munby, Catalan, Gelder أن

(1) Feedback

(2) Introceptive exposure

(3) In vivo exposure

البرامج المصحوبة بدليل تفصيلي مع الحد الأدنى من الصلة بالمعالج ، لها التأثير نفسه الذي يكون للبرامج التي تقوم على الصلة المكثفة بالمعالج . ومن ناحية أخرى ، وجد كل من هولون وأوبراين وبارلو وستايتسون وإنفانتينو، Holden (1983) O'Brien, Barlow Stetson, Infantino أن التعرض ذاتي التوجيه لم يكن ذا تأثير لدى مجموعة من المصابين بخواف الأماكن المفتوحة الملازمين لمنزلهم ، بالإضافة إلى ذلك قد تكون هناك درجة مرتفعة من الإنهاك الناتج عن التعرض الذاتي (Mcnamee, O'sullivan, Lelliot & Marks, 1989) . وعلى هذا فإنه يوصى بمضاهاة منحى التعرض مع بروفييل استجابة العميل . يضاف إلى ذلك أن التعرض بتوجيه المعالج يتعين أن يتبعه تعرض بتوجيه ذاتي للتغلب على الاعتماد على المعالج .

الموقف الثالث من خلال التيسيرات المتاحة للمريض المقيم . ويعد هذا الموقف هو الأنسب عند القيام بعلاج معرفي سلوكي مكثف (مثل ذلك الصلة اليومية بالمعالج) ، أو في حالة الأشخاص المعاقين إعاقة شديدة ممن لا يستطيعون العمل في بيئة المنزل . بالإضافة إلى أن بعض التعقيدات الطبية أو العقاقير قد تتطلب العلاج داخل المستشفى . والعائق الأساسي في موقف العلاج داخل المستشفى هو صعوبة تعميمه على البيئة المنزلية . ولهذا السبب فإن التحول من موقف لآخر واستخدام جلسات تعزيزية ، يقوم بها المعالج في منزل العميل الخاص يعد مفيداً للغاية .

سياق العلاقات الشخصية

جرى بحث سياق العلاقات الشخصية من حيث دورها في علاج مخاوف الأماكن المفتوحة وتطور العلاج وعدم عودة الأعراض . وأسباب الشغف بهذا البحث يتضح من الأقوال الآتية :

«زوجي لا يفهم في الحقيقة . إنه يعتقد أن كل ذلك يدور في رأسي ، وينتابه الغضب من كوني غير قادرة على التصرف . وهو يقول إنني ضعيفة ولا أتحمل المسؤولية وهو يستاء من قيادتي في كل شيء ، وفي القيام بالأعباء الخاصة بالأطفال ، والتي أصبحت لا أستطيع القيام بها . ونحن نتجادل كثيراً لأنه يعود إلى البيت متعباً ومحبطاً لا فقط من العمل ، ولكن ليحبط أكثر من المشكلات التي أعانيها ، ولكني لا أستطيع القيام بشيء دونه . إنني خائفة للغاية أن أنهار

إلى حطام لا حول لها بدونه أو أنني سأصبح وحيدة في الأيام الباقية لي من عمري . ويقدر قسوته إلا أنني أشعر معه بالأمان لأنه متحكم دائماً في كل الأمور . وهو يعرف دائماً ما يريد .

«صديقي يحاول بشدة مساعدتي . وهو حذر دائماً فيما يتعلق بمشاعري ، ولا يضغط عليّ لأفعل أشياء لا أستطيع القيام بها . وهو يتصل بي تليفونيا من عمله لكي يطمئن عليّ . وهو يبقى معي في البيت ، ويأخذ يدي بين يديه عندما أكون فزعة حقاً . وهو لا يتردد أبداً في مغادرة أي مكان والعودة معي إلى البيت عندما أكون في وقت سيء . وفي الأسبوع الماضي فقط كنا في زيارة بعض أصدقائه . وكان علينا أن نغادرهم . وقد شعرت بالذنب لأننا لم نفعل الأشياء التي اعتدنا أن نستمتع بعملها معاً . لم نعد نذهب إلى دور السينما . وكنا نحب الذهاب إلى مباريات الكرة ، ولكن الأمر أصبح أكثر مما أستطيعه . أنا شاكرة له للغاية ، أنا لا أعرف ماذا أستطيع أن أفعل بدونه» .

ومن المعتقد أن هناك على الأقل بعض الأشكال من خواف الأماكن المفتوحة تكشف عن صراع بين الرغبة في الاستقلال الذاتي والرغبة في الاعتماد على العلاقات الشخصية (Goldstein & Chambless, 1987; Fry, 1962) ذلك أن مريض خواف الأماكن المفتوحة يقع في فخ علاقة مسيطرة دون أن تتوفر لديه المهارات التي تنشط عملية التغيير . وعلى أي الأحوال ، فإن مراجعة التراث تقودنا إلى استخلاص أن مفهوم النظام الزواجي التمييزي ، والذي يهيئ لتطور خواف الأماكن المفتوحة غالباً ما يخلو من المساندة الواقعية . وكما سبق الإشارة قد توجد معالم شخصية مميزة تخدم بوصفها عوامل مهينة منها على الأخص حساسية العلاقات الشخصية (Noyes et al., 1986; Thyer et al., 1985) . وعلى أي الأحوال ، فإن الطريقة التي تؤثر بها هذه الحساسية الشخصية غير معروفة . ومن ناحية أخرى فإن التنافر أو عدم الرضا الزواجي قد يكشف عن واحد من أسباب التوتر العديدة الممكنة ، التي تعجل بنوبات الهلع .

احتمال آخر هو أن العلاقة الزوجية تتأثر سلباً بتطور خواف الأماكن المفتوحة (Buglass , Clarke, Henderson & Presley, 1977) وبالتالي تساعد على استمرارها . مثال ذلك حالة امرأة لديها خواف أماكن مفتوحة ، كانت قادرة في فترة سابقة على شراء مستلزمات بقاتلها ، وأصبحت تعتمد الآن على زوجها في الشراء ، ووقعت على الزوج أعباء جديدة أدت بالتالي إلى التنافر الزواجي .

ويضاف الكدر الزواجى إلى الكدر القائم أصلاً بما يساعد على تطوره ، وبحيث يصبح الشفاء أكثر صعوبة .

وسواء أكان الكدر الزواجى سبباً أو نتيجة لاضطراب الهلع ، فقد تبين أن العلاقات الزوجية الضعيفة تؤثر فى حد ذاتها سلباً فى الاستجابة للعلاج بالتعرض (Milton & Hafner, 1979; Bland & Hallam, 1981; Dewey & Hunsley, 1989) وقد فشلت دراسات أخرى فى تدعيم هذه العلاقة (Emmelkamp, 1980; Arrindal & Emmelkamp, 1987) .

كما فشل بالمثل كل من هيمادى وكيرناى وبارلو وكوهن واوبراين (Himadi, Cerny, Barlow, Cohen and O'brien (1986) فى إقرار وجود علاقة بين الحالة الزوجية ونتائج العلاج . وعلى أى الأحوال ، فإن أغلب المشاركين فى دراسة هيمادى وزملاءه (Himadi et al. (1986 تلقوا علاجهم بصحبة أزواجهم وقد تبين أن مشاركة الأزواج * فى كل جانب من جوانب العلاج يلغى التأثير السلبى للعلاقات الزوجية الضعيفة على التحسن الذى يطرأ على مريض الخوف (Barlow, O'Brien & Last, 1984; Cerny, Barlow, Craske & Himdi, 1987) . وعلى أى الأحوال يجب ملاحظة أن العينات التى كان الأزواج فيها على استعداد للمشاركة فى العلاج كانت محدودة . وأخيراً فقد فحص ارنو وزملاءه (Arnou et al. (1985 تأثير بعض الأنواع المعنية من التدريب الاتصالى مع الزوج مقابل التدريب على الاسترخاء بعد أربعة أسابيع من العلاج بالتعرض الحى . وقد حقق الأفراد الذين حصلوا على تدريب اتصال خفصاً جوهرياً كبيراً فى الدرجة على مقياس مخاوف الأماكن المفتوحة بعد العلاج، مع قدر من الامتياز المستمر على مدى يزيد عن ثمانية أشهر من المتابعة . وتؤكد هذه الدراسات جميعها قيمة مشاركة الزوج فى علاج مخاوف الأماكن المفتوحة . ومازال تأثير عمليات العلاج لمخاوف الأماكن المفتوحة على العلاقات الزوجية غير واضح إلى حد ما . وقد ذكر البعض أن العلاج يمكن أن تكون له بعض التأثيرات الضارة (Hafner, 1984; Hand & Lamon Tagne, 1976) ، بينما ذكر البعض الآخر أنه بلا تأثير أو أن له تأثيراً إيجابياً على الأداء الزواجى (Barlow, O'Brien, Last & Holden, 1983, Himadi et al.,

(* المقصود هنا الطرف الآخر فى العلاقة الزوجية : الزوج أو الزوجة .

1986) ويعتقد بارلو وزملاؤه (Barlow et al. 1983) أن الآثار السلبية تظهر إذا أجرى العلاج بالتعرض بكثافة دون مشاركة الزوج الآخر ؛ حيث يمكن أن تتغير الأدوار الرئيسية متجاوزة قدرة الزوج الآخر على إدراكها .

المتغيرات المتعلقة بالمعالج

جرت محاولات قليلة للغاية لفحص المتغيرات المتعلقة بالمعالج فى علاقتها بمنحى العلاج المعرفى السلوكى . وقد وجد وليمز وشامبليس (Willams and Chambless 1990) أن المرضى الذين يقيمون معالجهم باعتبارهم مهتمين ومشاركين وأنهم نموذج للثقة فى النفس يحققون نتائج أفضل على الاختبارات السلوكية . وعلى أى الأحوال فأحد وجوه النقد المهمة لهذه الدراسة ، هى أن تقييم العميل لصفات أو مزايا المعالج ربما يعتمد على استجابة العميل للعلاج .

وقد أكد عدد من الباحثين أهمية خبرة المعالج فيما يتعلق بكفاءته فى المناحى المعرفية على وجه الخصوص (مثل ذلك : Michelson et al., 1990) ، وقد وجد ويلكوفيتش وزملاؤه (Welkowitz et al. 1991) أنه عندما كان العلاج المعرفى السلوكى الذى طوره بارلو وكراسك وكرنى وكلسكو (Barlow, Craske, Cerny and Klosko 1989) يستخدم بواسطة معالج مبتدىء فى موقف طبي ، فإنه يكون قليل التأثير بدرجة ما بالمقارنة بالنتائج المنشورة أساساً بواسطة بارلو وزملائه (Barlow et al. 1989) ، وقد حقق ٥٨٪ من عينات ويلكوفيتش وزملائه (Welkowitz et al. 1991) شفاءً تاماً من الهلع بالمقارنة بـ ٨٥٪ فى عينات بارلو وزملائه . (Barlow et al. 1989) ، وتشير هذه النتائج لقيمة تدريب المعالج وخبرته .

المتغيرات المتعلقة بالعميل

وبالمثل فُحصت بحوث قليلة المتغيرات المتعلقة بالعميل ، والتي تنبئ بالنتائج العلاجية . وفى دراسة غير مضبوطة قام بها سوكول وبيك (Sokol and Beck (Beck, 1988) ، تبين أن وجود خصائص من المحور الثانى (١) يبطئ من معدلات التحسن بقدر جوهري . وعلى الرغم من ذلك فإن الأفراد الذين يعانون من أعراض مشتركة من المحور الثانى ، يتحقق لهم القدر نفسه من النجاح فى التحكم فى نوبات الهلع ، والذى يتحقق للأفراد الذين لا يعانون من الأعراض

(1) Axis II (راجع الـ DSM IV. المترجم)

المرضية للمحور الثاني . وعلى النقيض من ذلك ، ذكر أرنتز (1992) أن خصائص المحور الثاني لا تنبئ بالاستجابة العلاجية على الإطلاق ومازالت هناك حاجة لمزيد من البحوث في هذا الموضوع .

وقد أعتمدت أغلب الدراسات حتى الآن على عينات من مرضى اضطراب الهلع واضطراب الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة ، مستبعدة الحالات التي تعاني من مشكلات إضافية كإدمان الكحول أو المخدرات أو الاعتماد على العقاقير أو حالات الاكتئاب الحادة أو الذهان . وعلى هذا فإن قابلية النتائج للتعميم على عينات أقل نقاءً يبدو من الأمور غير المعروفة ، بالإضافة إلى ذلك فمن المعتقد أن الاشتراك في الظهور ، مع اضطرابات القلق المتمكنة الأخرى (مثل الخوف الاجتماعي أو اضطراب القلق المعمم^(١)) ينتهي بنتائج علاجية مرضية بدرجة أقل . إلا أنه لا توجد تقارير منشورة تعرضت لفحص هذه القضية . وبالمثل فالتعقيدات الجسمية مثل اضطراب ضربات القلب^(٢) أو الربو^(٣) الجنسي يمكن أن تبطئ معدلات التحسن في حالة ما إذا أدت تعقيدات إضافية ناتجة عن أعراض قلقية متميزة عن الأعراض المرضية إلى تزايد احتمالات خطر حقيقي ، وتوتر واضطرابات جسمية . وتدعو كل هذه القضايا المتعلقة بتعميم النتائج إلى مزيد من البحث .

ويمكن النظر إلى ظروف الحياة باعتبارها متغيرات متعلقة بالعمل قد تؤثر على تقدم العلاج . ولنضع في اعتبارنا حالة امرأة ، أم لطفلين تعمل محاسبة طول الوقت ، ويعانى زوجها عجزاً نتيجة لإصابة في ظهره ، أو حالة طالب متفرغ يعمل ٢٥ ساعة إضافية في الأسبوع لكي يغطي نفقات دراسته والاحتمال أقل أنه تحت هذه الظروف تكتمل واجبات العلاج المتعلقة بتمرينات الاسترخاء اليومية أو تمرينات التعرض الحى لمثل هؤلاء الأشخاص . وينرتب على ذلك إحباط دائم ناتج عن فقدان التحسن في العلاج . ويتطلب نجاح العلاج إما تغيير في نمط الحياة يعطى الأولوية للعلاج المعرفى السلوكى . أو إيقاف العلاج إلى وقت لاحق إلى أن تصبح لظروف الحياة مطالب أقل .

(1) Generalized anxiety disorder

(2) Arrhythmias

(3) Asthma

وأخيراً فإن فهم العميل لطبيعة مشكلته يمكن أن يكون مهماً لنجاح العلاج المعرفى السلوكى . وإذا أخذنا فى الاعتبار الطبيعة الجسمية لإضطراب الهلع ، واضطراب الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة ، فسنجد أن الكثيرين من العملاء يبحثون عن المساعدة الطبية أولاً . وعلى الرغم من ذلك ، فإن ما يتجاوز هذا الأمر إنما هو الطرق المختلفة التى تدرك بها المشكلة ، والتى يمكن أن تؤدى إلى إدراك أن طرق العلاج الدوائى أو العلاج التحليلى أفضل من أساليب العلاج المعرفية السلوكية . مثال ذلك أن الأشخاص الذين يؤمنون بقوة أن حالتهم ناتجة عن عدم توازن عصبى كيميائى ، سيكون الاحتمال الأكبر سعيهم إلى العقاقير ورفضهم العلاج النفسى ، وبالمثل فإن الأفراد الذين يعزرون حالتهم إلى «شئ ما فى ماضى - لا بد أن يكون قد أثر لا شعورياً» قد يقاومون المناحى المعرفية السلوكية .

العلاج الدوائى العالى

حتى فى حالة عينات مختارة من مرضى اضطراب الهلع ، واضطراب الهلع المصحوب بخوف الأماكن المفتوحة ، فإن ٥٠% من العملاء الذين يتقدمون للعيادة يذكرون أن استخدامهم لوصفة دوائية مضادة للقلق (١) (غالباً ما تكون مهدئات أو ترايسلك (٢)) . وتوحى نتائج البحوث المضبوطة لخوف الأماكن المفتوحة أن الاميبيرامين Imipramine (ترايسلك مضاد للاكتئاب) يعزز كفاءة العلاج بالتعرض الحى ، والعكس بالعكس . (مثل ذلك : Marks et al., 1983; Mavissakalian & Michelson, 1986; Mavissakalian, Michelson & Dealy, 1983; zitrin, Klein & woerner, 1980; zitrin, Klein, Woerner & Ross, 1983; Telch, Agras, Taylor, Roth & Gallen, 1985).

وتؤيد نتائج دراسة حديثة هذه الحقائق (Agras, Telch, Taylor, Roth & Brouillard, in press) . ومن المثير للاهتمام أن أجراس Agras وزملاءه يقدمون بعض الدلائل الأولية التى توحى أن التأثير الميسر للإميبيرامين Imipramine ليس على نوبات الهلع ذاتها ، بل إنه بالأحرى على تجنب المخاوف . ويوجد مشروع بحثى مشترك يجرى الآن فى أربعة مواقع مختلفة (باحثوه الرئيسيين هم بارلو Barlow ، وجورمان Gorman ، وشير Shear ،

(1) Anxiolytic medications

(2) Tricyclic .

وودز Woods) يهدف إلى فحص التأثيرات المنفردة والمشاركة للإمبيبرامين والعلاج الذي يستهدف السيطرة على نوبات الهلع لدى العملاء ذوي اضطراب الهلع ، ممن لا يعانون من مستويات حادة من مخاوف الأماكن المفتوحة .

ومن المهم أن نلاحظ ، من منظور إكلينيكي ، إمكانية التداخل مع العلاج المعرفي السلوكي . مثال ذلك أنه طالما أن بعض العقاقير تخفض عادة من الأعراض الجسمية ، فقد يتأثر العلاج السلوكي الذي يركز على الإحساسات الجسمية المثيرة للخوف سلباً . كما قد يعزو العملاء نجاح العلاج إلى العقاقير ، وقد يؤدي إفتقاد إدراك التحكم في الذات إلى زيادة إمكانية الانتكاس عند سحب العلاج الدوائي ، أو يسهم في الاستمرار على النظام الدوائي نتيجة لافتراض ضرورته للتحسن .

وهذه النقاط موضحة في المقتطفات التالية :

«بدأت أشعر أنني أفضل كثيراً بعد حوالي ستة شهور ، وكنت مشاركاً في برنامج للعلاج المعرفي السلوكي ، ولكن الحقيقة هي أن الامبيبرامين هو الذي ساعدني ؛ لذا فعندما اقترح طبيبي النفسي أن أقل تدريجياً من الدواء ، كان رد فعلي أنني انشغلت للغاية بالأمر ، فقد سمعت قصصاً مرعبة حول ما يحدث للناس عندما يتعرضون لحالة انسحاب ، وعلى أي الأحوال فقد أفنعتني أننا إذا خطونا ببطء ، فإن كل شيء سيصبح على ما يرام . وقد بدأت في الخفض التدريجي ، والواقع أن الأمر لم يكن سيئاً ، حسناً لقد أصبحت متحرراً تماماً من الدواء لفترة تصل إلى شهر ، وعندها بدأت المشكلة من جديد مرة أخرى ، وأتذكر جلوسى في مطعم شاعراً أنني حقيقة في حالة طيبة ، وكنت أفكر في القدر من المشاكل الذي كانت تسببه لى المطاعم قبل ذلك ، وكيف أصبح الأمر سهلاً الآن ، وعندئذ بدأت أشعر بدوار ، وعلى الفور فكرت آه لا ها هي تأتي ، لقد تعرضت بالفعل لهلع سيء وكل ما كنت أستطيع التفكير فيه هو لماذا لم أستمع على الدواء .

«بدأت في خفض جرعتي من الإكساناكس xanax (البرازولام alprazolam) وكنت على ما يرام خلال أول يومين ... أحسست أنني في حالة حسنة فعلاً ، وبعدها عندما استيقظت صباح الأربعاء ، أحسست بإحساس غريب ، أحسست أن رأسي مشدودة ، وانا بنى القلق من عودة الإحساسات القديمة مرة أخرى ، وكان آخر ما أريده هو أن أعود مرة أخرى لهذه الخبرة ؛ لذا تناولت

جرعتي العادية من الدواء ، وما هي إلا ساعة أو أقل حتى شعرت أنني أصبحت على ما يرام من جديد . إنني في حاجة إلى الدواء ، أنا لا أستطيع أن أتصرف بدونه في الوقت الحاضر .

وقد تتدخل العقاقير في تقدم العلاج بطرق أخرى مختلفة ، فالتأثيرات المهدئة والمطفلة يمكن أن تخفض في بعض الأحيان من مستوى الدافعية ؛ لذا ينخفض مقدار الجهد والوقت المكرس للتدريبات السلوكية ، والأكثر من ذلك أن الآثار الجانبية مثل التهدئة يمكن أن تتدخل في العمليات التعليمية . وقد سبق التنويه بحالة الإعتيادية في التعليم باعتبارها تؤدي إلى عودة مشاعر خوف أكثر عند سحب العلاج (Bouton & Swartzentruber, 1991) . وأخيراً فإن الأسس الكيميائية العصبية لبعض العقاقير (مثل ذلك البروبرانولول Propranolol) يمكن أن تتدخل في التغيرات الكيميائية العصبية ، التي يفترض أنها تدعم التعليم القائم على التعرض (Gray, 1985) .

التقييم

جين فوقازية في الثالثة والثلاثين من عمرها ، وهي أم لطفلين يعيشان مع زوجها على امتداد الأعوام الثمانية الماضية . وهي تعاني منذ ثلاث سنوات من قلق مرضي مزمن . بالإضافة إلى ذلك ، فقد ذكرت تعرضها لنوبات من الخوف الحاد . وقد وصفت نوبات الخوف بأنها لا تطاق ومتزايدة الحدوث . وقد انتابتها هذه المشاعر في المرة الأولى منذ ثلاثة أعوام فقط ، عندما كانت في عجلة للذهاب لبيت جدتها قبل موتها . وكانت تقود سيارتها بمفردها على الطريق السريع . وتذكرت شعورها وقتئذ كما لو كان كل شيء يتحرك بالحركة البطيئة ، وكما لو كانت السيارات متوقفة ، وتبدو والأشياء حولها غير حقيقية . وقد تذكرت مشاعر تعرضها لضيق التنفس (نهجان) والانفصال . وعلى الرغم من ذلك كان المهم بالنسبة لها أن تصل إلى وجهتها ، ولم تكن تفكر حقيقة فيما شعرت فيه بعد ذلك . وبعد انقضاء اليوم ، استعادت التفكير في كم كانت محظوظة لأنها لم تتعرض لحادث طريق .

وبعد عدة أسابيع انتابتها المشاعر نفسها مرة أخرى عندما كانت تقود على الطريق السريع .، وقد حدث ذلك في هذه المرة دون أن تكون تحت ضغط الحاجة للوصول بسرعة إلى مقصدها . وقد أفزعها ذلك لعدم قدرتها على تفسير هذه

المشاعر . وأنثحت جانب الطريق ، واتصلت بزوجها الذى حضر إليها ، وتبعته بسيارتها حتى البيت وهى تشعر بالقلق طوال الطريق .

وتعانى جين الآن من هذه المشاعر فى مواقف عديدة ، وهى تصف نوبات هلعها على أنها مشاعر بانعدام الواقعية ، والانفصال ، وانقطاع التنفس ، وتسارع ضربات القلب ، وخوف عام من المجهول ، وكانت مشاعر عدم الواقعية هى أكثر ما يثير رعبها . وجين حساسة لأى شىء يؤدى إلى نمط «غير واقعى» من المشاعر مثل حالة اللاشعور الجزئية ، التى تحدث قبل الدخول فى النوم مباشرة ، وفى الوقت من اليوم عندما يبدأ ضوء النهار فى الخفوت ، والأضواء اللامعة ، والكحول، والمخدرات ، وأن تكون قلقة بصفة عامة . وقد ذكرت أنها دائماً ما تنتظر حدوث النوبة التالية . وقد أخذت تتجنب الطرق السريعة ، وتقود فى الشوارع المستوية المألوفة لها فقط . وحددت أقصى سرعة تقود بها بعشرة أميال . وهى تفضل بصفة عامة أن تكون برفقة زوجها أو أمها . وعلى الرغم من ذلك فإنها تستطيع أن تقوم بمفردها بعمل أغلب الأشياء فى نطاق منطقة «الأمان» لديها .

تصف جين مقدار الفرق بين ما كانت عليه وما أصبحت عليه من ضعف وهلع الآن . وكانت الحالة الوحيدة المشابهة لنوبات الهلع الحالية قد حدثت لها وهى فى العشرينيات . وتتذكر جين خبرة سلبية اقترنت بتعاطيها مخدرات (ماريجوانا) ، فقد أدى ذلك لهلعها من مشاعر فقدان السيطرة على نفسها ، وقد اخافها عدم تمكنها من العودة للواقع ، ومنذ ذلك الحين لم تتعاط أى مخدرات . ولا يوجد من ناحية أخرى أى تاريخ لحالات طبية خطيرة ، أو أى علاج نفسى سابق . وعلى الرغم من ذلك فقد كانت خجولة عندما كانت طفلة صغيرة ، وقد تحسنت حالتها بشكل جوهري فى المراهقة المتأخرة .

وبصفة عامة فإن شهية جين جيدة ، على الرغم من أن نومها غير عميق ، وهى تستيقظ مرة على الأقل فجأة عند منتصف الليل ، شاعرة بضيق فى التنفس وفزع . وغالباً ما يكون محور قلق جين حول إمكان شعورها بعدم الواقعية فقط ، وهى قلقة إلى حد ما ببعض الأشياء الأخرى مثل أطفالها ووالديها . وعلى الرغم من ذلك فإن هذا القلق غير مفرط . وهى تعانى بعض الصعوبة فى التركيز ، إلا أن أداءها جيد على وجه العموم فى نطاق المجال الأمن بالنسبة لها . مثال ذلك أن جين تعمل مديرة لبعض الوقت فى مشروع تمتلكه هى وزوجها ، وهى مستريحة

وناجحة تماماً في هذا الموقف .

ويتضمن التحليل السلوكي عدداً من الخطوات :

١ - الخطوة الأولى مقابلة شخصية متعمقة لإيضاح البروفيل التشخيصي والمعرفي السلوكي ، وقد طورت مقابلات شخصية مقننة بالكامل أو نصف مقننة على مدى الأعوام القليلة الماضية . وتقيس قائمة المقابلة المعدلة لإضطرابات القلق^(١) (DiNardo & Barlow, 1988) الاضطرابات الأولية ، بالإضافة إلى اضطرابات المزاج والاضطرابات ذات الطبيعة الجسمية كما يتم مسح الحالة الذهانية وما يتعلق بتعاطي المخدرات بهذه الأداة . وتكمن قيمة المقابلة المقننة في إسهامها في التشخيص الفارق ، الذي يتسم بالثبات ، وبالتقييم النظامي للقضايا ذات الأهمية في أى تحليل وظيفي للاضطراب . وتتراوح معاملات الاتفاق بين المقدرين بين مرضى وحتى ممتاز بالنسبة لاضطرابات القلق المتعددة ، التي تستخدم هذه القائمة (Denardo, Moras, Barlow, Rapee & Brown, 1993) . وبالمثل تؤدي قائمة الفصام والاضطرابات الوجدانية على مدى العمر (تعديل القلق) إلى تشخيص يتسم بالثبات لأغلب اضطرابات القلق (باستثناء القلق المعمم والمخاوف البسيطة) (Manuzza et al., 1989)

وأحياناً ما يكون التشخيص الفارق صعباً . كما سبق وصف ذلك ، فالهلع ظاهرة كامنة في كل شيء (Barlow, 1988) . وهو يظهر عبر مجال واسع من الاضطرابات الانفعالية . وليس من غير الشائع بالنسبة لشخص لديه مخاوف بسيطة ، أو اضطراب قلق معمم ، أو اضطراب وسواس قهري ، أو اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أن يذكر خبرة هلع . وبالنسبة لجين كان هناك سؤال متعلق بالتشخيص الفارق حول المخاوف الاجتماعية واضطراب القلق المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة . ويبين شكل (١ : ١) أسئلة قائمة المقابلة المعدلة لاضطرابات القلق ، التي تظهر هذه التمايزات (إجابات جين عليها معروضة بخط مائل) .

ويبين شكل (١ : ١) أن معاناة جين من نوبات الهلع يكون في المواقف الاجتماعية ، وأنها تتعلق بالتقييم السلبي إذا كان قلقها ظاهراً للعيان أمام الآخرين . وعلى الرغم من ذلك ، فطالما أن عدم الراحة الاجتماعية تعتمد أولاً على

(1) Anxiety Disorders Interview Schedule - Revised (ADIS-R)

احتمالات الهلع ، وطالما أنها تستوفي بقية محكات اضطراب الهلع (مثل ذلك الهلع غير المرتبط بمؤشرات/ أو نوبات هلع غير اجتماعي ، وإدراك مشوه حول نوبات هلع مستقبلية) يصبح أفضل تصنيف للكدر الاجتماعي لديها ، هو اضطراب الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة .

أما إذا كانت جين قد ذكرت خبرة نوبات الهلع في المواقف الاجتماعية فقط ، أو أنها تقلق من حدوث نوبات هلع مستقبلية في المواقف الاجتماعية فقط ، فيصبح التشخيص بمخاوف اجتماعية مبرراً في هذه الحالة . أما إذا ذكرت جين نوبات هلع غير مصحوبة بمؤشرات ، كأن تكون واعية لإدراكها للأشياء التي قد تقولها أو تفعلها في المواقف الاجتماعية دون اعتبار لحدوث الهلع فيمكن أن تشخص بشكل مبرر تشخيصاً مزدوجاً يتضمن اضطراب هلع مصحوباً بمخاوف أماكن مفتوحة ومخاوف اجتماعية . ويصبح النمط نفسه من الأسئلة التشخيصية مفيداً للتمييز بين نوبات الهلع المصحوبة بمخاوف الأماكن المفتوحة ومخاوف الأماكن المغلقة (١) . ويمكن ظهور قضايا تشخيصية فارقة أخرى في ضوء الاضطرابات ذات الأعراض الجسمية والحالات الطبية الحقيقية ، أو اضطرابات الشخصية المعتمدة وتسهم قائمة المقابلة المعدلة لاضطراب القلق ADIS-R في إيجاد حلول لهذه القضايا .

٢ - دائماً ما ينصح بصفة عامة بإجراء تقييم طبي ، طالما يمكن علاج الحالات الطبية ، قبل تحديد التشخيص باضطراب للهلع أو الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة . ويتضمن هذا التقييم حالة الغدة الدرقية (٢) ، وأثار الكفايين والمخدرات والتسمم الكحولي ، وانسحاب المخدرات وورم الغدة الكظرية المعروف الفيوكروموسيتوما (٣) ، يضاف إلى ذلك أن حالات طبية معينة يمكن أن تؤدي إلى تفاقم اضطراب الهلع ، على الرغم من أن اضطراب الهلع أكثر ميلاً للدوام حتى إذا كان قد تم علاج هذه الحالات بنجاح . وتتضمن هذه الفئة ارتخاء الصمام المترالي (٤) والربو ، وأمراض الحساسية ، ونقص السكر (٥) . ووفقاً للنموذج الذي سبق وصفه ، فإن هذه الحالات الطبية تؤدي إلى تفاقم اضطراب

(1) Claustrophobia .

(2) Thyroid .

(3) Pheochromocytoma .

(4) Mitral valve .

(5) Hypoglycemia .

الهلع/ واضطراب الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة إلى المدى ، الذى يؤدي إلى أنماط من الإحساسات الجسمية التى تخيف الفرد . مثال ذلك أن ارتخاء الصمام المترالى يمكن أن يؤدي إلى لغط (١) فى القلب ، كما يؤدي الربو إلى ضيق فى التنفس ، ويؤدي نقص السكر إلى دوار وشعور بالضعف .

٣ - تبدو المراقبة الذاتية (٢) مهمة للغاية لتقييم وعلاج اضطراب الهلع/ واضطراب الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة ، فاستعادة الذكريات تتضمن ميلاً لتضخيم مرات حدوث النوبات وشدها (Margraf et al., 1987; Rapee, Craske & Barlow, 1990) . ومن المؤكد أن تضخيم الأحداث الماضية يمكن أن يسهم فى الخشية من نوبات مستقبلية . وبالتالي فإن مراقبة الذات تعد أداة علاجية ، ويعتقد بالمثل أن مراقبة الذات المستمرة تسهم فى توفير وعى ذاتى أكثر موضوعية . وتؤدي المراقبة الذاتية الموضوعية إلى استبدال تعبيرات مثل «مستوى قلقى فى الدرجة ٦ ، ويتضمن أعراض ارتجاف ودوار ومشاعر بعدم الواقعية ، وتقطع النفس ، وقد استغرقت هذه النوبة ١٠ دقائق» بالتعبيرات الذاتية مثل أشعر بالرعب - هذه أسوأ حالة كنت فيها ، فقدت سيطرت على جسمى كله ، وأخيراً فإن المراقبة الذاتية تؤدي إلى عائد موضوعى من حيث التحسن والمواد المفيدة لمناقشة المبادئ المعرفية والسلوكية فى جلسات العلاج .

ويتم تسجيل مرات حدوث الهلع ، والفترة التى يستغرقها ، والسياق الذى تحدث فيه ، وأعراضها ، وذلك باستخدام سجل نوبات الهلع المبين فى شكل (٢) : (١) ويتعين إكمال هذا السجل فى أسرع وقت ممكن بعد حدوث نوبة الهلع ، وبالتالي يتعين أن يحمله الشخص فى جيبه . وتلاحظ مستويات القلق اليومية والاكنتاب ، والقلق من حدوث الهلع باستخدام سجل المزاج اليومي المبين فى شكل (٣) : (١) ويستكمل هذا السجل فى نهاية كل يوم . وأخيراً يمكن تسجيل الأنشطة اليومية فى مفكرة ، أو بمراجعة الأنشطة التى أكملت ووضعت علامة عليها فى قائمة لمخاوف الأماكن المفتوحة .

ويعد عدم الإذعان من المشكلات الشائعة فى مراقبة الذات . وهو يحدث فى بعض الأحيان نتيجة لسوء فهم ، أو لنقص فى إدراك أهمية المراقبة الذاتية

(1) Murmurs .

(2) Self-mointering .

وعلى الرغم من ذلك ، فغالباً ما يرجع عدم الإذعان للانخراط في خبرات أكثر قلقاً ناتجة عن المراقبة الذاتية .

هل مررت بأوقات تشعر خلالها بزخم من الخوف المفاجيء أو القلق ، أو الشعور بشؤم وشيك ؟

في أى موقف تعرضت لهذه المشاعر ؟

القيادة على الطرق السريعة على وجه الخصوص وحدى فى البيت ...
في الحفلات أو الأماكن المزدحمة بالناس .

هل حدث أن انتابتك مثل هذه المشاعر بلا مقدمات ، أو عندما تكون في البيت بمفردك أو في مواقف لا تتوقع ظهورها فيها ؟ نعم

كم تستغرق مشاعر القلق هذه من الوقت عادة لتصبح حادة ؟

تختلف من وقت لآخر ، أحياناً ثانيتين ، وتبدو أحياناً أخرى أنها تتصاعد ببطء .

ما مقدار استمرار القلق عادة ، وهو في أعلى مستوياته ؟

يعتمد هذا على المكان الذى أكون فيه وقت حدوثه ، فإذا حدث وأنا بمفردى ، فإنه ينقشع أحياناً خلال ثوان قليلة ، ويبدو في أوقات أخرى أنه مستمر لساعات ، وعندما أكون في وسط زحام ، يبدو أنه يستمر حتى أبتعد .

ما مقدار قلقك خلال الشهر الأخير أو خوفك من أن تكون على وشك التعرض لنوبة أخرى ؟

صفر	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨
غير قلق	نادراً ما	أحياناً ما	أكون قلقاً مع	أكون قلقاً مع	أحياناً ما	عادة ما	قلق دائماً مع	قلق دائماً مع
	خوف بسيط	خوف بدرجة	خوف بدرجة	خوف بدرجة	خوف حاد	أقلق مع	خوف متطرف	خوف متطرف
				متوسطة				

القسم الخاص بالمخاوف الاجتماعية

هل تشعر بالخوف/القلق/العصبية ، في المواقف الاجتماعية حيث يمكن أن

تكون ملاحظاً أو مقيماً من الآخرين ؟ نعم

هل أنت مشغول بشكل واضح من أنك تفعل أو تقول أشياء ، يمكن أن تحرجك أو تعرضك للمهانة أمام الآخرين ، أو أن الآخرين يمكن أن يفكروا فيك بالسوء ؟ نعم

ما الذى تتوقعه قبل الذهاب للمواقف الاجتماعية ؟

أنى سايدو قلقاً بالنسبة للآخرين ، وأنهم سيعتقدون أننى تعس ... وأن وجهى سيصفر ، وتبدو عينائى غريبتين عندما أكون مدعوراً ... وأننى سأسقط أمامهم ، وأنهم لن يعرفوا كيف سيتصرفون .

هل تتجنب هذه المواقف لأنك تخشى تعرضك لنوبة هلع ؟

نعم [سواء نوبة هلع أو أننى سأشعر بعدم الواقعية]

إذا كانت لديك أعراض جسمية عندما تكون بمفردك ، هل تظل خائفاً ؟

نعم .

شكل (١ : ١) أسئلة من القائمة المعدلة لإضطرابات القلق ADIS-R ، القسم الخاص باضطراب الهلع ، والقسم الخاص بمخاوف الأماكن المفتوحة من القائمة المعدلة للمقابلة الشخصية لاضطرابات القلق (ADIS-R) (ص ص ٢ ، ٣ ، ٣٠ ، ٣١) معاد نشرها بتصريح من P.DiNardo and D.H Barlow, 1988, Albany, NY : Groywind, Copyright, 1988 by Graywind Publications .

وهذا صحيح على وجه الخصوص بالنسبة للأفراد ، الذين يكون نمط تغلبهم على القلق بأكبر قدر ممكن من التشتت ، وتجنب الأوقات الهادئة عندما يمكن أن تغزو الأفكار المتعلقة بالقلق الشعور . وهناك نوع مشابه من الشكوى من المراقبة الذاتية ، يتضمنه السؤال التالى : لماذا يتعين على أن أقاطع تخلصى من الأعراض بسؤالى لنفسى ما مقدار سوء مشاعرى ؟ وكانت مهام المراقبة الذاتية صعبة فى حالة تجين على وجه الخصوص . طالما أن تذكرها الصريح لقلقها يستثير انشغالا قوياً بفقدانها الصلة بالواقع . ويبدو أنه من الضرورى أن يكون هناك تنبيه وتأكيد مستمر على أهمية المراقبة الذاتية الموضوعية مقابل الذاتية . يضاف إلى ذلك الفائدة الكبيرة للغاية ، التى تحققت خلال الجلسات الأولى القليلة فى العلاج من تشكيل البنية المعرفية .

٤ - يوفر عدد من بطاريات التقرير الذاتي المقننة معلومات مفيدة لتخطيط العلاج ، بالإضافة إلى كونها مؤشرات حساسة للتغيرات العلاجية . وتتضمن بطارية الحركة^(١) (Chambless, Caputo, Gracely, Jasin, & Williams, 1985) قائمة بالمواقف المعتادة لمخاوف الأماكن المفتوحة متدرجة من حيث درجة التجنب ، في حالة وجود الشخص بمفرده ، أو مع رفاق . وهذه الأداة مفيدة للغاية ، لتحديد التدرج في مواقف التعرض الواقعية . ويلقى مؤشر الحساسية للقلق^(٢) (Reiss et al., 1986) قبولاً واسعاً بوصفه مقياساً للمعتقدات المهددة حول الإحساسات الجسمية . وهو يتمتع بخصائص سيكومترية جيدة ، ويميز بين اضطراب الهلع/والهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة ، وبقيّة أنماط اضطرابات القلق الأخرى (Telch, Sherman, & Lucas, 1989) . ويمكن الحصول على معلومات أكثر تحديداً حول أى الإحساسات الجسمية على وجه الخصوص هي التي تؤدي إلى القدر الأكبر من الخوف ، وأى التقييمات الخاطئة هي التي يكثر ظهورها ، من خلال استبارات الإحساسات الجسمية والمكونات المعرفية في مخاوف الأماكن المفتوحة^(٣) . وتتضمن مقياس سمة القلق بطارية حالة وسمة القلق^(٤) (Spielberger, Gorsuch, Lushene, vagg, & Jacobs, 1983) ، وبطارية بيك للقلق^(٥) (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) ، وأخيراً مقياس السياق التفاعلي^(٦) ، والتي تتضمن مقياس التوافق الزوجي (Spanier, 1976) أو مقياس السعادة الزوجية (Azrin, Naster, & Jones, 1973) .

(1) Mobility Inventory .

(2) The Anxiety Sensitivity Index .

(3) Body Sensations and Agoraphobia Cognitions Questionnaires .

(4) State-Trait Anxiety Inventory .

(5) Beck Anxiety Inventory .

(6) Interpersonal Context .

التاريخ : وقت البدء : الوقت المستغرق (بالدقائق) :
منفرداً : مع صديق : مع غريب : مع العائلة :
مثير للتوتر ؟ : نعم / لا
متوقع ؟ : نعم/لا
أقصى درجة من الخوف :
صفر ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨
لا يوجد بسيط متوسط قوى حاد
ضع خطأ على أول عرض تشعر به ، ثم ضع علامة على كل عرض
موجود :
صعوبة التنفس إحساسات بالحرارة/البرودة
تسارع ضربات القلب خدر/وخز
إحساس بالصدمة شعور بعدم الواقعية
عرق عدم اتزان/دوار/إغماء
ارتجاف/قشعريرة خوف من الموت
غثيان/تقلصات معوية
خوف من فقدان السيطرة على النفس/الجلون
آلام صدر/مشاعر عدم راحة

شكل (٢ : ١) : سجل أعراض نوبة الهلع عن : (Mastery of your Anxiety and Panic (PP 2 -4) by D.H. Barlow and M.G. Craske, 1989, Albany, NY : Graywind. Copyright, 1989 by Graywind Publications. Adopted by permission .

صفر ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨
لا يوجد بسيط متوسط قوى حاد

التاريخ	قلق متوسط	اكتئاب متوسط	توقع متوسط وانشغال بالقلق

شكل (٣ - ١) سجل المزاج اليومي Daily Mood Recod. From Mastery of your Anxiety (pp. 2 - 8) by D.H. Barlow andw M.G. Craske, 1989, Albany, NY : Graywind. Copyright, 1989, by Graywind Publications. Adopted by permission .

٥ - يعد الاختبار السلوكي قياساً مفيداً لدرجة تجلب مواقف معينة . ويمكن تقنين اختبارات المنحى السلوكي أو تصميمها لفرد معين ، ودائماً ما تتضمن الاختبارات السلوكية المقننة المشى أو قيادة السيارة فى طرق معينة ، مثل السير لمسافة ميل واحد حول العيادة . ويقدر مستوى القلق خلال فترات منتظمة ، وتقاس المسافة الفعلية للمشى أو القيادة . أما الاختبارات السلوكية المصممة لفرد معين ، فعادة ما تتطلب عدداً من المحاولات على امتداد ثلاثة إلى خمسة مواقف يحددها العميل يكون فيها فى أماكن تتراوح صعوبتها بالنسبة له بين صعبة إلى حد ما ،

وحتى صعوبة للغاية وقد تتضمن القيادة عبر مخرجين في الطرق السريعة ، والانتظار في صف في بنك ، أو التسوق في سوبر ماركت محلي لمدة ١٥ دقيقة . ويقاس الحد الأقصى من القلق ودرجة الاقتراب (مثال ذلك رفض أداء المهمة) أو محاولة القيام بها ولكن مع الهرب منها ، أو إكمال المهمة) في كل موقف . وميزة الاختبارات السلوكية المقننة هي سهولتها النسبية في القيام بها ، أما عيبها فيتمثل في أن المهمة المعينة قد لا تكون متعلقة بكل العملاء على السواء فقد يكون السير لمسافة ميل بالنسبة لبعض العملاء مثيراً لدرجة حقيقية أو بسيطة من القلق ، ومن هنا تأتي قيمة المهام التي تصمم خصيصاً للفرد .

وكل من النوعين من الاختبارات السلوكية المقننة أو المصممة خصيصاً لفرد معين عرضة للتحيزات . ويلقى بوركوفك وبيرتس وبرنشتين Borkovec, (1977) Weerts, and Bernstein الضوء على المطالب الضمنية للخوف والتجنب السابقة للعلاج وللتحسن بعد العلاج .

من ناحية أخرى تعد الاختبارات السلوكية إضافة مهمة للتقرير الذاتي عن التجنب في مخاوف الأماكن المفتوحة ، طالما أن العملاء يميلون للتصريح بأقل قدر بإمكاناتهم السلوكية (Craske, Rapee, & Barlow, 1988) . ويعتقد راخمان وبيشارد (Rachman and Bichard (1988) وكراسك وبارلوف Craske and Barlow (1988) أن توقع الهلع يؤدي إلى درجة من التجنب، وطالما أن مقاومة التجنب تمنع توقع الهلع من الانخفاض ، فإن دورة مستمرة من القلق والتجنب تنشأ . وبالتالي فإن الاختبارات السلوكية توفر معلومات ، تختلف في أغلب الأحيان عن التقارير الذاتية .

يضاف إلى ذلك أن الاختبارات السلوكية تكشف عن معلومات لا يكون الأفراد على وعي تام بها ، والتي قد تكون مهمة بالنسبة للخطة العلاجية . مثال ذلك أن الميل للالتصاق بالدعامات مثل السياج (الدرابزين) أو الحوائط قد لا يكون ملحوظاً ، إلى أن تتم ملاحظة العميل ، وهو يسير في مركز تجاري . وفي حالة جين ، لم تتضح أهمية تغيرات الضوء بين النهار والليل إلى أن طلب منها أن تقود سيارتها في جزء من الطريق كاختبار سلوكي . وكانت استجابتها أن الوقت من النهار متأخر للغاية للقيادة ؛ لأن الظلام يجعلها تشعر كما لو أنها غير واقعية وبالمثل لم تعرف قيمة الحماية التي يوفرها تكييف هواء السيارة ، إلا بعد أن أكملت جين الاختبار السلوكي . فقد كانت جين تعتقد أن الهواء البارد الذي يفتح

وجهاً يساعدها على أن تظل على صلة بالواقع . كما لوحظ أخيراً أن توازنها الجسمي أثناء القيادة كان عاملاً أسهم في قلقها ؛ حيث كان كتفاها منحنيين ، وكانت تجلس مائلة على عجلة القيادة ، كما كانت تقبض عليها بإحكام شديد .

٦ - لا تعد المقاييس الفسيولوجية أدوات عملية بالنسبة للإكلينيكيين ، غير أنها يمكن أن توفر معلومات مهمة ؛ إذ يمكن للتضارب الذي وصف من قبل بين التقارير الخاصة بالأعراض والآثار الفسيولوجية الحقيقية أن يخدم على وجه الخصوص بوصفه إيضاحاً علاجياً لدور الانتباه والمعرفة في استحداث الأعراض . وبالمثل يوفر التسجيل الواقعي تأكيداً على عدم وجود الخوف ، مثال ذلك «أشعر أن قلبي يسرع لدرجة أنه سينفجر» أو «أنا متأكد أن ضغط دمي مرتفع للغاية لدرجة أنني سأعرض لجلطة في المخ في أي لحظة» . وأخيراً فطالما أن المستويات القاعدية للاستثارة الفسيولوجية تميل إلى الارتفاع لدى الأشخاص القلقين ، فستكون مقاييس حساسة لفعالية العلاج . وتوفر الأساليب المختلفة للتقييم مواد للتحليل الوظيفي الكامل لجين كما يوضحها جدول (٣ - ١) .

وصف العلاج

المكونات

ستوصف في هذا القسم مكونات العلاج ، وستراجع دلائل فعاليته . وتتكامل هذه المكونات من خلال برنامج علاجي ، جلسة بعد أخرى توصف في القسم التالي . وعند هذه النقطة سنلاحظ مرة أخرى أن التقدم الرئيسي منذ الطبعة الأخيرة لهذا الكتاب ، هو الاعتراف بأهمية علاج نوبات الهلع مباشرة ، وتطور علاج ناجح لتحقيق هذا الهدف . وقبل تقديم مراجعة التطورات الجديدة في تطبيقات التعرض الواقعي (١) لمخاوف الأماكن المفتوحة ، سنقوم أولاً بتقديم مراجعة للمكونات العلاجية ، التي تستهدف نوبات الهلع بشكل مباشر .

(1) In vivo .

جدول (٣ - ١) تعريفات الدليل التشخيصي والإحصائي

الرابع المقترحة لاضطراب الهلع واضطراب مخاوف الأماكن المفتوحة .

اضطراب الهلع دون مخاوف أماكن مفتوحة

أ - سواء البند (١) أو (٢)

(١) نوبات هلع متكررة غير متوقعة .

(٢) نوبة هلع واحدة على الأقل يليها شهر (أو أكثر) يتضمن

أ - انشغالاً مقاوماً لتوقع نوبات أخرى ، أو

ب - قلقاً من دلالات النوبة أو مترتباتها (مثل ذلك فقدان التحكم في

النفس، والتعرض لنوبة قلبية والتعرض للجنون) ، أو

ج - تغيرات سلوكية متعلقة بالنوبات .

ب - عدم وجود مخاوف أماكن مفتوحة (حسب تعريفها التالي) .

ج - ألا ترجع نوبة الهلع إلى تعاطى مواد ، أو اضطراب قلق ثانوى .

د - ألا يكون القلق نتيجة لاضطراب عقلى آخر ، مثل اضطراب الوسواس القهرى

(مثل ذلك الخوف من التلوث) أو اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (مثل

ذلك استجابة لمنبهات مرتبطة بمثير حاد للتوتر) ، أو اضطراب قلق

الانفصال، أو مخاوف نوعية ، أو مخاوف اجتماعية (مثل ذلك الخوف من

الإحراج فى المواقف الاجتماعية)

اضطراب الهلع المصاحب لمخاوف الأماكن المفتوحة

أ - سواء البند (١) أو (٢)

(١) نوبات هلع متكررة غير متوقعة .

(٢) نوبة واحدة على الأقل ، يليها شهر (أو أكثر) ويتضمن :

أ - انشغالاً مقاوماً من حدوث نوبات تالية ، أو

ب - قلقاً حول دلالات النوبة أو مترتباتها (مثل ذلك فقدان التحكم

فى النفس ، والتعرض لنوبة قلبية ، والتعرض للجنون) أو

ج - تغييراً جوهرياً في السلوك المتعلق بالنبوة .

ب - وجود مخاوف أماكن مفتوحة بمعنى قلق من التواجد في أماكن ، أو مواقف قد يكون الهرب منها صعباً (أو محرّجاً) ، أو حيث لا تكون اللجدة متاحة فيها في حالة حدوث ظروف أو مواقف غير متوقعة لنبوة هلع وتتضمن مخاوف الأماكن المفتوحة نمطياً تجمعاً من الخصائص لمواقف ، منها : التواجد على انفراد خارج البيت ، التواجد وسط زحام ، أو الوقوف في صف ، أو الانتقال في حافلة أو قطار أو سيارة .

[ملحوظة : يتعين الأخذ في الاعتبار التشخيص بمخاوف نوعية ، إذا كانت هذه المخاوف محددة بموقف واحد ، أو عدد قليل من المخاوف ، أو مخاوف اجتماعية إذا كان التجنب قاصراً على المواقف الاجتماعية]

ج - تتجنب المواقف المثيرة لمخاوف الأماكن المفتوحة (مثال ذلك الحد من الانتقالات) ، أو تتحمل بطريقة أخرى مع وجود مؤشرات لكدر أو مع قلق من التعرض لنبوة هلع ، أو ضرورة تواجد مرافق .

د - لا ترجع نوبات الهلع لتعاطي مواد ، أو اضطراب قلق ثانوي .

هـ - ألا يكون القلق أو التجنب الخوافي ناتجاً عن اضطراب عقلي آخر ، كالمخاوف النوعية (مثال ذلك التجنب الذي يقتصر على مواقف محددة مثل استخدام المصاعد) ، أو اضطراب قلق الانفصال (مثل تجنب المدرسة) ، أو اضطراب الوسواس القهري (مثل الخوف من التلوث) ، أو اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (مثل تجنب المنبهات المرتبطة بمثيرات حادة للتوتر) ، أو المخاوف الاجتماعية (مثال ذلك التجنب الذي يقتصر على المواقف الاجتماعية بسبب الخوف من الإحراج) .

ملحوظة : عن الـ (1993) APA حقوق الطبع لجمعية الطب النفسي الأمريكية . بتصريح

إعادة تشكيل البنية المعرفية

تبدأ الاستراتيجيات المعرفية للهلع بتوسيع نموذج بيك Beck المعرفي الخاص بالاكئاب (Beck, Shaw, Rush, Emery, 1979) ليشمل القلق والهلع ويركز العلاج المعرفي على تصحيح التقييمات الخاطئة المتعلقة بالإحساسات الجسمية ، باعتبارها مصدر تهديد ، وتطبيق الاستراتيجيات المعرفية بمشاركة الأساليب السلوكية ، على الرغم من افتراض أن الميكانيزم الفعال في التغيير يكمن في الحقل المعرفي . وقام سوكول وبيك Sokol and Beck (مشار إليها في Beck, 1988) بدراسة غير مضبوطة ، تم فيها علاج ٢٥ مريضاً بالأساليب المعرفية ، بالإضافة إلى مستقبلات باطنية (١) ، وتعرض حتى على امتداد ١٧ جلسة علاجية فردية في المتوسط . وقد انتهت نوبات الهلع لدى ١٧ مريضاً ، هم من تضمن تشخيصهم اضطرابات شخصية خلال علاج نال وتقييم استمر اثني عشر شهراً .

ومن الواضح أنه من الصعب عزو النتيجة بشكل قاطع إلى الاستراتيجيات المعرفية ؛ نتيجة للمزج بينها وبين الاستراتيجيات السلوكية .

من ناحية أخرى يرى تقرير أولى ، أصدره مارجراف (Margraf, 1989) أن الاستراتيجيات المعرفية التي تستخدم دون مصاحبة التعرض ، تعد وسائل شديدة الفعالية للسيطرة على نوبات الهلع ، كما ذكر سالكوفسكس وكلارك وهاكمان (Salkovskis, Clark, and Hackmann, 1991) نتائج من تصميم تضمن حالات فردية متعددة خطوط الأساس ، تم خلاله فحص تأثيرات التركيز على علاج معرفي مع تعليمات بعدم التعرض . وقد انخفضت نوبات الهلع أو توقفت لدى الجميع ، باستثناء واحد من المرضى السبعة ، الذين أجريت عليهم الدراسة .

إعادة التدريب على التنفس

اختبر عديد من الباحثين كفاءة أسلوب إعادة التدريب على التنفس ، في ضوء أن ٥٠% إلى ٦٠% من الهلعين يصفون أعراض إفراط في التنفس بوصفها مشابهة لأعراض نوبات هلعهم . ومن الجدير بالملاحظة على الرغم من ذلك ، أن البحوث الحديثة أظهرت أن تقارير أعراض الإفراط في التنفس لا تعبر بشكل

(1) Interoceptive .

صحيح عن إفراط ذى طبيعة فسيولوجية فى التنفس ؛ فخمسين فى المئة فقط من الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهلع يظهرن انخفاضاً حقيقياً فى مقدار ثانى أكسيد الكربون ، فى نهاية الشهيق والزفير ، خلال نوبات الهلع (Hibbert & Pilsbury, 1988; Hornsveld, Garssen, Fiedeldi, Dop and van Spiegel, 1990) .

ويبدو أن مرضى خواف الأماكن المفتوحة على وجه الخصوص . يبالغون فى حالتهم الجسمية (Holt & Andrews, 1989) ، وينظر إلى نوبات الهلع ، فى فهمها الذى يؤكد الإفراط فى التنفس ، باعتبارها مثيرة للتوتر ، وأن التغيرات التنفسية سواء كانت تستثير الخوف لأنها تدرك بوصفها مخيفة أو تزيد من درجة الخوف ، تظهر بالفعل نتيجة لمنبهات خوافية أخرى (Clark, Salkovskis, & Chalkley, 1985) وقد وجد كرافت وهو جودين (Kraft and Hoogduin 1984) أن ست جلسات ، مرتين أسبوعياً لإعادة التدريب على التنفس والاسترخاء التدريجى تؤدي إلى خفض مرات حدوث نوبات الهلع ، من ١٠ إلى ٤ ، فى الأسبوع . وعلى الرغم من ذلك لم يكن هذا العلاج أكثر فعالية من أى من تكرار الإفراط فى التنفس ، والتحكم فى الأعراض من خلال التنفس فى كيس ورقي ، أو تحديد مثيرات التوتر الحياتية وحل المشكلات فى تقريران لحاليتين وصفا للتطبيق الناجح لإعادة التدريب على التنفس ، فى سياق علاج قائم على أسس معرفية ؛ حيث يتعلم المرضى إعادة تفسير إحساساتهم على أنها غير خطيرة (Rapee, 1986) وقد ذكر كلارك وزملاؤه (Clark et al. 1985) دراسة على نطاق أوسع ، على الرغم من عدم ضبطها ، تلقى خلالها ١٨ عميلاً من مرضى اضطراب الهلع جلسيتين أسبوعياً للتحكم فى التنفس ، وتدريباً معرفياً على إعادة الإعزاء . وقد انخفضت نوبات الهلع بشكل ملحوظ فى هذه الفترة القصيرة ، وبالأخص لدى الأفراد الذين لم تكن لديهم مخاوف أماكن مفتوحة جوهرية وأعطى سالكوفسكس وزملاؤه (Salkovskis et al. 1986) أربع جلسات أسبوعية للإفراط القهري فى التنفس ، ومعلومات تصحيحية ، وإعادة تدريب على التنفس لتسعة مرضى ، بعد أن أجرى تعرض حى للمواقف المثيرة لمخاوف الأماكن المفتوحة ، عندما بدأ أن ذلك ضرورياً وقد انخفضت مرات حدوث نوبات الهلع من سبع إلى ثلاث نوبات أسبوعياً فى المتوسط ، بعد التدريب على التحكم فى التنفس .

وعلى الرغم من إظهار هذه الدراسات نتائج مثيرة للتدخلات العلاجية القصيرة ، إلا أن هناك بعض الانشغالات حولها ، من ذلك أولاً: أن المفحوصين كانوا عادة ما يختارون على أساس إظهارهم لأعراض إفراط في التنفس ، وبالتالي فإن تعميم النتائج على المفحوصين الذين لا يعانون من أعراض الإفراط في التنفس غير واضح .

ثانياً : لم يتمكن دي رويتر وريجكن وجارسن وكرأيمأت, deRuiter, Rijken Garssen, and kraaimaat. (1989) من خلال استخدام مفحوصين مشابهين ، من استعادة كفاءة المزج بين إعادة التدريب على التنفس ، وإعادة تشكيل البنية المعرفية ، وبالمثل فشل هيبيرت وشان (1989) Hibbert and Chan ، في التوصل إلى الفرق بين التدريب على التحكم في التنفس واستخدام عقار زائف .

ثالثاً : إن برامج أو خطوات التدريب على تكرار التنفس تتضمن تقليدياً إعادة تشكيل معرفية ، وتعرض تأملية ، والذي كما سنذكر فيما بعد أظهر أنه علاج فعال لنوبات الهلع . وبالتالي فمن الصعب عزو النتائج ابتداءً إلى التحكم في التنفس ، واستخلص جارس ودي رويتر وقان دايك Garssen, deRuiter, and Van Dyck (1992) من مراجعة شاملة لكفاءة وميكانيزمات العملية ، أن إعادة التدريب على التنفس تؤثر في التغيير من خلال ما تتضمنه من تشتت وإحساس بالتحكم .

الاسترخاء

أظهر نوع من الإسترخاء يعرف باسم الاسترخاء التطبيقي⁽¹⁾ نتائج واعدة كعلاج لنوبات الهلع . ويتطلب الاسترخاء التطبيقي تدريباً على الاسترخاء العضلي التدريجي⁽²⁾ ؛ حتى يكتسب الفرد مهارة استخدام المؤشرات الدالة على التحكم . ويستمر التدريب على الاسترخاء التطبيقي لحين اكتساب مهارة الاسترخاء ، عند ممارسة بنود ينتظمها تدرج لمهام مثيرة للقلق . ولا تتوافر تفاصيل حول الأساس النظري لاستخدام الاسترخاء في حالة نوبات الهلع ، تتجاوز توفيره لاستجابة عضوية عكسية للتوتر العضلي وهي الاستجابة التي تميل للظهور خلال القلق والهلع .

(1) Applied relaxation .

(2) Progressive muscle relaxation (PMR)

وعلى الرغم من ذلك فإن الدلائل لا تدعم فكرة الاستجابة العضوية العكسية (Rupert, Dobbins, & Mathew, 1981) ، وهناك تفسير بديل هو أن الخوف والقلق ينخفضان إلى المدى ، الذي يؤدي لتوفير الاسترخاء إحساساً بالتحكم أو السيطرة (Bandura, 1977; Rice & Blanchard , 1982) يضاف إلى ذلك أن الإجراءات والميكانيزمات المسئولة عن المكاسب العلاجية قائمة هي الأخرى في هذا النموذج التطبيقي للاسترخاء ، أخذاً في الاعتبار تدخل إجراءات التعرض .

ويذكر أوست (1988) Ost نتائج إيجابية لاستخدام الاسترخاء العضلي التدريجي للتحكم في نوبات الهلع ؛ حيث تحقق تخلص كامل منها لدى مجموعة طبق عليها هذا الأسلوب (ن = ٨) ، وتخلص ١٠٠٪ منهم من نوبات الهلع بعد ١٤ جلسة مقارنة بـ ٧١٫٧٪ لمجموعة أخرى (ن = ٨) لم يستخدم معها هذا الأسلوب وبالإضافة إلى ذلك ، كانت نتائج المجموعة الأولى مستقرة خلال مرحلة متابعة (استمرت لمدة ١٩ شهراً تقريباً بعد انتهاء العلاج) . بينما ظل تأثير العلاج مستمراً لدى ٥٧٪ من أفراد المجموعة الثانية ، وقد صنف كل أفراد مجموعة الاسترخاء العضلي التدريجي في فئة أصحاب أفضل نتيجة نهائية في المتابعة ، مقارنة بـ ٢٥٪ من المجموعة الأخرى . يناقض ذلك أن بارلو وزملاؤه (Barlow et al. (1989 وجدوا أن الاسترخاء العضلي التدريجي لم يكن فعالاً نسبياً في التحكم في نوبات الهلع ، وبالمثل وجد كلارك وزملاؤه Clark et al. (1992) أن الاسترخاء التطبيقي لم يكن فعالاً بقدر تأثير خليط من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية وقد يرجع هذا التضارب لاختلاف أنواع المهام التي تطبق عليها مؤشرات التحكم في الاسترخاء . وقد تضمنت ظروف استخدام أوست (1988) للاسترخاء العضلي التدريجي التعرض لمؤشرات باطنية (مثال ذلك إحساسات بدنية مثيرة للخوف) ، بينما اقتصر ظروف دراسة بارلو وزملاؤه (Barlow et al. (1989 في استخدامها للاسترخاء العضلي التدريجي على المهام الموقفية الخارجية . وقد مزج مايكلسون وزملاؤه (Michelson et al. (1990 في وقت أحدث الاسترخاء العضلي التدريجي بإعادة التدريب على التنفس ، وتدريب معرفي في علاجهم لعشرة هلعين . وقد تحرر كل المفحوصين تماماً من النوبات الهلعية التلقائية (١) مع نهاية العلاج ، وتخلصوا منها جميعاً ما عدا واحد ، كما

(1) Spontaneous .

استوفوا جميعاً محك أعلى مستوى للأداء ، وعلى الرغم من ذلك ، فإن الإسهام المحدد للاسترخاء العضلى التدريجى فى هذه النتائج غير معروف .

التعرض الباطنى

الهدف من التعرض الباطنى ، وهو الهدف نفسه من التعرض للمبهات الخارجية المثيرة للخوف ، هو مقاطعة أو إضعاف الترابط بين مؤشرات جسمية محددة والاستجابات الهلعية . والأساس النظرى للتعرض الباطنى يقوم على إخماد أو إطفاء الخوف ، فى ضوء الصيغة المفهومية لنوبات الهلع ، باعتبارها ردود أفعال تشريطية (١) ، أو إنذاراً متعلماً (٢) للمؤشرات الجسمية البارزة (Barlow, 1988) ويستخدم التعرض الباطنى من خلال إجراءات ، تؤدي إلى إحداث إحساسات ذات طبيعة هلعية حقيقية ، مثل : تدريبات الأوعية الدموية للقلب (٣) ، واستنشاق ثانى أكسيد الكربون ، أو الجلوس فى مقعد دوار ، والإفراط فى التنفس ، ويتم التعرض باستخدام نموذج متدرج . وقد لاحظ كل من بون وهاريسون وريس (Bon. Harrison and Ress (1971) ، وها سلام (Haslam (1974) فى الدراسات المبكرة انخفاضاً ناجحاً فى الاستجابية ، مع الشرب المتكرر لحمض ملهى (وهو عقار ينتج إحساسات بدنية من النوع الهلعى ، بالقدر نفسه الذى تؤثر به العناصر الكيمائية الأخرى ، مثل : الكفابين واليوهمباين (٤) . وعلى الرغم من ذلك لم يلاحظ الهلع فى هذه البحوث . وفى وقت أحدث قارن جريتز وفان دن هوت (Griez and Van den Hout (1986) بين نتائج ست جلسات للاستنشاق التدريجى لثانى أكسيد الكربون ، ونظام علاجى بالبروبرانولول (٥) (وهو كابح عصبى (٦) أختير ؛ لأنه يؤدي لإخماد الأعراض التى يستثيرها تنفس ثانى أكسيد الكربون) . وقد استخدم كل من الإجراءين على امتداد دورة علاجية ، امتدت لأسبوعين ، وقد أدى هذا العلاج التنفسى إلى انخفاض فى نوبات الهلع من ١٢ إلى ٤ نوبات ، وهو ما كان نتيجة متفوقة ، مقارنة بنتيجة استخدام البروبرانولول .

(1) Conditioned .

(2) Learned alarm .

(3) Cardiovascular exercise .

(4) Yohimbine .

(5) Propranolol .

(6) Beta blocker .

يضاف إلى ذلك أن العلاج التنفسي أدى إلى انخفاض جوهري أكبر في تقارير المرضى عن إحساسات الخوف وتشير نتائج المتابعة التي امتدت ستة أشهر إلى استمرارية المكاسب العلاجية ، على الرغم من عدم الإشارة إلى مرات تكرار حدوث نوبات هلعية .

وفي أول دراسة مضبوطة للعلاج السلوكي لإضطراب الهلع ، قارن بارلو وزملاؤه (Barlow et al. (1989) المواقف الأربعة الآتية :

الاسترخاء التطبيقي العضلي التدريجي ، والتعرض الباطني بالإضافة إلى إعادة التدريب على التنفس ، وإعادة تشكيل البنية المعرفية (والتي يشار إليها الآن باعتبارها العلاج بالتحكم في الهلع^(١) ، بارلو وكراسك (Barlow and Craske, 1989) ، ومجموعة ضابطة على قائمة انتظار ويتطلب التعرض الباطني تكرار التعرض باستخدام أساليب للحث ، مثل : الإفراط القهري في التنفس^(٢) ، الدوران الحلزوني على مقعد^(٣) ، والقيام بمجهود قلبي ، وكان الموقفان المتضمنان لتعرض باطني وإعادة تشكيل معرفي (علاج التحكم في الهلع) متفوقين بفرق جوهري ، مقارنة بالاسترخاء العضلي التدريجي وقائمة الانتظار بمحك عدد مرات تكرار النوبات الهلعية ، وتحرر ٨٧٪ من أفراد مجموعتي علاج التحكم في الهلع من نوباتهم تماماً . وظلت النتائج مستقرة على امتداد ٢٤ شهراً من المتابعة ، بعد انتهاء العلاج للمجموعة التي تلقت علاجاً بالتعرض الباطني وإعادة التشكيل المعرفي ، دون استرخاء عضلي تدريجي بينما كانت المجموعة التي تلقت علاجاً مركباً أكثر ميلاً للتدهور ، خلال المتابعة (Craske, Brown and Barlow, 1991) ، وتبين هذه الدراسة تفوق التعرض الباطني والأساليب المعرفية على كل من المدى القريب والبعيد في التحكم في نوبات الهلع . وعلى الرغم من ذلك ، كان الاسترخاء العضلي التدريجي فعالاً بالقدر نفسه الذي أدى إليه التعرض والاستراتيجيات المعرفية في خفض القلق العام .

وأوضح كلسكو وبارلو وتسايناري وسيرني (Klosko, Barlow Tassinari and Cerny (1990) في دراسة تالية أن علاج التحكم في الهلع كان جيداً ، وربما

(1) Panic Control treatment (PCT) .

(2) Forced hyperventilation .

(3) Spinning .

أفضل على كل مقاييس النتائج التالية مباشرة للعلاج من أغلب الأساليب الدوائية الشائع ، أي البرازولام (Xanax) alprazolam وتشير النتائج إلى أن ٨٧٪ من مجموعة علاج التحكم في الهلع تخلصوا من نوباتهم ، مقارنة بـ ٥٠٪ في مجموعة الـ Xanax ، ٣٦٪ ، ٣٣٪ ، باستخدام عقار زائف أو دون علاج على قائمة انتظار على الترتيب . ويؤيد تحليل أولى لدراسة غير مكتملة كفاءة الجمع بين الأساليب المعرفية والتعرض الباطني (Brown, Rapee, Antony, & Barlow, 1990) . وعلى الرغم من عدم وجود فرق دال إحصائياً بين مجموعة العلاج بالتعرض الباطني ومجموعة تفتت علاجاً معرفياً فقط ، إلا أن العلاج بالتعرض الباطني كان أكثر كفاءة في قمع الخوف من الإحساسات الجسمية الناتجة عن استنشاق ثاني أكسيد الكربون .

ومما يجدر ذكره أن الهلع يخضع لتحكم يتسم بالكفاءة عند استخدام الإجراءات المعرفية والجسمية ، والتعرض الباطني خلال فترة قصيرة نسبياً ، ويبلغ متوسط عدد جلسات العلاج ١٠ جلسات تقريباً . وقد ذكر هاكمان وكلاارك ، وسالكوفسكس وويلس وجيلدر (Hackmann, Clark, Salkovskis, Wells and Gelder (1992) حديثاً نتائج فعالة ، من خلال حد أدنى من الصلة العلاجية ، وكتيبات المساعدة الذاتية (١) على مدى أربعة أسابيع . ولا يتطابق التحكم الدرامي في نوبات الهلع دائماً مع معدلات تحقيق أعلى مستوى نهائي للأداء (٢) ، فتعبير أعلى مستوى نهائي للأداء يشير إلى الشفاء الإكلينيكي ، أو الأداء في حدود المعايير السوية ، وهو يتحدد من خلال مستويات القلق ، والخوف ، والإعاقة بصفة عامة ويحقق ما بين ٥٠٪ إلى ٦٠٪ من المرضى تقريباً أعلى مستوى نهائي للأداء في دراسة بارلو وزملاؤه (Barlow et al. (1989) وفي دراسة مايكلسون وزملائه (Michelson et al. (1990) وعلى النقيض من ذلك ، يذكر أوست (Ost (1988) وسالكوفسكس وزملاؤه (Salkovskis et al. (1991) نسباً كبيرة لأعلى مستوى نهائي للأداء ، يضاهي معدلات التحكم في الهلع . وقد يكون التضارب عبر الدراسات راجعاً إلى :

(1) Self-help manuals .

(2) High end-state functioning .

١ - الفروق في العيادات .

٢ - الفروق في الطريقة التي يصنف فيها أعلى مستوى نهائي للأداء .

٣ - فروق حقيقية في كفاءة العلاجات المعرفية السلوكية في المواقع المختلفة .

ويكشف الفحص الدقيق لبيانات بارلو وزملائه (Barlow et al. 1989) أن وجود مخاوف الأماكن المفتوحة أحياناً ما يكون مسئولاً عن المعدلات المنخفضة لأعلى مستوى نهائي للأداء ، خلال المتابعة (Craske et al., 1991) . وبالتالي فمن المقنع أن يكون مستوى حدة مخاوف الأماكن المفتوحة هو المسئول عن المعدلات المختلفة لأعلى مستوى نهائي للأداء عبر الدراسات المختلفة .

وعلى الرغم من ذلك ، فإن الغالبية العظمى من نتائج الدراسات التي سبق وصفها يتضمن مرضى باضطراب الهلع ، مع الحد الأدنى من التجنب الخوافي للأماكن المفتوحة . وأحدى القضايا المهمة هي المدى الذي يؤثر به علاج التحكم في الهلع في مخاوف الأماكن المفتوحة ، في المستويات المتوسطة أو الحادة . وكانت النتائج حول هذه القضية متضاربة ، خلال المؤتمر الدولي للعلاج المعرفي عام ١٩٩٢ فقد ذكر فان دن هوت وارانترز (Van den Hout and Arntz 1992) وجود حد أدنى من التأثيرات على مخاوف الأماكن المفتوحة ، بينما ذكر أوست ووستلينج (Ostend Westling 1992) انخفاضاً جوهرياً في مخاوف الأماكن المفتوحة . ويتطلب الأمر مزيداً من البحوث التي تتعلق بالجمع بين العلاج بالتحكم في الهلع ، والعلاج بالتعرض الموقفي في مخاوف الأماكن المفتوحة (سيوصف فيما بعد) . وهناك قضية أخرى ما زالت قيد البحث ، هي تأثير الجمع بين العلاج المعرفي السلوكي للتحكم في الهلع والعلاج الدوائي . (وتجرى هذه الدراسة بصورة جماعية بدعم من المعهد القومي للصحة العقلية في صنى ، البانى، بجامعة كولومبيا بين المعهد الغربى للطب النفسى ، وجامعة ييل ، ويقوم بها كل من بارلو Barlow ، وجورمان Gorman ، وشير Shear وودز Woods على الترتيب .

التعرض الموقفى

يشير التعرض الموقفى (١) المستخدم فى علاج مخاوف الأماكن المفتوحة إلى مواجهة متكررة أو اقتراب من موضوعات الموقف ، التى تتجنب ، وعادة ما تكون هذه مواقف نمطية تفتتير مخاوف الأماكن المفتوحة ، مثل الأسواق العامة ، والكنايس ، أو المواقف الأخرى المزدهمة ، التى قد يصعب الهرب منها فى حالة حدوث نوبة هلع . وباستبعاد حالات الانسحاب من الدراسة ، يظهر ما بين ٦٠٪ إلى ٧٠٪ من مرضى خواف الأماكن المفتوحة تحسناً ، يستمر على مدى أربع سنوات أو أكثر فى المتوسط (انظر للمراجعة Jansson and Ost., 1982) وعلى الرغم من ذلك فإن ما بين ٣٠٪ إلى ٤٠٪ لا يحققون فائدة ، ويحقق أقل من النصف أعلى مستوى من الأداء النهائى (Burns, Thorpe & Cavallaro, 1986; Cohen, Monteiro & Marks, 1984; Hafner, 1976; Jacobson, Wilson, & Tupper, 1988; Jansson, Jerremalm & Ost, 1986; Marks, Jacobson et al. 1971; Munby & Johnston, 1988). ويستخلص جاكوسون وزملاؤه (1988) من مراجعتهم أنه بينما يظهر ٥٠٪ من المرضى تحسناً مستقراً ودالاً إحصائياً ، إلا أن ٢٥٪ فقط فى المتوسط هم من لا يصبحون خوافيين على الإطلاق بنهاية العلاج . وأخيراً قد ينتكس قدر كبير يصل إلى ٥٠٪ من المرضى الذين يستفيدون أكليديكيا ، على الرغم من أن هذا الانتكاس قد يكون عابراً ، وتبعه عادة عودة إلى المستويات التى حققها العلاج (Munby & Johnston, 1980) وبالأخذ فى الاعتبار هذه الخصائص ، تجرى الآن محاولات لتحسين كفاءة العلاج ، من خلال فحص المتغيرات المتعلقة بالإجراءات ، بما فى ذلك التعرض المكثف مقابل التعرض المتقطع ، والتدريجي مقابل الحاد أو المجهد والموجه من المعالج مقابل ذاتى التوجيه ، والمداومة على التعرض مقابل التحكم فى الهرب ، وتركيز الانتباه مقابل التشتت أثناء التعرض ، واستخدام استراتيجيات التغلب ، واستهداف النوبات الهلعية وتفهم الهلع .

التعرض المكثف مقابل المتقطع (٢)

يطبق العلاج بالتعرض ، فى أقصى درجات شدته بمعدل ٣ إلى ٤ ساعات فى اليوم ، لمدة ٥ أيام فى الأسبوع . وتعد الجلسات المستمرة والطويلة أكثر كفاءة

(1) Situational exposure .

(2) Massed versus spaced exposure .

بصفة عامة من الجلسات القصيرة أو المتقطعة (Chaplin, Levine, 1981; Marshall, 1985; stern & Marks, 1973) من الأمور غير الواضحة وقد قارنت فوا وجميسون وتيرنر وباين (Foa, Jameson, 1980) نتائج ١٠ جلسات أسبوعية بعشر جلسات يومية للعلاج بالتعرض الحى لـ ١١ من مرضى خواف الأماكن المفتوحة (وقد تم الموازنة بين الطريقتين فى تصميم الدراسة) . وكان من الواضح أن التأثير المتفوق للفترات القصيرة كان تاليا لتأثير التعرض المكثف . وعلى الرغم من ذلك يرى بارلو (Barlow 1988) أن التعرض المتقطع مفضل للأسباب الآتية : أن معدلات عدم مواصلة العلاج مرتفعة بصفة عامة فى حالة التعرض المكثف (Emmelkamp & ultee, 1974; Emmelkamp & Wessels, 1975) كما قد تكون معدلات الانتكاس التالية للتعرض المكثف أعلى (Hafner, 1976; Jansson & Ost, 1982) بالإضافة إلى أن التغيرات السريعة مثيرة لتوتر الأسرة .

وتختلف نتائج شامبليس (Chambless 1989) عن توقعات بارلو (Barlow 1988) ؛ ففى دراسة شامبليس صنف ٣٦ مفحوصاً (الذين كان نصفهم من خوافى الأماكن المفتوحة ، والنصف الآخر لديهم مخاوف بسيطة) فى مجموعتين للتعرض المكثف والتعرض المتقطع ، وتلقى كل المفحوصين ١٠ جلسات للتعرض الواقعى التدريجى ، وتدريب على التحكم فى التنفس ، وعلى تشتيت الانتباه ومقاصد أو نوايا متناقضة ظاهرياً (١) ، وأجرى التقطع المكثف يومياً . وكان الإجراءان متساويين فى الكفاءة على المدى القصير وعلى مدى فترة متابعة امتدت لستة أشهر . ولم تكن هناك أية اتجاهات لمعدلات فارقة تخرج منها الدراسة ، أو لمعدلات انتكاس فارقة على امتداد شهور المتابعة الست . وعلى الرغم من ذلك ، لم يكن بعض المفحوصين قادرين على قبول التعرض المكثف ، مشكلين بذلك قدرأ من التحيز الانتخابى . وتشير شامبليس على الرغم من ذلك ، إلا أن نتائجها لا تقبل التعميم ، حيث دائماً ما كان يتخلل التعرض المتقطع واجبات منزلية ، قد تؤدى إلى زيادة الكفاءة النهائية . وعلى الرغم من ذلك تستخلص شامبلس أن الاختيار بين أسلوبى التعرض المكثف والتعرض المتقطع ، إنما يحدده كل من المعالج والعميل .

(1) Paradoxical intention .

التعرض المتدرج مقابل الحاد أو المجهد (١)(*)

يطبق التعرض المتدرج تقليدياً بتتال تدريجي من أسهل البنود إلى أصعبها. وقد نشر فايجنبوم (1988) Feigenbaum حديثاً نتائج على المدى القصير والبعيد لمواقف تعرض متدرج ، مقابل تعرض حاد ، وقد أجريت كل مواقف التدريب بطريقة مكثفة (٢) على مدى الدورة العلاجية ، والتي امتدت من ٦ إلى ١٠ أيام متصلة ، وقد تلقت إحدى المجموعتين تعرضاً غير متدرج (ن = ٢٥) ، يبدأ من أكثر البنود إثارة للخوف في مدرج التجنب ، وتلقت المجموعة الأخرى (ن = ٢٣) تعرضاً متدرجاً يبدأ بأقل البنود إثارة للخوف . وكانت العينة مكونة من مرضى لديهم مخاوف حادة من الأماكن المفتوحة ، وكان ثلث أفرادها من حبيسي المنازل ، كما تبين عند التقييم المبدئي . وقد برهنت طريقتا العلاج عند نهايتهما - وبعد ثمانية شهور تالية على أنهما متساويتان في كفاءتها (على الرغم من أن مجموعة التعرض المتدرج ذكرت أن العلاج كان أكثر إثارة للكدر ، وهو أمر مثير للاهتمام) . وعلى الرغم من ذلك ، كان التعرض غير المتدرج واضح التفوق خلال التقييم بعد خمس سنوات من المتابعة : فقد وصف ٧٦٪ من مجموعة التعرض الحاد ، مقابل ٣٥٪ من مجموعة التعرض المتدرج أنهم تخلصوا تماماً من أعراضهم .

وعند إضافة ١٠٤ مفحوصاً آخرين إلى مجموعة التعرض الحاد ، ظلت النتائج كما هي . فمن بين المجموع الكلي البالغ ١٢٩ مفحوصاً ذكر ٧٨٪ منهم تخلصاً كاملاً من الأعراض . وتوحى هذه المجموعة الدرامية من النتائج بأن التوجه الحاد يمكن أن يكون مفيداً للغاية (عندما يجري بطريقة متصلة) ، ومن غير المعروف ما المدى الذي يمكن أن نعم به هذه النتائج على التعرض المنقطع ، ولسوء الحظ فإن معدلات خوف المفحوصين من العلاج أو معدلات قبولهم له لم توصف في الدراسة ، كما أن صدق مقاييس تقييم النتائج محل تساؤل . وعلى الرغم من ذلك ، فإن هذه النتائج تبرز احتمالية أنه على الرغم من أن التعرض المكثف والحاد مقبولان ، بالنسبة لعدد قليل من الناس هم أولئك الذين يوافقون عليه ، فإن نتائجه تبدو فعالة ، مثل : التعرض المتدرج أو المنقطع أو أفضل.

(*) الحاد أو المجهد أى التعرض لأكثر المنبهات إثارة للمخاوف ، دون التدرج فى التعرض من الأقل إثارة للخوف إلى الأكثر إثارة له (المترجم) .

(1) Graduated versus Intense Exposure .

الهرب المنظم مقابل التحمل (١)

بعد الاستمرار في موقف تعرض حتى ينخفض القلق «قاعدة ذهبية» في التعرض الحى (Marks, 1978) ، وبالمثل يفترض نموذج العمليات الانفعالية ، الذى وضعت خطوطه العريضة فوا وكوذاك (Foa and Kozak 1986) أن انخفاض الخوف على المدى البعيد يعتمد على زيادة تنشيط الإثارة الباعثة على الخوف ، خلال جلسات خفض الخوف . ويتفق ذلك مع ما لاحظته مارشال (Marshall 1985) من حدوث استفادة جوهرية من فترات التعرض الاطول ، وحيث كان يسمح بالقدر اللازم من الوقت لاستكمال حدوث خفض فى القلق . وعلى النقيض من ذلك عرض إيميلكامب (Emmelkamp 1982) مراراً قيمة العلاج بالتعرض ، الذى توجه خلاله تعليمات للمفحوصين بوقف التعرض ، عندما يصل القلق إلى مستويات مفرطة . كما ذكر اجراس وليتنبيرج وبارلو (Agras, Leitenberg and Barlow 1968) بالمثل نتائج ناجحة ، دون الحاجة لتحمل مستويات مرتفعة من القلق فى المواقف الباعثة على الخوف . وقد توصل دى سيلفا وراخمان (Desilva and Rahman 1984) وراخمان وكراسك وتالمان وسوليوم (Rachman, Raske, Tallman and Solyom 1986) إلى نتائج متساوية الكفاءة ، سواء عندما كان المفحوصون يهرون من مهام التعرض ، عندما كان مستوى القلق يصل إلى درجة ٧٠ على مقياس ممتد من صفر إلى ١٠٠ (وحيث كان يتبع الهرب عودة فورية إلى الموقف) ، أو عندما كان يطلب من المفحوصين أن يظلوا فى الموقف حتى يصل القلق إلى قمته ثم ينخفض إلى ٥٠٪ على الأقل . ومن المثير للشغف أن أفراد مجموعة الهرب ذكروا قدراً أكبر من التحكم المدرك ، وقدراً أقل من الخوف خلال التعرض ، مقارنة بأفراد مجموعة اللاهرب بما يوحى أن إثارة الحد الأقصى من الخوف ليس جوهرياً لتحقيق منفعة علاجية .

ويؤكد نموذج التغير العلاجى (٢) الذى وصفه باندورا (Bandura 1977) (1988) ووليمز (Williams 1988) أهمية اكتمال الأداء أو الكفاءة الذاتية (٣) كتنقيض لخفض القلق أو الاعتياد (٤) . ويستخدم لذلك منحى للسيطرة أو التمكن ، يؤكد الطريقة التى يتم بها التعرض فى مقابل مجرد الاقتراب نحو المنبه .

(1) Endurance .

(2) Therapeutic change .

(3) Self-efficacy .

(4) Habituation .

ويصحح السلوك الدفاعي غير التوافقي ، الذي يجمع تطور الكفاءة الذاتية أثناء الأداء ، والذي يعزى إلى السلوك الحمائي (١) بدلاً من إمكانات التحسن الذاتية . مثال ذلك يتم تعليم المفحوصين قيادة السيارة ، وهم في وضع الاسترخاء خلف عجلة القيادة ، والسير عبر جسر دون الالتزام بحافته . وقد أظهر هذا النوع من التمكن الموجه أنه يؤدي إلى نتائج أكثر فعالية من العلاج بالتعرض للمنبه (Williams, Turner, & Peer, 1985; Williams & Zane, 1989) علاوة على ذلك فطالما يميل المفحوصون المتمكنون إلى تقرير وجود حد أدنى من القلق ، خلال التعرض ، فإن النتائج تتفق مع النتائج الأخرى في أن المستويات العليا من مثيرات الخوف ليست متطلباً أولياً لخفض القلق من التعرض .

ويقلل منظور إشارات الأمان (٢) (Rachman, 1984) بالمثل من أهمية مستويات القلق ، التي تستثار خلال التعرض . ويرى راخمان أنه يتعين تيسير العلاج بالتعرض من خلال ادماج إشارات الأمان فيه . مثال ذلك أنه بدلاً من دخول العميل إلى سوير ماركت ، بينما المعالج ينتظره في الخارج ، على العملاء أن يسيروا نحو المعالج (وهي إشارة أمان) ، الذي ينتظرهم داخل السوير ماركت وقد قارن سارتوري وماسترز وراخمان (Sartory, Masters and Rachman, 1989) التعرض باستخدام إشارات الأمان (ن = ٩) بالتعرض المعياري (ن = ١٠) لعلاج مخاوف الأماكن المفتوحة في برنامج علاجي من أربع جلسات ، تحت توجيهات المعالج (٣) وأسبوعين من التدريب على التوجيه الذاتي (٤) .

وقد تحقق قدر ضئيل من المزايا تحت شرط إشارات الأمان ، خلال مرحلة التدريب الذاتي على وجه الخصوص . وعلى الرغم من أن هذه النتائج أولية ، إلا أنها تتسق مع الدلائل التي أشير إليها فيما سبق ، والتي توحى بإمكان إجراء التعرض بصورة تتسم بالكفاءة دون استثارة ، ثم اعتياد لمستويات مرتفعة نسبياً من استثارة الخوف . ويتسق هذا المنحى مع نموذجنا الخاص بالتغير الانفعالي (٥) ، الذي يؤكد اكتساب قدرة أو حس بالتحكم عبر الأحداث غير المتوقعة أو الخارجة عن السيطرة ، مع تغير في الميل إلى الهرب بوصفه محوراً للتغير (Barlow, 1988) .

(1) Protective behaviors

(2) Safety - Signal perspective .

(3) Therapist -directed .

(4) Scif - directed .

(5) Emotional change .

التشتت (١)

دائماً ما يذكر أن التعرض يصبح فى أقصى درجات تأثيره عند توجيه الانتباه كلية نحو الموضوعات المثيرة للخوف ، مع خفض المصادر المشتتة الداخلية والخارجية (Brokove, 1976; Foa & Kozak, 1986) ، وقد استخدم كراسك وزملاؤه (1989) Craske et al. أسلوبى التعرض بتوجيه من المعالج ، والتعرض بالتوجيه الذاتى لمرضى خواف الأماكن المفتوحة ، فى مجموعات صغيرة على امتداد ١١ جلسة . وطلب من المفحوصين (ن = ١٦) تحت أحد الشروط مراقبة الإحساسات الجسمية والأفكار بشكل موضوعى ، وإنما تبدت لهم أثناء التعرض الحى ، وأن يستخدموا طريقة إيقاف الأفكار (٢) ، والتعبيرات الموجهة لمقاطعة التشتت . وتحت شرط آخر ، تم تعليم المفحوصين (ن = ١٤) استخدام مهام معينة مشتتة أثناء التعرض الحى (كلمات إيقاعية وهجاء كلمات) ، وأن يقوموا بإيقاف التفكير واستخدام تعبيرات ذاتية مشتتة لمقاطعة تركيز الانتباه على الإحساسات الجسمية والصور العقلية المثيرة للخوف . ولم تختلف المجموعات بعد نهاية العلاج ، أو عند التقييم فى نهاية فترة المتابعة وعلى الرغم من ذلك ، واتساقاً مع النتائج السابقة الخاصة بمرضى الوسواس القهرى (Grayson, Foa, & Steketee, 1982) ، تحسنت مجموعة التركيز أثناء التعرض جوهرياً بعد العلاج ، وخلال المتابعة ، على النقيض من القدر الخفيف من التدهور لدى مجموعة التشتيت خلال التعرض . وتوحى هذه الدراسة بأن التعليمات التى يطلب فيها التركيز على الإحساسات والأفكار المثيرة للخوف أو محاولة تشتيتها ، يمكن أن تؤدى إلى فروق فى النتائج على المدى القصير ، على الرغم من إمكان حدوث ميزة فورية لدى مجموعة التعرض ، مع التركيز فى نهاية العلاج .

ملحق : وصف العلاج

مراجعة

الهدف الأساسى من ملحق وصف العلاج هو التأثير بشكل مباشر فى جوانب سوء التفاعل المعرفية فى حالة النوبات الهلعية والقلق ، واستجابات الإفراط فى التنفس ، وردود الفعل التشرطية للمؤشرات الجسمية والخوف من

(1) Distraction .

(2) Thought stopping .

الأماكن وتجنبها . ويتم ذلك أولاً من خلال توفير معلومات دقيقة حول طبيعة الجوانب الفسيولوجية لاستجابات الكر والفر⁽¹⁾ ، وتعلم مثل هذه المعلومات يجعل العملاء يعرفون أنهم يعانون من إحساسات وليس من هلع ، وأن هذه الإحساسات سوية وغير مؤذية . ثانياً . يهدف العلاج لتعليم أساليب محددة ؛ للمساعدة على تعديل المفاهيم العقلية بما في ذلك تعريف المعتقدات الشاذة وتجنبها ، يلي ذلك تقديم معلومات نوعية تتعلق بتأثيرات الإفراط في التنفس ودوره في النوبات الهلعية ، بالإضافة إلى إعادة تدريب على التنفس ، ثم يجرى تعرض متكرر للمؤشرات الداخلية المثيرة للخوف بهدف إلغاء العلاقة التشرطية بين ردود الفعل المتسمة بالخوف والمواقف المثيرة للخوف وتجنبها ، والذي يمارس لإضعاف الترابط بين سياقات موقفية معينة وخبرة القلق والهلع .

الجلسة الأولى

يستهدف من الجلسة الأولى تقديم وصف للقلق ، ومنطق العلاج ، ووصف العلاج ، وتأكيد أهمية مراقبة الذات . والتدريبات المنزلية بين جلسات العلاج . ويبدأ العلاج بتحديد أنماط القلق والمواقف ، التي يحتمل أن يحدث فيها القلق ونوبات الهلع . ويجد الكثير من العملاء صعوبة في تحديد المواقف السابقة ، حيث يذكرون أن القلق يمكن أن يحدث في الغالب في أي وقت . واتساقاً مع نموذج النوبات الهلعية الذي سبق وصفه ، يقدم تأكيد خاص على المؤشرات الداخلية ، التي يمكن أن تستثير القلق والخوف ، وعلى وجه الخصوص المكونات المعرفية اللفظية ، والتخيلات المأساوية والإحساسات الداخلية ويدور الحوار التالي بين جين (ج) ، ومعالجها (م) :

م : ما المواقف التي تكونين فيها أكثر تعرضاً للهلع ؟

ج : المطاعم المزدحمة ، وأثناء قيادتي للسيارة ، لكن أحياناً أقود سيارتي بمفردي ، وأشعر أنني على ما يرام ، وفجأة وبلا مقدمات يحدث الأمر ، وقد أكون جالسة مسترخية في البيت في أحيان أخرى ، وإذا بالنوبة مهاجمني . وعندما يحدث هذا أكون مذعورة تماماً ولهذا لا أستطيع أن أفسرها .

(1) Fight-Flight response .

م : إذا ، أثناء قيادتك السيارة على الطريق السريع ، ما أول شيء تلاحظينه ويشعرك أنك ستعرضين لنوبة هلع ؟

ج : حسناً ، تبدو السيارات الأخرى على الطريق كما لو كانت تسير ببطء شديد .

م : وما أول ما تلاحظينه عندما تكونى فى البيت ؟

ج : مشاعر بعدم الواقعية ، مثل أننى طافية .

م : إذا فإن نوبة الهلع التى كان يبدو أنها تحدث دون أسباب مرتبطة فى الواقع بمشاعر عدم الواقعية ، أو عندما يبدو أن الأشياء تتحرك بالحركة البطيئة .

ج : أعتقد ذلك ، ودائماً ما أعتقد أن إحساساتى الجسمية هى نوبة الهلع ، لكن ربما تكون هى التى تعجل ببدء النوبة .

الخطوة التالية هى نموذج النظام ثلاثى الاستجابات⁽¹⁾ لوصف وفهم مفهوم القلق والهلع .

ويعتقد أنه يسهم فى توفير وعى ذاتى موضوعى ، كما أنه يوفر أساساً لإطار مفهومي بديل لتفسير الهلع والقلق ، يحل بدلاً من فروض العميل الخاطئة ويطلب فيه من العملاء وصف الجوانب المعرفية والفسولوجية والسلوكية لاستجاباتهم ، ويطلب من العملاء تحديد الأشياء التى يشعرون بها ويفكرون فيها ، ويقومون بها ، عندما يكونون قلقين وهلعين . مستخدمين نموذج نظام الاستجابات الثلاثة الذى وصف الآن . ويتم إلقاء الضوء على مخططات (بروفيلات) الاستجابة لكل من القلق والهلع ، مثال ذلك : أن المكون المعرفى فى القلق العام يمكن أن يتضمن قلقاً من أحداث المستقبل ، بينما قد يتضمن المكون المعرفى فى الهلع قلقاً حول الخطر المحقق . وقد يتضمن المكون السلوكى فى القلق العام احتياجاً⁽²⁾ وعصبية ، بينما قد يتضمن المكون السلوكى فى الهلع هرباً أو تجنباً ، وقد يتضمن المكون الفسيولوجى فى القلق العام توتراً عضلياً ، بينما يتضمن المكون الفسيولوجى فى الهلع تسارع ضربات القلب .

وبعد التأكد أن العميل قد استوعب فكرة تحليل نماذج الاستجابات الثلاثة ، وحيث تكون الوسائط فيها مستقلة جزئياً ، يوصف له التفاعل بين نظم الاستجابة

(1) Three-response system model .

(2) Agitation .

الثلاثة . ويطلب من العميل أن يصف المكونات الثلاثة في أحدث نوبة هلعية تعرض لها ، وتحديد الطرق التي تفاعلت بها لتؤدي به إلى كدر بالغ .

م : كيف يمكنك وصف المكونات الثلاثة لنوبة الهلع ، التي تعرضت لها في البيت الأسبوع الماضي ؟

ج : حسناً ، شعرت جسماً أن رأسي تدور بي في الواقع ، ويداي باردتان ، وأعتقدت أنني سأتجاوز ذلك ، أو أنني بطريقة ما سأتلاشى في العدم . وكان سلوكي أنني جلست لأستريح ، واتصلت تليفونياً بزوجي الذي كان في عمله .

م : والآن ما أول شيء لاحظتيه ؟

ج : عندما وقفت على قدمي ، بدأت أشعر أن رأسي ثقيل ، وأن هناك دوامة تدور في داخله .

م : ماذا كان أول رد فعل لك لهذه المشاعر ؟

ج : غصت في المقعد ، وفكرت أن هناك شيئاً خطأ ، وفكرت أن الأمر سييسؤ أكثر وأنتى سأنهار .

م : إذاً فقد بدأ الأمر بإحساسات جسمية ، ثم كانت لديك بعض الأفكار الخاصة جداً حول هذه الإحساسات . ما الذي حدث بعد ذلك ؟

ج : شعرت بقلق شديد .

م : وماذا حدث بعد ذلك ؟

ج : حسناً ، بدا أن الدوار أصبح أسوأ وأسوأ ، وأصبحت حقيقة قلقة أن الأمر مختلف عن أى خبرة سابقة ، تعرضت لها من قبل ، كنت معتقدة أنها «الحالة» .

م : إذاً ، بعد أن أصبحت قلقة ، اشتدت مشاعرك الجسمية وأفكارك حول أن شيئاً سيئاً سيحدث ؛ ما الذي فعلته بعد ذلك ؟

ج : اتصلت بزوجي ، ووقدت في الفراش إلى أن عاد إلى البيت ، لقد كان الأمر فظيماً .

م : هل تستطيعين ملاحظة أن أحد ردود الأفعال غدى الآخر ، وأدى لحدوث دورة متتالية من ردود الأفعال ، بدأت بإحساسات ثم بعض الأفكار الهلعية ،

ثم الشعور بالقلق ، ثم إحساسات أكثر وأفكار أكثر وخوف أكثر وهكذا . والآن إذا قمنا بقطع هذا التسلسل في وقت مبكر ، لنقل مثلاً بمنع الأفكار المروعة من الوصول إلى تفكيرك ، فلن يتزايد القلق والخوف .

وللاستمرار في تطوير نموذج مفهومي بديل ، يقدم المعالج وصفاً مختصراً لبداية نوبة الهلع . ويفاد العملاء أنه يمكنهم الإفادة من العلاج دون حاجة لفهم أسباب بدء معاناتهم لنوبات هلعية ، طالما أن العوامل المتضمنة في بدء نوبة الهلع لا تتشابه بالضرورة مع العوامل المؤدية لاستمرار المشكلة .

وعلى الرغم من ذلك ، دائماً ما ينظر إلى النوبة الهلعية الأولى ، باعتبارها تعبيراً عن القلق والتوتر . ويتم بالتعاون مع العميل الكشف عن مثيرات التوتر المحيطة المقترنة بالوقت الذي حدثت فيه النوبة الهلعية الأولى ، حيث يمكن لهذه المثيرات للتوتر أن تزيد من مستوى الاستثارة الفسيولوجية ، وتشنح مخططات معرفية خطيرة الدلالة .

تنتهي الجلسة الأولى بتقديم وصف كامل للعلاج ومنطقه . وقد استجابت جين لهذه المعلومات بأن أصبحت شديدة القلق من احتمال أن تصبح قلقة ، وقد شعرت أنها غير قادرة سواء على تحمل الإجراءات العلاجية أو توقعها ، وأصبحت متهيجة للغاية في العيادة ، وعبرت عن شعور بعدم الواقعية ، وفتحت باب المكتب لتبحث عن زوجها ، الذي كان ينتظر بالخارج . وقد ساعد المعالج جين على فهم كيف أن دورة الهلع بزغت في الموقف الراهن ، بتحديد ردود أفعالها المعرفية والفسيولوجية والسلوكية كالاتي :

١ - كان المحفز هو وصف إجراءات العلاج بما أدى إلى مواجهتها لإحساس الخوف ومواقفه .

٢ - كان الوصف مؤدياً إلى إثارة القلق ، لأن جين اعتقدت أنها لن تتمكن من التعامل مع المطالب العلاجية ، وأن العلاج سيسبب لها قلقاً أكثر لدرجة تجعلها تفقد الصلة بالواقع بشكل دائم ، أو أنها لن تتحسن لأنها لن تكون قادرة أبداً على تحمل البرنامج العلاجي .

٣ - أدى القلق الحالى أثناء وجودها في العيادة إلى إحساسات بعدم الواقعية وتسارع في ضربات القلب .

- ٤ - بدأت جين تقلق من أنها قد تتعرض للهلع وتفقد الصلة بالواقع تماماً ، خلال الدقائق القليلة التالية .
- ٥ - بقدر مشاعر جين ، وبقدر قوة محاولتها الهرب بحثاً عن الأمان ، بقدر قوة ما أصبحت عليه الإحساسات الجسمية .
- ٦ - شعرت جين ببعض التحسن ، عندما وجدت زوجها ، لأن وجوده أكد لها أنها ستكون آمنة .

وقد أوضحت لها الاعزاءات المعرفية الخاطئة من خلال تأكيد أن العلاج سيتم بخطى تكون مستريحة خلالها ، ومن خلال إعادة تشكيل معرفي أولية لإلغاء احتمال فقدانها الدائم للصلة بالواقع . وبعد مناقشة مطولة أصبحت جين أكثر تقبلاً للعلاج . وتم الاتفاق على خطة علاج يشارك فيها فريق ، وحيث شعرت جين أنها لن تكون مرغمة على عمل أشياء لا تعتقد أنها قادرة على عملها .

وتطلب الواجب المنزلي لهذه الجلسة قيامها بمراقبة ذاتية باستخدام النماذج، التي سبق وصفها لتعزيز الوعي الذاتي الموضوعي . ويطلب من العملاء مراقبة خوفهم وقلقهم ، واضعين نصب أعينهم نظام الاستجابات الثلاثي ، الذي وصف في هذه الجلسة .

الجلسة الثانية

تتمثل أهداف هذه الجلسة في وصف الخصائص الفسيولوجية الكامنة خلف القلق والهلع ، ومفاهيم الإفراط في التنبيه (١) والتشريط الباطني . وتطور هذه الجلسة أساساً أهداف الجلسة السابقة ، فيما يتعلق بالوعي الذاتي الموضوعي والنموذج المفهومى البديل ، ويحصل العملاء على مطبوعة تفصيلية لقراءتها بعد انتهاء الجلسة (أنظر شكل ٤ : ١) تلخص الجزء التعليمي في العلاج . والمفاهيم الرئيسية في هذه المطبوعة التعليمية ، هي :

- ١ - القيمة الحيوية للوظيفة الحمائية للقلق والهلع .
- ٢ - الأسس الفسيولوجية للإحساسات المختلفة التي تختبر أثناء الهلع والقلق ، والوظيفة الدائمة للعمليات الفسيولوجية للقلق .

(1) Hypervigilance .

٣ - دور التعليم ، والقيمة المعرفية للمخاوف الوسيطة لإحساسات جسمية معينة .

ويتم تفسير نموذج الهلع الذى سبق وصفه فى هذا الفصل . ويفسر على وجه الخصوص مفهوم التشريط الباطنى المسئول عن نوبات الهلع ، التى تحدث استجابة لمؤشرات داخلية دقيقة أو إحساسات جسمية يمكن أن تحدث فى أى وقت . وتؤدى هذه المعلومات إلى خفض القلق من نوبات الهلع ، وتعزز مصداقية الإجراءات العلاجية التالية .

وكانت هذه الجلسة مهمة للغاية لجين ؛ إذا كانت عدم قدرتها على تفسير نوبات الهلع بمثابة جزء جوهرى فى قلقها .

وفيما يلى بعض الأسئلة التى وجهتها فى محاولتها الوصول إلى فهم أكمل .

ج : إذا ، إذا كنت قد فهمتك على الوجه الصحيح ، أنت تقول أن نوبات هلعى تشبه تماماً الخوف الذى عانيته عندما وجدنا لصاً فى منزلنا . ولكن لا يبدو لى أن الأمرين متشابهين على الإطلاق .

م : نعم ، هاتين الحالتين الانفعاليتين - نوبة الهلع غير المتوقع والخوف عندما واجهتى هذا اللص متشابهتين جوهرياً - وعلى الرغم من ذلك ففى حالة اللص ، إلى أى شىء ركزتى انتباهك ، على اللص أم على الطريقة التى كنت تشعرين بها ؟

ج : على اللص بالطبع ، على الرغم من ملاحظتى أن ضربات قلبى تتسارع بمعدل ميل فى الدقيقة .

م : وعندما تتعرضين لنوبة هلع إلى أى شىء تركزى انتباهك ، على الناس من حولك ، أم على الطريقة التى تشعرين بها ؟

ج : حسناً ، غالباً على الطريقة التى أشعر بها ، على الرغم من أن ذلك يعتمد على المكان الذى أكون فيه فى ذلك الوقت .

م : حسناً ، والآن فإن كونك منشغلة بما يدور داخلك يجعلك تتجهين إلى نمط مختلف من الخبرات عن خبرة القلق من اللص ، وعلى الرغم من ذلك ، فإن الاستجابات الفسيولوجية نفسها تحدث . مثال ذلك تذكرى وصفنا للطريقة التى تؤدى بها إحساسات الخوف إلى تكثيف الإحساسات .

ج : ولكن ماذا عن مشاعر عدم الواقعية ؟ كيف يمكن أن تكون خاصية حمائية، أو كيف يمكن لمشاعر عدم الواقعية أن تساعدني على التعامل مع موقف خطير ؟

م : حسناً ، تذكرى أن الأحداث الفسيولوجية هي الحمائية ، وأن الإحساسات هي النتيجة النهائية لهذه الأحداث ، والآن فإن مشاعر عدم الواقعية يمكن أن تنتج عن التغيرات في تدفق الدم إلى مخك ، وعلى الرغم من أنها ليست أمراً خطيراً أو ناتجة عن الإفراط في التنفس أو نتيجة للتركز بقدر مكثف على ما يدور في داخلك ، فقد لا تكون هذه الإحساسات حمائية غير أن التغيرات في تدفق الدم والإفراط في التنفس ، هما اللذان يكونان حمائيين .

ج : أنا أفهم كيف أننى أحدث نوبة هلع من خلال خوفاً من مشاعري الجسمية، مثل : تسارع ضربات قلبي ، أو شعوري بعدم الواقعية ، غير أن الأمر قد يحدث بسرعة بحيث لا يكون لدى وقت للتفكير .

م : نعم قد تحدث ردود الفعل هذه بسرعة شديدة ، وبشكل تلقائي في بعض الأحيان ، ولكن تذكرى أننا معتادين على ردود فعل فورية للأشياء بما في ذلك أجسامنا - التي نعتقد أنها تعنى خطراً . تصورى أنك تسيرين في غابة، ولنفترض أنك بعد نصف ساعة من المشي الهوينا ، قيل لك إن أسداً قد شوهد في الجوار . والآن سيتحول تفكيرك بصورة درامية إلى أى شيء يوحى باحتمال حدوث هجوم من الأسد ، مثل : حفيف الأغصان أو ضوضاء بين الأشجار ، وعندما تكون الضوضاء مباشرة أو عند حفيف الأغصان سيكون رد فعلك سريعاً بصورة غير معتادة . حسناً الشيء نفسه يحدث في حالة الهلع . ولكنها الإحساسات الجسمية في هذه الحالة هي ما يصدر الإشارات وليس الأغصان أو الضوضاء في الغابة . والآن فإن الاعتقاد بأنك ستفقدين الصلة بالواقع بصورة دائمة هو الخطر ، وليس الأسد .

والواجب المنزلي لهذه الجلسة هو استمرار تطوير إطار مفهومي ، ووعي ذاتي موضوعي مقابل الوعي الذاتي غير الموضوعي . ويتحقق ذلك من خلال المراقبة الذاتية للهلع ، مع تذكر المبادئ التي نوقشت تَوّاً ، وقراءة المطبوعة .

بينما يصعب للغاية تقديم تعريف واقعي للقلق ، يغطي كل الجوانب (ومن المؤكد أن كل الكتب كتبت حول هذا الموضوع) ، فإن كل فرد يعرف المشاعر التي تطلق عليها اسم القلق ، ولا يوجد شخص لم يعان من درجة ما من القلق ، سواء شعوره بالقلق عند دخوله فصل مدرسي قبل أداء اختبار مباشرة ، أو شعور الشخص أثناء سيره في منتصف الليل عند سماعه لصوت غريب بالقرب منه . وعلى الرغم من ذلك ، فإن ما يعرف بدرجة أقل هو الإحساسات ، مثل الدوار الحاد ، وعدم وضوح الرؤية ، وغشاوة العينين ، والخدر والوخز ، والعضلات المتخشبة التي تكاد أن تكون مشلولة ، كما يمكن أن يوجد شعور بعدم القدرة على التنفس الذي يصل لدرجة الاختناق معبراً عن قدر من القلق . وعندما تحدث مثل هذه الإحساسات ، ولا يفهم الناس لماذا تحدث يمكن أن يتزايد قلقهم إلى مستويات من الهلع ، طالما يتخيلون أنهم لابد أن يكونوا مرضى بمرض ما .

والقلق استجابة للخطر أو التهديد ، ويصاغ القلق الفوري الذي يمتد لفترة قصيرة علمياً بتعبيرات استجابة الكر والفر ، وهو يسمى كذلك لأن كل تأثيراته تهدف إما إلى مواجهة الخطر ، أو إلى الهرب منه . وبالتالي فإن الغرض الأولي للقلق هو حماية الكائن الحي . وعندما كان أسلافنا يعيشون في الكهوف ، كان من الحيوي أن يستجيبوا باستجابة تلقائية للقيام بعمل فوري عندما يتهددهم خطر ما (الهجوم أو الهرب) . وحتى في عالم اليوم المحموم ، ما زالت هذه الآلية ضرورية . عليك مجرد أن تتخيل إذا كنت تعبر طريقاً ، بينما سيارة تندفع نحوك مطلقة بوقها . فإذا لم تكن تعاني خبرة القلق إطلاقاً فستقتل .

والاحتمال الأكبر ، على الرغم من ذلك ، أن استجابة الكر والفر ستعمل ، وتجعلك تجرى بعيداً عن الطريق لتأمين السيارة . والمعنى وراء هذه القصة بسيط - الهدف من القلق هو حماية الكائن الحي - وليس إيذاءه . وسيكون مما يدعو للسخرية تماماً بالنسبة للطبيعة أن تخلق فينا آلية هدفها

يتبع ←

شكل (٤ - ١) مطبوعة تصف فسيولوجية وخصائص الخوف والقلق النفسية (الجلسة الأولى) .

حماية الكائن الحي ، وتقوم بإيدائه في أداؤها لذلك . وأفضل طريقة للتفكير في نظم استجابة الكر والفر (القلق) ، هو أن نتذكر أنها تهدف جميعها جعل الكائن الحي معداً للتصرف الفوري ، وأن غرضها هو حمايته .

وعند إدراك أو توقع نوع ما من الخطر ، يرسل المخ إشارات لقسم من الأعصاب يسمى الجهاز العصبي المستقل ^(١) . وللجهاز العصبي المستقل قسمان فرعيان ، يسميان : الجهاز العصبي السمبتاوى ^(٢) والجهاز العصبي الباراسمبتاوى ^(٣) . وهذان القسمان من أقسام الجهاز العصبي هما الضالعان بشكل مباشر في التحكم في مستويات الطاقة الجسمية والإعداد للفعل . ولنضع الأمر بالشكل البسيط الآتي :

الجهاز العصبي السمبتاوى هو جهاز الكر والفر ، الذى يطلق الطاقة ، ويضع الجسم فى وضع الانطلاق ، بينما الجهاز الباراسمبتاوى جهاز تجديدى أو تعويضى ، يعيد الجسم إلى حالته السوية .

واحدى النقاط المهمة هي أن الجهاز العصبي السمبتاوى يميل لأن يكون نشطاً أو خامداً تماماً ، بمعنى أنه عندما ينشط تستجيب كل أجزائه ، وبمعنى آخر إما معاناة كل الأعراض ، أو عدم معاناة أى عرض ومن الصعب حدوث تغيرات فى جزء واحد فقط منفرد من الجسم ، وقد يفسر ذلك لماذا تتضمن أغلب النوبات الهلعية أعراضاً متعددة ، وليس مجرد عرض واحد أو اثنين .

وأحد الآثار الرئيسية للجهاز العصبي السمبتاوى ، هي إطلاقه مادتين كيميائيتين تسميان الأدرينالين ^(٤) والنور أدرينالين ^(٥) من الغدة الكظرية ^(٦) فى الكليتين ، وتستخدم هاتان المادتان الكيميائيتان بدورهما بمثابة رسائل من الجهاز العصبي السمبتاوى للاستمرار فى النشاط . ولهذا فما أن يبدأ النشاط
يتبع ←

- (1) Autonomic nervous system .
- (2) Sympathetic nervous system .
- (3) Parasympathetic nervous system .
- (4) Adrenalin .
- (5) Noradrenalin .
- (6) Adrenal gland .

في الجهاز العصبي السمبتاوى ، حتى يستمر غالباً وبتزايد لبعض الوقت ، وعلى الرغم من أنه من المهم للغاية ملاحظة أن نشاط الجهاز العصبي السمبتاوى يتوقف بإحدى طريقتين : الأولى ، هي أن الرسائل الكيميائية - الأدرينالين والنور أدرينالين - يدمران بواسطة مواد كيميائية أخرى في الجسم، والثانية هي أن الجهاز العصبي الباراسمبتاوى (والذى يقوم بصفة عامة بتأثير عكسى لتأثير الجهاز العصبي السمبتاوى) يصبح نشطاً ويستعيد المشاعر المسترخية .

ومن المهم للغاية إدراك أن الجسم سيحصل بعد ذلك على كفايته من استجابات الكر والفر ، بعدها ينشط الجهاز الباراسمبتاوى لإستعادة حالة الشعور بالاسترخاء .

بعبارة أخرى ، إن القلق لا يمكن أن يستمر إلى الأبد ، أو يصبح دوامة متزايدة باستمرار إلى مستويات يمكن أن تصبح مدمرة . والجهاز العصبي الباراسمبتاوى جهاز حماية داخلى ، يقوم بإيقاف الجهاز العصبي السمبتاوى من التمدادى بعيداً . وثمة نقطة أخرى مهمة ، وهي أن الرسائل الكيميائية - الأدرينالين والنور أدرينالين - تحتاج بعض الوقت حتى تدمر . وبالتالي فحتى بعد عبور لحظات الخطر وبعد توقف جهازك العصبي السمبتاوى عن الاستجابة ، يحتمل أن تظل تشعر بالاستثارة أو القلق لبعض الوقت ، لأن المواد الكيميائية ما زالت طليقة في جهازك العصبي . ويجب أن تذكر نفسك أن هذا طبيعى تماماً وغير مؤذ . والحقيقة أن هذه وظيفة توافقية، ففي البرية دائماً ما كان هناك اعتياد على عودة الخطر ، ويصبح من المفيد بالنسبة للكائن الحى أن يظل مستعداً لنشاط استجابات الكر والفر .

ويؤدى النشاط فى الجهاز العصبي السمبتاوى لزيادة معدل ضربات القلب وقوة هذه الضربات ، وهو أمر حيوى للإعداد للنشاط ، طالما أنه يساعد على إسراع تدفق الدم ، وبالتالي يتحسن وصول الأوكسجين إلى الأنسجة والتخلص من المواد الزائدة فيها . ويفسر ذلك لماذا توجد معاناة نمطياً من تسارع ضربات القلب أثناء فترات ارتفاع القلق أو الهلع . يضاف إلى هذا النشاط المتزايد فى القلب ، التغيرات فى تدفق الدم ، أساساً يعاد توجيه الدم بعيداً عن الأماكن التى لا تحتاجه (من خلال تضيق الأوردة الدموية) مثال ذلك أن الدم يؤخذ بعيداً عن الجلد وأصابع اليدين والقدمين ، وهذا مفيد لأنه فى حالة تعرض الكائن الحى للهجوم وحدث قطع فيها ، يتبع ←

فالاختلال ضعيف أن تنزف هذه المناطق لدرجة تؤدى إلى الموت . وبالتالي فخلال القلق يبدو الجلد شاحباً مع الإحساس ببرودة ، وكذلك برودة فى أصابع اليدين وأقدامين وإحساسات بالخدر والوخز . يضاف إلى ذلك أن الدم يتحرك متجهاً إلى العضلات الكبرى ، مثل عضلات الفخذين والعضلات ذات الرأسين فى الفخذين وأعلى الذراعين ، والتي تساعد الجسم على الاستعداد للعمل .

وترتبط استجابات الكر والفر بزيادة فى سرعة وعمق التنفس ، وهذا أمر واضح الأهمية للدفاع عن الكائن الحي ، طالما أن الأنسجة تحتاج للحصول على المزيد من الأوكسجين لكي تستعد للعمل . وعلى الرغم من ذلك ، فإن المشاعر الناتجة عن هذه الزيادة فى التنفس يمكن أن تتضمن انقطاعاً فى التنفس ، ومشاعر اختناق ، وربما آلاماً وضغطاً على الصدر . ومن المهم ملاحظة أن من أحد الآثار الجانبية لزيادة التنفس ، وعندما لا يحدث عمل حقيقى على وجه الخصوص ، فإن إمدادات الدم للمخ تناقص بالفعل . وبينما قد يكون هذا التناقص بقدر قليل ، وغير خطير على الإطلاق ، إلا أنه يؤدى إلى مجموعة من الأعراض غير السارة (ولكنها غير ضارة) ، والتي تتضمن الشعور بالدوار ، وعدم وضوح الرؤية ، والارتباك ، وعدم الواقعية ، والسخونة المتدفقة .

ويؤدى تشييط استجابات الكر والفر إلى زيادة فى العرق ، ولهذه الزيادة وظائف مهمة ، مثل : جعل الجلد زلقاً بقدر أكبر يصعب على الضواري التمكن من إمساكه ، كما أنه يبرد الجسم لوقف زيادة سخونته ويؤدى تشييط الجهاز العصبى السمبتاوى إلى عدد من التأثيرات الأخرى لا ضرر من أى منها ، مثال ذلك اتساع بؤبؤ العين للسماح بمزيد من الضوء ، والذي قد ينتج عنه رؤية غير واضحة ، أو ظهور نقاط أمام العين .. إلخ .

وهناك تناقص فى إفراز اللعاب ينتج عنه جفاف الحلق . وهناك انخفاض فى نشاط الجهاز الهضمى ، والذي دائماً ما يؤدى إلى إحساس بالغثيان ، وثقل فى المعدة وأحياناً إسهال . وأخيراً توتر الكثير من المجموعات العضلية للاستعداد للقتال أو الهرب ، ويؤدى ذلك إلى مشاعر ذاتية بالتوتر تمتد أحياناً ؛ لتصبح شعوراً حقيقياً بالصداع والألم ، بالإضافة إلى الارتعاد والارتجاف .

يتبع ←

وعموماً . فإن استجابة الكر والفر تؤدي إلى نشاط أيضي (١) عام ، وبالتالي ما أن يشعر المرء بالسخونة والاحتقان - وهي عمليات تستهلك قدراً كبيراً من الطاقة - حتى يشعر عموماً بالتعب والجفاف والاستنزاف .

وكما سبق الإشارة ، فإن استجابة الكر والفر تعد الجسم للعمل سواء للهجوم أو الهرب ، وبالتالي لا يثير الدهشة أن يكون الإلحاح الغامر المرتبط بهذه الاستجابة هو العدوان والرغبة في الهرب ، وعندما لا يكون ذلك ممكناً (نتيجة للعوائق الاجتماعية) ، فغالباً ما يعبر عن هذا الإلحاح بسلوك ، مثل : هز القدم أو الجري أو اذدراء الناس ، وعموماً فإن المشاعر الناتجة هي ذلك الإحساس بالوقوع في كمين والحاجة للهرب منه .

والشعور رقم واحد في استجابة الكر والفر هو تنبيه الكائن الحي لاحتمال وجود خطر ، وبالتالي يحدث تحول فوري وتلقائي في الانتباه للبحث في البيئة المحيطة عن التهديد المحتمل ، ويصبح من الصعب التركيز على المهام اليومية المعتادة ، عندما يكون المرء قلقاً . وغالباً ما يشكو الناس القلقين من أنه سهل تشتتهم عن الاهتمامات اليومية ، وأنهم لا يستطيعون التركيز ، وأن لديهم متاعب في الذاكرة ، وأحياناً ما لا يمكن العثور على تهديد واضح . ولسوء الحظ لا يستطيع أغلب الناس قبول أنه لا يوجد لديهم تفسير لشيء ما . وبالتالي ففي كثير من الحالات ، عندما لا يستطيع الناس العثور على تفسير لإحساساتهم يحولون بحثهم إلى أنفسهم . بتعبير آخر ، إذا لم يوجد بالخارج شيء ما يجعلني أشعر بالقلق ، فلا بد أن يكون هناك شيء خطأ فيّ .

ويقوم المخ في هذه الحالة بابتكار تفسير ، مثل : «لابد أنني أحتضر ، أنا في طريقى لفقدان السيطرة على نفسي ، أو في طريقى للجنون» . وكما رأينا الآن لا يوجد ما هو أكثر بعداً عن الحقيقة من ذلك ، طالما أن الغرض من استجابة الكر والفر هو حماية الكائن الحي وليس إيذائه ، وعلى الرغم من ذلك ، فإن هذه الأفكار تبدو مفهومة .

يتبع ←

(1) Metabolic .

فحصنا حتى الآن خصائص ومكونات القلق العام أو استجابة الكر والفر ، وعلى الرغم من ذلك قد يثير دهشتك كيف يمكن تطبيق كل ذلك على النوبات الهلعية ، وفوق ذلك لماذا تنشط استجابة الكر والفر خلال نوبات الهلع ، طالما لا يوجد بوضوح ما يخشى منه ؟ .

وفقاً للبحوث الشاملة ، يبدو أن الناس الذين يعانون من نوبات الهلع يخافون (مما يسبب الهلع) من الإحساسات الجسمية الحقيقية لاستجابات الكر والفر ، وبالتالي يمكن النظر إلى النوبات الهلعية بوصفها مجموعة من الأعراض الجسمية غير المتوقعة واستجابة لها بالهلع أو الخوف من هذه الأعراض . ويسهل فهم الجزء الثاني من هذا النموذج .

ووفقاً لمناقشتنا المبكرة ، فإن استجابة الكر والفر (التي تكون الأعراض الجسمية جزءاً منها) تؤدي إلى سعى المخ للبحث عن مصدر للخطر ، وعندما لا يجد المخ أى خطر واضح ، فإنه يحول بحثه إلى الداخل ويخترع خطراً ، مثل : «أنا أحتضر ، أفقد تحكمي في نفسي .. إلخ . وظالما أن مثل هذه التفسيرات للأعراض الجسمية مخيفة للغاية ، فمن المفهوم أن ينتج عنها خوف وهلع . وبالمثل يقوم الخوف والهلع بإنتاج المزيد من الأعراض الجسمية ، يلي ذلك حدوث دورة من الأعراض : خوف ، أعراض ، خوف وهكذا . ويصعب فهم الجزء الأول من النموذج . لماذا تعاني من خبرة الأعراض الجسمية لاستجابة الكر والفر بما يجعلها تبدأ إذا لم تكن خائفاً ؟ هناك العديد من الطرق التي تحدث بها هذه الأعراض ، وليس من مجرد الإحساس بالخوف . مثال ذلك قد تحدث لأنك متوتر في حياتك بصفة عامة ، ويؤدي هذا التوتر إلى زيادة إنتاج الأدرينالين والمواد الكيميائية الأخرى ، والتي تحدث هذه الأعراض بين وقت وآخر .

ويمكن افتراض أن هذه الزيادة في الأدرينالين تظل كيميائياً في الجسم حتى بعد نهاية التوتر بوقت طويل . احتمال آخر هو أنك تميل للتنفس بقدر أسرع إلى حد ما (إفراط دقيق في التنفس) ؛ نتيجة لعاداتك ويؤدي ذلك أيضاً إلى الأعراض ، ولأن الإفراط في التنفس ضئيل للغاية ، فيمكنك بسهولة أن تعتاد على هذا المستوى من التنفس دون أن تلاحظ أنك تفرط في التنفس . احتمال ثالث ، هو أنك تعاني من تغيرات سوية في

يتبع ←

جسمك (يعانى منها كل شخص ، ولكن أغلبنا لا يلاحظها) ولأنك دائماً ما تراقب جسمك ، وتقوم بالمراجعة ، فإنك تلاحظ هذه الإحساسات أكثر مما يفعل أغلب الناس . بالإضافة إلى هذين السببين اللذين وصفناهما الآن لاختيار الاعراض الجسمية (أى التوتر والإفراط فى التنفس) ، فإنك قد تكون واعياً لهذه الاعراض الجسمية كنتيجة لعملية ، يطلق عليها أسم التشريط الباطنى (١) . طالما ارتبطت الإحساسات الجسمية بصدمة الهلع ، فقد أصبح لها معنى دلالى على التهديد والخطر بالنسبة لك (أى أنها أصبحت منبهات شرطية) . ويحتمل نتيجة لهذا أن تصبح شديد الحساسية لهذه الاعراض ، وتستجيب لها بخوف لسبب بسيط هو خبرة الهلع السابقة التى ارتبطت بها .

ونتيجة لهذا النوع من الارتباط الشرطى ، يمكن أن تؤدى بك الأعراض الناتجة عن النشاط المعتاد لأن تصبح هلعاً . مثال ذلك أن مشاعر انقطاع التنفس والعرق التى تنتج عن التمرينات الرياضية ، والعصبية الناتجة عن تعاطى القهوة ، أو الحرارة الناتجة عن الزحام الشديد فى المتاجر ، قد تؤدى جميعها إلى الشعور الهلعى .

وحتى إذا كنا غير متأكدين لماذا يعانى الفرد من الأعراض الأولى ، إلا أننا على ثقة أنها جزء من استجابة الكر والفر ، وأنها بالتالى غير مؤذية .

يتضح إذاً ، أنك ما أن تعتقد (بنسبة ١٠٠٪) أن الإحساسات الجسمية ليست خطيرة ، فإن الخوف والهلع لن يحدثان بعد ذلك على الإطلاق ، وأنت لن تعانى بعد الآن من نوبات هلعية .

بالطبع ، طالما سبق أن تعرضت لعدد من النوبات ، وأخطأت فى تفسير الأعراض عدة مرات ، فقد أصبحت أخطاء التفسير هذه تلقائية لديك ، وأصبح من الصعوبة للغاية أن تقنع نفسك بصورة واعية أثناء حدوث النوبة أن الأعراض غير مؤذية .

باختصار ، يُعرف القلق علمياً باعتباره استجابة كر وفر طالما أن الغرض الأولى منه هو تنشيط الكائن الحى وحمايته من الأذى ويرتبط بهذه
يتبع ←

(1) Interoceptive Conditioning .

الاستجابة عدد من التغيرات الجسمية والسلوكية والعقلية ، وبعد أن ينتهى الخطر ، قد يستمر عديد من التغيرات (الجسمية منها على وجه الخصوص) وتُذكر بمفردها نتيجة للتعلم وللتغيرات الجسمية الأخرى بعيدة المدى . وعندما تحدث الأعراض الجسمية فى غيبة تفسير واضح ، فغالباً ما يسئ الناس تفسير الأعراض السوية للكر والفر باعتبارها مؤشرات على مشكلة جسمية أو عقلية خطيرة . وتصبح الإحساسات نفسها فى هذه الحالة مهددة ، ويمكن أن تعجل استجابة الكر والفر مرة أخرى . ويعتقد كثير من الناس ، عندما يشعرون بخبرة الأعراض الجسمية لاستجابات الكر والفر انهم «فى طريقهم للجنون» ، وهم يشيرون بذلك فى الغالب لاضطراب عقلى خطير ، يعرف بأسم الفصام .

دعنا نفحص الفصام لنرى احتمال ذلك . الفصام اضطراب رئيسى ، يتسم بأعراض خطيرة مثل تفكك الأفكار والحديث ، يصل أحياناً لمستوى الخلط ، وهذات أو معتقدات غريبة (مثال ذلك تلقى رسائل من الفضاء الخارجى) ، وهلاوس (مثال ذلك أن هناك أصواتاً فى رأس الشخص) ويبدو الفصام ، علاوة على ذلك ، اضطراب له أساس وراثى كبير ، وهو يوجد بقوة فى عائلات معينة .

ويبدأ الفصام عموماً بشكل تدريجى ، وليس فجأة (كما يحدث فى نوبة الهلع) ، وبالإضافة إلى وجوده فى عائلات معينة ، فإن نسبة محدودة من الناس هم من يصبحون فصامين ، وبالنسبة لبقية الناس لن يؤدى أى قدر من التوتر لهذا الاضطراب . نقطة ثالثة مهمة هى أن الأشخاص الذين يصبحون فصامين ، عادة ما يكشفون عن أعراض خفيفة فى أغلب حياتهم (أى تفكير عادى وحديث متسق) .

وبالتالى إذا لم تكن قد لاحظت شيئاً من ذلك لديك ، إذا فالاحتمال أنك لم تصبح فصامياً . وهذا صحيح بالنسبة لك على وجه الخصوص بعد الخامسة والعشرين من العمر ، حيث يظهر الفصام عادة لأول مرة فى المراهقة المتأخرة حتى أوائل العشرينيات . وأخيراً ، إذا جلست فى مقابلة شخصية مع أخصائى نفسى إكلينيكي أو طبيب نفسى ، عليك أن

يتبع ←

تكون على ثقة تامة أنه سيرف جيداً إذا ما كنت ستصبح فصامياً أم لا .
 ويعتقد بعض الناس أنهم في طريقهم لفقدان التحكم في أنفسهم
 أثناء نوبة الهلع ، وبافتراض أن ذلك يعنى أنهم إما سيصبحون مشلولين
 تماماً ، أو غير قادرين على الحركة ، أو أنهم لن يعرفوا ما الذى يفعلونه وقد
 يؤدي إلى قتل من حولهم ، أو صراخهم بأقوال فاحشة أو إجراجهم
 لأنفسهم ، فالبديل الآخر هو أنهم قد لا يعرفون ما الذى يتوقعونه ، ولكنهم
 قد يعانون من مشاعر غامرة «لنهاية محتومة» .

نحن نعرف الآن من مناقشتنا المبكرة ، من أين تاتى هذه الأفكار ،
 فثناء القلق يكون الجسم كله معداً للعمل ، وهناك رغبة جامحة فى الهرب .
 وعلى الرغم من ذلك ، فإن استجابة الكر والفر لا تهدف إيذاء الآخرين
 (الذين لا يمثلون تهديداً) ، وأنها لن تؤدي إلى الشلل ، كما أن الاستجابة
 الشاملة تهدف ببساطة إبعاد الكائن الحى . بالإضافة إلى ذلك ، لا توجد أى
 تقارير عن شخص أصبح متوحشاً أثناء نوبة هلع . وعلى الرغم من أن
 استجابة الكر والفر تجعلك تشعر بالأمور مختلطة بشكل ما ، وبعدم الواقعية ،
 والتشتت ، فإنك مازلت قادراً على التفكير والتصرف بشكل سوى . فكر
 ببساطة كيف أن الآخرين كثيراً ما لا يلاحظون أن لديك نوبة هلع .
 ويخشى كثير من الناس مما يمكن أن يحدث لهم نتيجة لأعراضهم ، ربما
 لأن بعضهم يعتقد أن أعصابهم يمكن أن تنعب ، وأنهم قد ينهارون .

ووفقاً لمناقشتنا السابقة ، فإن استجابة الكر والفر تنتج أساساً من
 خلال النشاط فى الجهاز العصبى السمبتاوى ، والذى يوازنه نشاط الجهاز
 العصبى الباراسمبتاوى ، وجوهر وظيفة الجهاز العصبى الباراسمبتاوى هى
 الحماية من احتمال تعرض الجهاز العصبى السمبتاوى للتلف . فالأعصاب
 ليست مثل أسلاك الكهرباء ، والقلق لا يمكن أن يخمد أو يتلف أو
 يستهلك الأعصاب ، وأسوأ ما يمكن أن يحدث على الإطلاق خلال نوبة
 هلع ، هو فقدان الفرد للوعى عندما يتوقف نشاط الجهاز العصبى
 السمبتاوى ، ويستعيد الشخص وعيه خلال ثوان قليلة .

يتبع ←

وعلى الرغم من ذلك ، فإن فقدان الوعي الحقيقى نتيجة لاستجابة الكر والفر نادر تماماً ، وإذا ما حدث فإنه يكون بمثابة طريقة توافقية لمنع نشاط الجهاز العصبى السمبتاوى من الخروج عن السيطرة .

ويخطئ كثير من الناس فى تفسير أعراض استجابة الكر والفر ، ويعتقدون أنهم سيموتون بالقطع بأزمة قلبية . وغالباً ما يكون ذلك لأن عديداً من الناس لا توجد لديهم المعلومات الكافية عن النوبات القلبية .

فلنلق نظرة على أمراض القلب ، لنرى كيف تختلف عن نوبات الهلع .

الأعراض الأساسية للنوبة القلبية هى الشعور بالاختناق ، وآلام الصدر، بالإضافة إلى خفقان فى القلب ، واغماء أحياناً . وترتبط أعراض أمراض القلب مباشرة بالجهد ، بمعنى أنه بقدر مشقة الجهد بقدر سوء الأعراض ، وبقدر قلة الجهد بقدر التحسن ، وعادة ما تنتهى الأعراض ببساطة وسرعة مع الراحة . ويختلف ذلك تماماً عن الأعراض المرتبطة بنوبة الهلع ، التى عادة ما تحدث أثناء الراحة ، ويبدو أنها لا تتعلق بشيء آخر . ومن المؤكد أن أعراض الهلع يمكن أن تحدث أثناء الجهد أو يمكن أن تصبح أسوأ أثناء الجهد ، إلا أنها مختلفة عن أعراض النوبة القلبية ، طالما أنها يمكن أن تحدث غالباً بالقدر نفسه أثناء الراحة .

والأمر الأكثر أهمية هو أن أمراض القلب تؤدى فى الأغلب الأعم - إلى تغيرات كهربائية أساسية فى القلب ، تتزايد إلى أقصاها حسبما يظهرها رسام القلب الكهربائى .

أما فى نوبات الهلع ، فإن التغيرات الوحيدة فى رسام القلب هى زيادة طفيفة فى معدل ضربات القلب .

وبالتالى فإذا كنت قد أجريت رسماً للقلب ، وطمانك الطبيب أن كل شيء على ما يرام ، فيمكنك أن تفترض بكل أمانة أنك غير مصاب بأمراض فى القلب ، وإذا كانت أعراضك تحدث أيضاً فى أى وقت وليس نتيجة للمجهود ، فهذا بمثابة دليل إضافى ضد النوبة القلبية .

الجلسة الثالثة

الهدف الأولى من الجلسة الثالثة هو بدء التحكم فى التنفس ، ويطلب من العملاء التنفس تلقائياً ، والتوقف والتنفس بسرعة وعمق ، كما لو كانوا ينفخون بالوناً لمدة نصف دقيقة . وغالباً ما يستطيع العملاء من خلال تلبيه وتشجيع المعالج إكمال نصف الدقيقة بالكامل ، ويطلب منهم بعدها الجلوس ، وأن يغلقوا عيونهم ويتنفسون ببطء شديد ، مع التوقف بعد كل نفس إلى أن تزول الأعراض . وتناقش هذه الخبرة بعد ذلك من حيث درجة ما تؤدي إليه من أعراض مشابهة ، لتلك التى تظهر بصورة طبيعية أثناء القلق أو الهلع .

ويقرر ما بين ٥٠% إلى ٦٠% تشابهاً لها مع الأعراض ، على الرغم من أن التشابه مع أعراض القلق غالباً ما يكون مريباً . طالما أن هذا التمرين يتم فى بيئة آمنة ، وللأعراض سبب واضح ، فإن أغلب العملاء يقدرّون هذه الخبرة باعتبارها أقل إثارة للقلق ، مقارنة بالأعراض نفسها التى تظهر بشكل طبيعى . وهذا التمييز مهم ، طالما أنه يبين دلالة إدراك الأمان فى درجة القلق التى تعانى . وقد قدرت جين الإفراط فى التنفس على أنك مثير شديد للقلق (٦ نقاط على مقياس من صفر إلى ٨) ، وقدرت تشابهاً تاماً للأعراض مع الهلع (٥٥ نقطة على مقياس من صفر إلى ٨) ، وقد أنهت مهمة التنفس بعد حوالى ٤٠ ثانية ، متوقعة معاناتها لنوبة هلع كاملة . وقد نوّقت هذه الخبرة بمفاهيم نظام الاستجابات الثلاثى ، ودور سوء التقييم والتشريط الباطنى الذى وصف فى القسم رقم ٢ .

المرحلة الثانية من التدريب على التنفس عبارة عن تعليم للأسس الفسيولوجية للإفراط فى التنفس ، وكما سبق الإشارة فإن هذا العرض التعليمى هو تهدئة أو تسكين لسوء تفسير أخطار الإفراط فى التنفس ، ولتوفير أساس معلوماتى حول ما يمكن استخلاصه عندما تفند التفسيرات الخاطئة بصورة فعالة ، والمحتوى التعليمى معروض فى شكل (٥ - ١) فى صورة ملحق ، على الرغم من أنه يتعين تفصيله ، وفق المستويات اللغوية المناسبة للعميل .

شكل (٥ - ١) مطبوعة تصنف فسيولوجية الإفراط
في التنفس (الجلسة الثالثة) .

يحتاج الجسم إلى الأوكسجين لمواصلة الحياة ، وعندما يتنفس الشخص يصل الأوكسجين إلى الرئتين ، وحيث يتم خلطه بالهيموجلوبين (وهي المادة الكيميائية اللزجة للأوكسجين في الدم) ، ويحمل الهيموجلوبين الأوكسجين لبقية أجزاء الجسم ؛ وحيث تستخدمه خلايا الجسم لتوليد الطاقة ، وينتج عن ذلك ثاني أكسيد الكربون ، والذي ينطلق بدوره عائداً إلى الدم ليحمله إلى الرئتين ليخرج في صورة زفير .

ويعتمد التحكم الكفء في توليد الطاقة على استمرار حدوث توازن معين بين الأوكسجين وثاني أكسيد الكربون ، ويتواصل هذا التوازن من خلال معدل ملائم وعميق للتنفس .

ومن الواضح أن التنفس الزائد يؤدي إلى زيادة مستوى الأوكسجين (في الدم فقط) ، وخفض مستوى ثاني أكسيد الكربون . بينما يؤدي الإقلال من التنفس إلى نقص مستويات الأوكسجين ، وزيادة مستويات ثاني أكسيد الكربون . والمعدل الملائم للتنفس خلال الراحة يدور عادة حول ١٠ - ١٤ مرة من مرات التنفس في الدقيقة .

ويعرف الإفراط في التنفس باعتباره معدلاً وعمقاً في التنفس أكثر كثيراً من احتياجات الجسم في لحظة معينة . ومن الطبيعي عند زيادة الحاجة لكل من الأوكسجين ، واستخلاص ثاني أكسيد الكربون (مثلما يحدث أثناء ممارسة الرياضة) أن يزيد التنفس بقدر ملائم . وفي المقابل يتعين تناقص التنفس بقدر ملائم ، إذا تناقصت الحاجة لكل من الأوكسجين واستخلاص ثاني أكسيد الكربون (أثناء فترات الاسترخاء مثلاً) .

وبينما تكون أغلب أجهزة الجسم محكومة بواسطة مواد كيميائية مستقلة ووسائل فيزيقية (وعملية التنفس ليست استثناءً من ذلك) ، إلا أن للتنفس خاصية إضافية من حيث قبوله للتحكم الإرادي . مثال ذلك أنه من السهل علينا أن نكتم أنفاسنا (عندما نسبح تحت الماء) ، أو نسرع في تنفسنا (عندما نقوم بنفخ بالون) . وبالتالي فإن عدداً من العوامل غير المستقلة مثل الانفعالات والتوتر أو العادة يمكن أن تجعلنا نزيد من تنفسنا ، وقد تكون هذه العوامل مهمة على وجه الخصوص لدى الأشخاص ، الذين يعانون من

نوبات الهلع ، مؤدية بهم إلى ميل لزيادة التنفس .

ومن المثير للشغف أنه بينما يعتبر أغلبنا أن الأوكسجين هو العامل المحدد أو الجوهرى فى تنفسنا ، إلا أن الجسم يستخدم ثانى أوكسيد الكربون بالفعل بوصفه «المؤشر» على التنفس السليم . وإذا فأكثر التأثيرات المهمة للإفراط فى التنفس هى إطلاق قدر ملحوظ من ثانى أوكسيد الكربون ، وهو ما يؤدى بدوره إلى نقص الأحماض فى الدم ، مؤدياً إلى ما يعرف باسم الدم القلوى^(١) . وهذان التأثيران النقص فى ثانى أوكسيد الكربون بالدم وزيادة قلوية الدم هما المسئولان عن أغلب التغيرات الجسمية ، التى تحدث أثناء الإفراط فى التنفس .

وأحد أهم التغيرات الناتجة عن الإفراط فى التنفس هى تقلص أو ضيق أوردة دموية معينة فى الجسم ، ويتناقص الدم المتجه إلى المخ على وجه الخصوص ، ويصاحب هذا الضيق فى الأوردة حقيقة أن الهيموجلوبين يزيد من كثافته للأوكسجين ، وبالتالي لا يصل فقط إلا القليل من الدم لمناطق معينة من الجسم . إلا أن كمية الأوكسجين التى يحملها الدم تميل للإطلاق إلى الأنسجة . والأمر الذى يبدو متناقضاً عندئذ هو أنه بينما يعنى الإفراط فى التنفس زيادة فى كمية الأوكسجين ، إلا أن قدرأ أقل من الأوكسجين هو الذى يصل إلى مناطق معينة فى المخ والجسم ، وينتج هذا التأثير فنتين عريضيتين من الأعراض :

١ - مركزياً ، تنتج بعض الأعراض عن الانخفاض الضئيل للأوكسجين فى أجزاء معينة من المخ (من ذلك الشعور بالدوار^(٢) والخلط^(٣) ، وانقطاع النفس وغشاوة الرؤية ، والشعور بعدم الواقعية) .

٢ - طرفياً ، تحدث بعض الأعراض نتيجة الانخفاض الضئيل للأوكسجين فى أجزاء معينة من الجسم (تتضمن زيادة خفقان القلب ، بهدف ضخ مزيد من الدم ، خدر ، ووخز فى الأطراف وبرودة اليدين ، وأحياناً عدم ليونة فى العضلات) . ومن المهم تذكراً أن الانخفاض فى

(1) Alkline blood .

(2) Lightheadedness .

(3) Confusion .

الأوكسجين ضعيل وغير ضار على الإطلاق ، ومن المهم أيضاً ملاحظة أن الإفراط في التنفس (والذى يحدث غالباً خلال نقص الأوكسجين في أجزاء معينة من المخ) ، يمكن أن يؤدي إلى شعور بانقطاع النفس يصل أحياناً إلى شعور بالصدمة أو الأختناق ، ولهذا يشعر المرء حقيقة كما لو كان لا يحصل على كفايته من الهواء .

والإفراط في التنفس مسئول أيضاً عن عدد من التأثيرات العامة ، فأولاً أن عملية الزيادة في التنفس عبارة عن ممارسة بدنية صعبة طالما يمكن أن يشعر الفرد من خلالها بالسخونة والاحتقان والتعرق ، وثانياً لأن زيادة التنفس عمل صعب ، فتؤدى الفترات المتواصلة له إلى التعب والإنهاك ، وثالثاً : عادة ما يميل أولئك الذين يفرطون في تنفسهم إلى التنفس من صدورهم ، بدلاً من التنفس من الحجاب الحاجز⁽¹⁾ ، ويعنى هذا أن عضلات صدورهم تصبح تعباً ومتوترة ، وبالتالي قد يعانون أعراض انقباض الصدر ، وربما آلام الصدر . وأخيراً فإن كثيراً من الناس - ممن يفرطون في التنفس - يميلون للانخراط في عادة التنهد المتكرر أو التثاؤب . وهذه اللزمات ما هى فى الواقع إلا أشكال للإفراط فى التنفس ، طالما ان الشخص يتخلص خلالها بسرعة من كمية كبيرة من ثانى أوكسيد الكربون عند تنهده أو تثاؤبه ، وبالتالي يتعين عند مواجهة هذه المشكلة أن تصبح واعياً بالتنهد والتثاؤب المعتاد ، وأن تحاول قمع هذه العادات .

ويتعين الإشارة إلى نقطة مهمة ، تتعلق بالإفراط فى التنفس هى أن هذا الإفراط غير واضح بالضرورة للملاحظ . وكثير من حالات الإفراط فى التنفس تكون ضعيلة للغاية . وهذا صحيح على وجه الخصوص إذا ما كان الفرد يفرط فى التنفس بقدر ضعيل لفترة طويلة ، وسيكون هناك قدر ملحوظ فى هذه الحالة من ثانى أوكسيد الكربون المطرود ، ولكن نتيجة للتعويض الذى يقوم به الجسم ، يوجد قدر قليل نسبياً من التغير فى مستوى القلوية ، وبالتالي لن تحدث الأعراض . وعلى الرغم من ذلك ، ونتيجة للاحتفاظ بمستوى ثانى أوكسيد الكربون منخفضاً ، فإن الجسم يفقد القدرة على التغلب على التغيرات فى ثانى أوكسيد الكربون . ولهذا وعلى الرغم من التغيرات الضعيلة فى التنفس (من خلال التثاؤب) ، فإنها يمكن أن تكون

(1) Diaphragm .

كافية للتنبه المفاجيء للأعراض . وقد يكون ذلك مسئولاً عن الطبيعة المفاجئة في عديد من نوبات الهلع ، التي تحدث غالباً أثناء النوم ، وهي أحد أسباب ما يذكره كثيرون ممن يعانون من الهلع أثناء النوم «لا أشعر أنني أفرط في التنفس» .

ويحتمل أن تكون أكثر النقاط أهمية مما يتعين ذكره فيما يتعلق بالإفراط في التنفس هي أنه غير خطير ، والإفراط في التنفس جزء متكامل من استجابة الكر والفر ، وبالتالي فالغرض منه حماية الجسم من الخطر ، وليس أن يصبح خطراً . والتغيرات المصاحبة للإفراط في التنفس هي التي تعد الجسم للاستجابة بالهرب من الأذى المحتمل . وبالتالي فهو استجابة تلقائية من المخ لتوقع الخطر ، ويشعر الفرد بالراح الحاح للهرب . وبالتالي فمن المفهوم تماماً أنه إذا لم يكن هناك خطر واضح ، فإن من يعتقد في وجوده يعاني من الهلع ، ولا بد أن يعتقد أن الخطر داخلي . وعلى الرغم من ذلك ، فإن الأمر ليس كذلك ، ومن المهم أن نتذكر أنه بقدر بعد الإفراط في التنفس عن التسبب في الأذى ، فإنه جزء من الاستجابة البيولوجية الطبيعية ، التي تهدف حماية الجسم من الأذى .

الخطوة التالية هي تعليم التحكم في التنفس ، والذي يبدأ بالاعتماد بقدر أكبر على الحجاب الحاجز بدلاً من عضلات الصدر . ويطلب من العملاء بالإضافة إلى ذلك - تركيز انتباههم على تنفسهم من خلال قيامهم بعد مرات شهيقهم ، والتفكير في كلمة أسترخاء أثناء الزفير (وقد قدم التنفس البطيء في القسم التالي) ، ويقوم المعالج بتقديم نموذج لأنماط التنفس المقترحة ، ثم يصحح أداء العملاء أثناء تمريناتهم على التنفس في العيادة .

والتحكم في التنفس مهارة تتطلب قدراً مهماً من التمرين قبل استخدامه بنجاح للتحكم في نوبات القلق المرتفع أو الهلع . يضاف إلى ذلك أن ردود فعل العملاء الأولية للتمرين قد تكون سلبية بالنسبة لمن يخافون منهم من إحساسات التنفس (طالما أن التمرين يستلزم تركيز الانتباه على التنفس) . أو أولئك العملاء المزمنين في إفراطهم في التنفس ، والذين تؤدي مقاطعة أنماط تنفسهم المعتادة

(1) Interoceptive exposure .

أساساً إلى زيادة أعراض إفراطهم في التنفس . وفي كلتا الحالتين ينصح بمواصلة التمرين ، مع إعادة تأكيد أن الإحساسات مثل انقطاع النفس ليست مؤذية .

وأخيراً يتعين تأكيد تكامل أساليب التحكم في التنفس والاستراتيجيات المعرفية . وينظر بعض العملاء خطأً إلى التحكم في التنفس على أنه طريقة تخلص أنفسهم من الأعراض المرعبة ، وبالتالي يقعون في فخ توقع مترتبات رهيبة إذا لم ينجحوا في تغيير طريقة تنفسهم . ويستلزم الواجب المنزلي لهذه الجلسة الاستمرار في المراقبة الذاتية ، وممارسة التنفس من الحجاب الحاجز مرتين على الأقل في اليوم ، لمدة ١٠ دقائق في كل مرة .

الجلسة الرابعة

أهداف هذه الجلسة تطوير التحكم في التنفس ، والبدء في إعادة تنظيم معرفية نشطة ، وتراجع تمرينات التحكم في التنفس التي تمت خلال الأسبوع . وقد تعرضت جين للإحباط نتيجة محاولاتها للتحكم في التنفس .

ج : يبدو إنني غير قادرة على القيام بذلك على الوجه الصحيح ، وأجد أحياناً أن عليّ أن أتوقف . حسناً ، ويقدر ما أحاول بعد ذلك . يقدر إحساسي كما لو أنني أجرى منطلقة في الهواء ، وأن عليّ أن أخذ جرعة كبيرة منه بين مرات التنفس ، وقد شعرت في أحيان أخرى بدوار ، وأن مشاعر عدم الواقعية يمكن أن تبدأ ، وهنا أجد أن عليّ أن أتوقف عن التنفس ، وأحاول عمل شيء لكي أجعل عقلي مشغولاً .

م : يبدو الأمر كما لو أن هناك بعض الأشياء القليلة تحدث ، أولاً تذكرى أن هذه مهارة تشبه تماماً مهارة تعلم ركوب الدراجة ، وعليك ألا تتوقعي أن الأمر سيكون سهلاً من بدايته . ثانياً يبدو أنك عانيت من بعض المشاعر الجسمية غير المريحة التي أزعجتك . لقد ذكرت أنك شعرت كما لو كنت تجري منطلقة في الهواء ، ووفقاً لما سبق أن تحدثنا عنه في الأسبوع الماضي ، ما الذي تعتقدين أنه سبب هذه المشاعر ؟

ج : حسناً ، ربما لأنني لم أكن أحصل على كفايتي من الهواء لرئتي ، لأنه كان من الصعب حقيقة استخدام حجابي الحاجز ، لقد شعرت أنني أخنق نفسي .

م : يحتمل أن الأمر مجرد تعلم لاستخدام عضلات الحجاب الحاجز ، ولكن هل اختلفت حقيقة ، أم أن ذلك كان تفسيراً منك أنك ستخنتنقين ؟

ج : لا أعرف ... لقد شعرت من قبل بالاختناق ، عندما كنت أجد نفسي محاصرة في غرفة مزدحمة على وجه الخصوص .

م : إذاً ، كيف عرفت أنك ستخنتنقين ؟

ج : لا أعرف مجرد أن هذا الإحساس انتابني

م : إذا دعينا ننظر إلى كل الدلائل مجتمعة ، كانت لديك هذه الإحساسات من قبل ، ولكنك لم تختنقي إطلاقاً . الواقع أن كثيرون من الناس لديهم المشاعر نفسها ولكنهم لا يختنقون بالفعل . وكما تحدثنا في المرة السابقة ، فإن تغييرك لطريقة تنفسك أو وقوعك في القلق يمكن أن يؤدي أحياناً إلى إحساسات بانقطاع التنفس ، على الرغم من حصولك على قدر كبير من الهواء . وأخيراً فقد أجبرك التمرين على التركيز على هذه المشاعر ، وعلى أساس من كل هذه الحقائق . هل يمكنك التفكير في تفسير بديل ؟ .

ج : حسناً ، ربما لم أكن اختنق ، ربما كان مجرد إحساس بذلك ، أمل ألا أشعر بذلك ثانية .

م : سيصبح الأمر أكثر سهولة مع استرخائك أثناء التمرين ، وإدراكك أن إحساسات الدوار وانقطاع النفس لن تؤذيك ، ومع زيادة مهارة تنفسك من الحجاب الحاجز وبيبطء .

وقد عبرت شكاوى جين عن الانشغالات اللمطية التي تذكر .

والخطوة التالية هي إبطاء معدل التنفس إلى أن يتمكن العميل من الوصول إلى دورة من الشهيق والزفير المريح تمتد لست ثوانٍ . ومرة أخرى ، على المعالج أن يقوم بتقديم النموذج ، ثم يصوب التمرين الذي يتم في الجلسة . ويطلب من العملاء أن يتمرنوا على التنفس البطيء في بيئة آمنة أو مريحة ، ولا يشجعوا على تطبيق التنفس البطيء ، عندما يكونون قلقين أو هلعين إلى أن يصبحوا ماهرين تماماً في استخدامه .

ويتم إعادة التنظيم المعرفي من خلال تفسير أن أخطاء التفكير تحدث لأي شخص عندما يكون قلقاً ، وبهذا يتم مساعدة العميل على توقع أن يكون تفكيره

مشوهاً ، طالما أن حالة القلق تعنى أنه في حالة استنفار غير اعتيادية لمواجهة تهديد أو خطر . وبالتالي يتعين تأكيد أهمية معالجة الأفكار باعتبارها فروضاً أو تخمينات وليس حقائق . كما يتم أيضاً تفسير فكره التفكير التلقائي ، والتوقعات غير المترابطة لتأكيد الحاجة لأن يصبح ملاحظاً حاذقاً لتعبيراته الذاتية المعتادة في مواقف معينة .

وتعرف أن فكرة «أشعر بالرعب أن شيئاً سيئاً سيحدث» تعد فكرة غير ملائمة ، وغير علاجية ، ويمكن أن تؤدي إلى زيادة درجة القلق ، نتيجة لطبيعتها التعميمية والتوجيهية . والاعتراف بدلاً من ذلك أن فكرة «أنا خائف من أنني إذا أصبحت أكثر قلقاً أثناء القيادة ، فسأفقد السيطرة على عجلة القيادة وألجأ إلى جانب الطريق وأموت» تسمح بفحص بناء لمواجهة سلسلة الفروض التي تتضمنها .

سنصف نوعين رئيسيين من الأخطاء المعرفية ، الأول هو المبالغة في التقييم ، أو القفز إلى النتائج السلبية ، ومعالجة الأحداث السلبية على أنها محتملة عندما يبدو أنها لا تحدث في الواقع ، ويطلب من العميل تحديد مبالغت تقييم القلق والأحداث المثيرة للقلق على مدى الأسبوعين المنصرمين : «هل تستطيع التفكير في الأحداث التي شعرت أنها ستحدث بالتأكيد ، عندما كنت تشعر بالقلق ، وإذا بك تكتشف أنها لم تحدث في نهاية الأمر على الإطلاق ؟ ، ودائماً ما يتذكر العملاء مثل هذه الأحداث بسهولة ، ولكن مع معارضة .

ج : حسناً ، أحياناً كنت أعتقد أنني سأفقد عقلي هذه المرة حقيقة . . . وأننى سأغيب عن الوعي . ولن أعود أبداً إلى الواقع ، غير أن ذلك لم يحدث على الإطلاق ، غير أنه مازال هناك احتمال لحدوثه .

م : ولكن لماذا تعتقدين أنه مازال هناك احتمال لذلك ؟

ج : جزء مني يشعر أنني دائماً ما أدير للهرب في الوقت المناسب ، سواء بالابتعاد عن الموقف ، أو من خلال طلب مساعدة زوجي ، أو من خلال الاستمرار في التماسك بالقدر الكافي ؛ حتى نزول مشاعري ، ولكن ماذا إذا لم أستطع التماسك في المرة القادمة ؟

م : من خلال معرفتك بأفكارك عندما تكونين قلقة ، هل يمكنك أن تصنفي أيّاً من هذه الأفكار التي عبرت عنها حول «التماسك» أو مجرد الهرب في الوقت المناسب في فئة المبالغة في التقييم .

ج : أعتقد أنك تقول إننى أستطيع أن أتماسك ، أو أستطيع الهروب دائماً فى الوقت المناسب .

م : إن شعورك الطاغى أنك فى حاجة إلى التماسك ، والحاجة للهروب ناتج عن مبالغة فى تقييم مدى تشابه هذا الشعور بحالة الغياب عن الرعى وعدم العودة إطلاقاً للواقع .

ج : ولكنها تشعرنى حقيقة أن ذلك سيحدث .

م : إن جوهر المشكلة هو الخلط بين ما تعتقد أنه سيحدث وبين ما يحدث بالفعل ، وهو ما نتناوله فى هذه الجلسة .

ويتم الكشف عن أسباب مقاومة المبالغة فى التقييم ، على الرغم من تكرار عدم تأييد هذا التقييم ، ويعزى الخطر نمطياً إلى مؤشرات الأمان أو السلوك الخارجى (مثال ذلك . «أنا أفعل ذلك لمجرد أننى أحاول السعى للحصول على المساعدة فى الوقت المناسب» ، «لولا أننى أخذت قرص الأوكسانكس Xanax الأسبوع الماضى عندما تعرضت للهلع فى السوق ، لكنت قد انتهيت» أو «ما كان ذلك ليحدث ما لم أكن قد لجأت إلى جانب الطريق فى الوقت المناسب» أو «إنه الحظه بدلاً من عدم صحة التوقعات الأصلية) . ويفترض العملاء بالمثل أن السبب الوحيد لكونهم ما زالوا على قيد الحياة ومحتفظين بعقولهم .. إلخ ، هو أن النوبة الكبرى لم تحدث بعد ، ولكنها ستحدث . ويتم فى هذه الحالة قيام العميل بالربط بين شدة نوبة الهلع ومخاطرة التعرض للموت ، أو فقدان التحكم .. إلخ ، والذى يعد سوء تفسير آخر يتعين الإعراف به .

وفحص الدلائل الخاصة بالاحتمالية هو أسلوب لمواجهة أخطاء المبالغة فى التقييم . والطريقة العامة هى اعتبار الأفكار فروضاً أو تخمينات ، وليس حقائق ثم فحص الدلائل الخاصة بالتوقعات ، من خلال التفكير فى بدائل أكثر واقعية للتوقعات وأفضل طريقة لذلك هى الحوار السقراطى ، وبهذا يفحص العملاء مضمون تعبيراتهم ويصلون إلى البدائل . ويفيد فى هذا السياق فحص المنطق الخاص بالعميل (مثال ذلك كيف تؤدى ضربات القلب المتسارعة لنوبة قلبية) ، أو الأسس التى تقوم عليها الأحكام (مثال ذلك المعلومات الخاطئة المستمدة من الآخرين ، أو الإحساسات غير المعتادة) . واستمراراً مع المثال السابق الخاص بجين ، اتخذ الحوار الشكل الآتى :

- م : أحد التعبيرات الذاتية التى حددتها هى أنك ستنهارين ، ولن تعودى إلى الواقع . ما الذى أدى بك على وجه التحديد إلى الاعتقاد بأن ذلك هو ما يحتمل أن يحدث ؟
- ج : حسناً ، شعرت أن ذلك هو ما سيحدث .
- م : كونى أكثر تحديداً ، أى مشاعر ؟
- ج : حسناً ، لقد شعرت كأننى مخدرة وغير واقعية ، والأشياء حولى مختلفة ، وأننى منفصلة عنها .
- م : ولماذا أعتقدت أن هذه المشاعر تعنى أنك فقدت بالفعل الصلة بالواقع ؟
- ج : لا أعرف ، كان شعورى كما لو أننى فقدت بالفعل هذه الصلة .
- م : هل أجبت أى شخص وجه إليك سؤالاً أثناء هذه اللوبات ؟
- ج : حسناً ، لقد أجبتك على الرغم من شعورى أحياناً بهذه المشاعر هنا .
- م : حسناً ، وهل تستطيعين المشى أو الكتابة أو قيادة السيارة ، عندما تتقابك هذه المشاعر ؟
- ج : نعم ، ولكن مشاعرى تكون مختلفة .
- م : ولكنك تقومين بهذه الأعمال ، على الرغم من إحساسك بالانفصال .
- إذاً ما الذى تستنتجينه من ذلك ؟
- ج : حسناً ، ربما لم أفقد الصلة كلية بالواقع ، ولكن ماذا يحدث لو فقدتها بالفعل ؟
- م : كم مرة شعرت أنك فاقدة الصلة ؟
- ج : مئات ومئات المرات .
- م : وكم مرة فقدت الصلة بالواقع بصورة دائمة ؟
- ج : ولا مرة ، ماذا لو لم أتخلص من هذه المشاعر ، ربما سأفقد عندئذ هذه الصلة .
- م : ماذا غير ذلك يجعلك تفكرين أن هذا الأمر محتمل ؟

ج : حسناً ، ماذا عن ابن عمى ، لقد فقد الصلة بالواقع ، عندما كان فى نحو الخامسة والعشرين من عمره ، وقد وضعوه على مجموعة أدوية ثقيلة . ولن أنسى إطلاقاً الوقت الذى رأيته فيه خارج منزله ، كان يكلم نفسه بطريقة غير مفهومة .

م : وهل حدث اتصال بينكما ؟

ج : نعم .

م : ما وجه التشابه بينكما ؟

ج : لا شىء فى الواقع ، مجرد اعتقادى أنه ما سأصبح عليه .

م : هل كانت لديه المشاعر نفسها التى لديك الآن ؟

ج : لا أعرف .

م : وإذا كان أحد أبناء عمومتك الآخرين لديه مشكلات حادة فى ظهره ، هل ستكونى قلقة أنك ستنتهى بمشكلات حادة فى ظهرك ؟

ج : لا .

م : لماذا لا ؟

ج : لأننى لم أفكر أبداً أن لدى آلاماً فى الظهر .

م : إذا فأنت تفكرين أنك ستكونين مثل ابن عمك لأنه يعانى من حالة تخشين منها ، ولكنك لا تفكرين أو تعتقدين أنك ستكونين مثل ابن عم آخر لديه مشكلات فى ظهره .

ج : أعتقد ذلك .

م : إذا ، دعينا نفكر فى كل البدائل ، وأن نفكر فى بعض البدائل ، لقد شعرت بعدم الواقعية مئات المرات ، ولكنك لم تفقدى إطلاقاً الصلة بالواقع ، لأنك كنت مستمرة فى أدائك وسط هذه المشاعر ، كما أنها لم تستمر إلى الأبد . وأنت خائفة من أن تصبحى مثل ابن عمك ، على الرغم من أنه لا يبدو أن هناك سبباً لافتراض أن ما يعانى منه يشبه أى شىء مما أنت فيه . تذكرى أيضاً مناقشتنا السابقة عن مصدر مشاعر عدم الواقعية [استثارة القلق والإفراط فى التنفس] إذا ما هى الاحتمالية الواقعية لفقدانك

الصلة بالواقع بصورة دائمة ؟ استخدمى مقياساً من صفر إلى ١٠٠ ، حيث يعنى الصفر عدم وجود أى احتمال على الإطلاق ، وتعنى الدرجة ١٠٠ أن الحدوث محتم .

ج : حسناً ، ربما كان الأمر أقل مما أعتقد ، ربما ٢٠ % .

م : إذا فهذا يعنى أنك تفقد الصلة بالواقع تماماً مرة كل خمس مرات ، تشعرين فيها بعدم الواقعية

ج : إذا وضعت الأمر بهذه الطريقة ، فإننى أعتقد أن ذلك لا يحدث ، ربما كان الاحتمال ضئيلاً للغاية .

م : نعم ، إذا ما التفسير البديل ؟

ج : ربما كانت مشاعر عدم الواقعية ناتجة عن الشعور بالقلق أو الإفراط فى التنفس ، وأن شعورى بهذه المشاعر لا يعنى أننى أفقد الصلة بالواقع فعلاً ، وأننى لست مثل أبنى عمى على الإطلاق .

والواجب المنزلى لهذه الجلسة هو التدريب على التحكم فى التنفس ، ومراقبة أمثلة المبالغة فى التقييم ، وإعادة تفسيرها من خلال التساؤل عن البدائل، والنظر فى الدلائل .

الجلسة الخامسة

أهداف هذه الجلسة هى تطبيق التحكم فى التنفس ، والتقدم نحو إعادة تنظيم البنية المعرفية الخاصة بالنمط الثانى من الأخطاء المعرفية ، وهو التفكير الكارثى أو توقع الكارثة . ويطلب من العملاء ممارسة التحكم فى التنفس فى مجالات معينة ، مثال ذلك أثناء جلوسهم إلى مكتب خلال العمل ، أو أثناء انتظارهم فى إشارة مرور فى السيارة ، كما يشجعوا على القيام بتمرينات تحكم قصيره فى التنفس مرات عديدة على امتداد النهار .

وينتج النوع الثانى من الأخطاء المعرفية من النظر إلى أحد أحداث الحياة باعتباره خطيراً، أو بسبب المعاناة، أو كارثى ، بينما هو غير ذلك، فى الواقع .

ومن بين الأنواع النمطية من الأخطاء الكارثية الآتى : «إذا فقدت الوعى ، سيعتقد الناس أننى ضعيف ، وهذا أمر لا يطاق» ؛ «نوبات الهلع هى أسوأ شئ يمكن تخيله» ، أو «تدمر الأمسية بكاملها إذا ما بدأت أشعر بالقلق» . ودحض التفكير

الكارثي يعنى إدراك أن حدوث القلق ليس كارثة كما يُعتقد ويتحقق هذا الدحض ، من خلال التفكير في كيف أنه يمكن تدبر الأحداث بقدر «سوءها» . مثال ذلك أنه من المهم للشخص أن يذكر أن أحكام الآخرين وتقديراتهم السلبية غير محتملة ، ومناقشة ما الذى يستطيع الشخص القيام به للتغلب على ذلك ، إذا ما عبر شخص آخر عن حكم سلبي ، وبالمثل بالنسبة للشخص ، الذى يقرر أن الأعراض الجسمية للهلع لا تحتمل .

والحوار التالى بين المعالج (م) والعميل (ع) مفيد فى هذا الشأن .

م : ما الأمر شديد السوء فيما يتعلق بتسارع ضربات قلبك وشعورك بالدوار ؟

ع : إنه شعور مريع ، أنا أكرهه ، أتمنى أن تزول هذه الأعراض .

م : ولكن ما الذى يجعلها بهذا السوء ؟

ع : لأننى لا أستطيع التغلب عليها .

م : ولكن ماذا لو كان محكوماً عليك بتسارع ضربات قلبك وشعورك بالدوار ببقية عمرك ؟

ع : لن أستطيع الصمود .

م : ما الذى ستفعله ؟ دعنا نجعل الأمر أكثر يسراً ، لنفترض أنك تعرضت لمرض ما بما يعنى أنك ستشعر بالألم ببقية عمرك فى معصمك الأيسر ، ما الذى ستفعله للتغلب على هذه الحالة ؟

ع : حسناً ، أعتقد أننى سأحاول عمل أفضل ما أستطيع ، ربما أقوم ببعض التمرينات للتخفيف من الألم ، وغالباً ما سأستمر فى عمل أغلب الأشياء التى أقوم بها الآن ، ربما ليس بالسهولة نفسها .

م : حسناً ، إذا فستتغلب على الوضع ، والآن كيف يختلف ذلك عن تسارع ضربات القلب والشعور بالدوار ؟

ع : أشعر أننى لا أستطيع القيام بشيء مع هذه الأعراض .

م : هل تبالغ فى تقييم الأمر ؟ ما الذى لا تستطيع القيام به ؟

ع : أنت على حق ... يحتمل أننى مجرد أفكر أننى لا أستطيع عمل شيء . أقصد أنه على الرغم من شعورى بهذه الأعراض ، مازلت أستطيع

القراءة، والحديث إلى الناس ، وقيادة السيارة ، وربما أستطيع القيام بأشياء أخرى أتجنبها ؛ لأننى أعتقد أننى لا أستطيع عملها ، مثل العودة لممارسة الرياضة .

م : حسناً ، والآن عندما تدرك أن تسارع ضربات القلب والشعور بالدوار أمران يمكن تدبرهما ، هل تلاحظ كيف أن المشاعر نفسها يمكن أن تتبدد .
والواجب المنزلى هو ممارسة التحكم فى التنفس وتحديد المبالغت فى التقييم والنمط الكارثى من التفكير ، ومواجهته ودحضه .

الجلسة السادسة

الهدف الرئيسى لهذه الجلسة هو بدء التعرض الباطنى (1) . على الرغم من انفاق الوقت أساساً فى مراجعة مبادئ إعادة تنظيم البنية المعرفية ، من حيث تطبيق العميل للإستراتيجيات المعرفية على القلق ونوبات الهلع ، على امتداد الأسبوع الأسبق على وجه الخصوص . ومنطق التعرض الباطنى مهم للغاية ، إذ ييسر التعميم من موقف التدريب فى الجلسة إلى الخبرات اليومية . ويراجع المعالج مع العميل مفهوم التشريط الباطنى ، الذى سبق وصفه فى الجلسة الثانية ، ويتم إيضاح الطريقة التى يخدم بها تجنب الإحساسات المثيرة للخوف استمرار الخوف . والأنشطة التى تتجنب ؛ نتيجة لارتباطها بإحساسات جسمية قد لا تتضح على الفور للعميل ، وقد تتضمن ممارسات بدنية ، ومناقشات انفعالية ، وأفلام إثارة وحمامات بخار (أخذ دش فى حمام ذى أبواب ونوافذ مغلقة) ، وأطعمة معينة أو منبهات .

والغرض من التعرض الباطنى هو إعادة استثارة الإحساسات المخيفة ، وإضعاف استجابة الخوف من خلال الاعتياد ، وتعلم أنه لا تحدث منها نتائج خطيرة حقيقية . يضاف إلى ذلك ، أن الاستثارة المتكررة تسمح بممارسة تطبيق الاستراتيجيات المعرفية ، واستراتيجيات التنفس . ونتيجة لهذا ينخفض الخوف من الإحساسات الجسمية الطبيعية بقدر جوهري .

وتبدأ هذه الإجراءات من خلال تقييم استجابة المفحوص لسلسلة من التمرينات المقننة ، ويقوم المعالج بتقديم نموذج لكل تمرين أولاً ، ثم يقوم المعالج ،

(1) Naturalistic interoceptive exposure .

بعد إكمال العميل للتمرين ، بتسجيل الإحساسات ، مستوى القلق (من صفر إلى ٨) شدة الإحساسات (صفر - ٨) ، والتشابه مع الإحساسات الطبيعية المصاحبة للهلع (صفر - ٨) . وهذه التمرينات موضحة في جدول (٤ - ١) . وإذا لم يؤد أى من هذه التمرينات لإحساسات مشابهة بقدر متوسط على الأقل لتلك الإحساسات الطبيعية المصاحبة للقلق ، يتم تفصيل تمرينات فردية خاصة بالعميل . مثال ذلك إذا كانت آلام الصدر هي الإحساسات الأولية المثيرة للخوف ، فإن الضغط على الصدر يمكن إحداثه من خلال تنفس عميق قبل الزفير ، وإذا كانت الحرارة هي المثيرة لإحساسات الخوف الرئيسية ، فيمكن استخدام حجرة مرتفعة الحرارة ، وإذا كان أكثر ما يثير القلق هو الشعور بالاختناق ، فإمكانات إحداث هذا الشعور متوافرة من خلال قبض اللسان أو استخدام سترة ذات ياقة ضيقة أو ربطة عنق .

فإذا لم يذكر العملاء أنهم أحسوا بأى خوف ، أو أحسوا بالقليل منه نتيجة لشعورهم بالأمان في وجود المعالج ، يطلب منهم القيام بمحاولة كل تمرين بمفردهم ، بينما يترك المعالج الغرفة أو العيادة . وبالنسبة لقلّة من العملاء يؤدي السبب المعروف لهذه الإحساسات وفترة ظهورها إلى إلغاء استجابة الخوف لديهم ، وبالنسبة لأغلب العملاء ، فإن بعض التمرينات على الأقل تؤدي إلى الإحساس بالخوف ، على الرغم من معرفة سبب هذه الإحساسات والقابلية للتحكم فيها .

وتحصل التمرينات التي تقدم باعتبارها تستثير على الأقل إحساسات مشابهة للخوف على ٣ درجات (على مقياس يمتد من صفر إلى ٨) ، وتختار لتكرار التعرض في الجلسة التالية . ويتم وضع مدرج للتمرينات المختارة على أساس تقديرات القلق التي تثبتتها ، ويستمر الواجب المنزلي مراقبة معرفية وتحدي للأفكار السلبية .

جدول (٤ - ١) تمارين التعرض الباطني

التشابه مع الأعراض (صفر - ٨)	القلق (صفر - ٨)	شدة الإحساسات (صفر - ٨)	الفترة بالتواني	التمرين
			٢٠	هز الرأس يمينا ويساراً
			٢٠	وضع الرأس بين الرجلين ورفعها
			٦٠	الجري في الموضع نفسه
		٢٠ أو أطول فترة ممكنة		كتم النفس
		٦٠ أو أطول فترة ممكنة		توتر عضلي كامل ، حفظ الجسم مرتكزا على اليدين أثناء الانبطاح
			٦٠	الدوران في كرسي دوار
			٦٠	إفراط في التنفس
			١٢٠	التنفس من خلال أنبوبة ضيقة
			٩٠	التحديق في نقطة علي الحائط أو على الصورة المعكوسة علي مرآة

الجلسة السابعة

الهدف الأولى لهذه الجلسة هو تكرار تطبيق التعرض الباطني . وعلى الرغم من مراجعة التحكم في التنفس ، يشجع العملاء أولاً على استخدام التحكم في التنفس في أوقات القلق ، أو عند وجود إحساسات جسمية غير مريحة ، بدءاً من هذه المرحلة كما يتم أيضاً اختبار الفروض لتسهيل إعادة تنظيم البنية المعرفية . ويتضمن اختبار الفروض تحديد المبالغة في التقويم أو التنبؤات الكارثية حول المواقف ، التي يحتمل مواجهتها في المستقبل القريب . وتقييم الاحتمالات الصحيحة للتنبؤات في هذه الجلسة . مثال ذلك أن جين توقعت احتمالاً قدره ٦٠٪ ، أن شخصاً ما خلال عشاء العمل الذي تحضره خلال الأسبوع ، قد يعلق على مقدار ما يبدو عليها من قلق . ويختبر المعالج والعميل في الجلسة التالية الدلائل التي إما أن تؤيد أو تدحض التنبؤات ، التي قدمت في الأسبوع السابق . ويحصل العميل بهذه الطريقة على دلائل عيانية على أن بعض توقعاته المفزعة ،

أو لا شيء منها تحقق . واختبار الفروض مفيد على وجه الخصوص في حالة التنبؤات الكارثية حول تأثيرات القلق في القدرة على الأداء .

ويستخدم منحى متدرج للتعرض الباطنى ، يبدأ من أقل البنود في المدرج الذى وضع فى الجلسة السابقة . ويطلب من العميل أن يبدأ التمرين على أن يشير إلى لحظة بداية معاناته من الإحساسات الجسمية (برفع يده على سبيل المثال) ويستمر فى التمرين لمدة ٣٠ ثانية على الأقل ، ويمنح العميل وقتاً لممارسة الاستراتيجيات المعرفية والتنفسية . وأخيراً يراجع المعالج الخبرة الناتجة وتطبيق العميل لاستراتيجيات التحكم ويؤكد المعالج خلال هذه المراجعة أهمية معاناة الإحساسات بالكامل خلال التمرين ، ويؤكد التركيز موضوعياً على الإحساسات ، وليس التشتت بعيداً عنها ، وعلى أهمية تحديد المكونات المعرفية المعنية ومجابهتها من خلال التفكير فى كل البدائل . يضاف إلى ذلك قيام المعالج بتوجيه أسئلة محورية ؛ لمساعدة العميل على إدراك درجة أمانه (مثال ذلك : ما الذى سيحدث إذا ظلت تدور بسرعة فى المقعد لمدة ٦٠ ثانية أخرى ؟)

ويسأل لتعميم الخبرات التى تحدث فى المواقف الطبيعية (مثال ذلك : كيف يختلف هذا عما يحدث ، عندما تشعر بالدوار أثناء وجودك فى العمل ؟) بمعنى آخر أن المواجهة والتحدى المعرفى يمتد إلى العمليات المعرفية ، التى حدثت نتيجة لتكرار التعرض الباطنى . بالإضافة إلى ذلك ، تصبح بعض المكونات المعرفية المعينة التى لم تتبين من قبل واضحة . مثال ذلك أن جين أصبحت أكثر وعياً بفروضها حول فقدان التحكم فى أطرافها ، عندما تشعر بالخدر أو الدوار . ويتعلق ذلك بانشغالها حول تسببها فى وقوع حادث أثناء قيادتها للسيارة . وخلال تمرينات الإفراط فى التنفس المتكررة ، وبإثارة أسئلة «ماذا لو، من جانب المعالج ، اكتشف خوفها من عدم قدرتها على التحكم فى تحريك ذراعها أو رجليها . وقد تم دحض هذا الفرض سلوكياً ، من خلال جعلها تفرط فى التنفس لفترات أطول من الوقت ، يلى ذلك قيامها بالمشى وحمل أشياء .. إلخ .

وتكرر المحاولات لعدد كاف من المرات إلى ألا يزيد مستوى القلق بالنسبة لأى تمرين عن درجتين (أو متوسط) . وعندئذ يبدأ تكرار الإجراء للتمرين التالى فى المدرج ، وأحياناً ما يذكر العملاء أنه طالما أن الإحساسات الناتجة عن التمرين هى مما يمكن التنبؤ به والتحكم فيه ، فإنهم يستشعرون قدراً أقل من الخوف مقارنة بما يحدث فى الإحساسات الطبيعية . ويؤدى هذا التمييز إلى الحد من القيمة

التعليمية لتمرينات التعرض الباطنى ، ويساعد المنحى المعرفى المعروض فى المثال التالى فى هذه الحالات :

ج : بعد دورانى فى المقعد وإفراطى فى التنفس عدة مرات ، أشعر فى الحقيقة بقدر ضئيل للغاية من القلق ، لقد كنت مرعوبة فى البداية ، ولكننى الآن قلقة بقدر متوسط أو ربما غير قلقة على الإطلاق ، غير أن هذا مختلف عما يحدث لى ، عندما أكون على الطريق السريع أو فى البيت .

م : كيف يختلف ؟

ج : لا أعرف ، عندما يبدو أن مشاعر الدوار وعدم الواقعية ستنتابنى .

م : أولاً . لنعد إلى مناقشتنا السابقة ، ما المسئول عن شعورك بالدوار ، أو عدم الواقعية فى أوقات معينة ؟

ج : أنا أعرف ... أن على أن أتذكر دائماً أنه تنفسى ، أو مجرد شعورى بالقلق أو التعب ، أو مجموعة من الأشياء المختلفة .

م : حسناً والآن ثانياً لماذا يكون الأمر مهماً للغاية أن تعرفى متى ستحدث هذه المشاعر ؟

ج : لأننى لا أريدها أن توجد على الإطلاق .

م : ولم لا ... ما الذى تخافين منه ؟

ج : أعتقد أنه الشئ القديم نفسه ، وهو أننى سأفقد الوعى بشكل ما .

م : إذا دعينا نعود إلى إعادة التنظيم المعرفى ، الذى كنت تقومين به ، ما الذى تخافينه على وجه التحديد ؟ ما مدى احتمال حدوثه ؟ ما البدائل ؟

ج : أنا فاهمة .

م : إذا ، فأنت ترين أنه سواء نتجت إحساسات الدوار أو عدم الواقعية عن القلق أو الإفراط فى التنفس أو الأكل أو ممارسة التمرينات ، التى تقومين بها هنا فإنها جميعاً الأمر نفسه ، كلها إحساسات جسمية غير مريحة ، والسبب الوحيد الذى يجعلها تقلقك أكثر أثناء قيادتك السيارة ، أو أثناء وجودك فى البيت ، هو المعنى الذى مازلت تعطينه لهذه الإحساسات فى هذه المواقف .

والواجب المنزلى مهم للغاية ، طالما أن مؤشرات الأمان متوافرة في موقف العيادة ، أو أن وجود المعالج في حد ذاته يمكن أن يحد مرة أخرى من تعميم أثر التدريب على المواقف الطبيعية . ويطلب من العملاء ممارسة بلود التعرض الباطنى ، التي أجريت في الجلسة يومياً .

الجلسة الثامنة

أهداف هذه الجلسة هي الاستمرار في اختبار الفروض والتعرض الباطنى .
ومن المهم على وجه الخصوص مراجعة ممارسة العميل اليومية للتعرض الباطنى .

ويتعين تقييم احتمالات التجنب ، سواء كانت عبارة عن فشل واضح في ممارسة التمرين ، أو تجنب غير مباشر من خلال الإقلال من شدة أو فترة الإحساسات المستثارة ، أو قصر ممارسة التمرين على الأوقات التي يوجد فيها مؤشر للأمان (مثل وجود الأشخاص المهمين للعميل في الموقف) ، أو على الأوقات التي لا يشعر العميل خلالها بالقلق على الإطلاق .

وتتضمن مصادر التجنب الاستمرار في سوء تفسير خطر الإحساسات الجسمية (بمعنى ،أنا لا أريد أن أفرط في التنفس لأنى أخشى من عدم إمكانية التوقف عنه ، ولن يكون هناك من يساعدى وقتها) أو الإدراك الخاطيء أن مستويات القلق لن تنخفض نتيجة لتكرار التمرين . وقد تعرضت جين لقلق آخر ، فقد ذكرت حول هذا الوقت خلال العلاج نوبات هلع ضئيلة للغاية ، وبالتالي إحساسات قلق جسمية قليلة . وقد مارست تمارين التعرض الباطنى حوالى نصف الأيام الواقعة بين الجلسات ، ولكنها ظلت متنبهة إلى الخوف من أن التمرينات قد تؤدي بها إلى ردة في حالتها لأسابيع سابقة ، بمعنى أنها كانت قلقة من أن استثارة الإحساسات قد تؤدي إلى إبقائها في حالة من الأعراض المقاومة . ويتعين إيضاح كل هذه الدوافع التجنبية معرفياً باستخدام المبادئ التي سبق وصفها في الجلسات السابقة . والواجب المنزلى لهذه الجلسة هو الاستمرار في ممارسة تمرينات التعرض الباطنى ، وفقاً للمدرج سابق التحديد ، واختبار الفروض، وإعادة تنظيم البنية المعرفية أثناء القلق أو الهلع .

الجلسة التاسعة

الهدف الأولى من هذه الجلسة هو الامتداد بالتعرض الباطنى إلى مهام طبيعية ، يضاف إلى ذلك استمرار إعادة تنظيم البنية المعرفية ، من خلال اختبار الفروض ، وتدعيم مراقبة ومواجهة زيادة القلق .

ويشير التعرض الباطنى الطبيعى (١) إلى التعرض للمهام ، أو الأنشطة اليومية ، التى تتجنب أو تتحمل بفرع نتيجة لارتباطها بالإحساسات الجسمية . وتتضمن الأمثلة النمطية لهذه المواقف ممارسة التمرينات الرياضية (الأيروبيك) أو الأنشطة الرياضية الشاقة ، صعود السلم جرياً ، تناول أطعمة تستثير إحساسات بالامتلاء ، أو مقترنة بإحساسات الاختناق ، والوقوف بسرعة من وضع الجلوس الاستحمام بالبخار أو حمامات السونا ، القيادة والنوافذ مغلقة مع تشغيل التدفئة ، استهلاك الكافيين . إلخ . ويمكن بالطبع تعديل هذه التمرينات فى حالة وجود تعقيدات طبية ، مثل : الربو أو ضغط الدم المرتفع . ويتم وضع قائمة متدرجة بالأنشطة النمطية المثيرة للخوف ، واختيار البنود المعيبة ذات العلاقة بالخبرات الشخصية للعميل ويقدر كل بند من حيث ترتيبه فى إثارة القلق ، ويبين جدول (٥ - ١) مدرج بنود جين

جدول (٥ - ١) : مدرج التعرض الباطنى الطبيعى لجين

البنود	مستوى ماثيره من قلق
النظر خلال زجاج ملون مصمت	٣
مراقبة عش طيور	٤
تفحص لافتات السلع فى رفوف متجر	٥
القيادة والنوافذ مغلقة مع تشغيل التدفئة	٦
الذهاب إلى ملهى ليلي ذى أضواء وهاجة	٧
ركوب الألعاب فى ديزنى لاند	٨

ويطلب من العملاء تحديد المكونات المعرفية غير التوافقية ، وعمل بروفات لإعادة التنظيم المعرفى قبل بدء كل نشاط . وتسمح البروفات أثناء الجلسات

(1) Naturalistic interoceptive exposure .

للمعالجين بتقديم عائد تصحيحي . ومن المهم تحديد مؤشرات السلوك الحمائي وإبعاها (تدرجياً إذا كان ذلك ضرورياً) مثل التليفونات المحمولة ، وتعويذات الحظ ، والبقاء قرب الخدمات الطبية ، ويطلب من العملاء ممارسة بندين في مدرجهم على الأقل ، ثلاث مرات لكل منهما ، قبل موعد الجلسة التالية .

الجلسة العاشرة

الأهداف الأولية لهذه الجلسة هي مراجعة تمرينات التعرض الباطني الطبيعي التي تمت على امتداد الأسبوع السابق . وبدأ التعرض للمواقف المثيرة للخوف والتجنب . ومثلما كان الأمر في حالة الواجبات المنزلية المبكرة للتعرض الباطني ، من المهم أيضاً تقييم وتصحيح ميول تجنب مهام التعرض الباطني الطبيعي .

ويستهدف التعرض الموقفي المواقف المثيرة لمخاوف الأماكن المفتوحة ، التي يتوقع حدوث القلق والهلع فيها ، والتي يكون الهرب منها صعباً ، أو المساعدة فيها غير مباحة .

وعلى النقيض ، فإن التعرض الباطني الطبيعي يستهدف الأنشطة التي تؤدي إلى الإحساسات المثيرة للخوف والتجنب . ويقدم التعرض الموقفي في هذه المرحلة طالما اكتسب أغلب العملاء قدراً كافياً من التحكم في هلعهم وقلقهم بما يسمح بالتعرض الموقفي بنوعومه . وعلى الرغم من ذلك قد يقدم التعرض الموقفي في فترة أكثر تبكيراً في حالات معينة . مثال ذلك للعملاء الذين يقررون عدم وجود خوف من التمرينات المعيارية لاستثارة الإحساسات الجسمية ، ولأولئك الذين يخافون من هذه الإحساسات ، عندما تحدث في سياق المواقف المثيرة لمخاوف الأماكن المفتوحة فقط . ويمكن في هذه الظروف بدء التعرض الموقفي في الجلسة السابعة . كما يستفيد العملاء الذين تحكّموا في إحساسات خوفهم بسرعة كبيرة من التقدم المبكر نحو التعرض الموقفي .

ويعتمد مقدار الوقت المخصص للتعرض الموقفي على بروفيل ؛ مخافة العميل من الأماكن المفتوحة . ومن الواضح أن المزيد من الوقت سيكون ملائماً للعملاء من أصحاب المخاوف الحادة من الأماكن المفتوحة . وهناك فائدة محققة أيضاً من إشراك أشخاص مهمين للعميل في إجراءات العلاج ، وهو الأمر الذي يعتمد على مدى مقاومة مخاوف الأماكن المفتوحة ، والمدى الذي تأثرت به ، أو أسهمت فيه أدوار الأسرة والتفاعلات فيها بمخاوف الأماكن المفتوحة . وهناك

قرار آخر يتعلق بطريقة القيام بالتعرض الموقفي . الطريقة التدريجية الممتدة وهي التي غالباً ما تستخدم (مقابل التعرض الكثيف المركز) . وعلى الرغم من ذلك ، وكما ذكرنا من قبل ، فإن البحوث الحديثة (Feigenbaum, 1988) أوضحت تفوق نتائج استخدام الطرق المكثفة المركزة . وبالتالي فإن اختيار الطريقة يمكن تحديده على أفضل وجه مع العميل ، من خلال وصف البدائل والأخذ في الاعتبار طريقة العميل المفضلة للتغلب على التحديات .

الخطوة الأولى هي تقديم منطوق أو مبررات القيام بتعرض موقفي . والمبررات مشابهة لمبررات التعرض الباطني . وهي التعلم من خلال المواجهة المتكررة أن الخوف من الأحداث السلبية غير محتمل ، أو يمكن التحكم فيه . ويوصف الانخفاض في القلق والخوف بعد تكرار مهمة واحدة من مهام التعرض ، وذلك بهدف توفير حوافز للاستمرار في التدريب ولتسكين القلق من أن المهام الموقفية ستظل صعبة ؛ بمعنى آخر أن التعرض الموقفي يجري باعتباره قابلاً للتحكم بهدف خفض الإدراكات المتعلقة بفقدان الحيلة .

وقد اختارت جين ومعالجها أسلوباً تدريجياً ممتداً بمساعدة زوج جين ، طالما أنه يلعب دوراً جوهرياً في أنماط مخاوفها من الأماكن المفتوحة . ولم تحب جين الطريقة المكثفة لأنها لن تكون في وضع التحكم . وعند هذه المرحلة من العلاج ، لم تكن جين قد تعرضت لنوبات هلع على مدى أربعة أسابيع . وكانت حساسيتها للإحساسات الجسمية ، وبالأخص مشاعر عدم الواقعية قد انخفضت جوهرياً .

وعلى الرغم من ذلك ، ظلت في مستوى متوسط من الخوف - هلع سيطول هذا الأمر ، أو ماذا لو عادت نوبات الهلع .

وهو الأمر الذي يفسر مقاومتها للتعرض الموقفي المكثف . وقد حدث قدر من الانخفاض في سلوكها الخوافي من الأماكن المفتوحة كدالة لعلاج الهلع . مثال ذلك أن جين تقوم الآن بقيادة السيارة لمسافات أبعد في الطرق المنبسطة ، على الرغم من أنها ما زالت تتجنب الطرق السريعة ، كما أصبحت تنفق وقتاً أطول بمفردها أكثر من السابق ، على الرغم من أنها ما زالت تفضل تواجد زوجها أو أمها . وكانت متشوقة لبدء مرحلة التعرض الموقفي ، وأصبحت أكثر استقلالية . وكان لاري، زوج جين مستعداً تماماً للمشاركة في العلاج . وفي الوقت الذي كان

يمكن أن يكون موجوداً فيه منذ بدء العلاج . إلا أن جين ومعالجها اختاراً إشراك لارى فى الجزء الخاص بالتعرض الموقفى .

الجلسة الحادية عشرة

الأهداف الأولية لهذه الجلسة هى توفير مراجعة للمفاهيم العلاجية للزوج أو الشخص المحورى (١) لدى العميل ، تتضمن وصف طريقة مشاركة الزوج ، ووضع مدرج البنود الموقفية ، وبدء تمرينات التعرض . وقد ترتب على ذلك حضور لارى لهذه الجلسة والجلسات الأربعة المتبقية (وضع جدول لأربع جلسات بافتراض أن مستوى تجلب جين لمخاوف الأماكن المفتوحة سيكون قد تم تخطيه خلالها) .

والمفاهيم المقدمة للشخصية المحورية هى بالضبط ما سبق تقديمه للعميل ، وهذا هو السبب لإمكان إشراك الشخص المحورى بالنسبة للعميل منذ بداية العلاج . وتتجه المفاهيم المقدمة إلى خفض مشاعر الإحباط لدى الزوج أو إعزائه السلبية حول أداء العميل الانفعالى (مثال ذلك : «أوه، لقد فعلتها مرة ثانية . . . لا يوجد فيها شىء خطأ فى الحقيقة ، أو» لقد كانت على هذا الحال منذ ما قبل زواجنا ، ولن تتغير أبداً) . وتوصف الطريقة التى تؤدى بها مشكلة مخاوف الأماكن المفتوحة إلى إرباك الروتين اليومى والمسئوليات المنزلية . ويتعين أن تتضمن الأمثلة المقدمة الأنشطة الإجتماعية والترفيهية والأعمال المنزلية . ويتم تفسير كيف أن الأنشطة المنزلية ربما كانت منتظمة حول مخاوف الأماكن المفتوحة وتجلبها بهدف مساعدة العميل على الأداء دون قلق حاد . ويلاحظ فى الوقت نفسه أن إعادة تكليف الزوج بالمهام التى سبق للعميل إكمالها يمكن أن يدعم فى الحقيقة النمط الخوافى للسلوك من الأماكن المفتوحة . وبداية يتم تأكيد أهمية الإذعان لتعليمات التعرض الحى ؛ حتى لا يعانى العميل من الكدر .

ويشجع الزوج لكى يصبح مشاركاً نشطاً من خلال تقديم تصوراتته عن سلوك العميل ومخاوفه وتأثيرها على البيئة المنزلية . وأحياناً ما يقدم الأزواج معلومات لا يكون العميل واعياً بها تماماً ، أو لم يذكرها من قبل ، وعلى وجه الخصوص فيما يتعلق بكيف يؤثر سلوك العميل فى الأداء اليومى للزوج . فقد وصف لارى - على سبيل المثال - كيف كان مقيداً بالبيت فى الأمسيات ، بينما

(1) Significant person .

كان في السابق يلعب كرة السلة أحياناً مع أصدقائه ، وهو يبقى الآن في البيت لأنه يشعر بالذنب إذا ترك جين بمفردها .

الخطوة الثانية هي وصف دور الشخص المحورى في مهام التعرض الموقفى . وينظر إلى الشخص المحورى بوصفه مدرباً ، ويشجع الزوجين على القيام بالمهام معاً كما لو كانا فريقاً يعمل معاً لحل المشكلات . ويتضمن ذلك تقريراً دقيقاً عن أين ومتى تمارس بنود مدرج التعرض ، ويحدد العميل مخاوفه حول المهمة عند الإعداد للممارسة ، وعليه تقديم البدائل المعرفية ، ويشجع الزوج على مساعدة العميل على مناقشة أفكاره القلقة . ويمكن القيام بفحص مخاوف العميل ، من خلال لعب الأدوار مع الزوج فى الجلسة ، وبالتالي يتمكن المعالج من تقديم عائد تصحيحى لكل من الشريكين . ويقوم الشخص المحورى - خلال المهمة - بتذكير العميل لتطبيق المواجهة المعرفية أو التحكم فى التنفس . وطالما أن الزوج دائماً ما يكون مؤشراً للأمان تصبح المهام أقل إثارة للقلق . وعلى الرغم من ذلك ، يجب إبعاد مؤشر الأمان هذا بعد ذلك ، وبالتالي تتم المحاولات الأولية للتعرض بوجود الزوج ، ويقوم العميل بالمحاولات التالية بمفرده . ويمكن أن يتم الحرمان من وجود الزوج تدريجياً ، كما هو الحال فى القيادة بصحبة الزوج ، وثانياً القيادة والزوج يتبعها فى سياره أخرى ، وثالثاً القيادة منفردة والزوج منتظر فى نهاية المسافة ، ورابعاً القيادة منفردة .

ونمط التواصل بين الزوجين مهم للغاية لنجاح هذه المشاركة . ولا يشجع الزوج على تضخيم خبرة الهلع ، ويشجع على مساعدة العميل على استخدام التعبيرات التخيلية عندما يكون قلقاً . ويشجع الأزواج من ناحية ليكونوا صبورين فى ضوء حقيقة أن تقدم العميل يمكن أن يكون غير منتظم . ويطلب من العميل والزوج استخدام مقياس تقديرات من صفر إلى ٨ للتواصل بينهما ، حول المستوى الراهن لقلق وكدر العميل ، كطريقة لمنع الإرتباك المزعج المتعلق بمناقشة القلق ، فى المواقف العامة على وجه الخصوص . ويحذر العملاء من الميل لتجنب مناقشة مشاعرهم مع أزواجهم ، سواء بسبب الإحراج أو كمحاولة لتجنب قلقهم من الخوف أن مناقشتهم لأزواجهم والتركيز على القلق ، يمكن أن يؤدي لزيادة مستوى كدرهم .

ولا يشجع تجنب المشاعر طالما أن تشتيتها أقل تحقيقاً للفائدة على المدى البعيد من المواجهة المباشرة لها . ويعاد التأكيد للعملاء أن الإحساس الأولى بعدم

الراحة والإحراج غالباً ما سينخفض مع زيادة آفة الزوج بمناقشة مستويات القلق وطرق التحكم فيه . يضاف إلى ذلك أن انشغال العملاء بكون أزواجهم غير حساسين للمشكلة أو شديدي الضغط عليهم ، أمور يتعين مناقشتها . مثال ذلك أن زوجاً قد يفترض أنه يعرف مستوى قلق العميل وأفكاره القلقة دون تأكيد من العميل ، أو قد يكون الزوج غاضباً من العميل لتجنبه أو هربه من مواقف معينة أو كونه خائفاً .

وتناقش كل هذه القضايا باعتبارها أنماطاً شائعة نسبياً ومفهومة لمشكلات التواصل . ولكنها تحتاج على الرغم من ذلك لتصحيحها . وبعد لعب الأدوار في الجلسة لأكثر أنماط التواصل توافقية ، خلال نوبات القلق المرتفع من أكثر أساليب التعلم فائدة ، خاصة عندما يقدم مع مشاركة المعالج بالنمذجة للزوج . وأحياناً ما يكون المزيد من التدريب على التواصل مفيداً ، لا سيما في حالة الزوجين الذين يتجادلان كثيراً في محاولاتهم لوضع بنود التعرض الحى أو طرق القيام به .

وحيث إن المنحى التدرجى أختير لجين ، فقد كانت الخطوة الأولى هي وضع مدرج المهام الموقفية . وقد ترواحت البنود بين متوسطة الإثارة للتدرج وشديدة التكدير (رتبت على مقياس للمخاوف/أو التجنب من صفر إلى ٨) ، وتمت صياغة كل بند بدقة شديدة للإقلال من الارتباك عند ممارسة التدريب . ويوضح جدول (٦ - ١) مدرج جين .

جدول (٦ - ١) : مدرج جين للتعرض الموقفى .

مستوى القلق صفر إلى ٨	البنود
٢	قيادة السيارة عائدة إلى البيت من العمل وقت الغروب .
٣	الجلوس في صف متوسط بجوار ممشي دار عرض مزدحمة مع الزوج .
٤	الجلوس في صف متوسط في دار عرض مزدحمة مع الزوج .
٥	القيادة عبر مخرجين في الطريق السريع ، والزوج يتبعها في سيارة أخرى .
٦	القيادة عبر مخرجين في طريق سريع بمفردها .
٧	القيادة عبر أربعة مخرج في طريق سريع ، ومقابلة الزوج في نهاية المسافة

وقامت جين ولارى ببروفة تدريبية لطريقة عملها في المهمة الأولى (الجلوس في صف متوسط بجوار الممشى في دار عرض مزدحمة) خلال الجلسة، بينما قام المعالج بتقديم عائد صحيحي مستخدماً مبادئ التواصل والتغلب التي سبق وصفها، وقد طلب منهما ممارسة هذه المهمة ثلاث مرات على الأقل على امتداد الأسبوع التالي. وقامت جين في مرة واحدة على الأقل - بالتدريب على هذه المهمة بمفردها.

الجلسات من ١٢ - ١٥:

يتم في كل جلسة من الجلسات المتبقية مراجعة تمارين التعرض الموقفي، وتقديم عائد كلما كان ذلك ملائماً حول إعادة تنظيم البنية المعرفية، أو التدريب الذي يتولاه الزوج، وعمل بروقات للتمرين على المهام الجديدة للأسبوع التالي.

وتتضمن الموضوعات التي تغطي بصفة عامة المكونات المعرفية حول مخاطر معينة لم يسبق تحديدها. مثال ذلك أن جين قررت أنها كانت خائفة أثناء تدريباتها في قاعة السينما من الخروج من القاعة، والتسبب في إفساد متعة مشاهدي الفيلم. وقد حددت هذه الفكرة باعتبارها مبالغة في التقييم وخطأ كارثي في التفكير. وتتضمن بعض القضايا الأخرى التحكم في إلحاح الهرب في أوقات القلق المرتفع.

وينظر إلى الانسحاب من الموقف (كالذهاب إلى حجرة انتظار للتخلص من ازدحام مطعم) على أنه سلوك ملائم إذا ما استخدم لإعادة التنظيم المعرفي وتبعه عودة إلى الموقف. وقد ذكرت جين في الجلسة الثالثة عشرة أنها فشلت؛ لأنها انحرفت إلى جانب الطريق أثناء تمارينها على القيادة وانتظرت حضور لارى ليصحبها. وقد أكد لها المعالج أن الصعوبات في أي مهمة من مهام التعرض لا تمثل فشلاً، ولكنها تعبر عن وجود ميكانيزمات للخوف من الموقف المعين. وقد أعاد المعالج عمل بروفة تدريبية مع جين لبيان طريقة استخدام فترات الراحة من مهمة لتقييم ما الذي حدث خلالها، ولتعيد تنظيم معارفها، ولتستعد للعودة لمواصلة المهمة، وأخيراً لتأكيد أهمية الاحتفاظ بوعي موضوعي للسياق الموقفي وردود الفعل.

وبهذه الطريقة يتم إدماج التعرض الباطني الذي تم في الجلسات المبكرة، مما يعنى تشجيع العملاء على مراقبة احساساتهم الجسمية بطريقة موضوعية أثناء

تدريبهم على المهام الموقفية ، بدلاً من الخوف منها . ويلاحظ أن تعبيرات ، مثل : «أرجو ألا أعانى من مشاعر الدوار هذه أثناء ممارستى القيادة على الطريق السريع» ، تعبر عن تعرض غير مكتمل .

وتمت جدولة الجلسات القليلة الأخيرة فى هذا البرنامج بواقع جلستين أسبوعياً ؛ بهدف تعزيز تعميم موقف العلاج . ويتم فى الجلسة الأخيرة مراجعة كل المبادئ والمهارات المتعلمة ، ويزود العميل بمطبوعة لأساليب التغلب على مواقف المخاطر المحتملة مستقبلاً . وقد أنهت جين هذا البرنامج فى ١٥ جلسة ، ومع نهاية الوقت لم تتعرض لنوبة هلع خلال ثمانية أسابيع ، ونادراً ما عانت من الدوار ، أو مشاعر عدم الواقعية ، وأصبحت تقود سيارتها لمسافات أبعد ، غير أنه مازالت هناك بعض المواقف التى تحتاج لتمارين تعرض (مثل : السفر لمسافات طويلة بعيداً عن منزلها ، والقيادة فى الطرق السريعة بعد الغروب) . وقد وافق جين ولارى ، على الرغم من ذلك ، على الاستمرار فى تمارين التعرض الموقفى ، على امتداد الشهور القليلة التالية ؛ لكى يعززان من تعلمها ولمواصلة تحسنها .

خلاصة

كما سبق الإشارة مبكراً فى هذا الفصل ، فإن العلاج المعرفى السلوكى للهلع ومخاوف الأماكن المفتوحة فعال بقدر كبير ، وهو يمثل إحدى قصص النجاح للتطورات العلاجية النفسية . ويتخلص ما بين ٨٠٪ إلى ١٠٠٪ من المرضى الذين يحصلون على هذا العلاج من الهلع بنهاية العلاج . وقد دامت هذه المكاسب على امتداد عامين على الأقل من المتابعة . وقد شفى تماماً ما بين ٥٠٪ إلى ٨٠٪ من هؤلاء المرضى . والكثيرون من النسبة المتبقية لديهم أعراض متبقية وعلى الرغم من ذلك ، علينا ألا نقع فى وهم التفكير أن لدينا الإجابات عن اضطراب الهلع ، وأننا نستطيع أن نتحرك منها إلى بعض المشكلات الرئيسية الصعبة .

فأولاً . . . مازالت هناك حقيقة أن هذه العلاجات ليست كاملة ، وكما سبق الإشارة فإن عدداً كبيراً يصل إلى نحو ٥٠٪ من المرضى يعانون من اضطراب الهلع أو مخاوف الأماكن المفتوحة ، يستبقون بعض الأعراض الأساسية ، على الرغم من التحسن المبدئى . ويتعين أن تحدد البحوث التالية

كيفية تحسين العلاجات ، أو كيف يمكن تفصيلها بصورة أفضل على الأفراد لتخفيف المعاناة المستمرة . مثال ذلك أن أحدنا (ديفيد بارلو) مستمر في مقابلة عميل ، أتم البرنامج العلاجي الأساسي منذ أربعة أعوام مضت . وكان هذا العميل في حالة أفضل منذ تسعة أشهر تقريباً - ولكنه وجد نفسه ينتكس خلال فترة اتسمت بتوترات في العمل على وجه الخصوص . وقد أدت عدة جلسات تعزيزية إلى استرداده أدائه الجيد ، ولكنه عاد مرة أخرى إلى العيادة بعد ذلك بستة أشهر بأعراض طارئة ملحة .

وقد استمر هذا النمط جوهرياً طوال أربعة أعوام ، واتسم بفترات تخلو من الأعراض تليها (على ما يبدو) انتكاسات ذات علاقة بالتوتر . يضاف إلى ذلك أن حالات اضطراب الهلع الطارئة تستمر في بعض الحالات لفترة تتراوح بين ٣ إلى ٦ شهور قبل أن تختفي مرة أخرى ، ربما بمساعدة الجلسات التعزيزية .

وبينما تبدو هذه الحالة غير معتادة في خبرتنا ، إلا أنه لا يوجد تفسير سهل لهذا النمط من الانتكاسات والشفاء . ويفهم هذا العميل الذي يحمل درجة الدكتوراة النموذج العلاجي المستخدم ويتقبله ، ويطبق البرنامج العلاجي كاملاً ، ولا يوجد أي شك في فهمه لطبيعة القلق والهلع وتعقيدات الاستراتيجيات العلاجية . ويستطيع أثناء وجوده في العيادة أن يسرد فصولاً وأقوالاً مطولة حول طبيعة هذه الحالات الانفعالية ، وتفاصيل ردود أفعاله عندما تنتابه هذه الحالات .

وعلى الرغم من ذلك ، فعندما يكون بعيداً عن العيادة - فإنه يجد نفسه يكرر الأمل «ألا يذهب إلى هذا المدى أثناء الهلع» ، على الرغم من تعبيره الواضح عن عدم عقلانية هذا المفهوم عندما يكون في العيادة . يضاف إلى ذلك أنه مستمر في محاولة الإقلال من الأعراض الفسيولوجية الصغرى المرتبطة بالقلق والهلع ، على الرغم من فهمه العقلاني الكامل لطبيعة هذه الأعراض بما في ذلك حقيقة أنها أعراض ذاتها التي يشعر بها أثناء حالات الاستثارة التي يستمتع بها . كما أن تحمله المحدود لهذه الإحساسات الجسمية من الأمور المحيرة في ضوء إمكاناته الضخمة على تحمل الألم (لا يستخدم أي تخدير أثناء علاج أسنانه على سبيل المثال) .

وقد يكون هناك عدد غير محدد من العوامل المسؤولة عما يبدو أنه «تصورات ذات قيمة مبالغ فيها، أو أفكار متمكنة شديدة القوة خلال فترات الألم ،

بما فى ذلك حقيقة أن العميل لديه عدد من الإخوة الذين تكرر دخولهم المستشفى ؛ نتيجة لمعاناتهم من اضطرابات انفعالية أو اضطراب الفصام الوجدانى . وعلى الرغم من ذلك تظل حقيقة أننا لا نعرف لماذا لا يستجيب معظم الناس .

ويبدو أن بعض العملاء ، كما سبق أن ألمحنا ، غير مهتمين بالمشاركة فى العلاج مفضلين صياغة مشكلاتهم باعتبارها عدم توازن كيميائى ، كما يظل هناك آخرون لديهم صعوبة فى تفهم الاستراتيجيات المعرفية ، بالإضافة إلى الحاجة لمحاولات أخرى لجعل هذه العلاجات تتقبل بترحيب .

وقد يبدو أيضاً أن هذا البرنامج المحدد للعلاج يطبق بطريقة شديدة التقنين لكل الأفراد ، وهو أمر لا يوجد ما هو أبعد منه عن الصواب . فالفن الأكلينيكي المقدم هنا ، وفى كل أساليب العلاج الواردة فى هذا الكتاب ، يتطلب تعديلات دقيقة لهذه الاستراتيجيات العلاجية للحالة الفردية . وكان الكثير من أعراض جين يدور حول مشاعرها بعدم الواقعية (١) وعدم التشخيص (٢) . وكانت التفسيرات العقلانية لظهور هذه المشاعر ، وكذلك تعديل التمارين المعرفية والتعرضية بهدف تجسيم هذه الإحساسات جزءاً مهماً من هذا البرنامج العلاجي .

وعلى الرغم من أن تمارين التعرض الباطنى المعيارية تبدو كافية لإحداث هذه الأعراض فى حالة جين ، إلا أن علينا أن نطور الآن إجراءات جديدة للتعامل مع الأشخاص ذوى مشاعر عدم الواقعية الحادة . ومن المثير للشغف أن بعض هذه الإجراءات يتضمن التحديق فى مرآة لبرهة أو التحديق فى نقطة على الحائط . وسيكون مطلوباً من المعالجين الأفراد بعض الابتكارات الأخرى فى كل من الإجراءات المعرفية والسلوكية خلال تطبيقهم لها .

وأخيراً ، وعلى الرغم من أن هذه الأساليب العلاجية تبدو ناجحة بدرجة كبيرة عند تطبيق معالج مدرب لها ، فإن هذا العلاج غير متاح لكل الأفراد الذين يعانون من هذه الاضطرابات . والحقيقة أنه بينما نجد أن هذه الأساليب العلاجية قصيرة وذات بنية جيدة ، إلا أنها صعبة التطبيق للغاية مقارنة بالعلاجات الدوائية على سبيل المثال (والتي عادة ما يساء تطبيقها فى الأخرى) .

يضاف إلى ذلك أن هناك عدداً قليلاً من مدربي على تطبيق هذه الأساليب العلاجية . وما يبدو أن هناك حاجة إليه فى هذا العلاج ، ولبقية العلاجات

النفسية الأخرى ، هو تطوير طريقة جديدة لنشرها ؛ بحيث تصل إلى أكبر عدد من العملاء .

ويبدو أن الخطوات المهمة للإفادة الناجحة من هذه الأساليب العلاجية تتضمن تعديل هذه البرامج العلاجية لتكون مقبولة ، بالإضافة إلى فترات تدريب قصيرة للمعالجين المؤهلين للحصول على شهادة . إلا أن هذه أمور يصعب تحقيقها .

وأخيراً سيكون من الضروري العمل لبناء صلة بين هذه الأساليب العلاجية والمناحي العلاجية ذات الشعبية .

وهنا يحدث التطابق بين العميل والعلاج والفحوص الخاصة بالتأثيرات المتبادلة بين هذه العلاجات في ضوء حقيقة أن عديداً من الأشخاص من أصحاب اضطراب الهلع الذين يعالجون بالعقاقير ، سيكونون موضوع البرامج المخططة للبحوث في المستقبل القريب .

REFERENCES

- Agres, W. S., Leitenberg, H., & Barlow, D. H. (1968). Social reinforcement in the modification of agoraphobia. *Archives of General Psychiatry, 19*, 423-421.
- Agras, W. S., Telch, M. J., Taylor, C. B., Roth, W. T., & Brouillard, M. (in press). Imipramine and exposure therapy in agoraphobia: The type of exposure may matter. *Behavior Therapy*.
- Alneas, R., & Torgersen, S. (1990). DSM-III personality disorders among patients with major depression, anxiety disorders, and mixed conditions. *Journal of Nervous and Mental Disease, 178*, 693-698.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and sttiscal manual for mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1993). *DSM-IV draft criteria as of 3/1/93*. Washington, DC: Author.
- Antony, M., Brown, T. A., Craske, M. G., Barlow, D. H., Mitchell, W. B., & Meadows, E. (1993). *Accuracy of heart beat preception in panic disorder, social phobic, and nonanxious subjects*. Manuscript submitted for publication.
- Arnou, B. A., Taylor, C. B., Agras, W. S., & Telch, M. J. (1985). Enhancing agoraphobia treatment outcome by changing couple communication patterns. *Behavior Therapy, 16*, 452-467.
- Arntz, L., & Arntz, A. (1992, June). *Do personality disorders influence the result of cognitive-behavioral therapies for panic disorder ?* Paper presented at World congress of Cognitive Therapy, Toronto, Canada.
- Arrindell, W., & Emmelkamp, P. (1987). Psychological states and traits in female agoraphobics: A controlled study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 9*, 237-253.
- Azrin, N., Naster, B., & Jones, R. (1973). Reciprocity counsellin : A rapid learning-based procedure for marital counselling. *Behaviour Research and Therapy, 11*, 365-382.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215.
- Bandura, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research, 1*, 77-98.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (1991). Disorders of emotion. *Psychological Inquiry, 2*, 58-71.
- Barlow, D. H., Cohen, A., Waddell, M., Vermilyea, J., Klosko, J., Blanchard, E., & DiNardo, P. (1984). Panic and generalized anxiety disorders: Nature and

- treatment. *Behavior Therapy*, 15, 431-449.
- Barlow, D. H., & Craske, M. G. (1989). *Mastery of your anxiety and panic*. Albany, NY: Graywind.
- Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A., & Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, 261-282.
- Barlow, D. H., O'Brien, G. T., & Last, C. G. (1984). Couples treatment of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 15, 41-58.
- Barlow, D. H., O'Brien, G. T., Last, C. G., & Holden, A. (1983). Couples treatment of agoraphobia: Initial outcome. In K. D. Craig and R. J. McMahon (Eds.), *Advances in clinical behavior therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Barlow, D. H., Vermilyea, J., Blanchard, E., Vermilyea, B., DiNardo, P., & Cerny, J. (1985). Phenomenon of panic. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 320-328.
- Beck, A. T. (1988). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. In S. Rachman & J. D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bland, K., & Hallam, R. (1981). Relationship between response to graded exposure and marital satisfaction in agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 335-338.
- Bonn, J. A., Harrison, J., & Rees, W. (1971). Lactate-induced anxiety: Therapeutic application. *British Journal of Psychiatry*, 119, 468-470.
- Borkovec, T. (1976). Physiological and cognitive processes in the regulation of anxiety. In G. Schwartz & D. Shapiro (Eds.), *Consciousness and self-regulation: Advances in research* (vol.1). New York: Plenum Press.
- Borkovec, T., Weerts, T., & Bernstein, D. (1977). Assessment of anxiety. In A. Ciminero, K. Calhoun, & H. Adams (Eds.), *Handbook of behavioral assessment*. New York: Wiley.
- Bouton, M. (1988). Context and ambiguity in the extinction of emotional learning: Implications for exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 137-149.
- Bouton, M. & Swartzentruber, D. (1991). Sources of relapse after extinction in pavlovian conditioning and instrumental conditioning. *Behavioral Neuroscience*, 104, 44-55.
- Breier, A., Charney, D. S., & Heninger, G. R. (1986). Agoraphobia with panic attacks. *Archives of General Psychiatry*, 43, 1029-1036.

- Brown, T. A., Rapce, R. M., Antony, M., & Barlow, D. H. (1990, November). *Patterns of responding to hyperventilation and carbon dioxide inhalation following behavioral treatment of panic disorder*. Paper presented at Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Francisco, CA.
- Buglass, P., Clarke, J., Henderson, A., & Presley, A. (1977). A study of agoraphobic housewives. *Psychological Medicine*, 7, 73-86.
- Burns, L. E., Thorpe, G. L., & Cavallaro, L. A. (1986). Agoraphobia eight years after behavioral treatment: A follow-up study with interview, self-report, and behavioral data. *Behavior Therapy*, 17, 580-591.
- Cerny, J. A., Barlow, D. H., Craske, M. G., & Himadi, W. G. (1987). Couples treatment of agoraphobia: A two-year follow-up. *Behavior Therapy*, 18, 401-415.
- Chambless, D. L. (1989, November). *Spacing of exposure sessions in the treatment of phobia*. Poster presented at 22nd annual Association for the advancement of Behavior Therapy convention, New York, NY.
- Chambless, D. L., Caputo, G., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Chambless, D. L., Caputo, G., Gracely, S., Jasin, E., & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 35-44.
- Chambless, D. L., & Renneberg, B. (1988, September). *Personality disorders of agoraphobics*. Paper Presented at world Congress of Behavior Therapy, Edinburgh, Scotland.
- Chaplin, E. W., & Levine, B. A. (1981). The effects of total exposure duration and interrupted versus continued exposure in flooding therapy. *Behavior Therapy*, 12, 360-368.
- Clark, D., Salkovskis, P., & Chalkley, A. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16, 23-30.
- Clark, D. M., Salkovskis, P., Gelder, M., Koehler, C., Martin, M., Anastasiades P., Hackmann, A., Middleton, H., & Jeavons, A. (1988). Tests of a cognitive theory of panic. In I. Hand & H. Wittchen (Eds.), *Panic and phobias II*. Berlin, Germany: Springer-Verlag.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades P., & Gelder, M. (1992). *A comparison of cognitive therapy, applied relaxation, and imipramine in the treatment of panic disorder*. Manuscript submitted for publication.
- Cohen, S. D., Monteiro, W., & Marks, I. M. (1984). Two-year follow-up of agoraphobics af-

- ter exposure and imipramine. *British Journal of Psychiatry*, 144, 276-281.
- Costello, C. (1992). Problems in recent tests of two cognitive theories of panic. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 1-5.
- Craske, M. G. (1991). Phobic fear and panic attacks: The same emotional state triggered by different cues? *Clinical Psychology Review*, 11, 599-620.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1988). A review of the relationship between Panic and avoidance. *Clinical Psychology Review*, 8, 667-685.
- Craske, M. G., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1991). Behavioral treatment of panic disorder: A two-year follow-up. *Behavior Therapy*, 22, 289-304.
- Craske, M. G., Miller, P. P., Rotunda, R., & Barlow, D. H. (1990). A descriptive report of features of initial unexpected panic attacks in minimal and extensive avoiders. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 395-400.
- Craske, M. G., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1988). The significance of panic expectancy for individual patterns of avoidance. *Behavior Therapy*, 19, 577-592.
- Craske, M. G., Street, L., & Barlow, D. H. (1989). Instructions to focus upon or distract from internal Cues during exposure treatment for agoraphobic avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 663-672.
- Crowe, R. R., Noyes, R., Pauls, D. L., & Slymen, D. J. (1983). A family study of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1065-1069.
- de Ruiter, C., Rijken, H., Garssen, B., & Kraaimaat, F. (1989). Breathing retraining, exposure and a combination of both, in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 647-656.
- Desilva, P., & Rachman, S. J. (1984). Does escape behavior strengthen agoraphobic avoidance? A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 87-91.
- Dewey, D., & Hunsley, J. (1989). The effects of marital adjustment and spouse involvement on the behavioral treatment of agoraphobia: A meta-analytic review. *Anxiety Research*.
- DiNardo, P., & Barlow, D. H. (1988). *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R)*. Albany, NY: Graywind Publications.
- DiNardo, P. A., Moras, K., Barlow, D. H., Rapee, R. M. & Brown, T. (1993). Reliability of DSM-III-R anxiety disorder categories using the Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R). *Archives of General Psychiatry*, 50, 251-256.
- Ehlers, A., & Breuer, P. (1992). Increased cardiac awareness in panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 371-382.
- Ehlers, A., & Margraf, J. (1989). The psychophysiological model

- of panic attacks. In P. M. G. Emmelkamp (Ed.), *Anxiety disorders: Annual series of European research in behavior therapy*. (Vol. 4). Amsterdam: Swets.
- Ehlers, A., Taylor, B., Margraf, J., Roth, W., & Birnhaumer, R. (1988). Anxiety induced by false heart rate feedback in patients with panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 2-11.
- Emmelkamp, P. (1980). Agoraphobic's interpersonal problems. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1303-1306.
- Emmelkamp, P. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders; Theory, research, and practice*. New York: Plenum Press.
- Emmelkamp, P. M. G., & Ultee, K. A. (1974). A comparison of "successive approximation" and "self-observation" in the treatment of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 5, 606-613.
- Emmelkamp, P. M. G., & Wessels, H. (1975). Flooding in imagination vs. flooding in vivo: A comparison with agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy*, 13, 7-15.
- Feigenbaum, W. (1988). Long-term efficacy of ungraded versus graded massed exposure in agoraphobics. In I. Hand & H. Wittchen (Eds.), *Panic and phobias: Treatments and variables affecting course and outcome*. Berlin, Germany: Springer-Verlag.
- Foa, E. B., Jameson, J. S., Turner, R. M., & Payne, L. L. (1980). Massed vs. spaced exposure sessions in the treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 333-338.
- Foa, E. B., & Kozak, M. S. (1986). Emotional Processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Fry, W. (1962). The marital context of an anxiety syndrome. *Family Process*, 1, 245-252.
- Garsen, B., de Ruiter, C., & van Dyck, R. (1992). Breathing retraining: A rational placebo? *Clinical Psychology Review*, 12, 141-153.
- Gitlin, B. Martin, M., Shear, K., Frances, A., Ball, G., & Josephson, S. (1985). Behavior therapy for panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 742-743.
- Ghosh, A., & Marks, I. M. (1987). Self-directed exposure for agoraphobia: A controlled trial. *Behavior therapy*, 18, 3-16.
- Goldstein, A., & Chambless, D. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9, 47-59.
- Gray, J. A. (1985). Issues in the neuropsychology of anxiety. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Grayson, J. B., Foa, E. B., & Steketee, G. (1982). Habituation during exposure treatment: Distraction versus attention-focusing. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 323 - 328.

- Griez, E., & van den Hout, M. A. (1986). CO₂ inhalation in the treatment of panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 145 - 150.
- Hackmann, J., Clark, D., Salkovskis, P., Wells, A., & Gelder, M. (1992, June). *Making cognitive therapy for panic more efficient: Preliminary results with a four session version of the treatment*. Paper presented at World Congress of Cognitive Therapy, Toronto, Canada.
- Hafner, R. J. (1976). Fresh symptom emergence after intensive behavior therapy. *British Journal of Psychiatry*, 129, 378 - 383.
- Hafner, R. J. (1984). Predicting the effects on husbands of behavior therapy for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 217 - 226.
- Hand, I., & Lamontagne, Y. (1976). The exacerbation of interpersonal problems after rapid phobia removal. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 13, 405 - 411.
- Haslam, M. T. (1974). The relationship between the effect of lactate infusion on anxiety states and their amelioration by carbon dioxide inhalation. *British Journal of Psychiatry*, 125, 88 - 90.
- Hibbert, G., & Chan, M. (1989). Respiratory control: Its contribution to the treatment of panic attacks. *British Journal of Psychiatry*, 154, 232 - 236.
- Hibbert, G., & Pilsbury, D. (1988). Hyperventilation in panic attacks: Ambulatory monitoring of transcutaneous carbon dioxide. *British Journal of Psychiatry*, 153, 76 - 80.
- Himadi, W., Cerny, J., Barlow, D., Cohen, S., & O'Brien, G. (1986). The relationship of marital adjustment to agoraphobia treatment outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 107 - 115.
- Holden, A. E. O., O'Brien, G. T., Barlow, D. H., Stetson, D., & Infantino, A. (1983). Self-help manual for agoraphobia: A preliminary report of effectiveness. *Behaviour Therapy*, 14, 545 - 556.
- Holt, P., & Andrews, G. (1989). Hyperventilation and anxiety in panic disorder, agoraphobia and generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 453 - 460.
- Hornsveld, H., Garssen, B., Fiedeldij Dop, M., & van Spiegel, P. (1990). Symptom reporting during voluntary hyperventilation and mental load: Implications for diagnosing hyperventilation syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 687 - 697.
- Jacobson, N. S., Wilson, L., & Tupper, C. (1988). The clinical significance of treatment gains resulting from exposure-based interventions for agoraphobia: A reanalysis of outcome data. *Behavior Therapy*, 19, 539 - 554.
- Jannoun, L., Munby, M., Catalan, J., & Gelder, M. (1980). A home-based treatment program for agoraphobia: Replication and controlled evaluation. *Behavior Therapy*, 11, 294 - 305.

- Jansson, L., Jerremalm, A., & Ost, L. G. (1986). Follow-up of agoraphobic patients treated with exposure in vivo or applied relaxation. *British Journal of Psychiatry*, 149, 486 - 490.
- Jansson, L., & Ost, L. G. (1982). Behavioral treatments for agoraphobia: An evaluative review. *Clinical Psychology Review*, 2, 311 - 336.
- Klosko, J. s., Barlow, D. H., Tassinari, R. & Cerny, J. A. (1990). A comparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 77 - 84.
- Kraft, A. R., & Hoogduin, C. A. (1984). The hyperventilation syndrome: A pilot study of the effectiveness of treatment. *British Journal of Psychiatry*, 154, 538 - 542.
- Mannuzza, S., Fyer, A. J., Martin, L. Y., Gallops, M. S., Endicott, J., Gorman, J., Liebowitz, M. R., & Klein, D. F. (1989) Reliability of anxiety assessment: I. Diagnostic agreement. *Archives of General Psychiatry* 46, 1093 - 1101.
- Margraf, J. (1989, June). *Comparative efficacy of cognitive, exposure, and combined treatments for panic disorder*. Paper presented at the annual meeting of the European Association for Behavior Therapy, Vienna.
- Margraf, J., Taylor, C. B., Ehlers, A., Roth, W. T., & Agras, W. S. (1987). Panic attacks in the natural environment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 558 - 565.
- Marks, I. M. (1971). Phobic disorders four years after treatment: A prospective follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 118, 683 - 686.
- Marks, I. M. (1987). *Living with fear*. New York: McGraw-Hill.
- Marks, I., Grey, S., Cohen, S. D., Hill, R., Mawson, D., Ramm, E., & Stern, R. (1983). Imipramine and brief therapist-aided exposure in agoraphobics having self-exposure homework: A controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 40, 153 - 162.
- Marshall, W. L. (1985). The effects of variable exposure in flooding therapy. *Behavior Therapy*, 16, 117 - 135.
- Mavissakalian, M., & Hamman, M. (1986). DSM-III personality disorder in agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 471 - 479.
- Mavissakalian, M., & Hamman, M. (1987). DSM-III personality disorder in agoraphobia. II Changes with treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 356 - 361.
- Mavissakalian, M., & Michelson, L. (1986). Two-year follow-up of exposure and imipramine treatment of agoraphobia. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1106 - 1112.
- Mavissakalian, M., & Michelson, L., & Dealy, R. (1983). Pharmacological treatment of agoraphobia: Imipramine versus imipramine with programmed

- practice. *British Journal of Psychiatry*, 143, 348 - 355.
- McNally, R., & Lorenz, M. (1987). *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 18, 3 - 11.
- McNamee, G., O'Sullivan, G., Lelliott, P., & Marks, I. M (1989). Telephone-guided treatment for house-bound agoraphobics with panic disorder: Exposure vs. relaxation. *Behavior Therapy*, 20, 491 - 497.
- Michelson, L., Mavassakalian, M., & Marchione, K. (1985). Cognitive and behavioral treatments of agoraphobia: Clinical, behavioral and psychophysiological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 913 - 925.
- Michelson, L., Mavassakalian, M., & Marchione, K., & Ulrich, R., Marchione, N., & Testa, S. (1990). Psychophysiological outcome of cognitive, behavioral, and psychophysiological based treatments of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 127 - 139.
- Milton, F., & Hafner, J. (1979). The outcome of behavior therapy for agoraphobia in relation to marital adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 36, 807 - 811.
- Moran, C., & Andrews, G. (1985). The familial occurrence of agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*, 146, 262 - 267.
- Munby, J., & Johnston, D. W. (1980). Agoraphobia: The long-term follow-up of behavioural treatment. *British Journal of Psychiatry*, 137, 418 - 427.
- Myers, J., Weissman, M., Tischler, C., Holzer, C., Orvaschel, H., Anthony, J., Boyd, J., Burke, J., Kramer, M., & Stoltzman, R. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry*, 41, 959 - 967.
- Norton, G., Dorward, J., & Cox, B. (1986). Factors associated with panic attacks in nonclinical subjects. *Behavior Therapy*, 17, 239 - 252.
- Noyes, R., Crowe, R. R., Harris, E. L., Hamra, B. J., McChesney, C. M., & Chaudhry, D. R. (1986). Relationship between panic disorder and agoraphobia: A family study. *Archives of General Psychiatry*, 43, 227 - 232.
- Noyes, R., Reich, J., Suelzer, M., & Christiansen, J. (1991). Personality traits associated with panic disorder: Change associated with treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 282 - 294.
- Ost, L. G. (1988). Applied relaxation vs. progressive relaxation in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 13 - 22.
- Ost, L. G., & Westling, B. (1992, June). *Applied relaxation versus cognitive therapy in panic disorder: Immediate response versus long-term outcome*. Paper presented at World Congress of Cognitive Therapy, Toronto, Canada.
- Pollard, C. A., Pollard, H. J., & Corn, K. J. (1989). Panic onset and major events in the lives of

- agoraphobics: A test of contiguity. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 318 - 321.
- Rachman, S. J. (1984). Agoraphobia: A safety-signal perspective. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 59 - 70.
- Rachman, S. J., & Bichard, S. (1988). The overprediction of fear. *Clinical Psychology Review*, 8, 303 - 312.
- Rachman, S. J., Craske, M. G., Tallman, K., & Solyom, C. (1986). Does escape behavior strengthen agoraphobic avoidance? A replication. *Behaviour Therapy*, 17, 336 - 384.
- Rapee, R. M. (1985). A case of panic disorder treated with breathing retraining. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16, 63 - 65.
- Rapee, R. M., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1990). Subject described features of panic attacks using a new self-monitoring form. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 171 - 181.
- Rapee, R. M., Litwin, E. M., & Barlow, D. H. (1990). Impact of life events on subjects with panic disorder and on comparison subjects. *American Journal of Psychiatry*, 147, 640 - 644.
- Rapee, R. M., Mattick, R., & Murrell, E. (1986). Cognitive meditation in the affective component of spontaneous panic attacks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17, 245 - 253.
- Razran, G. (1961). The observable unconscious and the inferable conscious in current soviet psychophysiology: Interoceptive conditioning, semantic conditioning, and the orienting reflex. *Psychological Review*, 68, 81 - 147.
- Reich, J., Noyes, R., & Troughton, E. (1987). Dependent personality disorder associated with phobic avoidance in patients with panic disorder. *American Journal of psychiatry*, 144, 323 - 326.
- Reiss, S., Peterson, R., Gursky, D., & McNally, R. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1 - 8.
- Rice, K. M., & Blanchard, E. B. (1982). Biofeedback in the treatment of anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 2, 557 - 577.
- Roy-Byrne, P. P., Geraci, M., & Uhde, T. W. (1986). Life events and the onset of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1424 - 1427.
- Rupert, P. A., Dobbins, K., & Mathew, R. J. (1981). EMG biofeedback and relaxation instructions in the treatment of chronic anxiety. *American Journal of Clinical Biofeedback*, 4, 52 - 61.
- Salkovskis, P., Clark, D., & Hackmann, A. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 161 - 166.
- Salkovskis, P., Warwick, H., Clark,

- D., & Wessels, D. (1986). A demonstration of acute hyperventilation during naturally occurring panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 91 - 94.
- Sanderson, W. S., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1989). The influence of an illusion of control on panic attacks induced via inhalation of 5.5% carbon dioxide enriched air. *Archives of General Psychiatry*, 48, 157 - 162.
- Sanderson, W. C., DiNardo, P. A., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R Anxiety Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 308 - 312.
- Sartory, G., Masters, D., & Rachman, S. J. (1989). Safetysignal therapy in agoraphobics: A preliminary test. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 205 - 209.
- Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15 - 38.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P., & Jacobs, G., (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stern, R. S., & Marks, I. M. (1973). Brief and prolonged flooding: A comparison of agoraphobic patients. *Archives of General Psychiatry*, 28, 270 - 276.
- Telch, M. J., Agras, W. S., Taylor, C. B., Roth, W. T., & Gallen, C. (1985). Combined pharmacological and behavioral treatment for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 505 - 527.
- Telch, M. J., Lucas, J. A., & Nelson, P. (1989). Nonclinical panic in college students: An investigation of prevalence and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 300 - 306.
- Telch, M. J., Sherman, M., & Lucas, J. (1989). Anxiety sensitivity: Unitary personality trait of domain specific appraisals? *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 25 - 32.
- Thyer, B. A., Himle, J., Curtis, G. C., Cameron, O. G., & Nesse, R. M. (1985). A comparison of panic disorder and agoraphobia with panic attacks. *Comprehensive Psychiatry*, 26, 208 - 214.
- Torgersen, S. (1983). Genetic factors in anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1085 - 1089.
- van den Hout, M., & Arntz, A. (1992, June). *Cognitive therapy for panic disorders and agoraphobia: Anti-panic effects but no anti-agoraphobic effects. Results from two controlled trials*. Paper presented at World Congress of cognitive Therapy, Toronto, Canada.
- van den Hout, van der Molen, Griez, & Lousberg, G. (1987). Specificity of interoceptive fear to panic disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 9, 99 - 109.
- Welkowitz, L., Papp, L., Cloutre, M.,

- Liebowitz, M., Martin, L., & Gorman, J. (1991). Cognitive-behavior therapy for panic disorder delivered by psychopharmacologically oriented clinicians. *Journal of Nervous and Mental Disease, 179*, 473 - 477.
- Williams, K. E., & Chambless, D. (1990). The relationship between therapist characteristics and outcome of in vivo exposure treatment for agoraphobia. *Behavior Therapy, 21*, 111 - 116.
- Williams, S. L. (1988). Addressing misconceptions about phobia, anxiety, and self-efficacy: A reply to Marks. *Journal of Anxiety Disorders, 2*, 277 - 289.
- Williams, S. L., Turner, S. M., & Peer, D. F. (1985). Guided mastery and performance desensitization treatments for severe acrophobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 237 - 247.
- Williams, S. L., & Zane, G. (1989). Guided mastery and stimulus exposure treatments for severe performance anxiety in agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy, 27*, 237 - 245.
- Wolpe, J., & Rowan, V. (1988). Panic disorder: A product of classical conditioning. *Behaviour Research and Therapy, 26*, 441 - 450.
- Zarate, R., Rapee, R. M., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1988). *Response norms for symptom induction procedures*. Poster presented at 22nd Annual Association for the Advancement of Behavior Therapy Convention, New York, NY.
- Zitrin, C. M., Klein, D. F., & Woerner, M. G. (1980). Behavior therapy, supportive psychotherapy, imipramine, and phobias. *Archives of General Psychiatry, 37*, 63 - 72.
- Zitrin, C. M., Klein, D. F., Woerner, M. G., & Ross, D. C. (1983). Treatment of phobias I. Comparison of imipramine hydrochloride and placebo. *Archives of General Psychiatry, 40*, 125 - 138.



الفصل الثاني
اضطراب الضغوط التالية للصدمة



الفصل الثانی

اضطراب الضغوط التالیة للصدمة

باتريشيا ريسك

Patricia Resick

جامعة ميسوري

سانت لويس

كارو كالهون

Kareu S. Calhoun

جامعة جورجيا

اثوس

ترجمة

دكتور مصطفى تركى

قسم علم النفس - جامعة الكويت

قد لا نجد أمثلة في المرض النفسى الحاد أكثر مأساوية من اضطراب الضغوط التالیة للصدمة الناجم عن الاغتصاب . وبعد حدوث الاغتصاب أكثر شيوعا مما كنا نعتقد من قبل ، ويمكن أن تستمر عواقبه الانفعالية مدى الحياة .

وفي هذا الفصل تصور حالة (سندى) Cindy المرض النفسى المرتبط باضطراب الضغوط التالیة للصدمة بكل دقائقه ، وتمدنا بتقرير شخصى جداً وواضح لوطأة صدمة الاغتصاب . والأكثر أهمية، أن الجيل القادم من أساليب علاج اضطراب الضغوط التالیة للصدمة ، والذي اصطلح المؤلفان عليه بعلاج العمليات المعرفية ، عرض بتفصيل كاف لیسمح للممارسين واسعى الاطلاع أن يضمّنوا هذا البرنامج العلاجى فى ممارساتهم . وهذا البرنامج العلاجى الشامل يراعى مميزات آخر التطورات فى معلوماتنا عن المرض النفسى الناجم عن تأثير الصدمة ، وذلك عندما يصبح جزءاً من خطة العلاج المعدة تحديداً لمواجهة المرض النفسى المرتبط بالصدمة .

د . هـ . ب

مقدمة :

ظهر مصطلح اضطراب الضغوط التالية للصدمة (1) في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية ، الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي . وقد أشارت الطبقات السابقة لردود الفعل للضغوط بمصطلحات ، مثل : رد الفعل الواضح ، الاضطراب الموقفي العابر ، ولكن بدون تأييد بيانات إمبريقية أو معايير محددة . كصورة من اضطرابات القلق (ولم يعد يصنف كعصاب) ، فوصف دليل جمعية الطب النفسي الأمريكية الثالث لاضطراب الضغوط التالية للصدمة ، كان يقوم على أساس وجود بحوث إمبريقية ، استمد معظمها من دراسات أجريت على الجنود في الحرب . ولكن كان من المعترف به أن التعرض لصور أخرى من الصدمات يمكن أن يؤدي إلى أعراض مماثلة . وقد أدى هذا إلى التحول في مجالات متباينة من البحث إلى الأنماط المختلفة للصدمة ، والذي نجم عن النمو السريع في النظرية والعلاج . وأصبح أكثر قبولاً الآن أن نمط الصدمة (على الرغم من أن كل منها له ملامحه الفريدة) أقل أهمية من شدة الصدمة و ردود فعل الفرد ، وقدرته على تحملها . وفي هذا الفصل سوف نركز على اضطراب الضغوط التالية للصدمة المتعلقة بالاغتصاب .

ومعايير اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، التي وردت في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية ، (DSM-IV; 1993*) الموضحة في جدولي (1 و 2) تمثل تنقيحاً للطبعة الثالثة من الدليل ، والطبعة الثالثة المنقحة (DSM-III-R; APA, 1987) .

وقد بنيت هذه المعايير على التقدم الذي حدث في البحوث الحديثة ، وتتضمن التغيرات الكبرى استخدام مصطلح حدث صادم (2) وما يستدعي ذلك من تهديد الحادث للحياة ، أو للصحة الجسمية للشخص أو للآخرين ، والاستجابة للحادث بالخوف الشديد ، أو العجز ، أو الرعب . إن شمول رد فعل الفرد للحادث

(*) معايير الطبعة الرابعة من الدليل التي رجعنا إليها هنا في هذا الفصل ، هي تلك التي كانت قد اعتمدت في صورتها النهائية من جماعة العمل لاضطرابات القلق في الدليل التشخيصي الرابع ، وجماعة العمل في الدليل الرابع (APA, 1993) ، وهذه المعايير قد تكون موضع مراجعة قبل نشر الدليل الرابع .

(1) Post-Traumatic stress disorder (Ptds)

(2) Traumatic event

- كما أظهرت نتائج البحوث - تعنى أن الخوف من الموت أو الإصابة يعد مؤشراً قوياً على أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، وتبقى الخصائص الثلاث الكبرى للاضطراب (إعادة الخبرة ، والتجنب والخدر ، وزيادة الاستثارة) كما هي مع تغيير طفيف . وأصبح من المتفق عليه الآن أن المؤشرات (١) الداخلية أو الخارجية لها القدرة على إثارة إعادة الخبرة ، وتنتقل أنشطة رد الفعل الجسمي من قائمة المؤشرات على زيادة الاستثارة ، إلى قائمة إعادة الخبرة .

وقد استبقيت خاصية النوبة المتأخرة بالنسبة للحالات التي تظهر فيها الأعراض بعد أكثر من ٦ شهور من الصدمة . كما اسقط التمييز بين الحالة المزمنة - الحادة من الدليل التشخيصي الثالث المعدل، وأعيد تقديمها وتنقيحها وتحديد نقطة الاستمرار الفارقة عند ٣ شهور وليس ٦ شهور .

وظهر حديثاً في الدليل التشخيصي الرابع اضطراب الضغوط الحاد ، لينطبق على رد الفعل الشديد السريع القصير المدى (أقل من ٤ أسابيع) للصدمة . وتركز المعايير على نمطين من الأعراض ، هما : ردود الفعل غير المترابطة والانفعالية ، والتي تحدث أثناء أو بعد الحادث الصادم مباشرة ، ومن المحتمل أن تنطبق معايير اضطراب الضغوط الحادة على ضحايا الاغتصاب ، وكثيرين من ضحايا الصدمات الأخرى ، وتعتبر ظاهرة إعادة الخبرة مثل استرجاع الأحداث والكوابيس ، من الأعراض المميزة لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة .

وغالباً ما تكون الكوابيس تكراراً دقيقاً لخبرة الصدمة ، أو للصدمة السابقة ، وللذكريات التي أثارها حادثه جديدة . ويتصف استرجاع الأحداث بالاستثارة الانفعالية والجسمية القوية ، والتي قد يشعر الفرد خلالها بعدم القدرة على الحركة وعدم الوعي بما يحيط به في لحظتها . ويمكن أن توصف بأنها «كوابيس اليقظة» وغالباً ما يستطيع مثير مرتبط بالصدمة أن ينشط أو يثير استرجاع الأحداث ، حتى وإن كانت صلته بالخبرة الصادمة غير واضحة . ومثال على ذلك إحدى ضحايا الاغتصاب التي لاتفهم لماذا لا تستطيع تحمل رائحة الورود ، وتتذكر مزهرية الورد في الغرفة التي أعتدى عليها فيها . وتذكرت أنها فكرت في نقطة واحدة أثناء الاعتداء عليها هي كيف كان وجودها (الورود) يبدو غير مناسب . وعندما لا تفهم الحالات أصل أعراضهن ، والتي غالباً ما تحدث بطريقة البداية

(1) Cues

المؤجلة ، فإن ذلك يقوى إدراكهن بأن الأعراض تتصف بأنها لا يمكن التنبؤ بها أو التحكم فيها .

وتتضمن أعراض التجنب الخدر الانفعالى ، وينظر إليها عادة كمحاولة للتحكم أو الحماية من التأثيرات السلبية والاستثارة المرتبطة بإعادة الخبرة ، ويمكن أن يكون سلوك التجنب متطرفاً ، كما فى حالة ضحية الاغتصاب التى أصبحت تخاف من الأماكن الفسيحة ورفضت ترك منزلها لعدة سنوات ، والخدر الانفعالى غير مفهوم بما فيه الكفاية .

وقد وصف لتز (Litz, 1992) الخدر الانفعالى بأنه : «معقد» ، ومشكلة تحددها عوامل متعددة ، وأفضل وصف له هو عجز انتقائى فى العملية الانفعالية ، وهذا العجز الانفعالى يظهر أساساً أثناء الحالات المرضية ويتصف بأنه عرضى بطبيعته ، ويؤدى إلى استجابات متكافئة ونشاط زائد للأحداث السلبية» (p.429) . ويمكن أن يقترن - فى بعض الحالات - بالخوف من فقدان التحكم ، والخوف الذى يعزز ظهور انفجار الغضب الحاد (أعراض الاستثارة الزائدة) والتى يخبرها كثير من الضحايا . ومثل هذا الانفجار يكون أكثر ظهوراً فى الرجال الذين اشتركوا فى المعارك العسكرية من النساء اللاتى يعانين من اضطراب الضغوط التالية للصدمة . ومهما يكن ، فإنه ليس غير شائع كلية لدى النساء ، ولكنهن يكن أكثر خوفاً عندما لا يكون متسقاً مع سلوكهن ومفهومهن عن ذواتهن قبل الصدمة . ويقدم لنا الخدر الانفعالى واحداً من أكثر التحديات الصعبة فى العلاج ، وقد يستمر فترة طويلة بعد إختفاء الأعراض الأخرى ، ويتضمن الخدر الانفعالى عادة الفشل فى الاستمتاع بالجنس ، ليس فقط لضحايا الاغتصاب ولكن للآخرين كذلك . فقد وجد رسك (Resick 1987) هذا الأثر على سبيل المثال بين الذكور ضحايا السرقة ، كما وجد كل من فيلدمان ، وذومرز وجوردن وميغر (Fieldman, Zummers, 1979) أن ضحايا الاغتصاب قد رن مستوى رضاهن عن الجنس أقل بوضوح من المجموعة الضابطة، حتى لو كن متساويات معهن فى النشوة الجنسية .. وهكذا فإن بعض جوانب الخدر الانفعالى قد تكون ذات تأثير دائم للصدمة .

وقد أظهرت الدراسات أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة يعد عواقب شائعة جداً للاغتصاب ، فوجد كلباتريك وآخرون (Kilpatrick, et al. 1987) أن ٥٧% من النساء فى عينة المجتمع المحلى ممن أعتصبن ، ظهرت عليهن

علامات اضطراب الضغوط التالية للصدمة في مرحلة من مراحل حياتهن .
 وحديثاً - وفي مسح على مستوى الأمة أجراه مركز الضحايا القومي
 (Kilpatrick, Edmunds and Seymour, 1992) - اتضح أن ٣١٪ من ضحايا
 الاغتصاب ظهرت عليهن اضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، في بعض
 الأوقات ، مقارنة بـ ٥٪ من غير الضحايا . وفي وقت إجراء الدراسة المسحية ،
 أمكن تشخيص ١١٪ لديهم اضطراب الضغوط التالية للصدمة . ويقدر التقرير
 ذلك بناء على نتائج شواهد الاغتصاب ، وأن ١,٣ مليون امرأة أمريكية ظهر
 لديهن اضطراب الضغوط التالية للصدمة مرتبطة بالاغتصاب ، وسوف يظهر
 على ٢١١,٠٠٠ امرأة كل سنة ، وتشير تقارير الدراسات المستقبلية إلى معدلات
 أعلى من ذلك ، فقد وجد كل من روثبوم ، وفوا ، ورجز وموردوك ووالش
 (1992) Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock and Walsh أن ٩٤٪ من النساء
 اللاتي اشتركن في دراسة تتبعية عقب الاغتصاب ظهرت لديهن أعراض
 اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، خلال أسبوعين تقريباً بعد الاغتصاب و٥٠٪
 بعد حوالي ١٢ أسبوعاً .

يوضح جدولاً (١ و ٢) المعايير المقترحة في الدليل الشخصي الرابع
 لاضطراب الضغوط التالية للصدمة

أ - الشخص الذي تعرض لحادث صادم يظهر لديه كل من الآتي :

- ١ - خبر لشخص وشاهد أو واجه حدثاً أو احداثاً تتضمن الموت أو التهديد به
 أو إصابة خطيرة ، أو تهديد سلامته الجسمية أو سلامة الآخرين .
- ٢ - تضمنت استجابة الشخص الخوف الشديد أو العجز ، أو الرعب (عند
 الأطفال سلوك غير منتظم أو مضطرب) .

ب - تعاد خبرة الحدث الصادم أو معاشته بإلحاح بواحد على الأقل من الطرق
 التالية :

- ١ - التذكر الدائم ، الاقتحام المتكرر للحادث ، ويتضمن ذلك صوراً أو
 أفكاراً، أو مدركات (عند الأطفال الصغار قد يحدث اللعب التكراري ،
 عندما تكون موضوعات أو جوانب الصدمة قد عبر عنها اللعب) .

- ٢ - أحلام متكررة مؤلمة للحادث (عند الأطفال ، قد تكون هناك أحلام مخيفة دون محتوى له معنى) .
- ٣ - يتصرف الشخص أو يشعر كما لو كان الحادث الصادم قد تكرر (يتضمن ذلك معايشة الخبرة مرة أخرى ، الأوهام ، الهلوسة ، الرجوع بالذاكرة إلى الأحداث الماضية بطريقة غير مترابطة ، ويتضمن ذلك ما يحدث أثناء اليقظة أو عندما يكون الفرد فى حالة سكر) ، (فى حالة الأطفال الصغار قد يحدث إعادة تمثيل الصدمة) .
- ٤ - ألم نفسى حاد عند التعرض لمؤشرات داخلية أو خارجية تماثل بعض جوانب الحادث الصادم ، وترمز إليها .
- ٥ - رد فعل فسيولوجى عند التعرض لمؤشرات داخلية أو خارجية ، ترمز إلى جوانب الحادث الصادم أو تماثلها .
- ج - التجنب الدائم للمثيرات المرتبطة بالصدمة ، وخدر الاستجابة العامة (لم تكن موجودة قبل الصدمة) ويدل عليها وجود ثلاث على الأقل من الآتى :
- ١ - جهود لتجنب الأفكار أو المشاعر المرتبطة بالصدمة .
 - ٢ - جهود لتجنب الأنشطة والأماكن أو الناس ، الذين يؤدون إلى تذكر الصدمة .
 - ٣ - عدم القدرة على تذكر الجانب المهم فى الصدمة .
 - ٤ - تضاؤل ملحوظ فى الاهتمام بالأنشطة المهمة والمشاركة فيها .
 - ٥ - الشعور بالعزلة أو النفور من الآخرين .
 - ٦ - مدى محدود من المشاعر (مثال : غير قادر على أن تكون لديه مشاعر حب) .
 - ٧ - إحساس بمستقبل غير مشرق (مثل : لا يتوقع أن يكون له مهنة أو يتزوج أو أن يكون له أطفال ، أو أن يعيش سنوات العمر الطبيعية) .
- د - أعراض مستمرة لزيادة الاستثارة (لم تكن موجودة قبل الصدمة) ، ويدل عليها وجود اثنين على الأقل من الآتى :
- ١ - صعوبة فى الدخول فى النوم أو الاستمرار فيه .

- ٢ - سرعة الاستثارة أو انفجارات الغضب .
 - ٣ - صعوبة التركيز .
 - ٤ - الإفراط في الانتباه أو الحذر .
 - ٥ - الاستجابة الفجائية (الإجفال) المبالغ فيها .
- هـ - استمرار الاضطراب (الأعراض المذكورة في ب ، ج ، د) لمدة شهر واحد على الأقل .
- و - يؤدي الاضطراب إلى معاناة شديدة أو ضعف واضح في المهام الاجتماعية أو المهنية . يتحدد باعتباره :
- حاداً : إذا استمرت الأعراض أقل من ثلاثة أشهر .
 - مزمنًا : إذا استمرت الأعراض ثلاثة أشهر أو أكثر .
- تحدد إذا كانت :
- بداية الاضطراب مؤجلة : بدء الأعراض بعد ستة أشهر على الأقل من العامل المسبب للضغط .
- اضطراب الضغط الحاد :
- أ - يكون الشخص قد تعرض لحادث صادم ، وتظهر عليه كل من الآتي :
- ١ - عاش الفرد خبرة صادمة ، أو شاهد أو واجه حدثاً تضمن الموت أو التهديد بالموت ، أو الإيذاء ، أو تهديد السلامة الجسمية للشخص ذاته أو للآخرين .
 - ٢ - تضمن استجابة الفرد بالخوف الشديد والعجز أو الرعب .
- ب - تظهر لدى الفرد ، إما أثناء وقوع الحادث أو بعده مباشرة ، أربعة على الأقل من الأعراض المنفصلة التالية :
- ١ - الذهول (الغيبوبة) أى انخفاض النشاط التلقائي أو الإرادى التوافقي . ويبدو عليه أنه غير واع بما يحيط به .
 - ٢ - عدم الواقعية ، أى يدرك البيئة ، كما لو كانت غير حقيقية أو مثل الحلم .
 - ٣ - اختلال إحساس الفرد بذاته أى خبرة بدون مشاعر ، كما لو كان الشخص يلاحظ من الخارج عملياته العقلية أو الجسمية أو الشعور بأنه مثل الإنسان الآلى .

٤ - الإحساس الذاتي بالخدر ، غياب الاستجابة الانفعالية أو الشعور بالانفصال عن الآخرين .

٥ - فقدان الذاكرة أى عدم القدرة على تذكر الأحداث المرتبطة بالخبرة المؤلمة .

ج - يظهر لدى الفرد ، إما أثناء وقوع الحادث المؤلم ، أو بعده مباشرة ، ثلاثة من أعراض القلق أو الأعراض الأخرى التالية :

١ - خبرة مرعبة مفاجئة ، الخوف أو القلق .

٢ - الاستثارة الزائدة ، وتتضمن صعوبة فى التركيز ، الانتباه المفرط ، الاستجابة المفاجئة (الإجفال) المبالغ فيها .

٣ - أعراض جسمية تتضمن كل من الرعشة ، تنفيس مفرط ، النبض السريع ، سرعة دقات القلب ، توتر العضلات ، الإرهاق ، التعب .

٤ - تذكر اقترامى أو الانشغال بذكرى الصدمة .

٥ - اضطراب النوم ، ويتضمن الأرق ، مخاوف ليلية ، الكوابيس .

٦ - الغضب .

٧ - إثارة نفسية حركية .

٨ - اليأس أو فقدان الأمل .

٩ - الانسحاب الاجتماعى .

د - يؤدي الاضطراب إلى ضعف واضح أو ضيق ، يكشف عن نفسه فى أى من الآتى :

١ - يتعارض بوضوح مع الوظائف الاجتماعية أو المهنية .

٢ - يمنع الفرد من متابعة بعض الواجبات الضرورية ، مثل : الحصول على المساعدة الطبية أو القانونية الضرورية ، أو حشد إمكاناته الشخصية ؛ لكى يخبر أفراد الأسرة بالخبرة الصادمة .

هـ - يستمر الانزعاج أقل من أربعة أسابيع (عندما يجب إجراء التشخيص دون انتظار الشفاء ، ويجب أن يصنف على أنه مؤقت) .

و - هذا الانزعاج لا يرجع إلى مادة تؤدي إلى اضطراب (مثل المادة السامة) أو الخلل الثانوي التنافري ، وليس مجرد اضطراب سابق من نوع ما يرد في المحور 1 أو II* .

* بتصريح من الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1993) .

وبالنظر إلي معدل وقوع الاعتداء الجنسي ، فمن المحتمل أن تشكل الضحايا الإناث أكبر مجموعة بين هؤلاء الذين يعانون من اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، ففي دراسة كلباتريك وآخرين (1992) Kilpatrick, et al. ، ذكر ١٣٪ من النساء أنهن كن ضحايا للاغتصاب الكامل بالقوة مرة واحدة على الأقل ، ومن بين هؤلاء ٣٩٪ اغتصبن أكثر من مرة ، والرجال أيضا يكونون ضحايا للاعتداء الجنسي (وفي الغالب من رجال آخرين) . وعلي أية حال ، فإننا نعرف القليل عن الانتشار والعواقب بين الذكور ، وقد وجد فورمان (1982) Forman ، أن ٥,٧٪ من جرائم الاغتصاب تضمنت ضحايا من الذكور ، وقد يكون ذلك أقل من الواقع إذ يفترض أن الرجال أكثر رفضاً من النساء أن يخبروا عن اعتداء جنسى ضدهم . ووجد كل من كوفمان وديفاستو ، وجاكسون ، وفورثيس وكرستي، (Kaufman, Divasto, Jackson, Vorthess, and Christy, 1980) أن ١٠٪ من الضحايا كانوا ذكورا ، وكانت هذه عينة من الراشدين . وإذا كانت العينة من الأطفال المعتدى عليهم ، فإن نسبة الضحايا الذكور ترتفع إذ وجد بورنام وآخرون (1988) Burnam, et al. أن ١٨٪ من ضحايا الاعتداء الجنسي في منطقة لوس أنجلوس كانوا من الذكور ، سواء كانوا من الأطفال أو الراشدين . وقد يكون الرجال أقل رغبة من النساء في الكشف عن تاريخ الاعتداء الجنسي عندما يبحثون عن العلاج ، ولذلك يجب على المعالجين أن يتنبهوا للعلامات التي تشير إلى ذلك ، والبحوث التي أجريت عن الضحايا الذكور قليلة ، ولكن هناك مؤشرات على أنهم يعانون تماما مثل النساء ، ولقد تعرف جوير وإدلمان، (Goyer & Eddleman, 1984) على أعراض الضغوط التالية للصدمة لدى ١٣ من الضحايا الذكور للاعتداء الجنسي ، والذين بحثوا عن العلاج في مركز الطب النفسي البحري ، كما كتب كاسنيك ونسيوم وبران وسنتياجو Kasgniak, Nussbaum, Berren and Santiago (1988) عن حالة رجل راشد كان يعاني من فقدان الذاكرة الوظيفي الرجعي لكل معلومات السيرة الذاتية بعد أن اعتدى عليه جنسيا من

رجلين مع التهديد بالقتل ، كما وجد أن الضحايا الذكور على درجة أعلى من المخاطرة فى تعاطى المواد المخدرة من النساء (Burnam et al., 1988) ، على الرغم من أن الفروق الجنسية لا تسمح بالتنبؤ باحتمال حدوث أى اضطراب آخر .

النماذج النظرية لا اضطرابات الضغوط التالية للصدمة :

أُقترح عدد كبير من النماذج النظرية ، فى محاولة لتنظيم الأنماط الملاحظة لردود الفعل فى اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، ولتفسير تطور هذه الأنماط . وتختلف النماذج إلى حد كبير فى مستوياتها من حيث العمق وتميل إلى التداخل بدرجة كبيرة . ويمكن تلخيص الاتجاهات الكبرى فى تطور النماذج النظرية هنا .

فقبل التعرف على اضطراب الضغوط التالية للصدمة كعرض ، كانت معظم الأفكار النظرية تعتبر ردود الفعل للضغوط تتعلق بالدينامية النفسية فى الأصل ، ومن ملاحظات فرويد (1937 - 1939 - 1964) عن المحاربين القدامى الذين أصيبوا بالصدمة خلال الحرب العالمية الأولى ، أشار إلى اثنين من الخصائص الكبرى التى تعرفها العلماء الآن من خصائص اضطراب الضغوط التالية للصدمة هما التكرار (إعادة التجربة) والإنكار^(١) أو (التجنب)^(٢) . ولقد ضمن هورowitz (1976) Horowitz هذه الأفكار فى نموذج لمعالجة المعلومات للاستجابة للصدمة . وهذا النموذج كان مؤثرا للغاية ، وتضمن ليس فقط العمليات النفسية التقليدية ، بل أيضا أفكارا من النظريات المعرفية للانفعال ومعالجة المعلومات ، وتبعاً لهذا النموذج ، فإن التوافق مع الحدث الصادم يتطلب إدماجه فى نسقه المعرفى أو تطوير نسق جديد . وحتى تكتمل هذه العملية ، فإن الصدمة تبقى فى الذاكرة النشطة ، وحيث تكون المعلومات المرتبطة بالحدث الصادم خارج الوعى الشعورى وتستخدم ميكانيزمات الإنكار (أو التجنب) والخدر الانفعالى^(٣) لتحفظ الفرد من أن تحرق به الصدمة . ومهما يكن فإن إظهار الأحداث المحفوظة فى الذاكرة النشطة يميل إلى التكرار كجزء من محاولة تكاملها وتنسيقها . هذه النتائج فى الأفكار والصور المقتحمة عن الصدمة تصاحبها انفعالات حادة . وأشار

(1) Denial .

(2) avoidance .

(3) numbing .

هوروتز (1986) Horowitz إلى التذبذب بين فترات الأفكار المقتحمة والانفعالات، وفترات الإنكار والخدر، وظاهرة اعاده معاناه الخبره كما يحدث في الكوابيس، والعودة إلى تصور ما حدث في الماضي يتمثل اقتحامات، تهدف إلى تسهيل معالجة المعلومات. ومهما يكن فإن الإقحام غير المتحكم فيه يمكن أن يؤدي إلى إعادة معايشة الصدمة، وإلى انفعالات خارج نطاق السيطرة. ويمكن أن ننظر إلى التجنب والخدر كعمليات ضبط تهدف تنظيم معالجة المعلومات حتى لا تغمر الفرد. ومهما يكن فإن الضبط الزائد أو المبالغ فيه قد يمنع المعالجة الكاملة للمعلومات عن الحادث، وقد استمر هوروتز (1986) Horowitz في تطوير نموذج وضمنه أفكاراً جديدة، فقد لاحظ أن المساندة الاجتماعية القوية والإيجابية تساعد في الحماية ضد تطور أعراض الضغوط التالية للصدمة. وفي البحث عن الضغط أو الشدة فإن أحد النتائج الامبريقية الأكثر إتساقاً هي التأثير الوقى أو المخفف للمساندة الاجتماعية. وعلى الرغم من ان نموذج هوروتز يعد من بين أكثر النماذج شمولاً، إلا أنه فشل في التعامل مع أحد الألغاز الكبرى في هذا المجال: لماذا يطور بعض الأفراد اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ويتعرض آخرون للصدمة نفسها ولا يحدث لهم ذلك؟ بالإضافة إلى ذلك فإن الإجراءات الأكلينيكية التي اقترحها النموذج أقل وضوحاً وأقل قابلية للاختبار من تلك التي استمدت من النماذج النظرية الأخرى.

وتحاول النماذج البيولوجية تفسير ظهور اضطراب الضغوط التالية للصدمة على مستوى مختلف كلية، فلقد طور كل من فان دركولك وبويد وكريستال وجرينبرج (1984) Van der Kalk, Boyd, Krystal and Greenberg نموذجاً بيولوجياً، يقوم على ملاحظة أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة يشترك في كثير من الجوانب مع نموذج سلوك الحيوان إزاء الصدمة التي لا مهرب منها، وكلاهما يتضمن التعرض لضغط شديد لا يمكن تفاديه. ويسلم كل من فان دركولك وآخرين أن أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة تنجم عن التغيرات في نشاط الناقلات العصبية (1). وإن أعراض فقدان الذاكرة الحادة، والاستجابات الانتفاضية الشديدة والثورات العدوانية يعتقد أنها ترتبط بالنشاط الزائد للإثارة

(*) ناقل عصبي .

(1) Neurotransmitter activity

الأدريناليه ، وللمثيرات المرتبطة بالصدمة ، والتي يتبعها استهلاك الكيماويات الحيوية للمخ . والنقص في مستوى الجهاز العصبي المركزي من الأدرينالين ، الذي يعتقد أنه يفسر لنا أعراضا ، مثل : فقدان الإحساس باللذة ، والانسحاب الاجتماعي ، والخدر الوجداني . والأفيونات الداخلية المنشأ ، والتي تنساب أثناء التعرض ثانية للضغوط ؛ مما يؤدي إلى فقدان الإحساس بالألم ، ويترتب على ذلك أن خبرة الفرد باستهلاك الأفيونات الداخلية المنشأ منفرة ، وتنشأ دائرة من السلوك التي قد تبحث فيها الضحية عن تكرار التعرض للضغط ؛ في محاولة منها لإعادة الحصول على تأثير فقدان الإحساس بالألم .

واقترح كولب (1987) Kalb نموذجاً آخر للأعراض المرضية الجسمية لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، فركز كولب (1987) Kalb ، وماك جوف (1990) Mcgaugh على تأثير التعرض للعوامل المسببة للضغوط على الجهاز العصبي المركزي فالتنبهات الحادة التي يخبرها الفرد في الأحداث الصادمة قد تسبب تدمير أو تغيير المسار العصبي . وتؤيد بحوث حديثة أخرى فكرة الصدمة ، التي تؤدي إلى تغير في نظام المخ العصبي الكيماوي كمساهم في أعراض اضطرابات الضغوط التالية مثال ذلك أن شارني وزملاؤه (Charney, woods, Krystal, & Heninger, 1990; Charney, Delgrader, Price, & Heninger, 1991) وجودوا إن التغيرات في وظيفة السيروتين قد ترتبط بأعراض فقدان الإحساس باللذة .

وعلى الرغم من أن مثل هذه النماذج البيولوجية مثيرة للفضول ، إلا أنه يجب أن نذكر أنها أولية بطبيعتها ، وتترك الكثير من الغموض في اضطراب الضغوط التالية للصدمة غير مفسر . فعلى سبيل المثال لم تعالج البداية المتأخرة لأضطراب الضغوط ، وتأثير المتغيرات الوسيطة ، والفروق الفردية في الاستجابة للصدمة في معظم هذه النماذج (1990) Gones & Boeaw واقترح كل من كين وزمرنج وكارل (1985) Keane , Zimering and Caddell نماذج نظرية التعلم ذات العاملين لتفسير تطور اضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، واستخدم كل من كلباترك ، وفيرونين ، ورسك Kilpatrick, Veronen, and Reaick (1979) تفسيرات مماثلة لأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة الناجمة عن الاغتصاب . ووفقا لهذا النموذج ، فكل مثير يرتبط بالحدث الصادم يمكن أن يصبح - من خلال عملية الإشراف التقليدي - قادراً على إنتاج استجابة شرطية

مماثلة لتلك التي تقترن بالصدمة الأصلية . والمثيرات الإضافية ، المقترنة بطريق غير مباشر بالصدمة تؤدي إلى ردود أفعال مماثلة من خلال تعميم المنبه والإشراط . ويتعلم الفرد سلوك التجنب لكي يهرب أو يمنع الاستجابة الشرطية . كذلك فالتدعيم السلبي المتكرر للتجنب يجعله مقاوماً جداً للانطفاء ، ويفسر لنا هذا استمرار أعراض الفلق فترة طويلة بعد تناقص الأعراض الأخرى بوضوح . ويستخدم تعميم المنبه ، الذي هو أحد مبادئ الإشرط ، ليفسر لنا لماذا تزداد الأعراض سوءاً عبر الوقت ، كلما استثارت المثيرات ذكريات الصدمة والاستثارة الفسيولوجية . ويرى كل من كين وسكوت وآخرين (Keane, Scott, et al. (1985) أن تأخر بدء اضطراب الضغوط قد ينجم فعلاً عن الأعراض التي تسود تدريجياً عبر الوقت ، حتى تصل إلى نقطة حرجة .

إن تطور النماذج السلوكية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة أدى إلى تطوير وتضمين متغيرات إضافية ، مثل : الخصائص الفردية ، بما في ذلك المساندة الاجتماعية والإدراك . ولقد افترض فوي وأساتو وهوسكامب ونيومان (Foy, Osato, Houstkamp and Newman (1992) نموذجاً سلوكياً يتأثر فيه استمرار أعراض الضغوط التالية للصدمة أساساً بالعوامل المخففة ، مثل : المساندة الاجتماعية ، أو العوامل المضاعفة مثل تاريخ الأسرة في المرض النفسي . ويستند نموذج معالجة المعلومات في اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، إلى نظرية لانج للانفعال (1979, 1985, 1977) فقد افترض لانج شبكة الذاكرة الدلالية لنقاط الاتصال البيئية للمعلومات ، التي تتضمن المثيرات المتعلقة بالصدمة والمعلومات عن الاستجابة للأحداث ، والمعلومات عن معنى كل من المنبهات والاستجابات . وترى كل من فوا وستكتي وروثبوم (Foa, Stekette and Rothbaum (1989) أن الأحداث الصادمة تخلق شبكات خوف كبيرة ومعقدة ، تنشط بسرعة بسبب العدد الكبير من الاتصالات البيئية ، التي تتكون من خلال الإشرط والتعميم ، ويمكن الآن للأشياء التي اقترنت واعتبرت محايدة أو آمنة أن ترتبط بالخوف .

ويؤدي هذا إلى الإحساس بعدم القدرة على التنبؤ وعدم القدرة على التحكم ، وكلها عوامل مهمة في تطور واستمرار اضطرابات الضغوط . ولقد طور كل من شمتوب ورتيوييلات وحمادا وكارلسون وتونتي مان (Chemtob, Roitblat, Hamada, Carlson and twentyman (1988) نموذجاً مماثلاً لمعالجة المعلومات لاضطرابات الضغوط ، ويبدو أنه ملائم - على الرغم من ذلك -

لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة الناجمة عن معركة حربية أفضل من ملائمة للاغتصاب ، أو الصدمات الأخرى الناجمة عن حدث واحد .

قد أصبحت النماذج النظرية باطراد أكثر دقة وشمولاً بزيادة حجم معرفتنا المتعلقة بتأثيرات الصدمة ، فعلى سبيل المثال اقترح كل من كريمير وبيرجس وياتسون (1994) Creamer, Burglas, and Pattison نموذجاً للمعالجة المعرفية لردود الفعل للصدمة التي تتضمن حلقة من ردود الفعل التي تتضمن الإقحام ، والتجنب ومستوى الأعراض . وكما في النماذج المعرفية الأخرى ، فإن نموذج كريمير وزملاؤه ينظر إلى العمليات الناجحة أو تكامل الصدمة كمحور للتعافي الناجح . ويرى هذا النموذج ميكانيزمات العمليات المعرفية متضمنة في التعافي عبر الوقت ، كما تحدث في مراحل خمس ، هي :

المرحلة ١ التعرض الموضوعي، والعامل الرئيسي في هذه المرحلة هو خطورة مصدر الضغط الذي يؤدي إلى الصدمة .

المرحلة ٢ هي شبكة المعلومات : والتي تتحدد أساساً بالإدراكات الذاتية والمعنى المرتبط بالخبرة .

المرحلة ٣ سميت الإقحام ، وأثناء هذه المرحلة ، فإن شبكة الذاكرة تنشط في محاولة لمعالجة وتحليل الذكريات المرتبطة بالصدمة .

المرحلة ٤ هي التجنب وتصنف باستخدام الهروب والتجنب كخطط مواجهة في الاستجابة للإقحام .

المرحلة ٥ ، والتي سميت النتيجة : يتحقق فيها التعافي من خلال شبكة معالجة الحلول . ولكن هناك عوامل كوظائف ما قبل الصدمة والمعالجات البيولوجية ، ليست متضمنة في هذا النموذج ، على الرغم من أن أصحابه يقدرون أهميتها .

وفي نموذج حديث أكثر شمولاً ، يرى جونز وبارلو Jones and Barlow (1992) أن المتغيرات المهمة في معرفة أسباب واستمرار الاضطرابات الأخرى للقلق ، بالإضافة إلى أدراك القلق ، تفسر تطور اضطرابات الضغوط التالية للصدمة . ومن خلال الاعتراف بدور القابلية البيولوجية في هذا النموذج فإنه يشار إلى دراسات الأسرة والتوائم لتأييد هذا الدور . وقد سلم كل من جونز وبارلو (1992) أن ما هو موروث قد يكون استعداداً للاستجابة للضغوط ، مع وجود الاستثارة المفرطة الذاتية المزمنة ، ويتسق هذا مع النتائج التي توضح أن الجنود

الذين اشتركوا في المعارك الحربية لمدة طويلة ، ولديهم أعراض اضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، يظهرون معدل دقات قلب أعلى من المجموعة الضابطة (Blanchard, Kolb, Pallmayer & Gerardi, 1982; Blanchard, kolb, . Gerardi, Ryan & Pallmayer, 1986) ويكمن مركز هذا النموذج في ملاحظة التشابهات بين اضطرابات الضغوط التالية للصدمة واضطرابات القلق الأخرى ؛ خاصة اضطرابات الهلع المفاجيء ، فإذا كان لدى فرد قابلية بيولوجية ونفسية ، ثم تعرض لصدمة وظهر لديه إدراك قلق ، يصنف على أنه اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، وإدراك القلق يتضمن معالجة مشوهة للمعلومات بالإضافة إلى تأثيرات سلبية مفرطة . ويدرك الفرد الحدث الصدمي ، وإعادة الخبرة التالية ، على أنها أحداث منفرة غير متنبأ بها ، وغير متحكم فيها ، ويتصرف باستثارة مفرطة مزمنة ، وانتباه محدود وحذر فقط ، وهو ما يؤدي إلى دائرة من ردود الفعل التي تتضمن الاستثارة المفرطة ، ومحدودية تركيز الانتباه ، والخدر المفرط ، مع زيادة في الأفكار المقتحمة وإعادة الخبرة . . .

التقييم :

الخطوة الأساسية الأولى في التقييم هي تحديد الاعتداء الجنسي أو الصدمات الكبرى الأخرى في حياة العميل . وكثير من ضحايا الاغتصاب يفشلون في الكشف عن تاريخهم مع الصدمة ، دون أن يسألوا أسئلة محددة - يتسق هذا مع نمطهم العام في تجنب ما يذكرهم بما يتعلق بالصدمة ، وحتى عندما يبحثون عن العلاج يفشل ضحايا الصدمة في معرفة أن مشاكلهم النفسية مرتبطة بالاعتداء عليهم . ويرى كلباتريك (1983) Kilpatrick أسباباً متعددة أخرى تجعل الضحايا غير مستعدين لتقديم هذه المعلومات ، فهم يخافون من رد الفعل السلبي للتصريح ؛ وخاصة إذا كان التصريح السابق قد أدى إلى عدم التصديق أو اللوم ، بالإضافة إلى ذلك فإن عدداً من الضحايا لا يتعرفون خبرتهم التي مروا بها بأنها اغتصاب ، وخاصة إذا كان المعتدى أحد المعارف أو الأقارب ، والواقع إن معظم جرائم الاغتصاب يرتكبها أحد الأشخاص المعروفين للضحية .

وقد اقترح كل من رسنك و كلباتريك ولييوفسكى Resnick, Kilpatrick and Lipovsky (1991) استبانة لتاريخ الاعتداء الجنسي تتسم بكونها تدعيمية وغير تقييمية ، كما طور سوندرز ، و كلباتريك ، وروسنك ، وندويل Saunders, (1989) Kilpatrick, Resinck and Tidwell عشرة أسئلة للمقابلة للكشف عن تاريخ الحالة والذي يتضمن الاغتصاب . وأدى استخدامها كجزء من مقابلة مقننة

في مركز الصحة النفسية ، إلى تحديد الاعتداء الجنسي في ٤١,٧٪ من حالات النساء، بالمقارنة بـ ١٣,٣٪ طبقت معهم وسائل معيارية أخرى . وأداه التقرير الذاتي التي يمكن استخدامها للفرز بهدف تحديد الاغتصاب ، والصور الأخرى من الاعتداء الجنسي هي مسح الخبرات الجنسية ، الذي صممه كوس وجيديز Koss & Gidycz (1985) وهي أداة تتكون من ١٠ بنود لتقدير الذات ، وتقدر أنماط القسر أو القوة ، بجانب أنماط المضايقة والازعاج أو الاعتداء الجنسي ، وأوضحت نتائج البحوث أن لها اتساقاً داخلياً مقداره ٠,٧٤ ، وثبات بإعادة الاختبار ، بعد أسبوع واحد مقداره ٠,٩٣ .

وهناك هدفان رئيسيان للتقييم ، هما : التشخيص والتخطيط والعلاج . والهدف الثالث جاء من المعدلات العالية لانتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة . فالإكتئاب واضطرابات القلق ، وإساءة استخدام المواد المخدرة هي اضطرابات شائعة . وسواء كان الهدف الأساسي من التقييم هو التشخيص أو التخطيط للعلاج ؛ فالمنحى متعدد الأبعاد متعدد المحاور ضروري في هذه الحالة ؛ لأن النظرة لمقطع يركز على نقطة واحدة في وقت واحد قد تفشل في التوصل إلى مدى ونمط الأعراض ، وقد أيد المنحى الطولى للتقدير كل من دنى وروينوتز وبنك (Denny, Robinawitz and Penk (1987) وستكر وأدوجرين وإليان (Sutker, Uddd- Grane and Allain (1991) لأغراض العلاج ، والتقييم المستمر لأنماط الأعراض وكفاءة العلاج ضروري جدا . وسوف نستعرض بعضاً من أكثر أساليب التقييم استخداماً في اضطرابات الضغوط التالية للصدمة المرتبطة بالاغتصاب ، وللمزيد من النقاش الشامل لقضايا وإجراءات تقييم اضطرابات الضغوط التالية للصدمة المرتبطة بالاغتصاب نحيل القارئ إلى رسنك وآخرين Resnick et al (1991)

لقد قاد الباحثون في مجال اضطرابات الضغوط التالية للصدمة المرتبطة بالمعارك الحربية تطوير إجراءات التقييم (Keane, Mallay & Fairbank, 1984; Keane Taylor, Wolf 1987; Keane, Caddell & Taylor, 1988) وعديد من هذه الإجراءات قد عدل للاستخدام مع الضحايا المدنيين . ويذكر كين وآخرون (Keane et al. (1987 أن تطوير بطارية التقدير المقننة الشاملة مفيد ليس فقط لغرض التشخيص ، ولكن أيضاً لتطوير أهداف العلاج وتقييم نتائج العلاج ، وعلى الرغم من أنها قد صممت لتقدير اضطرابات الضغوط التالية للصدمة الناجمة عن المعارك الحربية ، فإن المبادئ المتضمنة في هذه البطارية تتعلق

أيضاً بالصور الأخرى من الصدمات ، وتتضمن البطارية كل من البيانات الموضوعية والذاتية التي جمعت من خلال المقابلة المقننة ، والاستبيانات النفسية، التي يمكن أن تعالج كمياً هي التي تقدر الأداء الماضي والحاضر وتستخدم في مجالات واسعة المدى معرفية ووجدانية ، وسلوكية وفسولوجية (Wolfe & Keane, 1990) وتوجد ملحوظة تحذير فيما يخص التقييم . فخطر الانتحار يجب دائماً أن يقدر بحذر وعناية ويكون تحت المراقبة . ولقد وجدت الدراسة القومية للنساء (Kilpatrick et al 1992) أن ١٣٪ من ضحايا الاغتصاب قمن بمحاولات للانتحار ، مقارنة بـ ١٪ من غير الضحايا . بالإضافة إلى أن ٣٣٪ من ضحايا الاغتصاب ، مقارنة بـ ٨٪ من غير الضحايا أفادوا بأنهن فكرن بجدية في الانتحار في وقت ما .

المقابلات التشخيصية المقننة :

تعد المقابلة الإكلينيكية المقننة (١) من الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث- المعدل واحدة من أكثر الأدوات استخداماً لأغراض التشخيص (Spitzer, Willams & Gibbon, 1987) ، وتتضمن تقييم اضطرابات أعراض الضغوط التالية للصدمة ، وكانت قد صممت للاستخدام بواسطة إكلينيكين لهم خبرة . ومن المحتمل نشر صورته منها تعتمد على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع . وعلى الرغم من ذلك ، فإنه ومع التعديلات الطفيفة ، فإن المقابلة الإكلينيكية المقننة ستظل مفيدة . وقد أوصى رسنك وآخرون (Resnick et al. 1991) بتعديلات على نموذج اضطرابات الضغوط التالية للصدمة المستمد من المقابلة الإكلينيكية المقننة والذي صمم أصلاً للاستخدام مع المحاربين في المعارك الحربية . ليتضمن أسئلة حساسة فارزة لتاريخ الاغتصاب والاحداث الكبرى الأخرى الصادمة . بالإضافة إلى ذلك ، فإن تقدير التعرض للأحداث الصادمة المتعددة مهم لأغراض التخطيط للعلاج .

مقابلة أخرى واسعة الاستخدام هي قائمة المقابلة التشخيصية (٢) (DIS) (Robbins, Helzer, Croughainm & Ratcliff, 1981) ، وهي قائمة مقابلة جيدة التقنين وتتميز بأنها تتطلب تدريباً وخبرة أقل من المقابلة الإكلينيكية المقننة . والجزء الخاص باضطراب الضغوط التالية للصدمة بها يقدر التعرض لصدمة مدنية ، ولكنها تستخدم مصطلح اغتصاب دون تحديد أكثر من ذلك . وهكذا ،

(1) Structured Clinical Interview (SCID)

(2) Diagnostic Interview Schedule DIS

فالتعديلات التي اقترحها رسنك وآخرون (1991) Resnick, et al. ملائمة لهذه الأداة أيضاً .

أما مقياس اضطرابات الضغوط التالية للصدمة للإكلينيكين (1) ، الذي صممه بلاك وآخرون (1990) Blake et al. فهو أحدث ، غير إن التقارير الأولية عن خصائصه السيكومترية واعدة إلى حد كبير . (Nagy et al., 1992; Weatbers et al., 1992a, 1992b) وهذا المقياس له ملامح عديدة جذابة ، فهو يقدر كلاً من شدة الأعراض وتكرارها ، مستخدماً معايير محددة ، بالإضافة إلى ذلك فإنه يعطي إرشادات واضحة لتقدير التغيرات في السلوك التي تنجم عن التعرض للصدمة ، وله صورتان متوفرتان ، الصورة الأولى : هي (صورة للتشخيص الحديث والدائم) وتقدر الأعراض على مدى فترة شهر ، والصورة الثانية : (صورة الأسبوع الواحد) وتقدر الأعراض التي حدثت خلال الأسبوع الماضي .

أما قائمة مقابلة اضطرابات القلق - المعدلة (2) (ADIS-R; Di Nardo & Barlow, 1988) فهي أكثر الأدوات شمولاً للتشخيص الفارق للقلق والاضطرابات المرتبطة به ، وتتضمن أجزاء عن الاكتئاب والاعتماد على المواد المخدرة والذهان . ولقد وجد بلانشرد وآخرون (1986) Blanchard et al. اتفاقاً بين المحكمين في تشخيص اضطرابات الضغوط التالية للصدمة يصل إلى 93٪ .
الأدوات السيكومترية :

يعد مقياس تأثير الأحداث (3) (IESI Horowitz, Wilner, Alvarez, 1979) أحد أكثر الأدوات إنتشاراً لقياس تأثير الصدمة . وهو استبيان تقرير عن الذات يتكون من 15 بنداً ، وبه مقاييس فرعية تقيس أعراض الإقحام ، والتجنب . أما قائمة ديروجاتيس للأعراض (1977) Derogatis, فهي أداة أخرى مستخدمة بكثرة ، وهي تتكون من 90 بنداً ، يجيب عليها المفحوص بنفسه ، وبها 9 مقاييس فرعية تتعلق بالأعراض ، و 3 مؤشرات للمحنة والكرب (4) أما دليل الشدة الاجمالية (5) فإنه أكثر استخداماً في البحوث مع ضحايا الاغتصاب ، وقد أشار

(1) The Clinician Adminstrated PTSD Scale (CAPS)

(2)The Anxiety Disorders Interview Schedule - Revised

(3) The impact of events scale (IES)

(4) Distress .

(5) The Global Severity Index .

كلباتريك وفيرنون ورسنك (1982) Kilpatrick, Veronen & Resinck إلى أن هذا المقياس قادر على التمييز بين ضحايا الاغتصاب والمجموعات الضابطة .

وصمم ساوندرز ، ومندوكي وكلباتريك Saunders, Mandoki and Kilpatrick (1990) مقياس قائمة أعراض اضطرابات الضغوط التالية للصدمة المرتبطة بالجريمة، كمقياس فرز مختصر لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة المرتبطة بالجريمة ، ويحتوى على ٢٨ بنداً من مقياس ديروجانيس Derogatis للأعراض (SCL. 90-R) ، وهو يوفر أفضل تمييز بين المجموعات الإيجابية لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة وتلك السلبية ، ويتصف بأن له اتساقاً داخلياً مرتفعاً ، وقدرة جيدة على التمييز .

واختبار أعراض آثار الاغتصاب (١) هو استبيان يتكون من ٧٠ بنداً يجب عليها المفحوص بنفسه ، ويشتمل على بنود من مقياس قائمة الأعراض المعدل (SCL-90-R) ومن مسح المخاوف المعدل (veronen, Kilpatrick, 1980) وكانت البنود المختارة تلك التى وجد أنها تميز بدرجة أعلى بين ضحايا الاغتصاب وغير الضحايا بعد ثلاثة شهور من الاعتداء ، وله اتساق داخلى وثبات جيد بإعادة الاختبار .

ومقياس أعراض الضغوط التالية للصدمة (Foa, Riggo, Dancu & Rothbaum, 1991) مقياس مختصر (١٧ بنداً) ، وله ثلاثة مقاييس فرعية تقيس كل عرض من الأعراض الكبرى فى هذا المجال : إعادة الخبرة ، والخدر (فقدان الإحساس والحركة) . والتجنب . واتضح أن اتساقه الداخلى عند ٠,٩١ ، وثباته بإعادة الاختبار بعد شهر عند ٠,٧٤ على عينة من الضحايا الجدد للاغتصاب . والاختبار يحدد بدقة حالات اضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، كما قدرت أيضاً بالمقابلة الاكلينيكية المقننة (SCID) ، فى ٨٦٪ من أفراد العينة . واستخدم اختبار طرق التغلب (٢) (Folkman & Lazarus, 1998) لفحص استراتيجيات التغلب عند ضحايا الاغتصاب ، ويمكن أن يكون مفيداً فى التخطيط للعلاج والتقييم ، ولقد قام كل من جرشنى ودانكو ، وهمبرو وفوا Gershuny, Dancu, Henbru and Foa (1992) بإجراء التحليل العاملى على استجابات الضحايا ،

(1) The Rape aftermath symptom test .

(2) The Ways of Coping Questionnaire .

الذين قيموا مباشرة بعد الاعتداء عليهم ، وصنفت البنود في ثلاثة عوامل : الرغبة في إبعاد الصدمة ، حل المشكلات ، والقبول السلبي ، وكانت الدرجات على عامل الرغبة في إبعاد الصدمة مرتبطة جوهريا بأعراض اضطرابات الضغوط التالية للصدمة وشدتها ، وكذلك بالمقاييس الأخرى للمرض النفسي ، بعد تقييمها بشهر واحد . ولقد ساهم بوضوح في التنبؤ بشدة اضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، إضافة إلى اسهامه في إدراك تهديد الحياة والشعور بالذنب .

التقدير النفسجسمي :

يتعين أن يتضمن التقدير المثالي قياس المسارات المتعددة للاستجابة ومنها الفسيولوجية . وعلى الرغم من أن ذلك قد لا يكون عملياً في الجلسات الإكلينيكية؛ لأن الوسائل الفنية والخبراء فيه غير متوافرين دائماً . وعلى أي الأحوال ، فإن البحث عن أنماط الاستجابة الفسيولوجية في اضطرابات الضغوط التالية للصدمة التي لا تتعلق بالحرب لم تتقدم بالدرجة ، التي يمكن أن يوصى باستخدام هذه المقاييس في الجلسات الإكلينيكية بقدر من الثقة ، وتشير الأبحاث مع المحاربين القدامى إلى أن مثل هذه المقاييس قد تكون مفيدة في المستقبل ، ومع مثل هذا الجمهور ، فإن النتائج المتسقة هي أن المقاييس النفسجسمية تميز جيداً بين المحاربين الذين لديهم اضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، وهؤلاء الذين ليس لديهم هذه الاضطرابات . (Blanchard et al., 1982; Pitmen, Orr , Forgue, . de Tong, & Claiborn 1987) . وأظهر كل من معدل دقات القلب في الراحة ومؤشرات رد الفعل للمعركة القدرة على التمييز .

أما نتائج البحوث مع ضحايا الأغتصاب فكانت أقل اتساقاً ، فلقد أفادت القليل من دراسات الحالة باستخدامها المقاييس الفسيولوجية . (Blanchard, & Kilpatric, Best, 1985) ، ولكن صدرت دراسات جمعية قليلة حديثة . وقام كل من كيلباتريك ، وبست وانيك وفيرنون ، (Anic, and Veronen, (1984) بقياس سرعة دقات القلب ، وتوصيل الجلد ، استجابة لتخيلات ساره ، وأخرى طبيعية وأخرى متعلقة بالاغتصاب ، ولم يجدوا ارتفاعاً عاماً عن المعدلات القاعدية للإثارة ، أو تغيرات في الاستجابة لتخيلات الاغتصاب ، ولقد استجابت جماعة فرعية صغيرة من الضحايا (١١,٥%) عند مستوى مرتفع في كل من المؤشرين الفسيولوجيين ، ولم يتم تشخيص اضطرابات

الضغوط التالية للصدمة ، ولذلك فمن الممكن أن تكون الجماعة الفرعية من المستجيبين من ذوى أعراض الضغوط التالية للصدمة المرتفعة هي صاحبه المستوى المرتفع من الاستجابة . ولقد توصل كل من كوزاك ، وفوا ، وروثبوم ومورداك (1988) Kozak, Foa, Rothbaum, and Murdack, إلى نتائج أولية لمعدل دقات القلب ودرجة توصيل الجلد فى الاستجابة لمناظر محايدة ومناظر اغتصاب ، وقورنت ١٢ امرأة لديهن اضطرابات ضغوط تالية للصدمة مرتبطة بالاغتصاب ، بمجموعة من غير الضحايا ، وأظهر كلا المقياسين الفسيولوجيين استجابية خلال عرض مناظر الاغتصاب ، كما وجد انخفاض فى الاستجابية بعد التكرار المتعدد للمناظر . وعلى الرغم من ذلك ، يبدو أن التباينات الكبيرة فى القابلية للاستجابة كانت تخفى الفروق الدالة بين مثل هذه الجماعات الصغيرة .

وقد يكون البحث فى هذا المجال مفيداً جداً فى تحديد فائدة المقاييس النفسية الفسيولوجية فى اضطرابات الضغوط التالية للصدمة المرتبطة بالاغتصاب ، وكما أشار كل من رسنك وآخرين (1991) Resnick et al. فإن معظم البحوث فى هذا المجال أجريت على رجال ، قد لا تكون قابلة للتعميم على ضحايا الصدمات من الإناث .

العلاج :

قليلة جداً أبحاث العلاج المضبوطة التى أجريت على ضحايا الاغتصاب والصدمات الأخرى للمدنيين . وعلى الرغم من ذلك ، فلقد وصفت طرق متباينة التنوع سواء بطريقة القصص أو تقارير غير مضبوطة عن حالة ، ويتضمن ذلك العلاج السيكوديناميكى ، والغمر ، والعائد البيولوجى (١) ، وخفض الحساسية المنظم (٢) . والعلاج المعرفى وطرق أخرى تستهدف مشاكل محددة مثل اضطرابات الوظيفة الجنسية (لمزيد من القراءات أنظر : Resnick & Schnicke, 1990; Solomon, Gerrity & Muff, 1992) .

التدريب التطعيمي للضغوط :

كانت الطريقة الشاملة المبكرة التى وصفت للاستخدام مع ضحايا الاغتصاب خاصة ، هي التدريب على التطعيمي ضد الضغوط (SIT; Kilpatrick

(1) Biofeedback .

(2) Systematic desensitization .

(1985) Kilpatrick & Amick, 1982; et al. والتي بنيت على طريقة ميكانيوم (1985) Meichenbaum والتي تسعى لإعطاء العميلة إحساساً بالسيطرة على مخاوفها ، بتعليمها مهارات متنوعة للمواجهة . وقد صممت الطريقة للمشاكل الفردية واحتياجات كل عميلة ، ولذلك فهي مرنة ويمكن استخدامها في الجلسات الجماعية أو الفردية . وقد قسم التدريب على مواجهة الضغوط إلى مراحل : المرحلة الأولى : هي الإعداد للعلاج ، وتتضمن مبادئ تعليمية لإمداد العميلة بالإطار التفسيري أو المفهومي ، الذي يمكن أن تفهم منه طبيعة وأصل مخاوفها وقلقها ، ويجعل الاعتداء وعواقبه مفهوماً . وفي هذا التدريب تستخدم تفسيرات نظرية التعلم الاجتماعي ، ويصحب ذلك شرح ردود الفعل : للخوف ، والقلق عند حدوثها، من خلال ثلاثة مسارات (Lang, 1968) :

- ١- المسار الفسيولوجي المستقل .
- ٢- المسار السلوكي أو الحركي .
- ٣- المسار المعرفي .

وتقدم أمثلة محددة لكل منها وتقوم العميلة بتحديد استجاباتها الخاصة لكل مسار وتفسر هذه المسارات الثلاثة والتفاعل بينها وتناقش .

والمرحلة الثانية لبرنامج التدريب هي التدريب على مهارة التغلب وتعلم مهارتين على الأقل للتغلب (المهارة الأولية والثانوية أو المساندة) لكل مسار من المسارات الثلاثة . وتختار العميلة أولاً ثلاثة مخاوف ترغب في خفضها ، ويطلب منها أن تكمل مقياس الانفعال وتدرج عليه مستواها في الخوف ومستواها في السعادة ثلاث مرات في اليوم . وتحفظ بالإضافة إلى ذلك ، بسجل يومي لعدد الأفكار ، التي لديها بخصوص كل خوف خلال كل صباح وبعد الظهر والمساء .

والشكل العام للتدريب على مهارات التغلب ، هو نفسه لكل المهارات الست التي تعلم ، وتتضمن ، بالتتابع ، تعريف مهارة التغلب ، والتعليل المنطقي العقلي ، وتفسير للآليات (الميكانيزمات) التي تعمل بها المهارة ، وعرض عملي للمهارة ، تقوم العميلة بتطبيقه على مهارة في غير مجال المشكلة ، السلوك مستهدف ، واستعراض كيف تعمل المهارة جيداً ، وفي النهاية تطبيق وممارسة المهارة مع أحد المخاوف الذي تريد التخلص منها ، وغالباً ما تكون المهارات التي تعلم لمواجهة الخوف في المسار الفسيولوجي هي استرخاء العضلات ، والتحكم في التنفس .

استرخاء العضلات :

تستخدم طريقة جاكوبسون Jacobson لتباين التوتر - الاسترخاء لتعليم استرخاء العضلات . وتتضمن الاسترخاء التام لكل المجموعات العضلية الكبرى أثناء جلسة التدريب الأولى . بالإضافة إلى ذلك ، تعطى العملية شريطاً مسجلاً عليه جلسة الاسترخاء ، لتأخذه إلى المنزل وتدريب عليه كواجب منزلي . ويستمر التدريب حتى تصل إلى تحقيق الكفاءة ، وتشجع النساء على ممارسة مهارات الاسترخاء أثناء الأنشطة اليومية .

التحكم في التنفس :

يُعلم التنفس العميق من خلال الحجاب الحاجز باستخدام تمارين السيكوبرينتكس^(١) وتُمارس هذه المهارة في الجلسة وفي المنزل بين الجلسات ، وبالنسبة للمسار السلوكي فإن مهارات التغلب التي تُعلم عادة ، هي : النمذجة المستترة^(٢) ولعب الدور .

النمذجة التخيلية :

تُعلم المرأة تصور الموقف المثير للخوف أو القلق ، وتُتخيل نفسها تتصدى له بنجاح ، وتُتدرب العملية على هذه المهارة حتى تصل إلى إتقانها . ولأن الناس يختلفون كثيراً في قدرتهم على تصور مثل هذه المواقف ، فإن الوقت المطلوب للتمكن من هذه المهارة يختلف من شخص إلى آخر . وهذه المهارة مفيدة في الإعداد للمواقف ، التي تُعرف المرأة أنها سوف تؤدي إلى ردود فعل الخوف أو القلق .

لعب الدور :

يجسد المعالج والعملية تغلباً ناجحاً لمناظر تؤدي إلى القلق ، والتي تتوقع المرأة مواجهتها . وفي المواقف الجماعية يمكن استخدام أفراد الجماعة الآخرين في لعب الدور أيضاً ، ويمكن أن يطلب من المرأة أن تُمارس لعب الدور مع أفراد الأسرة أو الأصدقاء .

(1) Psychobrnetic

(2) Covert modeling

وقف الأفكار :

بالنسبة للمسار المعرفى ، فإن وقف الأفكار مفيد بوجه خاص فى وقف الأفكار الاجترارية ، التى يتصف بها كثير من ردود أفعال الضحايا . ويطلب من العميلة أن تبدأ التفكير فى المثيرات المخيفة ، ثم تقطع هذه الأفكار ، وذلك بأن يصيح المعالج «قف» ! وفى الوقت نفسه يصفق بيديه بصوت مرتفع ، ثم يطلب من المرأة أن تستخدم كلمة «قف» بصوت منخفض ، أو تستخدم هى مصطلح إيقاف التفكير الخفى الخاص بها ، أو بتخيل ذلك . ومن هنا ستعلم إستخدام إيقاف التفكير سراً أو خفية ، وأن تحل حالة الاسترخاء محل حالة القلق .

الحوار الذاتى الموجه :

تُعلم العميلة أن تركز على حوارها الداخلى ، وتدريب على أن تسمى العبارات الذاتية السلبية غير المنطقية وغير التوافقية ، ثم تعلم أن تستبدل بها ألفاظ ذاتية غير ذات معنى وتوافقية أكثر ، ويعلم الحوار الذاتى فى فئات أربع :

الإعداد ، المجابهة والتحكم ، والتغلب على المشاعر التى توحى لها بأنها مسلوبة الإرادة ، والتدعيم . وكل فئة من هذه الفئات تولد سلسلة من الأسئلة أو العبارات ، التى تشجع العميلة على أن تقيم الاحتمال الفعلى لحدوث الحدث السالب ، لتروض الخوف الغامر أو سلوك التجنب ، ولتتحكم فى نقد الذات وتقييم الذات ، والانشغال فى السلوك المخيف . وفى النهاية تدعم ذاتها لتقوم بالمحاولة واتباع الخطوات ، ولكل مهارة مواجهة ، تعطى للعميلة واجبات محددة للتدريب عليها ، وعليها أن تواجه الضغوط اليومية البسيطة أولاً . وعندما يتم التمكن من هذه المهارة فى هذه المواقف ، يمكن بعد ذلك مواجهة السلوك المرتبط بالصدمة . وعلى العميلة أن تجابه كل أنماط السلوك التى حددتها كهدف بالتتابع ، ويلى المواجهة الناجحة لسلوك الهدف الأول ، التركيز على معالجة الثانى . وخلال هذه المرحلة تكمل العميلة مرة أخرى تقدير الانفعال على أساس يومى ، ويسمح هذا للمعالج بأن يراجع ويفحص التقدم ويعدل فى العلاج تبعاً للحاجة .

وأشار كل من فيرونين وكلباتريك (1983) Veronen & Kilupatrick، وكلباتريك وأميك (1985) Kilpatrick and Amic، أن التدريب على التطعيم ضد الضغوط كان فعالاً فى تخفيض الخوف ، والقلق ، والمزاج السلبى ، وردود الفعل الفسيولوجية فى الدراسات غير المضبوطة ، وفى دراسة الحالة . وقارن كل من ريسنك وجوردان ، وجيريللى ، وهوتر ، ومارهوفر - دفوراك ، Resinck, Jordan, Girelli, Hutter, and Marhoefer - Devorak, (1988) بين طريقة التطعيم

ضد الضغوط والتدريب التوكيدي ، والعلاج المساند ، في الصيغة الجماعية ، لمدة ١٢ جلسة كل جلسة تستمر ساعتين ، وقد أدت الطرق الثلاثة إلى تحسن ملحوظ ، استمر لمدة ستة أشهر . وقارنت فوا وآخرون (1991) Foa et al. التدريب على التطعيم ضد الضغوط ، والتعرض لمدة طويلة ، والإرشاد التذعيمي ، ومجموعة ضابطة من قائمة انتظار ، مع مجموعة من الحالات يقابلون فردياً ، وكان التدريب على التطعيم ضد الضغوط هو الأكثر فعالية بعد العلاج مباشرة في خفض أعراض اضطرابات الضغوط التالفة للصدمة ، والقلق والاكتئاب . وعلى الرغم من ذلك وبعد متابعة استمرت ثلاثة أشهر ونصف أظهرت طريقة التعرض أنها الأكثر كفاءة .

التعرض الممتد :

طورت فوا وزملاءها (Foa et al., 1991; Rothbaum & Foa, 1992) طريقة للعلاج السلوكي المعرفي لاضطرابات الضغوط التالفة للصدمة المرتبطة بالاعتصاب على وجه الخصوص . تقوم على اثرء (Foa & Kozak, 1986) لنموذج لانج (1979) Lang الذي يتعلق بالعمليات الانفعالية للخوف ، والذي يفترض أن اضطرابات الضغوط التالفة للصدمة تنجم عن تناول غير ملائم لمثير الصدمة ، والاستجابات ، والمعاني التي ارتبطت بها .

ويتطلب العلاج تنشيط ذاكرة الخوف ودمج المعلومات الجديدة غير المتوافقة (المتعارضة) مع البناء الحالي للخوف وبهذا تتكون ذكريات جديدة . وتنشط الذاكرة من خلال أساليب التعرض المشابهة لتلك التي استخدمت مع الضحايا ، الذين تعرضوا لأنواع أخرى من الصدمات . (مثل : جنود الحرب) (Fairbank & Keane, 1982) وبالتحديد ، يطلب من الضحية تذكر الاعتداء بالتفصيل ، وتساعد على عملية التذكر حتى يصبح الأمر غير مؤلم ، وذلك بالجمع بين التعرض للمثيرات الحية المخيفة (ولكن آمنة واقعياً) .

ويتم العلاج فردياً في تسع جلسات ، مرتين أسبوعياً مدة كل جلسة تسعون دقيقة ، تخصص الجلستان الأوليان لجمع المعلومات ، ووضع خطة العلاج ، وشرح الأساس المنطقي للعلاج . وتوضع قائمة متدرجة هرمياً للمثيرات الكبرى التي تخيف العميلة وتتجنبها . وفي بقية الجلسات يعاد تخيل منظر الاعتصاب ، ويطلب من العميلة أن تصفه بصوت مرتفع بصيغة الحاضر ، وتترك درجة التفاصيل للعميلة في الجلستين الأوليين ، ثم بعد ذلك تشجع لأن يتضمن الوصف تفاصيل أكثر فأكثر للمؤشرات الداخلية والخارجية مثل : الأفكار ، والاستجابات

الفسولوجية والعواقب التي تخاف منها ، ويعاد تكرار الوصف مرات عديدة كل جلسة ، (لمدة ٦٠ دقيقة) ويسجل على شريط . ويحدد للعميلة واجب منزلي : لتستمع للشريط وتنشغل في واجبات حية ، وتختار هذه الواجبات من القائمة المدرجة هرمياً ، والتي تماثل مستوى القلق (الذي درج ذاتياً) الذي جابته في الجلسة . ويجب مراعاة الحذر في الجلسات للتأكد من أن القلق ينخفض قبل أن تنتهي الجلسة ، ويمكن أن يكون ذلك بمساعدة المعالج إذا كان ذلك ضرورياً .

والتعليمات الإرشادية التي طورها لنتز ، وبلاك ، وجيراردى وكين ، Litz, Blake, Gerardi and Keane, (1990) للعلاج بالتعرض تستخدم في حالة التعقيدات ، مثل : الخوف الشديد ، أو عدم القدرة على توليد صور عقلية .

قد وجد أن هذه الطريقة أكثر فعالية مقارنة بمجموعة ضابطة على قائمة الانتظار (Foa et al., 1991) وأكثر فاعلية من طريقة التدريب على التطعيم ضد الضغوط بعد متابعة استمرت ثلاثة أشهر ونصف ، وهي تركز على كل من : عدم القدرة على التنبؤ ، وعدم القدرة على التحكم في الصدمة ، ويمكن أن يصاحبها تدريب اضافي على مهارات ، (مثل : التدريب التوكيدي) إذا كان ذلك ضرورياً في الحالات الفردية .

العلاج المعرفي :

العلاج المعرفي هو نموذج علاجي طور لمعالجة أعراض محددة لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة في ضحايا الاعتداء الجنسي . (Resnick & Schnicke, 1992, in Press) ، ويتكون من ١٢ جلسة ، وهو برنامج علاجي مقنن ، يقوم على نموذج معالجة المعلومات لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة . والملاحظ التي تميز هذه الطريقة هي أنها تجمع بين المكونات الأساسية للعلاج المبني على التعرض ، وإعادة البناء المعرفي للمكونات التي توجد في معظم طرق العلاج المعرفي . فضلاً عن ذلك ، فإن الجزء المعرفي في العلاج تتحدى مدركات محددة ، تميل غالباً إلى الاضطراب نتيجة للصدمة . ويحصل العملاء على واجبات منزلية محددة عند كل جلسة ، ويتم أغلب العمل العلاجي بين الجلسات ، ويتبع ذلك وصف مختصر لطريقة العلاج المعرفي . ويوجد عرض لحالة علاج معرفي في نهاية هذا الفصل ، ومن يريد وصفاً تفصيلياً أكثر لخطوات هذه الطريقة يمكنه الرجوع إلى اليس وبلاك وريسنيك ، Ellis, Black, and Resick,

(1992) وريسك (1992) وريسك وشنيك Resick and Schnicke (1992) (تحت الطبع 1992) . وفى مناقشة كل من فوا وستيكيكى وريثوم Foa, Stekette (1989) and Rothbaum, وفوا وكوزاك (1986), and Foa and Kozak, نظرية معالجة المعلومات فى اضطراب الضغوط التالية للصدمة وصفوا كيف يمكن تفكيك بناءات الخوف المتمكنة أو الراسخة واقترحوا وجود شرطين ضروريين لخفض الخوف ، هما :

١ - يجب أن تنشط ذاكرة الخوف .

٢ - يجب توفير معلومات جديدة لا تتوافق مع البناء الحالى للخوف ، لتشكيل ذاكرة جديدة . واقترحوا امكان التنشيط من خلال أى من شبكة العناصر الثلاثة : معلومات عن المنبهات والاستجابات ، أو المعنى . وقد أوصوا باستخدام أحد أنواع العلاج المبني على التعرض لتحقيق هذا الهدف .

وترى فوا وآخرون (1989) Foa et al. أن التعرض المنتظم للذاكرة الصدمية فى بيئة آمنة يخدم فى تغيير ذاكرة الخوف ويعاد تقييم إشارات التهديد ويعتاد عليها العميل . وعلى الرغم من ذلك . فأثناء تنشيط شبكة العمل أو الخطط فى بيئة آمنة يمكن أن يتغير بكفاءة إدراك الخطر ومن ثم الخوف ، وقد لا يكون هناك تغير فى ردود الفعل الانفعالية سوى الخوف ، دون مواجهة مباشرة للصراعات وسوء الإدراك ، والاعزاءات الخاطئة ، والتوقعات ، وقد تظل الضحايا لأمان لأنفسهن ويشعرن بالخجل والتقرز والغضب ، والارتباك ، وجميعها مشاعر حادة بما يكفى لأن تسهل الذكريات المقترحة وردود فعل الإثارة والتجنب .

والطريقة التى تستخلص ذكريات الحادث ثم تواجه مباشرة الصراعات والمعتقدات غير المتوافقة قد تكون أكثر فعالية من التعرض فقط ؛ فالتعرض لفترة طويلة ينشط بنية الذاكرة ، ولكن لا يوفر معلومات تصحيحية مباشرة تتعلق بسوء الاعزاءات أو بالمعتقدات غير التوافقية الأخرى . والعلاج المعرفى والمصمم خاصة لعلاج اضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، يوفر وسائل أخرى لتنشيط بناء الذاكرة ، وقد يتضمن معتقدات متعارضة ومعانى تنسب إلى الحدث ، وتوقعات متعلقة بالمستقبل ، قد لا يمكن استخلاصها بصورة أخرى من العلاج بالتعرض . لذلك ، يبدو أن تطبيق العلاج الذى ينشط ذكريات الحادث أكثر فائدة ، ويوفر أيضاً المعلومات التصحيحية للصراع ، والعزو الخاطيء أو التوقعات التى تتدخل فى المعالجة الكاملة ، أو تؤدى إلى أعراض أخرى (اكتئاب، تقدير ذات منخفض ، خوف) .

إن الافتراض الذي يكمن وراء العلاج المعرفي هو أن أعراض اضطرابات الضغوط التالية للصدمة عادة ما يسببها التعارض بين هذه المعلومات الجديدة والتصورات المسبقة . وقد يتعلق هذا التعارض بالخطر والأمان («لا أشعر بالأمان للخروج وحدي») ، ولكنه قد يعكس تعارضاً آخر في موضوع آخر مثل تقدير الذات ، والكفاءة ، والمودة (McCann & Pearlman, 1990a) . وهذا التعارض المعرفي يمكن أن يفسر أعراض الإقحام ، والإثارة ، واثارة التجنب التي تلاحظ في اضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، ومن هنا ، ففي الوقت الذي تكون هناك نماذج متضمنة تهدف لتقديم مفهوم أنماط التفكير الخاطيء أو الفروض ، فإن معظم التركيز في العلاج المعرفي يكون في تعرف النقاط الحساسة (1) وتعديلها (مثل : التعارض بين التصورات المسبقة والمعلومات الجديدة) .

إن مكونات التعرض في العلاج المعرفي تختلف تماماً عن النمط الممارس عادة في طرق علاج التعرض لفترة طويلة ، ففي العلاج المعرفي يكتب العملاء عن الحادث بتفصيل بما في ذلك الذكريات الحسية ، والأفكار والمشاعر أثناء الحادث ، وهن يشجعن على الكتابة في الوقت والمكان الذي يمكنهن فيه التعبير عن انفعالاتهن ، ويطلب منهن قراءة التقرير لأنفسهن يومياً . وأثناء الجلسة يقرأن التقرير بصوت مرتفع ، ويساعدهن المعالج على تسمية مشاعرهن وتعرف النقاط الحساسة ، وتستمر هذه المكونات للعلاج لمدة جلتين فقط ، وبينما يمكن القول بأن جلتين فقط لا تعتبر تعرضاً لفترة طويلة ، إلا أن النتائج التي تم الحصول عليها حتى الآن لا تشير إلى أننا في حاجة إلى وقت أكثر للصددمات المنفردة .

والنتائج التي تتعلق بالعلاج المعرفي واعدة ، ففي دراسة أولى ، شبه تجريبية ، قام بها رسك وشنيك (Resick and Schnicke 1992) قارنا بين ١٩ عميلة ، عولجن بالعلاج المعرفي وبين عشرين شخصاً على قائمة الانتظار . ووجدنا أن مجموعة قائمة الانتظار لم تتغير عبر الوقت ، ولكن مجموعة العلاج المعرفي تحسنت بوضوح على جميع مقاييس اضطرابات الضغوط التالية للصدمة والاكئاب . وذكر كل من ريسنك وشنيك (Resinck and Schnicke, in Press) نتائج أخرى لدراسة أجريت على ٤٥ امرأة ، حصلن على علاج معرفي سواء

(1) Stuck Points .

بالطريقة الفردية أو الجماعية ، وتتعلق النتائج المشار إليها لـ ١٩ مفحوصة اللاتي دوامن . أنه بعد فترة العلاج لم تعد المعايير الكاملة لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة تنطبق على ٨٨٪ من النساء اللاتي كانت تنطبق عليهن هذه المعايير . وبعد متابعة استمرت ٦ أشهر إرتفعت النسبة إلى ٩٢٪ . وقبل العلاج استوفت ٦٠٪ من النساء معايير الاكتئاب في الدليل التشخيصي الثالث - المعدل ، وبعد العلاج استمرت معايير الاكتئاب موجودة لدى ١٤٪ منهن ، وبعد ٦ أشهر ظلت ١١٪ منهن مكتئبات .

متغيرات المعالج :

الجنس : بما أن الاغتصاب جريمة شخصية جداً ، وتقوم على العلاقات الحميمة التي تؤدي غالباً إلى عدم الثقة في الرجال ، فإن قضية جنس المعالج تتصل بهذا الموضوع . وكثيراً ما تفضل العميلة أو تصر على أن يكون المعالج أنثى ، ولم تدرس فعالية المعالجين الرجال على وجه الخصوص . ولكن هناك شعوراً أنهم يمكن أن يكونوا فعالين للغاية إذا دربوا جيداً . (Resick et al., 1988). وقد ناقش سلفرمان (Silverman, 1977) وكوس وهارفي (Koss, and Harvy, 1991) قضايا المعالجين الرجال ، وتضمنت مناقشاتهم ميل الرجال إلى النظر إلى الاغتصاب كجريمة جنسية ، وليس كجريمة من جرائم العنف . (Burt, 1980) ولذلك يركزون كثيراً جداً على الجوانب الجنسية في الموضوع .

الاتجاهات نحو الاغتصاب :

وسواء كان المعالج ذكراً أو أنثى ، فمن الضروري أن يكون على دراية بالاغتصاب واضطرابات الضغوط التالية للصدمة . ويتضمن هذا ما كتب عن ردود فعل الاغتصاب ، والمتغيرات الوسيطة ، وكذلك الأساطير المتعلقة بالاغتصاب ، والاتجاهات نحو الاغتصاب ، ويأتي المعالج ومعه إدراكاته الحضارية المتعلمة ، وبالمثل تفعل العميلات . ويؤدي ذلك إلى تدخلات تتعارض مع كفاءتهم إذا اتبعوا أياً من المدركات المشوهة الشائعة عن الاغتصاب . (مثال : ذلك أن الاغتصاب يتعلق بالجنس ، أو أن معظم المغتصبين غرباء) وضحايا الاغتصاب يكن عادة في غاية الحساسية على سبيل المثال للدلالات المتعلقة بكونهن ملومات بالضرورة ، وكثيرات منهن يتركن العلاج ، عندما يشعرن أن المعالج يلومهن سراً .

التأزم بالمشاركة (١)

قد يكون للعمل مع ضحايا الصدمة تأثيرات سلبية على المعالج، تماثل المشكلات التى تظهرها العمليات اللاتى يعالجهن ، وقد اصطلح على أن تسمى هذه العملية بالتأزم الثانوى أو التأزم بالنيابة عن الآخرين . وناقش كل من ماك كان وبييرلمان (McCann and Pearlman (1990b هذا التأثير كتشويه للمخططات المعرفية الخاصة بالمعالج عن ذاته وعن العالم . فسماعه للخبرات الصدمية للعميلة قد يكون صادماً ، ومؤدياً إلى تغيرات مستديمة فى التوقعات والفروض ، والتى تؤثر بدورها فى مشاعر المعالج وعلاقاته . والعمل مع ضحايا الصدمة يمكن أن يتحدى افتراضات المعالج عدم الاستهداف والأمان ، والاعتقاد بالمثل أن العالم ذا معنى ، وأنه مكان مملوء بأناس يوثق فيهم . وتبعاً للنموذج الذى قدمه ماك كان وبييرلمان (1990b) ، فإن رد فعل المعالج يعتمد على درجة التعارض بين التخيل الصدمى والمخطط المعرفى للمعالج ، فعلى سبيل المثال ، إذا كانت خبرات المعالج المعقدة قد أدت إلى تطوير فروض (مخططات) تعتبر الأمان أو الأمان محورياً لرفاهيته أو لرفاهيتها فعمله مع ضحايا الجريمة قد يسبب له الضيق بسبب قابليته العالية للأستهداف . بالإضافة إلى ذلك فإن ذاكرة المعالج قد تتغير ؛ متضمنة صدمه ، يمكن أن تصبح اقتحامية .

ولكى نبطل تأثيرات التأزم بالنيابة عن الآخرين ، يجب أن يكون المعالجون معدين لتعرف هذه التأثيرات وأن يكون لديهم معلومات عنها ، وأن يتخذوا خطوات للتعامل معها ، وأوصى ماك كان وبييرلمان (McCann and Pearlman باستخدام شبكة المرء المهنية كمصدر للمساندة واجتناب العزلة . والتحدث مع المعالجين الآخرين الذين يعملون مع الضحايا ، لأنهم يمكن أن يساعده فى تعرف تأثيرات التأزم بالمشاركة ، ويعيد ردود الأفعال هذه إلى مستواها الطبيعى . والاستراتيجيات الأخرى التى اقترحها ماك كان وبييرلمان تتضمن الموازنة بين الضحايا وغير الضحايا ، فى الانخراط فى أنشطة شخصية ومهنية أخرى ، وفى التعرف على الحدود الخاصة ، والعمل فى سبيل التغيير الاجتماعى ، مركزاً على التأثيرات الإيجابية الشخصية لهذا العمل ، والطرق التى يمكن أن يثرى بها حياته .

(1) Vicarious Trumatization .

متغيرات العميل :

المقاومة :

قد يكون العملاء الذين يعانون من اضطرابات الضغوط التالية للصدمة سيئ السمعة من حيث صعوبتهن ، ويرجع ذلك إلى التناقض الوجداني حول العلاج ، فهن يرغبن في المساعدة ولكنهن يخشين ذكرياتهن . كما أن أنماط سلوك التجنب، المتضمنة في التجنب المعرفي ، جزء من محكات اضطرابات الضغوط التالية للصدمة . ولذلك فإن عدم الصراحة شائع في الجلسة الأولى ، ويمكن ملاحظة كل من التجنب المباشر وغير المباشر خلال مراحل بداية العلاج . وإذا كان من الممكن فيتعين أن يبدأ العلاج عبر الهاتف قبل الجلسة الأولى . ويميل معدل عدم الصراحة إلى الانخفاض ، إذا عبر المعالج عن فهمه لتردد الحالة في أن تأتي ويشجعها على الحضور . وعلى المعالج أن يصف التجنب كعرض لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة وكطريقة غير فعالة للمواجهة ، وإذا اعتبر أن الأمر لا يتعدى المقاومة ، فإنه يعد تدخلا في فعالية العلاج . ولقد ناقش هذه الأمور والتحديات الأخرى عند العمل مع الضحايا كل من كوس وهارفي Koss (1991) & Harvey وكيلاترك وفيرنون (1983) Kilpatrick and Veronen .

ضحايا الصدمات المتعددة :

أظهرت طرق العلاج التي عرضناها أنها تؤدي إلى تحسن ملحوظ مع ضحايا الصدمات المدنية خلال وقت قصير . وعلى الرغم من ذلك ، فعلى ملاحظة أن معظم البحوث أجريت على ضحايا صدمة واحدة ، والحالات الأكثر تعقيداً ، خاصة تلك التي لها تاريخ مع صدمات متعددة قد تستغرق وقتاً أطول ، فطرق العلاج السلوكية المعرفية مرنة وقابلة للتكيف للحالات الأكثر تعقيداً . فضحايا الإساءة إلى الأطفال جنسياً تقدم لنا تحديات إضافية فالإيذاء الصدمي لديهم غالباً ما يتعارض مع النمو الطبيعي . وعادة ما يتورط فيه أقارب وأشخاص راشدون يوثق بهم ، ويمثل ذلك خيانة خطيرة من شخص يعتمد عليه الطفل في أمنه وحمايته . وقد يحتاج العملاء أصحاب هذا النوع من التاريخ إلى وقت أطول؛ حتى يمكن معالجة وتكامل مثل هذه الخبرة . وقد يحتاجون إلى مساعدة أكثر مع تنمية المهارة أيضاً ؛ وكذلك مهارات التعامل مع الأشخاص الآخرين . وفي بعض الحالات يجب التركيز على اختلال الوظيفة الجنسية .

ويمكن أن يضاف هذا إلى برنامج العلاج الفردي ، أو يتم تحويل العميل إلى متخصص في العلاج الجنسي ، ولكن فقط بعد أن يكتمل العلاج من الصدمة .

متغيرات موقف العلاج

العلاج الجمعي :

إن قرار استخدام العلاج الجمعي أو الفردي يتخذ عادة على أساس إكلينيكي وجوانب عملية ، وهناك بحوث قليلة تقارن بين الطريقتين ، ومعظم التدخلات التي أجريت مع ضحايا الصدمة قابلة للتعديل للاستخدام بالطرق الأخرى . وقد يكون العلاج الجمعي طريقة مساعدة مفيدة للعلاج الفردي في كثير من الحالات ؛ فكثير من مراكز أزمات الاغتصاب ، ووكالات الخدمة العامة الأخرى تقدم جماعات مساندة لمساعدة الذات .

والعلاج الجمعي له مزايا متعددة تجعله سائغاً بين الضحايا تماماً مثلما بين المهنيين . وقد ناقش كل من كوس وهارفي (1991) Koss & Harvey عدة نقاط، منها : أن العلاج الجمعي يقلل من الإحساس بالعزلة الذي يشعر به معظم الضحايا، الذين ينسحبون من التفاعل مع الآخرين ، ويعتقدون أن الآخرين لا يفهمون مشاعرهم ، كما أنه يوفر المساندة الاجتماعية التي لا تتضمن غموضاً أو لوماً ، ويساعد في تدعيم مشاعر وردود فعل الصدمة وجعلها طبيعية . والعلاج الجمعي يؤكد واقعية الخبرة الصدمية ، ويسمح بالمشاركة في استراتيجيات المواجهة . إنه يقف ضد لوم الذات ويطور تقدير الذات . ولأن العلاج الجمعي أكثر مساواة بين الأشخاص من العلاج الفردي ، فيمكن أن يطور إعادة التحكم وينقل من الاعتمادية، ويوفر بيئة آمنة لإقامة صلات وعلاقات حميمة وفرصة للمشاركة في الحزن والفقدان . وفي النهاية فالعلاج الجمعي يمكن أن يساعد الضحايا على بلورة معنى للحدث ، وتطوير العمليات المعرفية .

والطرق الجمعية لها سلبياتها أيضاً ، إذ يجب العناية عند اختيار العملاء لتقدير استعدادهم للالتحاق بالمجموعة العلاجية . ويقترح ماك كان وبييرلمان (1999a) McCann and Pearlman أن يحصل العملاء ممن لديهم أعراض حادة لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، على العلاج الفردي بالتتابع مع العلاج الفردي والجمعي ، لأن الجماعات قد تظهر مشاعر قوية وذكريات يمكن أن تقهر الحالة غير المعدة لذلك ، ولأسباب مماثلة حذر كل من ريسك وماركواي

(1991) Resick & Markway من أن يشترك في الجماعة أفراد يشتركون في خبرات الاغتصاب خلال الجلسات القليلة الأولى . بينما يكون من المهم للشفاء المشاركة في «قصص الحرب» في وقت متأخر بين أفراد المجموعة أو في العلاج الفردي لتجنب إخافة بقية أفراد المجموعة أو جعلهم حساسين للمواقف الأخرى المستهدفة والأفراد غير القادرين على الاشتراك في العلاجى الجمعى ، فيما يرى كل من كوس وهارفى (1991) Koss and Harvey, (1991) وماك كان وبيرلمان (1990a) McCa and Pearlman, (1990a) هم الذين يفكرون فى الإنتحار ، وأولئك الذين لديهم مشكلات حادة مع تعاطى المواد المخدرة ، والذين يشخصون بأنهم يشوهون ذاتهم ، أو يتعاطون المواد المخدرة مع اضطرابات الشخصية البيئية ، والعملاء الذين تتصف حالتهم بعدم الاستقرار وعدم الانتظام ، والعملاء الذين لم يسبق لهم من قبل الحديث عن الصدمة أو ذكرياتهم عنها غير كاملة .

دراسة حالة :

سندى Cindy عمرها ٢٦ سنة ، التمسث العلاج من إغتصاب تعرضت منذ عشر سنوات مضت ، ولأنها كانت قد عولجت من خلال دراسة علاجية جارية وقتها ، فإنها قيمت من اختصاصى نفسى مستخدماً مقابلة مقننة ، وبطارية اختبارات من نوع تقرير الذات ، ثم حولت إلى المؤلفة الثانية (Patricia Resick) للعلاج ، باستخدام الصورة المقننة من العلاج المعرفى .

خلفية العميلة :

عند بداية العلاج كانت سندى متزوجة وأماً لطفلين صغيرين ، ولم تكن تعمل خارج المنزل ، على الرغم من أنها كانت قد بدأت تعمل فى عمل حر ، وكان من المخطط أن تبدأ هذا العمل أثناء فترة علاجها ، وقد وصلت إلى السنة الثانية عشرة فى التعليم ، مع بعض الفصول فى مدرسة إدارة الأعمال .

وقد أصبحت سندى مكتئبة أثناء الخريف (قبل ثلاثة أشهر من بدء المقابلة) عقب علاقة غرامية دامت خمسة أسابيع . وبدأت أثناء هذه العلاقة ، تسترجع الأحداث التى وقعت منذ عشر سنوات سابقة . عندما تأكدت أن هذه العلاقة تتزامن مع نفس الوقت من السنة ، الذى كانت قد اغتصبت فيه ، فقطعت هذه العلاقة وأصبحت أكثر اكتئاباً ، وتثور كلما ظهرت على السطح ذكريات أكثر ، والآن فقط ، بعد عشر سنوات ، بدأت تسمى ما حدث سابقاً اغتصاب ، وقد التمسث العلاج من قبل ثلاث مرات مختلفة ، وفى كل مرة جلسة واحدة فقط .

وفي المقابلة الاستهلاكية ، أفادت سندی بأنها اغتصبت أكثر من مرة خلال فترة تمتد خمسة أسابيع من صديق قريب للعائلة ، وهو في مثل عمرها ويسكن في الشارع نفسه ، وهو من أسرة فاسدة ، وكانت أسرة سندی قد تبنته ، وكان أعز صديق لأخيها ، ولذلك كان يقضى وقتاً طويلاً في منزلهم ، وكان والداها معجبين به ، وكانت علاقة سندی «بمبارك» علاقة أخوة . وخلال المقابلة الاستهلاكية أعطت سندی الخطوط العامة للأحداث فقط ، ولم تلتقى عينيها بعين المعالجة ، ولم تدفعها المعالجة لإعطاء وصف تفصيلي للأحداث ، ولكنها استمرت في سؤالها أسئلة مقننة .

وكشفت أسئلة المقابلة هذه أن سندی كانت بكرة قبل الاغتصاب ، ووثقت في المعتدى إلى حد ما قبل الاعتداء . وهددها لفظياً ، على الرغم من عدم استخدام أسلحة أو إصابات جسمية ، ولكنها تعرضت لعدد من الممارسات الجنسية، منها الفمى ، ومنها المهبلى والشرجى . وأثناء الاعتداء ، كانت ردود الفعل الواضحة هي الشعور بالخدر ، والذنب والهرج ، والنورط ، ولم تخطر الشرطة بالحادث ، ولم تتلق علاجاً طبياً . وفي المقابلة ، ذكرت سندی أنها وجدت ردود فعل سلبية من هؤلاء القريبين منها ، عند إفشاء أمر الاغتصاب لهم . وفي الوقت الحاضر فإن مساندتهم الاجتماعية قليلة ، وذكرت عدم وجود إساءة لها وهي طفلة ، ولا مضايقة جنسية من محارمها . كما ذكرت سندی أثناء المقابلة الاستهلاكية أنها تدخن القنب أحياناً ، وكانت في موقف دفاعي لتعاطيها القنب ، وقالت إنها لا ترغب في الابتعاد عنه . وذكرت أيضاً أن المعالج السابق جعل من هذا الأمر قضية ، وعندما أخبرت سندی المعالج أنها شعرت أنها كانت تستخدم المخدر بمثابة العكاز ، أخبرها أن هذا العكاز هو المشكلة ، وليس الأعراض ، ولم توافق ، وأخبرت المعالج أنها لا ترغب في أن تجعله بؤرة العلاج ، وانقطعت عن العلاج .

وكانت درجاتها على كل مقاييس التقدير الأولية مرتفعة جداً ومماثلة لتلك الخاصة بضحايا الاغتصاب الآخرين ، والذين تلقوا علاجاً من قبل Resick & Schnicke (1992) فلقد حصلت سندی على ٣٤ درجة على مقياس أعراض الضغوط التالية للصدمة ، و٣٥ درجة على مقياس الأفكار المقتحمة ، و٣٠ درجة على مقياس التجنب ، وحصلت أيضاً على ٣٦ درجة على مقياس بك للاكتئاب . بالإضافة إلى تلك المقاييس للتقدير الذاتى ، أعطيت نموذج اضطرابات الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب ، من المقابلة الإكلينيكية المقننة الخاصة بالدليل

التشخيصي الثالث المعدل (DSM-III-R) (Spitzer, et al. (1987) ، وشخصت سندی بأن معايير اضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، والاكتئاب الحاد تنطبق عليها .

وحضرت سندی متأخرة ٤٥ دقيقة في أول جلسة علاج حددت لها . ووصف المعالجة سلوك سندی هذا باعتباره تجنب وكعرض طبيعي من أعراض اضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، وتحدثت المعالجة عن كيف أن التجنب منعها من التعافي من الاغتصاب ؟ وإن سندی كانت في حاجة إلى أن تواجه مخاوفها من الآن ؛ لكي تتعامل معها في العلاج . وقد اعترفت سندی أنها كانت خائفة من الحضور إلى الجلسة ، وأنها ترى العاصفة (الانفعالات والذكريات) قادمة . وذكرتها المعالجة أنه بعد العاصفة سوف تجف الأرض وينبت العشب مرة أخرى ، فالماء المتدفق لا يدوم إلى الأبد ، وعبرت سندی بأمل عن المستقبل ، وقالت عن نفسها بعض العبارات الإيجابية ، واستمرت الجلسة عشرة دقائق وتم الترتيب لجلسة أخرى .

الجلسة الأولى :

وصلت سندی في الوقت المحدد للجلسة التالية . والتي تعد الجلسة الأولى الفعلية للعلاج وظلت ملتفة بمعطفها ومنكمشة فيه طوال الوقت . واعترفت سندی خلال الجلسة بأنها كانت تدخن الحشيش قبل الجلسة لتهدئ أعصابها ، وقالت المعالجة من أهمية الحشيش ، ولكنها صنفته كصورة أخرى للتجنب ، وطلبت ألا تتعاطى سندی الحشيش قبل الجلسات أو أثناء عمل الواجبات المنزلية التي تحدد في كل جلسة . وبعد ذلك أثناء الجلسة ، عندما كانت تصف المجالات الوظيفية التي ربما قد تكون تأثرت بالاغتصاب ، وصفت استخدام الحشيش كمؤشر على وجود مشكلات مع الذات ، وتأثر القدرة على تهدئة النفس دون مواد مخدرة خارجية ، ووافقت سندی على أن تتوقف عن تعاطي المواد المخدرة ، أثناء التعامل مع قضايا العلاج .

وكانت أهداف جلسة العلاج الأولى هي :

- ١ - وصف أعراض اضطرابات الضغوط التالية للصدمة .
- ٢ - إعطاء العميلة إطاراً عاماً عن أسباب نشأة هذه الأعراض ولماذا لم تخف حدثها .

٣ - تقديم نظرة عامة عن العلاج لمساعدة العميلة على فهم أهمية استكمال الواجبات المنزلية وحضور العلاج ولإثارة التعاون ولتفسير طبيعة التقدم فى العلاج .

٤ - بناء علاقة بين العميلة والمعالجة .

٥ - إعطاء العميلة الفرصة لكي تتحدث عن الاغتصاب أو القضايا الأخرى .

وبدأت المعالجة الجلسة باستعراض نتائج التقييم . وكانت سندی تعاني من اضطرابات الضغوط التالية للصدمة واكتئاب حاد أثناء العلاج ، وتم وصف أعراض الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب ، وقدم تفسيراً لتداول المعلومات حول هذه الأعراض . ووصفت المعالجة كيف أن الاغتصاب يعد بالنسبة لمعظم الناس ، حادث عارض : ولا يتفق مع المعتقدات المسبقة للشخص عن نفسه ، ولا عن الآخرين ، ولا عن للعالم . ولكي ندمج هذه الواقعة فى الذاكرة يجب أن تعدل المعلومات ، وأن تتغير المعتقدات لتتلاءم مع الحادث . وأمثلة على هذا التعديل ، تحريف الحادث لكي لا يوصف بأنه اغتصاب ، أو لوم الذات لحادثه . ويوصف التكيف المبالغ فيه باعتباره تغير المعتقدات بدرجة كبيرة نتيجة للاغتصاب (مثل : لا يمكن أن يوثق فى أحد) . ومجالات المعتقدات التى غالباً ما تتأثر بالاغتصاب ، هى : الآمان ، والثقة ، والقوة ، والتقدير ، والمودة . ووصفت المعالجة كيف يكون لدى الناس معتقدات فى هذه المجالات يتعلق بالذات أو بالآخرين . وأشارت المعالجة أيضاً إلى أنه إذا كان الفرد لديه بيئة تحميه ومعتقدات إيجابية سابقة للاغتصاب ، فإن هذه المعتقدات تميل إلى الاضطراب نتيجة للحادث . وعلى الرغم من ذلك ، فإذا كان الفرد لديه معتقدات سلبية قبل الاغتصاب فى أى من هذه المجالات ، فإن الاغتصاب سوف يؤكد هذه المعتقدات السلبية .

ووصفت سندی ، عند هذه النقطة ، طفولتها كطفلة سعيدة ، ووصفت منزلها كمنازل آمن وسط الحى ، وحيث يمكن لكل الأطفال الحضور للعب ، وحيث يجد بعضهم فيه الحماية عندما يكون هناك مشكلات فى بيوتهم ، وقالت إن والدها كان من المحاربين القدامى فى فيتنام ، وما زال يعاني حتى الآن من اضطرابات الضغوط التالية لصدمة الحرب ، ووصفته بأنه منغلق عاطفياً ، ولكنها تتحدث عنه بإعجاب . ووصفت أمها بأنها مهووسة بمساعدة الذات ، وقالت إن منزلهم كان مليئاً بكتب عن (مساعدة الذات) ، وصرحت أيضاً أنها على علاقة حميمة مع

أمها ، وسندى لها أخ واحد أكبر منها ، كانت قريبة منه حتى حدوث الاغتصاب . وبعد أن وصفت طفولتها قبل الاغتصاب ، قضت سندى بعض الوقت في وصف كيف تغيرت الأشياء بعنف بعد هذه الأحداث ، وذكرت سندى أنها أخبرت أمها بما حدث وأن أمها أوقفت الإساءة لها وعلى الرغم من ذلك فبناء على التقصى اللاحق من المعالجة ظهر أن سندى ذكرت لأمها أن مارك لاحقها وأن الأمر خرج عن تحكمها وأنها في حاجة إلى العون للخروج من الموقف . ولكنها لم تخبر أمها أبداً أنها قد أغتصبت . ولذلك فإن أسرتها لم تفهم أبداً لماذا تغيرت . فبعد الاغتصاب انسحبت سندى من الأنشطة العادية لمدرستها الثانوية وبدأت ترتبط بالشباب أصحاب المشاكل ، وخلال السنة التالية لجأت كثيراً إلى الكذب وبدأت تشرب الخمر ، ووصفت نفسها بأنها عائمة داخل وخارج الواقع ، وكانت تتعارك كثيراً هي وأمها ، وفي سنة تالية كان أحد أصدقائها يقود سيارته بإهمال وتحطمت ، وكانت سندى تركب معه . وظلت سندى مدة شهرين لا تذهب إلى المدرسة حتى يشفى ظهرها المكسور . وأصبحت «متمردة تماماً» ، وكانت تواعد شاباً متوحشاً سيئاً وأصبحت حاملاً منه ، ولم تكن تعرف ماذا تفعل . وفي ذلك الوقت تركت سندى الأمر لوالدها ليتدبر عمل اللازم ويرتب للإجهاض ، على الرغم من أنها كانت قد وصلت إلى القرار نفسه ، وكانت سندى تأسف الآن أنها تخلت عن حقها في أن تقرر . وليس لدى سندى الثقة للذهاب إلى الكلية . وتحديث معها أمها للذهاب إلى مدرسة إدارة أعمال للتدريب على أعمال السكرتارية . وعملت سندى كسكرتيرة تنفيذية حتى هذه السنة ، وعندما بدأت العلاج ، كانت قد مكثت ٦ أشهر دون عمل ، وكانت قد تزوجت لمدة خمس سنوات ولديها طفلان .

وكان تعليق المعالجة بعد أن سمعت هذه القصة هو : «عندما حدث الاغتصاب، أخرجك عن الطريق السوي، وكانت استجابتها هي : «نعم ، لقد ضعت، ولحسن الحظ كان لدى سندى «حاسة جيدة» لتتزوج من رجل جيد ، كان سنداً لها ولم ييأس منها بعد ما حدث ، لقد كان سنداً قويا لها لمحاولتها الحصول على العلاج .

وعند هذه النقطة في الجلسة ، تم السياق التالي من الحديث بين سندى (س) والمعالجة (ع) .

- س : (مستثارة) أنه أمر سيئ للغاية أن لا تفكرى فى الأمر .
- ع : يحدث ذلك عندما يكون التجنب سيقاً ذا حدين ، فهو يجعلك من ناحية أكثر راحة فى لحظة ، إذا أنت أبعدته ، ولكن لا يتركك تتحسنين أيضاً من الناحية الأخرى .
- س : لا ...
- ع : إن متوسط الفترة التى يتطلبها حضور الفرد للعلاج هو ثمانى سنوات بعد حدوث الصدمة .
- س : (فتحت فهما مندهشة) لقد كنت محرجة للغاية ، لقد ظننت أننى أخرج من قاع برمىل .
- ع : لا ... ولكنك حالة نمطية . فعندنا حالات جاءت مبكرة قليلاً ، ولكن لدينا نساء جنن بعد ٣٠ سنة .
- س : أظن أنك توصلت إلى نقطة تكون قد بدأت فيها الاتفاق مع تفكيرك مرة أخرى - حيث تقولين ، يتعين التعامل مع الأمر .
- ع : لن نذهب بعيداً ، لقد وصلت إلى نقطة تقولين فيها «مهما أفعل ، فليس منه فائدة» .
- س : أنت تقولين : «هذه كانت حياتى وهكذا كانت ... وها أنذا الآن .. هنا اليوم» .
- ع : ما سوف تفعله منظم جداً ، سوف أعطيك واجبات منزلية ، وكل شىء سوف ينبى على ما قبله ، الأمر الأول الذى سوف نبدأ به أن واجب كتابى ، وفى المرة القادمة سوف نتحدث عن المشاعر ونسميها ونعمل على الصلة بين التفكير والمشاعر ، ماذا تقولين لنفسك ، ما هى معتقداتك ، وكيف تشعرين ، ومن هنا ، سوف تقومين ببعض الكتابة عن الاغتصاب ، وليس مجرد نسخة من دفتر الشرطة ، ولكن الواقع ...
- س : اغتصاب .
- ع : (تومىء برأسها) نعم ، وهذا يعنى المشاعر ، وما تتذكرين وكل الأشياء التى لا تتذكرينها ، الأشياء الصعبة التى سوف نضمها فى العلاج . ذلك هو ما سوف تعملينه حتى ولو لم ترغبى .
- س : (مستثارة) أوه ، يا إلهى .

- ع : سوف تصبح أسهل بعد ذلك .
- س : (تغطي وجهها) أوه ، لا .
- ع : هذا لكى نساعدك على التذكر ، نحن لا نريد أى أبواب مغلقة فى عقلك ، لقد حان وقت تغيير هواء هذه الغرف .
- س : إنها أصعب الأشياء التى يمكن فتحها .
- ع : إنها كذلك ، ربما هناك بعض النقاط تكون أصعب الأجزاء فى تذكرها . وتلك هى التى سوف يتحتم علينا أن ندخل فيها . ونخرجها هنا ونضعها باللون الأبيض والأسود ، ونتحدث عنها ، نضعها فى الخارج هنا أمامك ، ومن ثم يمكنك أن تتقبلها . إن تصبح المشاعر أسهل بمرور الوقت ، وهذا هو الشيء الذى يمكن أن أعدك به ، وعندما تتركى نفسك لتشعرى بمشاعرك عن بعض الأشياء ، تصبح أسهل فى كل مرة ، وحينئذ فى نهاية الأمر لن تضايقك بعد ذلك . ومن ناحية أخرى ، إذا كانت لديك هذه المشاعر القوية ، واحتفظت بها ، عندئذ فى كل وقت تفكرين فيها ، تشعرين المشاعر نفسها كلها مرة أخرى . لذا وينبغى علينا أن نترك كل المشاعر تخرج ونتركها تجرى فى مجراها .
- س : إنها تستثير نار جهنم فى داخلى .
- ع : أعرف ، أعرف ، وسوف نقوم بمساعدتك على أن تشجعي نفسك لمواجهتها . وعملى هو أن أجلس هنا وأضعك على الطريق السليم ، أجعلك لا تتجنبين الأمر ، وأكون منصتة خلال كل هذه المباريات الصغيرة ، التى تلعبينها مع نفسك ، وأقول «الآن ما الذى تخطيتينه هنا» ؟ .
- س : سأفعل .
- ع : اذن ما الذى سوف استمع له اهو بعض النقاط الصعبة هنا أو هناك ؟ هل هناك اجزاء متناثرة من الذاكرة لا تستطيعين تذكرها ؟ أنت تعرفين ، المكان الذى توجد فيه هذه السجلات ...
- س ، ع : (معاً فى آن واحد) صعب .
- ع : من الأفضل أن تعملى معى عن أن تختبلى منى ، نحن فى حاجة للعمل معاً .

شرحت المعالجة أن هناك ثلاثة أهداف رئيسية للعلاج : هي تذكر وتقبل الاغتصاب ، وسمح لسندی أن تشعر بانفعالاتها وتتركها تأخذ مجراها (تخمد) ، ولذلك يمكن أن تتخلى عنها الذاكرة دون أن تظل هذه المشاعر القوية عالقة بها . وأن نعيد المعتقدات التي تكون قد اضطربت وشوهت إلى التوازن . وبعد وصف العلاج ، أعطيت سندی أول واجباتها ، لكتتب عن معنى الحادث ، وأعطى لها هذا الواجب لتحديد تفسيرها للاغتصاب ، ولتبدأ في تحديد ما هو التمثل والتكيف ، والتكيف الزائد الذي حدث منذ الاعتداء . والنقاط الصعبة ، ومواقع الصراع بين الحادث والمعتقدات التي كانت قبله ويحدد كل ذلك غالباً أول واجب . وأعطى الواجب كما يلي :

رجاء اكتبي ما لا يقل عن صفحة واحدة عن ماذا يعني لك أنك قد أغتصبت . رجاءً ضعي في الاعتبار الآثار التي سببها الاغتصاب ، على معتقداتك عن نفسك ، معتقداتك عن الآخرين ، معتقداتك عن العالم ، وضعي في الاعتبار الموضوعات التالية عندما تكتبين إجابتك ، الأمان ، والثقة ، والقوة/الكفاءة ، والتقدير ، والمودة ، واحضري الواجب معك في الجلسة القادمة .

الجلسة الثانية :

كان الغرض من الجلسة الثانية هو مناقشة معنى الحادث . ومساعدة العميلة على البدء في وصف الانفعالات ، والتعرف على الأفكار وإدراك الصلة بين ما تقوله لنفسها وكيف تشعر . لقد وصلت سندی الجلسة بانفعال واضح وبكت عدة مرات خلال الجلسة . وقالت إنها كانت تشعر بالغضب الشديد طوال الأسبوع ، وأنها كانت مشمئزة من المجتمع وخاصة رجال السياسة والناس الذين لديهم المال والقوة . وقالت إنهم جميعاً شرهون ويعملون لمصلحتهم الشخصية . وعبرت عن قدر كبير من الغضب على محاكمة وليم كندی سميث ، التي حدثت قبل أن تبدأ العلاج مباشرة ، وأصبح من الواضح أمام المعالجة أن سندی تفرط في تعمم قدر كبير من الغضب وعدم الثقة في المغتصب الذي التحق بالأكاديمية الحربية والمستقبل البراق على كل الناس الذي يملكون المال والقوة . وشعرت أيضاً بالغضب من الناس الذين حولها ، الذين لم يتعرفوا على مقدار ما تعانیه من ألم .

س : لقد نجوت من كثير من الناس . ولم أتحدث مع أحد منهم .

ع : ولكن لم تخبريهم أيضاً .

س : لا ، ولكن كان هناك مؤشرات ، لقد أعطيتهم مؤشرات ، ولكنهم اختاروا أن لا يروا أو يسألوا .

ع : هل كنت غاضبة طول الوقت ، أم هذا الأسبوع فقط ؟

س : طول الوقت ، ذلك هو السبب في أنني حولت الألم إلى الداخل .

واستمرت العملية في القول أنها في ذلك الوقت لم تكن تملك الشجاعة لتخبر أسرتها. وعندما سئلت ، قالت سندی إنها فكرت أن والديها سوف يصدقانها ولا يلومانها (مشكلة متكررة مع ضحايا الاغتصاب في سن المراهقة) ولكنها مع ذلك لم تكن ترغب في أن تكسر قلبيهما . فقد أخذنا مارك في منزلهما وعامله كابن ، وكانا فخورين جداً بإنجازاته .

وحاولت المعالجة اعادة صياغة قرار سندی بأنها ظلت صامتة ليس عن جبن ، ولكن حماية لوالديها ، وبالتالي فهذه شجاعة ، وعندئذ أنتقلت سندی نحو موضوع غالباً ما يثار مبكراً في العلاج .

س : لماذا حدث ذلك ؟ لماذا ؟ لماذا ؟

ع : لماذا حدث الاغتصاب ؟

س : نعم ، لماذا فعل ذلك معي ؟ لماذا كان علي أن أعاني هذه المشاعر ؟

أنا نتاج بيتي . حقيقة هذا هو شعوري .

ع : كلنا كذلك إلى حد ما .

س : نعم ، إننا كذلك .

ع : ما الإجابة التي أعطيتها لنفسك في هذه النقطة لهذا السؤال عن لماذا ؟ لماذا

حدث ذلك؟ ؟ لماذا كان عليك أن تعاني هذا ؟

س : لأنه ، مجرد ، هذه حياتي ، هذا هو ماضي (تضحك) هذا ما حدث .

ع : ولكن أنت ما زلت تسألين لماذا ؟

س : أظن أن سؤالى عن لماذا ؟ نشأ من ، أنت تعرفين ، لماذا حصلت على ذلك

منى أيها السافل وليس من الآخرين ، (توقف طويل) ، أنت تعرفين ، إنه

ليس لماذا حدث ذلك معي ، الشيء الوحيد الذى يصيبنى بالغضب الشديد

من نفسى (بكاء) لماذا تركته يفعل ذلك ؟

ع : أنت لم تتركيه .

- س : أعرف .
- ع : أنت لم تتركه يفعل ذلك ، مجرد أنه فعل ذلك .
- س : لقد حدث . لقد كنت فى الخامسة عشرة ، وكنت مرعوبة للغاية .
- ع : ومشوشة .
- س : نعم ، ووحيدة ، أظن هذا هو السبب فى أننى غاضبة ، لأننى كنت وحيدة ، عن كثير من الناس ، لقد مسحت كل الذكريات الحسنة .
- ع : إنه قرار مرعب لفتاة عمرها ١٥ سنة ، تحاول أن تقترب من الناس ، عندما تشعر بشعور سيء نحو نفسها . وأحياناً عندما يكون الشخص فى مثل هذا الوضع ينسحب ، لأنها تكون خائفة جداً من أن تتضاعف الصدمة عندما يرفضها الناس الآخرون . إنه يبدو أنه من الأفضل دائماً أن تنأى بنفسك من أن يرفضك الناس الآخرين ، وبذلك تكونين قد بدأت أنت برفضهم .
- س : حسناً ، فى السنة التالية كنت مشوشة حقاً .
- ع : (همهمه) .
- س : يمكن أن أرى كيف أربكتهم ، وهذا هو الذى يوضح لماذا قلت ، أنت تعرفين ، إننى أعطيت إشارات .
- ع : ولكن لم يكن لديك مسمى لما حدث لك ؟ هل كان لديك مسمى ؟ أنت لم تقولى . «أنا أغتصبت» هل قلت ؟ لذا حتى لو سألوك ، فأنت لم تكونى قادرة على أن تصيغها فى كلمات لتعبرى عما حدث .
- س : أنا لم أعتبره اغتصاباً ، ولم أعرف ماذا أعتبره .
- ع : لقد عرفت أنه كان أمراً مرعباً ، ولكن لم يكن لديك مسمى لفظى له .
- س : لقد كنت خجولة جداً مما حدث .
- ع : متى بدأت تسميته اغتصاباً ؟
- س : منذ شهرين .
- ع : هذا حديث ، ولماذا ليس قبل ذلك ؟
- س : أنا لا أذكر ، أظننى كنت غاضبة لسنوات طويلة .
- عند هذه النقطة طلبت المعالجة من سدى أن تقرأ واجبها المنزلى بصوت

مرتفع للمعالجة ، والعملاء الذين يعالجون علاجاً معرفياً فردياً ، يطلب منهم دائماً قراءه واجباتهم المنزلية بصوت مرتفع ، وإذا كان المعالج هو الذى يقرأها ، فإن العملاء يمكن أن ينفصلوا عن السياق أو يتجنبون بالاحرى ردود فعلهم الخاصة لما كتبوه . وكتبت سدى :

عندما اغتصبتى مارك اغتصب عقلى أيضاً وتلاعب به ، ولم أعد أثق بعد ذلك فى أحد ولا حتى فى نفسى . لقد كنت متألماً وغازبة من العالم وكتبت أيضاً مرعوبة جداً ، لا أشعر بالأمن فى أى مكان . ما لم أكن فى غابة ، لقد كرهت غرفة نومى ، التى كانت دائماً أكثر الأماكن أمناً لى ، لقد كانت حيث اغتصبت فى كل مرة . لقد كنت غازبة لأنه حصل منى على ذلك ، لاغتصابه لى فوق سريرى ، لقد كان على أن أنام فى السرير سنتين اخريتين ، لم آخذ معى شيئاً عندما انتقلت من البيت . لقد تنائرت كل تلك السنوات التى لها ذكريات حسنة . لقد شعرت بأنه لا يوجد شيء مقدس ، أو خاص . لقد ابتعدت عن طفولتى ، وأصدقاء المدرسة المتوسطة ، والثانوية والكلية والعمل . أشعر أن ذلك يتعلق بالمودة . أن أبتعد وأهرب من أناس كثيرين جعلنى حزينة حتى أننى أدت ظهري مبتعدة عن كثير من الناس . لقد خلق الاغتصاب لدى «كراهية» نحو المجتمع ، والدين ، ورجال السياسة وخاصة رجال الأعمال . بعد الاغتصاب كنت ضائعة جداً ومجروحة ومتألماً ، ووحيدة . وبدا أن المجتمع يبحث عن مصلحته الخاصة فقط وغير متوازن ، قبل الاغتصاب كنت أرى العالم هكذا إلى حد ما ، ولكن كان لدى الكثير من الأمل ، كان معظم الناس جيدين ، كنت سأبدأ بعمل شيء جديد ، عندى الكثير من الحب والحنان الذى يمكن أن أعطيه .

بعد الاغتصاب وخلالها ، بدا لى العالم قاسياً وغريباً . معظم الناس شرمون ، يتصرفون تبعاً لمصلحتهم الذاتية . ولقد أكدت ذلك عائلة كنىدى ، وكل مرة أشاهد الأخبار أو أقرأ الصحف تتأكد هذه الفكرة .

لقد حولت بعض هذا الغضب نحو نفسى ، لأننى سمحت بحدوث الاغتصاب ، هذا الغضب الداخلى خلق حالة من الحرب فى عقلى ، وقضت هذه الحرب كثيراً على ثقتى فى نفسى وتقديرى وهويتى .

كان قلبى ينكسر عندما أنظر إلى الخلف ورأى مقدار ما فقدت ، الذكريات والمشاعر التى أشعر بها لنفسى . إنه لمن المؤلم أن يملك أحد الأشخاص القوة ويريد

تجربيد شخص آخر مما لديه ، لقد أخذ مارك هذا منى .

كان واجبها المحدد والموضوع الأول الذى أنارته فى العلاج جعل النقطة الأولى المثارة واضحة والتي تتطلب مواجهة ، كانت سندی قد استوعبت أنها وصفت الأحداث بصعوبة كاعتصاب ، وأنها اعتقدت أنها تركت ذلك يحدث . إنها ثابتة إلى حد كبير إلى عدم ثقتها فى المجتمع ، ولديها القدر الكبير من الغضب الذى أصبح غضباً من كل الناس . إن لديها مشاعر متناقضة نحو المعتصب ، وشعرت أن أسرتها لم تكن سنداً لها ، وحتى مع ذلك فقد اختارت ألا تخبرهم بما حدث ، وعبرت أيضاً عن مشاكل تقدير الذات ، وعلى الرغم من أن الأمان لم يظهر كقضية رئيسية ، فإن الثقة والقوة ، والتقدير والمودة كلها قد اضطربت .

بعد قراءة ما كتبه سندی ، سألتها المعالجة عن مشاعرها ، قالت سندی «ضياح ، وحزن» ، من هنا وصفت المعالجة كم هو مهم أن يكون المرء قادراً على وصف الانفعالات ، والبدأ فى تعرف ماذا تقول لنفسها ، وناقشت المعالجة العميلة ، كيف أن التفسيرات المختلفة (العبارات التى نحدث بها أنفسنا) للأحداث يمكننا أن تؤدي إلى ردود فعل انفعالية مختلفة تماماً . وخرجا بأمثلة عديدة عن كيف أن التغيير فى التعبيرات التى نقولها لأنفسنا يؤدي إلى ردود أفعال مختلفة . وأشارت المعالجة إلى أن هناك بعض التفسيرات ورددود الفعل التى تنجم طبيعياً عن الاغتصاب ولا تحتاج إلى أن تغير . وعلى سبيل المثال ، إذا قالت سندی أن حقوقها قد انتهكت وتشعر بالغضب ، فإن المعالجة لا تعترض على هذه العبارة ، ولكن تشجعها على أن تشعر بغضبها وتدعه يأخذ مجراه ؛ وإذا عرفت أنها فقدت شيئاً ما ، فإنه من الطبيعى جداً أن تشعر بالحزن . وعند هذه النقطة قالت سندی «إن مشاعري ترعبني ، ما الذى يمكن أن أفعله مع الغضب» . أعطتها المعالجة عدة خيارات «أشعري بها ، أو اكتبي عنها ، أو ابكى أو تحدث مع شخص آخر ، إذا أردتى أن تستهلكى الطاقة ، فافعلى ذلك بطرق بناءة ، اجرى ، امشى أو نظفى المنزل ، لا تفعلى أشياء عدوانية» وتأكدت المعالجة أن سندی تستطيع أن تميز الغضب من العدوان ، وأن فلسفة المعالجة لا تقوم على جعل العميل يمارس العدوان كطريقة للتعبير عن الغضب (فلا تضرب المخدة مثلاً) ، وذكرت المعالجة أيضاً العميلة بأن لديها مهارات كثيرة جيدة للمواجهة .

وأعطيت سندی بعض أوراق مقسمة إلى أ ، ب ، ج كواجب منزلي لتبدأ تعرف ماذا كانت تخبر نفسها ؟ وماذا كانت انفعالاتها ، وأعطيت سندی التعليمات لأن تكتب حدثاً تحت الحرف أ في العامود الأول . وهو بعنوان «شيء ما حدث» وتحت العامود الأوسط ب، أخبرت نفسي شيئاً ما ، وطلب منها أن تسجل أفكارها حول الحدث . وتحت العامود ج «أشعر/ أو أفعل شيئاً ما» . طلب منها أن تكتب استجاباتها السلوكية والانفعالية للحدث . وأشارت المعالجة إلى أن ما يقوله شخص ما لنفسه كثيراً ، فإنه سيصبح فكره آلية وبعد فترة يصبح في غير حاجة للتفكير بوعى في الأفكار ، ولكنه يذهب مباشرة إلى المشاعر ، ولذلك فمن المهم أن نتوقف وأن نتعرف الأفكار الآلية ؛ لكي نقرر ما إذا كانت مفهومة ومعقولة أم يجب تغييرها .

الجلسة الثالثة :

قدمت سندی واجبها المنزلي للمعالجة بمجرد وصولها ، وأطلعت المعالجة على الأوراق مع سندی ، وأشارت إلى أنها قامت بعمل جيد ، ويعرض شكل ١ : ٢ بعض هذه الواجبات المنزلية .

ولأن الهدف من التدريب هو تعرف الأفكار والمشاعر ، وليس المواجهة القوية لها في هذه المرحلة ، فقد لاحظت المعالجة أن لوم الذات ظهر مرة أخرى ولكنها لم تناقش ذلك مع العميلة . غير أن المعالجة كررت القول بهدوء أن سندی لم تترك مارك يغتصبها ، وأشارت إلى أن «البديل لذلك مروع - إنك لم تتركه ولكنه فعلها على أية حال» .

وسألت المعالجة سندی لماذا تركزي على تد كندی وليس على وليم كندی سميت ، قالت سندی «تد كندی أسوأ ، إن له سلطة سياسية ، وقتل فتاة وهرب بجريمته ، ودافع عن ابن أخيه، وبالنظر إلى الأفكار المتعلقة بالمجتمع ، قالت المعالجة إنها لم تفهم كيف أدت العبارات الذاتية ، إلى المشاعر التي سجلتها سندی . وفكرت سندی لعدة دقائق في معتقدها بأن كل الناس سيئون ، وأن هناك عنف وفقر ويجمع الناس الذين في السلطة الكثير من المال ، في حين أن الآخرين دون مساكن . لقد كانت في منتهى الإثارة وهي تتحدث وكانت تبكي أحياناً ، وسألتها المعالجة : هل الناس الذين يحاولون مساعدة من لا مساكن لهم سيئين أيضاً ؟ أجابت سندی أن القيام بذلك ليس كافياً ، وقررت المعالجة أن ترى إلى أي مدى سوف تتمسك سندی بإعتقادها بأن كل الناس سيئون ، وسألت ما إذا كانت

التاريخ رقم العميلة

المقتربات	المعتقد	تنشيط الأحداث
ج ←	ب ←	أ
«أشعر بشيء ما أو أفعله»	«أخبرت نفسي شيئاً ما»	«شيء ما حدث»
أشعر بالضيق	سمحت بحدوث ذلك	أغتصبت
أشعر بالضيق	أخبرت نفسي أنه تم أستغلالي	عذرتني أخذت مني
أشعر بالارتياح والامل	أخبرت نفسي أن الأمر لا يستحق	أشعر برغبة لتدمير
أشعر بالمرارة وعدم الفهم	سيعاقبه الله .	تد كنيدي
	أعرف مما رأيته . إنهم كذلك	لم أقل أن كل الناس سيئين
أشعر بانني في حالة جيدة	أنا فخورة إنه زوجي .	زوجي مساند

هل يبدو ما ذكرتيه لنفسك في ب معقولاً ؟

ما الذي تقولينه لنفسك في مناسبات مشابهة في المستقبل ؟

شكل (١ : ٢) صحيفة أ ، ب ، ج

سندى تضم الناس الذين لا مساكن لهم إلى السيئين .

س : لا .

ع : أنت قلت كل .

س : لم أضمهم إلى التيار العام للمجتمع (توقف) . أعرف أنني ربطت بين كثير

من هذا في عقلي ؛ لأن مارك أخذ الطريق نفسه ، وفي نظر المجتمع

يعتبر ناجحاً جداً.

ع : وكل فرد يكون في هذا الوضع يشبه مارك .

س : نعم ، لأنهم من المحتمل أن يكونوا من نمط الذين يهربون ولا يتورطون ، ولذلك يمكنهم الاحتفاظ بما يملكون .

ع : (في محاولة لنرى هل يمكن أن تتزحزح) ربما يكونون كذلك وربما لا ، هناك نوع آخر من الناس .

س : (توقف) أنا أعرف أنهم ليسوا جميعا سيئين .

على الرغم من أنه ليس واضحاً في البداية لماذا لا تزال سندي توجه غضبها إلى المجتمع ، فلقد بدا للمعالجة أنه من المحتمل أن يكون ذلك أكثر من تعميم مبالغ فيه من مارك إلى كل ناجح وصاحب سلطة ، ويتركزها على غضبها المعمم ، ساعد ذلك على انحراف بعض مشاعرها عن القضية الأساسية ، وهي اغتصابها . ولأن الموضوع غامض وعم ، كانت تتجنب التحدث عن دقائق ما حدث لها . ولأن الهدف بالنسبة للعميلة هو أن تتحدى وتفكك معتقداتها الخاصة ، فقد تحسست المعالجة القضية دون أن تضغط كثيراً . وعلى الرغم من أن سندي تتحرك بعيداً إلى حد ما عن موقفها المتطرف أثناء الجلسة ، فإن المعالجة لم تتوقع أى تغييرات مثيرة ، فلقد كانت المعالجة ، تركز في الغالب على أن تكون مساندة ومقيمة لعلاقة تساعد العميلة على الاندماج في الجلسات الأكثر صعوبة ، والتي سوف تأتي لاحقاً . وظلت المعالجة هادئة أثناء كلام سندي الساخر العنيف ؛ لأنها لم تكن تريد تدعيم التجنب بالانشغال عن المناقشة الرئيسية بالحديث عن المجتمع وكل كوارثه .

ولقد أثنت المعالجة على العميلة لقدرتها على تعرف الأفكار والمشاعر وتسميتها ، وقالت المعالجة أنها تريد من سندي التركيز على كليهما في واجباتها المنزلية للجلسة التي تكتب فيها عن الاغتصاب . وسألت سندي عن أى اغتصاب تكتب إذ كان هناك سلسلة من الاعتداءات . وسألت المعالجة سندي : أى الاعتداءات كان صادماً أكثر لك ؟ فأجابت : إنه كان الأول ، فطلبت منها أن تبدأ به ، وطلبت من سندي أن تكتب في الواجب المنزلي وصفاً تفصيلياً يتضمن تفاصيل دقيقة قدر الإمكان . وطلبت منها أيضاً أن يتضمن الواجب تفكيرها ومشاعرها أثناء الاغتصاب ، وأعطيت تعليمات بأن تبدأ بأسرع ما يمكنها ، وأن تختار المكان والوقت اللذين تتوافر فيهما الخصوصية لها وعليها التعبير عن مشاعرها . وإذا لم تكن قادرة على استكمال ما هو مطلوب في جلسة واحدة ، فعليها أن تضع خطأ حيث توقفت . (والموضع الذي تتوقف عنده العميلة غالباً ما يكون هو الذي حدث فيه موقف صعب في الحادث ، وحيث توقفت عن المقاومة ،

وحدثت بعض الأمور الشنيعة على وجه الخصوص ، وهكذا وعندما يمكنها استئناف الكتابة ، كان على سندی أن تقرأ ما كتبتة ، وتكتب أكثر . وذكرتها أيضاً إنه إذا كانت هناك أجزاء لا تستطيع تذكرها ، فعليها أن تضع خطاً ثم تستمر فى كتابة النقاط التى تذكرتها ، وطلب منها كذلك أن تقرأ ما كتبتة لنفسها كل يوم حتى موعد الجلسة القادمة .

وأخبرت سندی أن هناك عدة أهداف للواجب : أن تستعيد كامل الذكريات ، وأن تشعر بانفعالاتها إزاءها ، لكى تبدأ المعالجة والعميلة بالنظر فى النقاط الصعبة- وأعيد التأكيد مرة أخرى لسندی أنه على الرغم من أن هذا قد يكون أسبوعاً صعباً بالنسبة لها ، فإنه لن يستمر بهذا القدر من التوتر ، وأنها سوف تعبر حالاً أصعب جزء من العلاج .

الجلسة الرابعة :

فى بداية الجلسة طلبت المعالجة من سندی أن تقرأ ما كتبتة ، وقبل أن تبدأ سألت سندی المعالجة أن تذكرها بفوائد القراءة ، قامت المعالجة بتذكير سندی بما تحدثنا عنه فى الجلسة السابقة ، وأضافت أن قراءتها بصوت مرتفع يساعدها على إثارة جميع الذكريات ومشاعرها نحوها ، وقرأت سندی بهدوء ما كانت قد كتبتة باكية معظم الوقت :

كنا نرقص فى الغرفة الأمامية ، كنا نتدرب طوال الوقت ، وكانت هناك أغنية بطيئة هادئة ، لم نكن نرقص رقصاً بديبياً ، كنا نتدرب حتى يمكن أن نتصبر فى مباراة ، وأيضاً لأن كلاً منا يحب الرقص ، وكنا نرقص معاً ، ونحن نرقص قبلنى ، وواصلنا الرقص وكنت استمتع به ، حرك يده على صدرى ، وللحظة قصيرة كان شيئاً حسناً ، ولكن كان عندي صديقاً ، دفعت يده بعيداً ، ونظرت له نظرة بغيضة ، ولكننا واصلنا الرقص ، وكان ما حدث يبدو كجزء من الرقص .

وعندما انتهت الأغنية كان يتسم لى ، وكان قضيبه منتصباً ، شعرت بعدم الراحة للغاية وارتبكت ، لم يقبلنى أبداً ونحن نرقص ، شعرت بالتهديد داخلي ، أنا واقفة هناك أحاول فهم الموقف ، عندما وضع ذراعيه حولى وبدأ تقبيل عنقى ، دفعته بعيداً ولكنه أحكم ذراعية حولى ، وهمس بأنه يمكن القول أننى أحب ذلك ، وسيكون لذلك طعم حسن ، هيا ولن أخبر أى شخص . ولا حتى صديقك على وجه الخصوص ، وقد اغضبني هذا ، لقد أثار اشمزازى ، وحاولت أن أبتعد عنه ، وكنت أتحدث بكراهية ، وأخبرته بأن يتركنى وحدى ، وأن يتركنى أذهب ويسكت ،

أحکم قبضته أكثر ، دفعني من الصالة إلى غرفة النوم إلى السرير وسقط فوقى ، وحاولت أن أتلقى لأبعد عنه ، لم أستطع الذهاب بعيداً ، يدها كانتا مطبقتين حول معصمى وجعل رجليه تشابكان مع أعلى رجلي ، ووضع ساعدى الأيمن تحت إبطه الأيمن وأمسك معصمى الأيسر بيده ، وجذب بيده اليسرى سروالى إلى أسفل ، ثم سرواله وابتسم لى فى الوقت الذى حرك فيه بلطف عضوه كما لو كان يريدنى أن أعرف أن ذلك شئى حسن . حاولت الإفلات مرة أخرى . وضع كلا يديه على معصمى ثم أبعاد رجليى بعيداً برجليه صرخت بأعلى جزء من رتى ، عندما وضع نفسه فى ، دفع بذراعى على فمى ، ثم بدأ تقبيلى فى كل جزء بلطف ، رقدت هناك شاعرة بالخداع ، كنت أبكى ولكن شعرت بعدم القدرة على الحركة (القدر) التصقت الملاءة بخدى ، كانت كلها مبتلة ، وكان يمكن أن أشعر بنفسى راقدة هناك بدون حركة ، تندحرج الدموع إلى أسفل خدى ، دارت رأسى تماماً إلى الجنب ، وعينائى كانتا مغلقتين ، فكرت فى والدى ، وأسرتى وطفولتى وصديقى ، وأصدقائى كما لو كانت الحياة تومض أمامى . حينئذ قبل خدى . ولم يعد راقداً فوقى ، فتحت عينى وكان قد ارتدى سرواله وسمعته يخرج من الباب الأمامى ، وانتهى الأمر . كنت راقدة على سريرى مصدومة ، ولازلت أشعر أننى غير قادرة على الحركة ، حينئذ شعرت بالألم والبلل بين ساقى ، وعرفت ما الذى حدث ، هممت باكية ، نزعت الملاءة وخلعت سروالى ووضعته على الملاءة ، وذهبت إلى الحمام ، وقمت بالاستحمام ، لاحظت الماء يغسل الدم من بين فخدى كنت مجهدة للغاية ؛ لدرجة أننى لا أستطيع الوقوف ، جلست طول فترة الحمام أتهد بسرعة دون أن أتحكم فى ذلك . وظللت هناك حوالى ٣٠ دقيقة: عشرة من هذه الدقائق بعد أن نفذ الماء الدافئ ومع ذلك شعرت أننى فى حالة جيدة ، فقد كان غالباً مثلجاً وفى النهاية خرجت وارتديت ملابسى . وكانت الساعة ٣٠ ، ٤ بعد الظهر فقط . ذهبت إلى السرير فى غرفة والدى ، لم أعرف فيم أفكر ، أو أشعر . لم يكن لدى الرغبة فى أن أفكر فيما قد حدث . وكنت فى غاية الإجهاد ، أريد فقط أن أذهب لأنام ، كيف يمكننى حتى أن أبدأ بشرح ما حدث . لم أكن متأكدة من نفسى ، عرفت الحقائق ولكنها غير مفهومة ، رغبت فقط فى الذهاب لأنام وأنسى ، وعندما عادت أمى إلى المنزل أخبرتها أننى كنت مريضة ووقدت فى تلك الغرفة المظلمة طول الليل ، لم أكن قد نمت بعد أو حلمت. ولكن أشعر بأفكارى

تتلاحق ، لقد كنت كما لو كان عقلي يفكر في تفاصيل أكثر للأشياء التي فكرت فيها عندما كنت فعلاً خلال اغتصابي ، لقد كانت قاسية وأيضاً لطيفة ، لقد أحببته ولكن كرهته ، لقد كنت فخورة به لكنه الآن يشير الاشمئزاز . آه يا إلهي ، لم أعد عذراء ، لم أتخلى عن عذريتي بسهولة ، لقد تركت شخصاً ما يجردني منها ، أو أنني فقدتها ، أو أنها أنتزعت مني لقد عرفت ذلك بالتأكيد ، لم أتخلى عنها وهذا ما يؤذيني ، لقد تمنيت أن تكون أول مرة لها معنى خاص لي .

لقد كانت هناك مداعبات بيني وبين صديقي ، أنا أعرف أن شعوري سيكون حسناً عندما أكون مستعدة ، ولكنه سوف يكون أمراً خاصاً مع شخص خاص . إنني في حالة من العذاب ، لقد كنت في الخامسة عشر من عمري فقط ، لقد أحببت بوب صديقي حقاً ، لقد تواعدنا من شهر فقط ، وكل منا أحب الآخر حقاً ، كان أكبر مني بعامين ، لقد كان فتى جيد حقاً ، تواعدنا وكانت هناك قبلات ، ومشينا معاً ، ولكنه لم يضع في اعتباره الجنس ، يمكن أن أشعر بنفسى تتحول تلك الليلة . يمكن أن أشعر بنفسى تتغير ، تفكيري ، ومخاوفي ورغباتي . لقد كانت في محتوى ما قبل الوعي تماماً ، وبوعي كنت أرقد في سرير والدي ملتفة في البطانية نائمة طول الليل . لا أعتقد أنني حررت عضلة ، وإلى الآن لم أشعر أن ما قبل الشعور يعمل بصعوبة جداً ، عرفت أنني لن أكون نفس الشخص ، لقد حدث التغيير تلك الليلة ، لقد استيقظت شخصاً مختلفاً . لقد اخترت ألا أخبر أحداً لأنني عدداً كبيراً من الناس من أن يشعروا بالأذى . لن أكون هذا الشخص الذي يسبب الأذى والألم ، أعرف أنهم جميعاً شعروا بذلك من قبل تماماً مثلما فعلت ، ذلك الذي جعلني أختار أفضل حل ، لقد وضعت الملاءة والسروال في الغسالة ، وانتهى الأمر .

ذهبت إلى المدرسة كالعادة ، كنت هادئة ومتباعدة ، ومرأمامي مارك في الصلاة ، أتذكر ، كنت أقف هناك عند الصندوق الخاص بي غاضبة منه ، واقف هناك في الصلاة حيث يوجد عدد كبير من الناس ، أراه وأتذكر ، شعرت أنني مستقلة وخجولة ، وتجنبت كل شخص ، وبقيت مع نفسي فيما تبقى من اليوم . ومكثت بعد الدراسة من أجل لعب الكرة ، وعدت إلى المنزل حوالي السادسة مساءً ، وكان الجميع هناك ، وذهبت إلى السرير مبكراً مرة أخرى ، اليوم التالي كان أفضل إلى حد ما ، ولكن ليس كثيراً . بعد الظهر من ذلك اليوم ، قال مارك إنه يريد أن يتحدث معي عندما نهبط من الحافلة ، كنت أحملق خارج نافذة الحافلة طول الطريق إلى البيت . والذي كان بمثابة رحلة جميلة ، وفكرت في أنه قد

يرغب في الاعتذار ، وحتى لو حدث ذلك ، فإنه كان عنيفاً ، ولكنه كان لطيفاً من قبل . سوف أعنفه بكلماتي عما فعله لي ، وبعدئذ سوف أسامحه ، أو على الأقل أحاول أدبر الأمر ، ولكن لم يحدث مثل ذلك .

جلسنا على الأريكة وبدأ يتحدث عما حدث ، وكان آسفاً أن حدث مثل ذلك ، وأن الأمر كان يمكن أن يكون أفضل كثيراً إذا لم أقاوم ، وعرف أنني أحببت ذلك ، لم أصرخ إلى أن أدخل نفسه في داخلي ، وأنني لم أخبر أي شخص . وقلت لو أنه كان كذاباً ومريضاً وأنه اعتدى عليّ ، قال إنني كنت أكذب وأنني أحببت ذلك ، إذ لم أصرخ أو أقاوم طول فترة الاغتصاب ، ولم أخبر أي شخص ، وبدأ يتحدث عن صديقي ، ما الذي سوف يقوله إذا عرف ، ما الذي سوف يفكر فيه والداي إذا عرفا ، إذا عرفوا جميعاً أنني أحببت ذلك الذي حدث ، وأنني لم أمنع حدوثه . وقال إنني أعرف أنك قوية بما فيه الكفاية لمنع ما حدث ولكنك ولم تفعل.

وخذ يدي وقادني إلى غرفة النوم ، وجذب سروالي إلى أسفل ، وبدأ تقبيل جسمي ورقبتي ، وقال كيف أنني كنت سوف أحب ما حدث وأنه لا أحد سوف يعرف ، لأنني لا أريد أن يعرفوا أنني أحببت ما حدث ، سيخجلون ، يجب أن يبقى الأمر بيني وبينه ، وسوف يستمتع كل منا به حقاً ، وقفت هناك جامدة ، لا أستطيع أن أتركه يخبر أي شخص بما حدث قبل يومين . إنه كان ينوي أن يخبرهم أنني رغبت فيما حدث . وكان سوف يخبر الناس بما فعله معي ، وأنني أحببت ذلك ، لقد تركته يضعني على السرير ويمارس الجنس ، لا يهم أكثر من ذلك . شعرت أنه إذا عرف أي شخص فسوف يدمرنى ذلك ، سوف ينظر الناس إلى نظرة مختلفة ، سوف يعاملونني على أنني وقحة . وفي ذلك الوقت رقدت معه وهو فوقى . لقد تلاعب بي بهذه الطريقة لمدة ثلاثة أسابيع ، لقد كرهت نفسي ، وكرهته ، لم أعد أهتم الآن .

إنه يجعلني أفعل أشياء أعرف أنني لا أحبها ، ذات مرة جعلني أرقد على معدتي ودخل في شرجي ، وصرخت في ألم ثم بكيت «توقف يكفي هذا» توقف حينئذ وغادر . وبعد بضعة أيام جاء مرة أخرى . وكان يهدد ، سوف يخبر كل الناس ، وستكون الحقيقة الآن أسوأ ، لقد مرت أربعة أسابيع وأصبح أكثر عنفاً وإصراراً . لقد ذهبت أكثر عمقا داخل ممر مظلم . عدت من المدرسة إلى المنزل ، لقد حدثت أشياء بعد ذلك ، وناديت أمي ، لا بد أن توقف الأمر مهما كان الثمن .

عندما أخبرها قد أرى قلبها ينكسر ، ولذلك أخبرتها أنني تركت الأمر يحدث ، ولكنه أصبح خارج نطاق سيطرتى وطلبت منها أن توقف ذلك . وبعد الظهر فى اليوم التالى ذهبت إلى مكان عمل أمى ، وجلست على مقعد مرتفع وأتذكر أنني كنت أغنى «أنا على قمة العالم أنظر إلى أسفل على الخلق» وشعرت بقدر كبير من الأمل .

فى ذلك الوقت بدأ يهددنى فى المدرسة ، ويحملنى المسؤولية ، هامساً أنني لا أستطيع أن أبتعد ، على الرغم من أن والدائ عملاً ترتيبات لى لأمكث مع صديقى بعد المدرسة ، والأمر الغريب أنه حتى منزلنا لم يعد آمناً ، أخته أخبرتني أنه يجب ألا أسبب أى مشكلات . بعد فترة وجيزة ذهب مارك بعيداً وتركنى وحدى . وبدأ يندمج أكثر فى الدراسة والرياضة ، احتفظت بالأمر بينى وبين نفسى ، ولت نفسى على كل الذى حدث . من المحتمل أنني كنت وقحة لا شىء يهتم بعد ذلك . منذ عشر سنوات بدأ الصراع فى عقلى هل الذى أخبرنى به هو الصحيح أم الذى أعرفه هو الصحيح ، إنه اغتصبنى لقد عذبنى ، وأقلقنى إنه اغتصب عقلى وجسمى . لا أعرف ما الحقيقة وما الذى أفعله ، ولذلك بدأت أكذب حول : من كنت أنا ، كما فى الخيال .

كنت مرعوبة من فكرة أن يكون هو على صواب ، أى أنني كنت أرغب فى ذلك . لا أستطيع أن أصدق ذلك ، ولكن لماذا لم أصرخ وأقاوم وأخبر الناس ربما أكون قد سمعت إلى ذلك . لقد أصبح كل شخص عدوى ، الناس الذين حولى ابتعدوا عنى لكى لا يصابوا بالأذى ، وأى شخص آخر ابتعد عنى لكى لا يسبب الأذى لى .

بعد قراءة التقرير ، قلبته سندی رأساً على عقب ووضعته على الطاولة فى غرفة العلاج ، وسألته المعالجة عن شعورها :

س : (فترة صمت طويلة .. نهز رأسها) مرير .

ع : أنت على صواب فى هذا الشعور . لقد ابتزك بالتهديد .

س : أعرف .

ع : وجعلك تشعرين بالذنب .

س : ذلك هو الذى جعلنى ألوم نفسى كل هذه السنوات ، ولم أعتبره أبداً اغتصاباً .

بعد فترة بدأت الاعتقاد فى ذلك وأراه مستمر أيضاً .. (توقف الاندفاع) .

ع : ولكنه كان اغتصاباً .

س : أعرف .

ع : وجزء من ذلك الاغتصاب أن جعلك تشعرين بالذنب ، إلى حد ما كان عليك أن تتصرفى بطريقة مختلفة .

س : لم أستجب لأنلى لم أرغب فى أن أسبب أذى للناس . حتى هو .

ع : أنت تعرفين كيف تستجيب معظم النساء ؟ (رفعت سدى بصرها)
يتجمدن ، إنهن يصبحن فى صدمة انفعالية .

س : نعم ، لا تستطيعين أن تصدقى ذلك . إنك تحاولين أن تستوعبى ما حدث ... وحينئذ كل الناس الآخرين يقولوا ، ينبغي عليك ...

عند هذه النقطة ، ثارت مناقشة حول كيف هو مؤذ أن تسمع التعليقات العامة للناس الآخرين عن الاغتصاب ؟ ووصفت سدى مقدار الغضب الذى أصابها ، وكيف حولت غضبها نحو المجتمع . من هناك بدأت تصف كم كان صعباً ذلك الأسبوع الذى كان مع زوجها ، لقد دخلت فى معارك كثيرة ، وكانت غاضبة لأن زوجها ترقف عن أن يكون سندا لها . وتحدثت المعالجة عن ردود فعل الناس الآخرين للاغتصاب ، وأنه أحيانا ما تكون مشاعرهم القوية تتعارض مع قدرتهم على أن يكونوا مساندين .

واقترحت المعالجة أنه يمكن لمعالج آخر مقابلة زوج سدى لمساعدته على التحكم فى ردود فعله . وعبرت سدى أيضاً عن خيبة أملها فى رد فعل الأصدقاء . فعندما أخبرت هذه الصديقة كم كان الأسبوع صعباً بسبب ظهور كل الذكريات على السطح ، استجابت المرأة بالقول ، تغلبى عليها ، واستمرت قائلة بعض التعليقات المساندة ، وقالت سدى إنهما كانتا صديقتين منذ المدرسة الثانوية ، ولكن كان ذلك فى الحقيقة من جانب واحد . إنها ساندت صديقتها واستمعت لمشاكلها ، ولكنها لم تطلب المساندة من قبل . فيما بعد ، أثناء الجلسة عادت المناقشة إلى الاغتصاب والواجبات المحددة ، وسألت المعالجة : ما النقاط التى لا تزال صعبة مما عرفته عندئذ حدث الحوار التالى :

س : (تبكى) عبر السنوات ، عندما أفكر فى هذا الموضوع أضع كل اللوم مرة أخرى على نفسى . لا أتذكر أبداً ما الذى حدث بالضبط أول مرة .

- ع : والآن تفعلين ذلك . هل هناك نقاط مفقودة ؟ ...
- س : (تقاطع) (باكية) لا .
- ع : أو لعل هذا كل شيء ؟
- س : (بهدهوء جداً) (تنهد) أعرف أوه ... عندما بدأت أتذكر ، أعرف أنه اغتصاب دون شك ... عندئذ بدأت أغضب .
- ع : حقيقة أنك لا تتذكرى ، هل كان هناك إشارة ، إذا لم تكونى تعرفين أن ذلك كان اغتصاباً ؟
- س : نعم .
- ع : إذا لم يكن اغتصاباً كان يمكن أن تتذكرى .
- س : لم أستطع أبداً تذكر المرة الأولى .
- ع : (همهمه)
- س : ولهذا ، كان ، ذلك هو السبب فى أننى قلت لى نفسى ... ربما بطريق ما .. بوسيلة ما .. كنت أنا البادئة .
- ع : كنت فى هذه الحالة تحاولين مجرد ألا تتذكر بها ، لأنها كانت واضحة .
- س : (التقطت الواجبات المكتوبة ووضعتها بعيداً ، وأخذتها مرة أخرى) ربما يمكن أن أنظر إلى ذلك (تنظر إلى الواجبات بصمت لمدة طويلة) لا أعرف إلى أين أذهب من هنا .
- ع : لقد كتبت عن ماذا قال وأنت كنت فى صراع بين تصديق أو عدم التصديق . وأين أنت فيما يتعلق بذلك الآن ؟
- س : أعرف ما الحقيقة .
- ع : هل لديك أى لوم للذات فى هذه النقطة ؟
- س : لا ، فيما عدا أننى أظن أن الشكوك لى سوف تستمر . الحقيقة أننى لم أفعل شيئاً وسأظل دائماً أرغب أن ...
- ع : هناك فرق بين الرغبة واللوم .
- س : نعم ، هذا صحيح .

ع : لكنى أحسب أننا نحتاج لأن نعمل على ذلك ؛ لأننى لا أريد أن تقولى أنك دائماً سوف ...

س : (مقاطعة) سأظل دائماً ألوم نفسى .

ع : ليس هناك حاجة إلى ذلك .

س : ونعيد القراءة عن هذا ، يا إلهى !

ع : الجزء الساخر بالنسبة لى هو أنك اخترت ألا تخبرى أحداً ، ليس لأنك تفضلين ذلك ، أو لأنك كنت جبانة ، أو أى شىء آخر ، إنك اخترت ألا تخبرى أحداً ، لأنك لا تريدین إيذاء الناس .

س : (تبكى) .

ع : إنك تفعلين ما تعتبرينه صواباً ، وتفعلين الأشياء النبيلة . وبعد ذلك يحرفها هو إلى النقيض .

س : لقد استخدمها ضدى .

ع : واستخدمها ضدك .

س : وعندئذ ، بعد ٤ أسابيع ، أنا حقيقة .. أنت تعرفين ؟ .. كان مثل .. (عملت صوت انفجار) إنها أسوأ من الأصل ، كما تعلمين ، لأنه يجب أن البرهنة على أن ... (نواح) أوه .. يا إلهى .. (تنظر مع ابتسامة صغيرة) لا أحد أبداً يكتشف .

وتفسير المعالجة لسندى هو أنها عملت أفضل ما تستطيع فى موقف مستحيل ، وبعد ذلك راجعت المعالجة الحالة الانفعالية ، لتأكد من أنها أكثر هدوء مما كانت وعلى استعداد لإنهاء الجلسة . أثنت المعالجة على سندى ؛ إذ إنها قامت بعمل عظيم فى كتابة الواجب . وقالت إنه من المهم ألا ننهى الجلسة الآن . وكانت استجابة سندى أنها أكثر تحديداً الآن ، وأخذت المعالجة الواجب الأول وأعطت للعميلة الواجب المنزلى لتكتب التقرير مرة أخرى . وطلبت من سندى أن تضيف أى تفاصيل قد تكون تركتها فى التقرير الأول ، وتسجل أى أفكار ومشاعر عندها الآن وتضعها بين قوسين ، بجانب أفكارها ومشاعرها فى ذلك الوقت .

الجلسة الخامسة :

وصلت سندی الجلسة التالية وتبدو عليها الحيوية إلى حد بعيد ، ومبتهجة ، وأشارت إلى أنها شعرت بقدر كبير من الطاقة ، وعملت الكثير في تنظيف المنزل وشغلت غسالة الملابس ١٣ مرة . وسألتهَا المعالجة كيف كانت الأمور تسير بينها وبين زوجها . قالت سندی انهما تحدثا معاً واعتذر وكان حساساً للغاية ، مسانداً ومحبباً ، ولا يشعر أنه في حاجة إلى إرشاد نفسي في هذا الوقت ، وكانت سندی مسرورة لهذه الاستجابة ، ولصراحتها خلال المناقشة بينهما . وتحدثت سندی أيضاً كثيراً مع أمها خلال الأسبوع وشعرت بالمساندة ، وحينئذ بدأت التحدث قليلاً عن صديقتها القديمة ، وبدأت تتحقق بوضوح أكثر أن هذه المرأة لم تكن صديقة لها ، ولكنها كانت قد التصقت بها كنوع من الولاء ، وربما لبعض أسباب تحطيم الذات . وهذه المرأة دعمت نظرة سندی السلبية عن نفسها بهجومها اللاذع . وبدأت سندی ترى أنها ربما كصديقة كانت مثل الزوجة التي يضربها زوجها بقسوة وتظل معه ، والذي يبدو أنه يحتاج إليها ، ولكنه مسيء في الوقت نفسه .

وسألته المعالجة سندی كيف تمت الكتابة في المرة الثانية . أجابت سندی لم يكن هناك دموع ، وكانت معدومة الثقة إلى حد ما مرتعشة ولكن لم تصل إلى حد الانفعال . وكان الجزء الأول من التقرير مماثلاً جداً ولكنه أقصر قليلاً ، ووجدت سندی نفسها تكتب أكثر عن الأحداث اللاحقة . وبعد القراءة لبضع دقائق فقط ، وصلت المعالجة إلى الجزء الخاص بجرها من الصالة ، قاطعت المعالجة سندی بما يأتي :

ع : ليس عندك أي أفكار أو مشاعر هذه المرة مثل التي كانت عندك وقتها .
وعندما يكون نديك مشكلة فكري فيها أو ...

س : لا ، أنا ، (همهمه) ، لقد شعرت بعدم القدرة على الحركة (خدر) ، أعنى أنني أشعر الآن بنفس الشيء .

ع : خدر أم محايدة .

س : محايدة .

ع : حسناً ، عندما أفكر في الخدر ، أتصورك تحملين شيئاً كبيراً على ظهرك .

س : لا ، لأنني أظن أنني أقيت ذلك عن كاهلي في المرة الأولى .

- ع : ولذلك بدأتى تشعرين كما لو أن هناك مشاعر أقل نحو الأمر .
- س : نعم ، أعرف أنني عشت الكثير من الألم ، وكان هناك الكثير من الانفعالات المختلطة فى داخلى ، وقد أخرجتها خارجا ، وأظن أنني فعلت ، لأن .. إنها مجرد .. هذا هو ما حدث . (تضحك) هل تعرفين ؟ أشعر ، اعتقد أن مشاعرى محايدة هى الكلمة الصحيحة .
- ع : همهمه .
- س : لا يبدو الأمر كما لو أنني سلبت ... لا أعرف . إنها لا تبدو مؤلمة ، لقد كانت مؤلمة ، ولكنها لم تكن ، عندما كنت أكتب هذا كانت مؤلمة ، ولكن عندما كنت أقرأها ثانية ، المرة الأولى كانت مؤلمة قليلا .
- ع : ولكنها ، تصبح أقل قليلاً فى كل مرة تفعلين ذلك .
- س : وعندما كنت فى الخارج فى الشاحنة ، منذ وقت قصير مضى ، قرأتها بسرعة وكانت مثل ... (تضحك وتومئ بما يدل على التصميم) .
- ع : إنها حدثت ، أليس كذلك ؟ ولقد حدثت وها هى .
- س : نعم ، أنت تعرفين ، لقد كنت أشعر لعدة أشهر بكل الغضب والارتباك ، بمجرد تذكر الألم ، وهنا لمدة أسبوعين ، ظلت أحلم بذلك الشخص وان هذا ما حدث . علقى لن يتركنى أنكرها ، وأظن الآن أنها ليست كما ... ، إنها أفضل ، كما تعرفين .
- ع : (همهمه) .. حسنا .
- س : هذه مشاعرى الآن .
- ع : جيد ، حسن ، دعينا نرى ، إذا كنت لا تتجلبينها ، وتستطيعين التفكير فيها ، ولا تسبب لك ذلك القدر الكبير من الألم ، سيكون من المحتمل عندئذ أن ذلك هو ما تبحثين عنه . وإذا كان عليك أن تتجلبينه ، أو كانت تسبب لك خدر وتحفظين بالمشاعر المتعلقة بها ، حينئذ أنت لم تعملى ، لذلك عليك أن تكونى قادرة على أن تخبرينا الفرق .
- س : أعنى إنها تجعلنى أشعر بعدم الراحة (تضحك) ، وأعنى ذلك تماماً .
- ع : (همهمه) .. نعم ، ولكن ستصبح أسهل .

عند هذه النقطة عادت سندی إلى القراءة ، وقرأت الباقي بهدوء وسرعة ،
وبتعبير واضح ، ولكن بدون بانفعال ، وكان الجديد في ذلك هو الآتي :

في ليلة زفافي حضر في زي الأكاديمية ، وكان قد سأل أخى بصراحة ما إذا
كان يستطيع الحضور . فقال له نعم ، وسار نحوي وفي عينيه ذلك الحزن ، وطلب
منى أن ترقص ، وكانت أول مرة ترقص فيها معاً منذ الاغتصاب ، وفي ملابس
الزفاف ، وكل واحد ينظر بفرح وسعادة نحو العروس ، رقصت معه ، وكانت أغنية
بطيئة ، وقال لي اننى أبدو جميلة . وبدت الغرفة كأنها تدور بسرعة ، هذا الفستان
الأبيض ، والزي الذي يرتديه ، كل شخص يتسهم ، كنا نرقص ، فكانت ليلة
زفافي ، وشرب زوجي جيم كثيراً في حفل الاستقبال وأغمى عليه في الفندق ، ولم
أتم طول الليل كنت أتذكر كل صغيرة وكبيرة . كنت غاضبة ، كنت حزينة ،
كانت عندي أسئلة كثيرة ، لماذا أراد حضور زفافي ، للصفحة ؟ ليس هذا وقته ولا
مكانه لماذا الرقص معي ؟ لم أره منذ عامين ، لماذا الآن هذه الليلة ؟ جيم لم يكن
يعرف . كان بعيداً هناك يتحدث إليه ، وينظر إليه بإعجاب ، ويشكره لحضوره .
وظلت كل الفتيات يسألن من هذا الشاب في الزي الرسمي . أوه ، لقد كان
رائعاً... إلخ .

لقد كتبت ذلك في نفسي مرة أخرى ، لدى مشاعر سيئة عن يوم زفافي
استمرت لمدة عامين ، ولكنني وازنت الأمر بيني وبين نفسي ولا أستطيع أن أضع
اللوم على شيء لم يحدث ، ولا يعرفه أحد ، ولا زلت أتعجب لماذا حضر في يوم
زفافي ، ويقدر الأسئلة التي أجبت عنها ، بقدر الأسئلة التي لا تزال لدى دون إجابة .

وسألت المعالجة سندی ما إذا كانت المشاعر هذا الأسبوع مختلفة أو أقل
حدة . أجابت سندی بأن هناك أوقات يغمرها التفكير فيها . وقالت كانت أنها كانت
تتركها (أخبرت المعالجة سندی أن ذلك حسن ، أن تسمح لنفسها أن يكون لديها
مشاعر) ، ولكنها غالباً ما تشعر أنها على ما يرام . وإنها أكثر إيجابية في حديثها
عن نفسها . وساعدت المعالجة سندی على أن تعرف أنها لا ينبغي أن تخاف إلى
هذا الحد من انفعالاتها بعد ذلك . وأنها تعلمت تحمل مشاعرها ، حتى المشاعر
القوية . واعترفت سندی أنها لاحظت أن المشاعر أصبحت أسهل ، وعندما تنتهي
المشاعر تشعر أنها طبيعية مرة أخرى .

وبعد مناقشة ردود فعلها لذكرياتها ، تحدثت سندی أكثر عن ردود فعلها نحو الناس الآخرين ، وعند هذه النقطة ركزت على أخيها أكثر ، ووصفت كيف فكرت في أن أخيها تخلى عنها ، لأنه لا يعرف حقيقة مارك . وقالت إنها في حاجة لأن يكون هو أخوها الكبير ، وعندما سؤلت عما إذا كانت قد حاولت التحدث معه عما حدث ، أجابت سندی أنها كانت سوف تكون كمن يتحدث إلى حائط من القرميد . لقد كانت تقاوم إمكانية مناقشة الأمر معه الآن لأنه لا يزال صديقاً لمارك ، وغارقاً في حياته الخاصة . وبعد هذه المناقشة ، عادت المعالجة إلى أول سلسلة الأدوات المستخدمة للمساعدة في تحدى المزاعم ، وقالت :

لقد تقدمتى في أمور كثيرة فعلا ، ولكن أعتقد أنك سوف تحتاجين لأن تركزى على الأماكن التى بها نقاط صعبة وأبدئى بتحديدها ، لذلك سوف نعمل خلال الجلسات القليلة القادمة على تنمية مهارات نهاجم بها النقاط الصعبة مباشرة .

س : حسناً .

ع : أنا قلت أنه بتذكر بعض هذه الأشياء ، سوف يكون عليك أن تشعرى بمشاعرك . بعض هذه المشاعر منطقية إلى حد كبير ، والآن بعض الأمثلة عن النقاط الصعبة ، إذا كنت تلومين نفسك ، وإذا قلت «لقد تركت الأمر يحدث» أو إذا قلت ..

س : (تضحك) تلك النقاط الصعبة قد سحقتها بمطرقة ثقيلة .

ع : المرة السابقة كنا نتحدث ، وتحدثت بنوع من التعميم : كل واحد لديه سلطة، كل واحد عنده مال شخص سيء ، كل واحد . لذلك علينا أن نفتت هذا الشيء إلى أجزاء .

س : لا أستطيع أن أثق فى أى واحد .

ع : نعم ، كل هذه الموضوعات ، لا أستطيع أن أثق فى أى واحد ، لا أثق فى نفسى ، الأمان ، والثقة ، والقوة ، والتقدير والمودة . وسوف نتعامل مع كل واحد من هذه الموضوعات ، وسوف نعمل من خلال خطوتين مختلفتين ، سوف أعطيكى ورقة عمل أكثر تعقيداً لتساعدك . وكل مرة يكون لديك نقطة صعبة سوف تساعدك على العمل الصحيح من خلالها . هكذا يمكن

تغيير ما تقولينه أو على الأقل تتحدينه ...

س : نوع يشبه ذلك الورق أ . ب .

ع : نعم ، فيما عدا أنها أكثر تعقيداً إلى حد ما ، لأنها تأخذك من خلال بقية الخطوات ، التى تتعلق بكيف نحلها ، وإذا أردت تغييرها أفعلى ذلك ، حتى تصلى فعلاً إلى النقطة التى تتغير فيها ...

س : حسناً .

ع : هذه هى الخطوة الأولى من هذا (مشيرة إلى قائمة أسئلة التحدى) (أنظر الجلسة الثامنة التى بها قائمة أسئلة التحدى) .

دعينا نقرأ هذه معاً ، هذه أسئلة يمكنك البدء بأن تسألها لنفسك ، هكذا ، نفترض أنك قلت لنفسك عبارة «لقد تركت الأمر يحدث» أو «أنا تركت ذلك يحدث لمدة ٥ أسابيع» أو شىء يشبه ذلك . «كذلك هناك شىء ما خطأ فى أنا» لقد تركتها تحدث» السؤال الأول الذى تسأليه لنفسك هو : «ما الدليل الذى مع أو ضد هذه الفكرة ؟»

س : ذلك أننى تركت ذلك يحدث .

ع : أنت تركت ذلك يحدث . هل تركته يحدث أو أنه حدث ؟

س : نعم .

ع : ما الدليل على أنك تركته يحدث ؟

س : أنا قلت : «أنا لا أصدق ذلك أكثر من ذلك» (تضحك)

ع : حسناً ، هكذا ، ولكن إذا كان هناك شىء ما لا يزال صعباً عليك ... فأحدى الطرق التى أحدها عندما يكون عند الناس نقاط صعبة هو أن يقولوا «حسناً ، أعرف أن هذا هو الأمر ، ولكن أشعر .. العكس» وسوف أقول «لا ، عندك مجموعتان متناقضتان من المعتقدات ، ومن الممكن أن يكون لديك معتقدان متناقضان فى رأسك فى الوقت نفسه» .

س : نعم (تومىء بعلامة على الفهم) .

ع : هكذا أحياناً ، عندما تكونين فى عملية التغيير ، يكون لديك الاثنان فى

رأسك ، يكون لديك واحد ترين أنه أكثر منطقية ومبنى على الحقائق أكثر ، ولكن مع ذلك يكون لديك هذا الشعور الانفعالي .

س : انفعالي ، نعم ، أعرف .

ع : والتفكير الآخر ترتبط فيه كل هذه المشاعر ، وعندما ترتبط المشاعر تبدو أكثر واقعية .

س : نعم .

ع : نعم ، سوف نبحث عن تلك . قد يتعين علينا أن نلتقط إحدى تلك النقاط التي لازلت تجدونها صعبة .

س : (تفكر في صمت لبرهة) حسناً ، لا أعرف أحاول أن أفكر في شيء ما .

ع : ماذا عن الثقة . كيف حالك في هذا الموضوع ؟

س : شكراً . هذا هو حقاً موضوع صعب . نعم ، أعتقد أن هذا موضوع جيد .

ع : حسناً ، ماذا ستكون عليه العبارة التي تشعرين أنها تشبه ... إنك لا تستطيعين أن تثقي في ماذا ؟

س : ولكن ، لا أرغب في أن أثق كثيراً جداً ، مع ذلك .

ع : نحن نبحث عن التوازن ، وليس معنى ذلك أن تحتاجي إلى أن تثقي في كل شخص .

س : أنا مجرد ... إنه غالباً مثل فكرة الثقة - أنا لم أظن أن عندي إحدى النقاط الصعبة حقاً ، وأحتاج أن أعمل عليها ، إنها تعطي الثقة بالنفس وفي قدرتي على الحكم ، من الذي يمكن أن أثق فيه ومن الذي لا أثق فيه .

ع : حسناً .

س : وأنا أفكر لماذا لدى مشكلة مع الثقة في الآخرين ، لأنني لا أعرف ما إذا كان احساسى سوف يلتقط ... كما تعرفين ، هل هذا الشاب سيء أم ...

ع : هكذا ، العبارة التي تريد أن تقولها هي : أنا لا أعرف ما إذا كنت أستطيع الثقة في أحكامى الخاصة .

س : نعم ، فيما يتعلق بالثقة في الآخرين .

ع : لذلك ، ما لدينا هنا عبارة عن قائمة من الأسئلة لتبدئي في سؤال نفسك ،
 ما الدليل الذي مع أو ضد ذلك ؟ ما الدليل على أن لديك حكماً صائباً عن
 من الذى تثقين فيه ومن لا تثقين فيه ؟ وما الدليل الذى ضد ذلك ؟ كيف
 تقدرين ذلك عندما تنظرين إلى الحقائق ، وليس إلى مجرد مشاعرك فقط .
 س : نعم .

مضت بقية الجلسة فى القراءة السريعة لقائمة الأسئلة لتؤكد من أن سندی
 تفهمها ، على الرغم من أن معظم الأسئلة تركز على قضية الثقة ، وأحياناً تذكر
 القضايا الأخرى لمجرد شرح معنى الأسئلة ، على سبيل المثال : سألت سندی ،
 هل كان المصدر يوثق فيه ؟ بالإشارة إلى إصرار المغتصب على أنها أحببت ذلك
 (الاعتصاب) . وانشغلت سندی أيضاً فى مناقشة مثيرة مع المعالجة أكثر من مرة
 عن الأسئلة التالية : «هل تعتبرين الأمثلة المختارة خارج السياق ؟ هل تركزين
 على عوامل تتعلق بالموضوع ؟» وأشارت المعالجة إلى حقيقة أن مارك مشهور
 والتحق بالأكاديمية ، لم يكن وثيق الصلة بالاعتصاب ، أو بما إذا كانت تثق فى
 الناس . والسياق الأكثر صلة هو أن مارك كان من أسرة بها مشاكل فاسدة ، ولذلك
 فإنه كان يضرب بقسوة . بدأت سندی تقبل أنها أقامت علاقة خاطئة مع الشخص
 الذى اغتصبها ، وذهب بعيداً ليصبح ناجحاً مثل أى شخص آخر يكون ناجحاً .

الجلسة السادسة :

بدأت سندی عملها الجديد وعملت أكثر من ٤٠ ساعة فى الأسبوع الأول ،
 وكانت على قدر من الاستثارة من العمل والناس الذين قابلتهم . ولأول مرة تأتى
 سندی إلى الجلسة دون أن تكمل واجبها المنزلى ، وقالت إنها فحصته لوقت قصير .
 وحينئذ عبرت عن اهتمامها بمدى تغييرها ، وقالت إنها تريد أن تحدد الأشياء التى
 لا تريدها أن تتغير . وبدأ للمعالجة أن سندی لا تزال متناقضة حول ما تعنيه
 بنجاح ، وكان مخيفاً لها أن تكون قد تغيرت كثيراً ؛ (أعنى أصبحت ناجحة) إنها
 ستصبح واحداً من هؤلاء الناس الذين كانت دائماً تحتقرهم . وأكدت المعالجة
 لسندی أنها لا تقصد من مساعدتها لها أن تصبح الشخص الذى لا تحبه . وعبرت
 سندی عن بعض الفرع لأن الاعتصاب أثر عليها فى عدة جوانب . ويبدو أنها لم
 تكمل واجبها المنزلى ؛ لأن الأفكار التى كانت تضايقها لا تزال غامضة وغير
 محددة ، وساعدتها المعالجة على تحديدها .

- ع : أنت بالتأكيد أكثر من أن تكونى ضحية اغتصاب . لقد كنت كذلك دائماً ، ولكن الاغتصاب قد أثر فى بعض معتقداتك .
- س : أنا لازلت خائفة جداً فى أن أثق .
- ع : هذا ليس شيئاً ، سوف يتغير فى جلستين .
- س : أريده أيضاً أن (تضحك) .
- ع : إن هدف العلاج هو أن نعطيك الوسائل التى تحتاجين إليها لتمكنك من تقرير ما الذى تريدين تغييره وما الذى لا تريدين ، وليس مجرد أن تستجيبى آلياً للأغتصاب ، ولكن أن يكون لك الاختيار ...
- س : ... والتحكم .
- ع : إن الفكرة كلها هى أن نعطيك طرقاً مختلفة للنظر إلى الأشياء ؛ حتى لا تتوقفين بعد ذلك فى ردود فعلك ولذلك لن تكونى دائماً فى هذا الوضع الدفاعى ، حيث يعنى النقص التام فى الثقة ، موقف دفاعى .
- س : نعم ، بسبب أنك لن تدع أى شخص إلى الداخل .
- ع : وعندئذ لا تستطيعين أن تختارى من الذى تثقين فيه أو لا تثقين ، ولا تثقين فى أى شخص ، إنه ليس موضوع استكشاف وتقرير ، واختيار .
- س : حتى الناس الذين نحبهم جداً ... فذلك يؤذى .
- ع : ذلك لم يكن شيئاً تفعلينه عن عمد ولكن لأنه لم يكن لديك مسمى له ، وبالتالي لم تكن لديك حرية اختيار . ولو وقت طويل لم يكن لديك حرية اختيار التعافى ؛ لأنه لم يكن لديك مسمى له بأنه اغتصاب ، لذلك لم تستطيعى الحصول على المساعدة التى تحتاجين إليها لـ ...
- س : للتغلب عليه .
- ع : نعم ، بمراجعة القائمة التى ترد على الذاكرة ؟ قلت إنك راجعتها عدة مرات ، أى راجعتى بعض النقاط الصعبة التى تحدثنا عنها .
- س : الثقة كانت أكبر نقطة ، والهوية كانت أكبر نقطة ، كيف أظل أفكر فى ذلك ؟

- ع : عندما نظرت فى القائمة ؟
- س : نعم ، لا أستطيع الإجابة ، إنها كانت مثل ... هل أنا ؟
- ع : هل أنت ماذا ؟
- س : عادة الخلط بين الحقائق ؟ أو هل أنا شخص مختلف أو هل أنا الشخص الذى كنت أعتقد أننى هو ؟ لقد اغتصبت ولقد أثر ذلك فى بعض جوانب حياتى . ولكنى أنظر إلى الخلف وأرى ذلك طول الوقت ، إنها كانت دائماً فى تفكيرى فهل هى عادة أم حقيقة ؟
- ع : الشيء الآخر هو أنه إذا كانت هناك أشياء موجودة قبل الاغتصاب ، وترين أنها معتقدات سلبية فإنها يمكن أن تتأكد به ... بذلك الحادث . ولقد ذكرت ذلك فى بداية العلاج ، ولكن لم نتحدث عن ذلك بما فيه الكفاية ، إذا كان لديك قضية الهوية أو مشكلات ...
- س : حسناً ، أنا كنت فى الخامسة عشر من عمرى .
- ع : أيضاً إذا كنت تشعرين شعوراً سلبياً عن نفسك قبل أن يحدث ، ما هو بالضبط ؟
- س : حسناً ، أنت تعرفين تلك اللقطة .
- ع : كذلك بعض تلك الأشياء يمكن أن توجه وجهة أخرى بسبب تلك الحادثة ... لأنه ربما لم يكن لديك إحساس جيد قوياً بنفسك ، وكنت فى سن المراهقة .
- س : نعم ، أنا كنت فى بدايتها .
- ع : ولكنك وصفت نفسك عندما قرأت عن الاغتصاب ، قلت بوضوح : لقد تغيرت تلك الليلة، وهذا يعنى بوضوح أنك تغيرت عما كنت عليه .
- س : فعلاً (فترة صمت) أنا أنغلقت ، أنا ...
- ع : عندئذ فإن فكرة أن تكونى غير منغلقة فكرة مخيفة لك .
- س : نعم .
- ع : ماذا يعنى أن تتغيرى مرة أخرى قليلاً ، حتى تجدى نقطة توازن .
- س : أعتقد أن ذلك سوف يكون صحيحاً ، إنها مجرد عادة .

ع : ليس هناك أى شيء يمكن أن تسميه وتقولى : «هذا هو الجزء المرعب ، سوف اغتصب ثانية» .

س : لا .

ع : أو سوف يؤذيني شخص ما .

س : أظن أن سوف يؤذيني شخصاً ما، أعتقد إنه من الأمن لى أن أظل منغلقة على نفسى . علئذ لا يستطيع أحد أن يؤذيني . لا يستطيع أحد أن يأخذ ..

ع : هل لا يستطيعون ؟ أنظرى إلى الورقة ما الدليل على أنه إذا كنت منغلقة على نفسك ، فلن يستطيع أحد أن يؤذيك ؟

س : لأنهم لا يعرفون ما بداخلى . إنهم لن يستطيعوا الوصول إلى تلك النقطة .

ع : ولكنهم لا زالوا يستطيعون إيذاءك بطرق أخرى .

س : نعم .

ع : ولكن هل لا تتعرضين للأذى عندما تكونين منغلقة ؟

س : نعم .

ع : يبدو كما لو كنت تؤذين نفسك . أنت لا تنتظرين أى شخص آخر لى يفعل ذلك .

س : نعم ، أنا ، حسناً ... إنها مثل الهذاء ، إنها حقاً تدمرك . لماذا ينبغي أن أكون منغلقة ؟ أود أن أكون منفتحة ، ولا أظن أن الناس مخلوقون لى يؤذوننى .

ع : دعينا نتصفح القائمة من منظور النقاط الصعبة ، أنا أخاف أن أكون منفتحة، ما الدليل على أنك سوف تتأذين لو أنك منفتحة ؟

س : الناس مجرد ... أم أم أم ... لا دليل هناك ، لا أظن أننى كنت كذلك من قبل .

ع : لقد حدث مرة ؟

س : ليس مرة ولكن مرات قليلة وقلت ذلك . مرات قليلة فمت بنوع من محاولة الوصول للناس ، بحكم الطبيعة البشرية ، تصرفوا ... (تميل إلى الخلف)

- ع : هل يمكن أن نغير كلمة «سوف» إلى «ربما» ، أنا ربما أؤذى ، بدلا من «أنا سوف أؤذى» ، إنها ، ١٠٠٪ من الناس لم يؤذونك ، هل فعلوا ؟
- س : لا ، وأحيانا أؤذيت لأنهم لم يعرفوا كيف يساعدوننى .
- ع : لأنك فى الحقيقة لم تكونى منفتحة .
- س : نعم لم يعرفوا ماذا حدث حقيقة لكى يساعدونى .
- ع : حسنا ، إذن ففى الحقيقة ، إن كونك منغلقة لم يحمك .
- س : لا ، لم يحمنى .
- ع : حسنا ، كذلك هناك بعض الأدلة على أنه وأنت منغلقة ليس بالضرورة أن يجعلك ذلك آمنة .
- س : وجعلنى ذلك أشعر بالوحدة .
- ع : ذلك الذى سبب ألما ، كذلك هناك بعض الأدلة التى بالنظر إلى الوراثة ستجديتها هناك . ليس بالضرورة لأنك منفتحة سوف يؤدى ذلك إلى إيذائك . وعندما تكونين منغلقة يمكن أن يؤدى ذلك إلى إيذائك ولكن بطريقة مختلفة .
- س : نعم ، فى داخلى .
- ع : لأن الناس لا يعرفون ما الذى يحدث لك .
- س : ما يرونه على السطح على اللقيض مما أراه فى الداخل .
- ع : (همهمه)
- س : وهذا يحمينى ، ولكن حتى الآن يؤلمنى من الداخل .
- ع : حسنا ، لذلك علينا أن نتابع العبارة ، إذا كنت منفتحة ، سوف أؤذى ، ما السؤال رقم (٢) فى القائمة ؟
- س : (تقرأ) ، هل أنت تخلطين بين العادة والحقيقة ؟ إنها عادة . أنا لا أعرف ، أنا اخترتها تلك الليلة ، ولكن إذا كان على أن أحمل هذا أو أى شىء .. أعنى أنا وحيدة ، سوف أسير وحدى ، وسوف أكون قريبة لن يدخل أحد بداخلى . لا أحد مطلقاً .

- ع : ولكنه الآن أصبح عادة .
- س : نعم .
- ع : ولكنك على الأقل حتى هذه اللحظة ، لم تسألني .
- س : أرى أبى يفعلها ، هذه هي الطريقة التي يتعامل بها مع مشاكله ، ولا يزال يفعل ذلك .
- ع : وهل كانت مفيدة له ؟
- س : لا ، (تضحك) أظن أنه مخبول .
- ع : حسناً .
- س : إنها واحدة من الأشياء التي يقولونها ، إنك تشبهين أباك تماماً ، «أقول» : لا تقولوا ذلك ، كما تعلمين ، ولكن أنا هكذا .
- ع : لذلك أنت في حاجة إلى أن تجدى طريقة مختلفة ، فإذا لم تكن مفيدة له ، وليست مفيدة لك ، حينئذ عليك أن تجدى مساراً مختلفاً .
- س : حسناً ، أعرف لماذا ليست مفيدة ، إنها مجرد .. الناس ، إنهم يريدون أن يساعدوا ، إنه من العسير جداً أن تقنع الناس مثلى ومثله بأنه أمر حسن أن تؤذى . حسناً ، إنه ليس أمراً حسناً أن تؤذى ، ولكن في عقلك تقول لنفسك إنه حسن ، أفضل من أن يكون لديك ...
- ع : أنذاك تسيطرين عليه .
- س : نعم ، أفضل من أن يؤذيك الناس الآخرون ، لا تستطيعين التعامل مع ذلك ، ولكن تستطيعين التعامل مع ...
- ع و س : إيذاء نفسك .
- ع : ربما لسببين أحدهما : أن يكون لديك قدر من السيطرة عليه ، ثانيهما ، أنها أكثر إمكانية للتنبؤية ، وتعرفين من أين يأتي ، وتعملينه لنفسك ومن ناحية أخرى ، انظري ما الذي تفتقدينه ! فرصة ، تلك الفرصة للناس لكي يأتوا إليك .
- س : عندما تحتاجين إليهم .

ع : نعم .

س : وأنت تريدنهم .

ع : فكري كيف يكون حسناً أن تشعرى إنك استطعت الانفتاح ، ويمكنكهم أن يكونوا هناك من أجلك ، إذا أعطيتهم الفرصة .

س : نعم .

وأشارت المعالجة إلى مثال من الأسبوع السابق ، عندما انفتحت سندی مع زوجها واستجاب لذلك بأن كان مسانداً ، وافقت سندی على أنه كان مفيداً ، وقصياً - المعالجة وسندی - جزء كبيراً من الجلسة في الاطلاع على أسئلة القائمة عن تلك النقاط الصعبة التي في الذاكرة . في إحدى النقاط اقترحت المعالجة أنه ينبغي أن ينظروا إلى العبارة «إذا انفتحت ، سوف أتعرض للأذى» بطريقة مختلفة . وسألت المعالجة الانفتاح على ماذا ؟ الاغتصاب ؟ أشياء أخرى ؟ كل شيء ؟ وأشارت المعالجة إلى أن بعض هذه الموضوعات من المحتمل أن تكون أقل خطورة من الأخرى ، مثل الطقس . والموضوع الذي تبدأ به مع الناس من الموضوعات الأقل حساسية . وتحدثت المعالجة والعميلة عن طلب المساندة ، وذكرت المعالجة سندی أن الناس غالباً ما يرغبون في أن يكونوا مساندين ، ولكن لا يعرفون ماذا يفعلون ؟ أو ما الذي تريده ؟ وناقشت المعالجة مع سندی : كيف تخبر الناس بما تريده منهم .

وبعد هذه المناقشة ، قدمت المعالجة قائمة أنماط التفكير الخاطيء (كمثال ، أنظر الجلسة الثامنة) تتضمن القائمة سبعة أنماط من أنماط التفكير الخاطيء (مثل: التبسيط المبالغ فيه ، التعميم المبالغ فيه ، التفسير الانفعالي) . ووصفت المعالجة كيف يمكن أن ينتقل الشخص من أفكار محددة جداً ليفحص أنماطاً أكثر عمومية . واطلعت المعالجة والعميلة على قائمة أنماط التفكير الخاطيء ، وتوصلنا إلى أمثلة لكل نمط ، وكمثال «تجاهل جوانب مهمة في موقف» وأشارت المعالجة إلى بعض الأمور التي عرضتها سندی عدة مرات أثناء العلاج . وقالت سندی إنها لم تشاهد أبداً الأخبار ، لأنها تظهر فقط كيف أصبح العالم عنيفاً ، وكيف أن كل شخص سيء . وقالت المعالجة إن الذي كانت تتجاهله هو أن ذلك كان «أختياراً» ، وهذه الأحداث يعلن عنها لأنها غير عادية ، سيئة ، ومهمة . ورجال الإعلام لا يعلنون كيف أن ملايين كثيرة من الناس لم يكونوا ضحايا الجريمة ، أو لم يفعلوا أي شيء غير قانوني ذلك اليوم .

وعندما وصلنا إلى بند «المبالغة في التعميم من حادث واحد» ، قالت سندی إنها لاحظت أنها كانت تبدأ أفكارها ، وذلك عندما ترى شخصاً في سيارة جميلة ، أو أن شخصاً في التلفزيون في مركز سلطة ، فتبدأ في القول لنفسها «مجرد لأن شخصاً أنجز شيئاً ما ، فذلك لا يعنى بالضرورة أن يمشوا على أجساد الناس لكي يصلوا إلى هذه المكانة ، ربما يكونون قد عملوا بجد . أضافت المعالجة إن هؤلاء الناس الذين يعملون بجد فإنهم عادة لا يصنعون الأخبار ، إنهم يمارسون حياتهم بهدوء ، يعملون أو يدرسون أو يراعون أسرهم . وأعطيت سندی الواجب لقراءة القائمة وملاحظة الأمثلة ، عندما تستخدم بعض أنماط التفكير الخاطيء .

الجلسة السابعة :

بدأت سندی الجلسة مرة أخرى بالحديث عن عملها الجديد ، وكانت إلى حد ما مجهدة من العمل أكثر من ٦٠ ساعة خلال الأسبوع الماضي ، وسألتها المعالجة هل استطاعت إكمال واجبها المنزلي؟ «إنها لم تكتب على الورق المعد لذلك . ولكن سندی قالت : انها قرأت قائمة التفكير الخاطيء كثيرا ووجدت نفسها تطبقها على صديقتها ، وقد أدركت أنها استخدمت عدداً من أنماط التفكير الخاطيء عبر السنوات في هذه الصداقة ، وقالت أنها رأت هذه الصديقة تستخدم كثيراً من الأنماط نفسها . وخلال الأسبوع ، اتصلت هذه الصديقة هاتفياً بمنزل سندی ، ورد زوجها على الهاتف وذكرت المرأة عدداً من الأشياء المهينة عن سندی . وأخبر زوج سندی الصديقة أن سندی امرأة رائعة وأنه يجب عليها ألا تتصل بهما مرة أخرى . وعلى الرغم من أن زوجها هو الذي قطع العلاقة ، فإن سندی كانت مسرورة أنه فعل ذلك ، وإنها كانت ستفعل ذلك في أقرب فرصة ، وعبرت عن إحساس بالراحة أخيراً ، لأنها تخلصت من صداقة مدمرة .

وقضت المعالجة بعض الوقت في قراءة الورقة ، في حين أعطت سندی أمثلة عن الأنماط الخاطئة التي استخدمتها في الماضي . وعند هذه النقطة من العلاج ، كانت المعالجة تستند إلى الخلف ، وسمح لسندی أن تعارض أفكارها . ونادراً ما يحتاج المعالج أن يتدخل أكثر من ذلك ، ولكن يقوم بإضافة معلومات . وعند هذه النقطة قدمت المعالجة ورقة المعتقدات المتحدية . (كمثال ، أنظر الجلسة رقم ٩) .

ع : حسناً ، حسناً ، دعينا نراجع بعض الأشياء الجديدة ، التى أريد أن تطلعنى عليها .

س : حسناً

ع : الآن هذه لا تستطيعين تخطيها ، عليك أن تفعلى هذا .

س : حسناً .

ع : سوف نضيف صورة جديدة ، تعرفين كيف عملت ورقة أب ؟

س : نعم .

ع : (تشير إلى المربعات فى الورقة) هذا هو أ و ب و ج ، هذه ورقة جديدة ، وهذه لك تكتبين عليها النقاط الصعبة ، وحتى إذا كنت تشعرين بأن بعضها قد تم التغلب عليه ، عليك أن تقومى بذلك للتأكد من أنك توصلت إليها .

س : حسناً ، أنا متأكدة أن هناك القليل ، أنا تعرفين .

ع : حسناً ، القضية حول الثقة ، من الذى يثق ولا يثق ، والمودة .

س : نعم ، الحكم على الذات ، ولا يزال القليل من الثقة ، أظن تقدير الذات .

ع : لذلك أريدك أن تلتقطى اثنتين من النقاط الصعبة وتبدئى التفكير فيهما الآن . سوف نبدأ الحديث عن الأمن ، وترين إذا كان لديك أى نقاط صعبة فى الأمن ، الذى نتحدثين عنه ، فالأخبار يمكن أن تدرك كنقطة صعبة فى الأمن ، ذلك أن كل العالم كذلك عنيف ، وهذا هو المعيار . وذلك كان نوعاً من النقاط الصعبة لأنك كنت تدركين كل شىء على أنه متطرف ، أكثر من أن تحاولى ...

س : نعم ، مثل أن العالم كله كان ... تماماً مثل أن الأغلبية فيه كانت فاسدة ، حتى مذيعى نشرة الأخبار الذين يذيعونها كانوا فاسدين لأنهم أذاعوها لى . (يضحكان) .

ع : نعم ، هذا هو أ و ب و ج وبالمثل هناك ، أفكار أو معتقدات ، وهنا حيث تضعين مشاعرك وهنا تفكيرك التلقائى . ولكن هذه المرة نريد أن نقدرى اعتقادك فيه ، بمعنى آخر ، ما مقدار اعتقادك فى هذا ؟ لأنك - تعرفين - عندما تكونى فى مرحلة انتقالية ، فى البداية قلت : «كل إنسان فاسد ،

أعتقد في ذلك ١٠٠٪، ولأنك في مرحلة انتقالية يمكن أن تقولى : «حسناً ، ربما أظن ذلك غالباً، كذلك دعينا نحاول تحديد مقدار اعتقادك الحقيقي في ذلك ، لنرى ما إذا كان هناك أى شق فى الدرع .

س : نعم .

ع : ثم ضعى مشاعرك هنا . هذا هو الجزء ج ، ومرة أخرى حاولى أن تقدرينها الآن ؛ لأننا سوف نجعلك تقديريتها فى النهاية عندما ننتهى من الورقة التى تريتها ؟ هل أنا تغيرت، سوف أطلعك على مثال فى ثانية واحدة . كذلك تقديرين ما مقدار قوة الانفعال ؟ هل تشعرين ١٠٠٪ أو ٣٠٪ أو ٥٠٪ ؟ وقد يكون عندك أكثر من شعور ، ربما تكونين حزينة ، ربما تكونين غاضبة ، ربما تكونين خائفة ، ربما تكونين سعيدة ؟

س : لازلت أشعر بقليل من الغضب نحوه .

ع : (همهمه) .. هذا هو الجزء ، ثم هذه هى الأسئلة التى تسألينها لنفسك . هذا هو السؤال الأول فى القائمة : ما الدليل ؟ ومهما تكن النقاط الصعبة لديك ، اقرئى قائمتك ، وفكرى فى الدليل . هل أفكر فى كل العلاقات أم لا أفكر فى أى علاقة ؟ هل نأخذ هذا خارج السياق أو أى شىء . وهناك أنماط التفكير الخاطيء : هل أنا أقع فى هذه الأنواع من الأشياء ؟ هل أنا أبالغ فى المعانى الخاصة بى ؟ هل أنا أهمل الأشياء المهمة ؟

س : نعم .

ع : هل أنا منشغلة فى التفكير الانفعالى ؟

س : التبسيط الشديد ، هل هو سىء أم حسن ؟

ع : نعم ، هذا هو الشىء المهم ، ماذا أيضاً يمكن أن أقوله ؟ أعلى ، ليست هناك أدلة كافية كما أعتقد ، أو ربما أكون من النوع الذى يعمل كل شىء أو لا شىء . ماذا أيضاً يمكن أن أقول لنفسى ؟ كيف يمكن أن أفسره أيضاً ؟ ماذا أيضاً يمكن أن أقول ؟ كيف يمكن أن أفسر هذا الحادث أيضاً ؟ حسناً .

س : نوع من جذب الطرف الآخر ، ذلك الذى يظهر غالباً .

ع : أو أكثر توازناً أحياناً لا يكون انتقالاً لشىء من طرف إلى الطرف الآخر ، ولكن يكون تحريكاً له . (إيماءات) «حسناً ، بعض الناس سيلتون ، ولكن لا

يعنى هذا أنه دائماً يتم الهجوم علىّ ، أو يعنى هذا أنني سوف لا أكون آمنة ، أو أنه لن يكون هناك شخص يوثق فيه . بعد ذلك حاولي التوصل إلى شيء لتقوليه ، ذلك صحى إلى حد ما لأنك تقولينه لنفسك .

س : ليس كل شخص فى الأكاديمية سيئاً (يضحكان)

ع : حسناً ، هذا الجزء الصغير نوع من التسليه لتلعبى به ، لأنك تصلين أحياناً إلى فكرة أنه إذا حدث شيء يكون كارثة كاملة . ما أسوأ من ذلك يمكن أن يحدث ، إذا خدعك شخص ما يمكنك أن تقولى «حسنا ، سوف أعطيه فرصة أخرى أو سوف أجد شخصاً آخر ، أو سوف ... تعرفين . كذلك عليك أن تفكرى فى الأسوأ ، وأنه يمكن أن يحدث ، وإذا ما حدث كيف أواجهه ؟ وماذا يمكن أن أفعل إزاءه ؟ إذ لو أنك اتبعت هذه النظرة المتطرفة هنا وقيمت بتنفيذها ، فلن تكونى هذه هى الكارثة أحياناً .

س : ونتوجه نحوها أيضاً ، ولا تكون غامرة إلى هذا الحد .

ع : واتجهى نحوها مباشرة . والآن ماذا تريدين أن تفعلى عندما تصلين إلى نهاية هذا العمل . عليك عندئذ أن تعيدى ترتيب معتقداتك . والآن ، باطلاعك على ذلك ، وسألت نفسك هذه الأسئلة ونظرت إلى الأنماط وتوصلت إلى البدائل ، ما مقدار اعتقادك هذا بعد الآن ؟ وبماذا تشعرين الآن ؟ وقد انتهيت من ورقة العمل ؟ إن هذه طريقة نشطة للعمل الحقيقى فى بعض الموضوعات فى الحال .

س : مثلما يعمل دماغك ، ولكن بطريقة منظورة .

ع : لقد عملنا هذا منذ البداية ، وأعطيتك طرقاتاً أخرى للنظر للأمور ، وتقولين «احتفظ بها للحظة» .

س : نعم .

ع : كذلك ، قمنا بهذا معاً ، وعملت الكثير منه ، والآن ، ومن هنا وحتى النهاية ، عليك أن تتغلبى عليه ، وكذلك لا تنزلقى إلى أنماط قديمة . والنقطة الأخرى فى هذا هى أن أموراً أخرى قد تحدث فى حياتك .

س : حسناً ، هذا ما فكرت فيه .

ع : هذا سوف يعطيك بعض الأدوات التى سوف تملكينها إلى الأبد ، لتتعاملى

مع أى شيء يواجهك فى حياتك .

س : أعرف لقد تم عمل هذا (مشيرة إلى أسئلة التحدى وقائمة أنماط أخطأ التفكير) لأنه عندما كان لدى مشكلة مع صديق لجأت إليها ، وفى الحقيقة أفادت . وأفهم الكثير الذى لم ...

ع : نعم : لقد أحضرت كثيراً من هذه الأسئلة لك لتأخذها إلى المنزل وتؤديها .
س : حسناً .

ع : الشيء الآخر الذى أردت أن أريك إياه كان مثلاً لذلك . إنها شئ قامت بها عميلة أخرى ونستخدمه كمثال لأنه أحياناً يكون من الصعب أن نضعه فى ورقة غير مكتوبة ، حسناً ، هنا نجد نقطة صعبة «أرى نفسى أننى سوف أتخطم بطريقة ما ، نوع من التخريب ، لأننى قد اغتصبت ، هناك شئ ما خطأ فى الآن ، حسناً ، لقد قالت لنفسها الفكرة التى كانت لديها ، والتى كانت تغذى تلك النقطة الصعبة . وكانت هذه الفكرة هى «هناك شئ ما خطأ فى ، لذلك فكرت أنه يستطيع أن يفتصبنى أساساً ، هذا ما يبدو أمراً مألوفاً ؟

س : نعم (تضحك) هل هذا خاص بى .
ع : لا .

اطلعت المعالجة والعميلة على ورقة الأمثلة ، وكانت سندی قادرة على متابعتها جيداً . وذكرت المعالجة سندی بأنها ينبغى ألا تستخدم عبارات أو أنماطاً خاطئة . وفى تلك الحالة ، لا نتوقع تغييراً فى المشاعر ، وحذرت أيضاً بالألا تتوقع أن تتغير مشاعرها ومعتقداتها كلية فى عملية متابعة الأوراق . فالأفكار القديمة ستحتاج إلى أن تتفكك كلية ، والأفكار الجديدة تحتاج إلى أن تعتاد عليها سندی أكثر لترى تغييراً أكثر استدامه . وقد اقترح أن تقرأ الأوراق لنفسها عدة مرات لتسهل العملية . وحينئذ قدم موضوع الأمن ، فأعطيت سندی الجزء الأول من خمسة أجزاء (ورق من صفحتين إلى ثلاث صفحات لكل موضوع من الموضوعات التالية : الأمن، والثقة والقوة ، والتقدير ، والمودة) لقرأتها ، وصفحات المعتقدات المتحدية لتستخدمها . وتناقش هذه النماذج كيف أن المعتقدات عن الذات والآخرين يمكن أن تتغير أو تؤكد بعد الاغتصاب ، ويتوقف ذلك على الخبرات قبل الاغتصاب ، وهذه النماذج تصف التأثيرات الانفعالية والسلوكية على المعتقدات الخاطئة بالنسبة لكل موضوع من الموضوعات ، وتقدم

عبارات ذاتية بديلة ، للنماذج (انظر : Resick & Schnicke, in Press). وذكرت سندی أنها كانت تشعر دائماً أنها آمنة قبل الاغتصاب ، وشعرت أن أسرتها يمكن أن تحميها . ومنذ الاغتصاب لم يعد الأمن مشكلة مثل الثقة ، ولكن لديها بعض القضايا حوله ، وكدليل على ذلك تجديها أخبار التليفزيون ، ورأت المعالجة أن سندی قد ترغب في استكمال ورقة عمل في هذا الموضوع .

الجلسة الثامنة :

وصلت سندی إلى الجلسة ولم تكمل ورقتين للواجب المنزلي : الأسئلة المتحدية ، وأنماط التفكير الخاطيء ، ولم تكمل أياً من نماذج أوراق الأمن . في قائمة الأسئلة المتحدية (شكل ٢-٢) ، قررت سندی أن تعمل على عبارة «إذا كنت مستعدة وحصلت على مساعدة عندما كنت اغتصب ، كنت أصبحت المتهم إلى حد ما» . ولاحظت المعالجة أن هذه العبارة عكست فعلاً بعض الابتعاد عن العبارات السابقة ، التي كانت أكثر تطرفاً ، وقرأت من الإجابات الموضحة في شكل (٢-٢) .

وبعد قراءة ومناقشة إجاباتها ، قرأت سندی ثلاثة أمثلة من أنماط التفكير الخاطيء ، التي لاحظتها وتعلق بالاغتصاب ، وتركت الباقي أبيض دون إجابة . ناقشت المعالجة وسندی البنود الثلاثة التي أكملتها كما هو موضح في الشكل (٢-٣) . أشارت المعالجة إلى أنه أحياناً يكون الاغتصاب ذاته ، والأفعال الجنسية ، ليست صعبة على التذكر مثل بعض اللحظات الأخرى . ان سحب مارك لسندی في الصلاة حدد أن الحادث اغتصاب ، لذلك أيضاً كان ذلك الجزء من الحادث الأكثر خلطاً في المخطط ، ولذلك فهو أكثر الموضوعات عرضة للتشويه (أو فقدان الذاكرة) . وسألت المعالجة سندی عما إذا كان يمكنها الآن أن تفكر في بعض الأمثلة للبنود ، التي تركتها بيضاء دون إجابة في تبسيط شديد للأحداث مثل حسن أو سيء ، أو تفسير انفعالي أو قراءة الأفكار . أجابت سندی بالقول أنها قامت بتبسيط شديد ويطرق متعددة وقرأت القائمة بسرعة «هؤلاء الناس سيئون» ، النظام القضائي خطأ ، «أنا سيئة» ، إنه ذهب إلى الأكاديمية فهو حسن ، أعطت أمثلة أخرى كثيرة عن التفسير الانفعالي ، ولكنها كانت إلى حد ما تجد صعوبة في قراءة الأفكار . وأعطت المعالجة المثال على كيف أنها افترضت أن الناس ينبغي أن يتصرفوا ، وأجابت سندی «لم أعط والدي فرصة ، لم أعط أي شخص فرصة» .

على الرغم من أنها لم تقم بالواجب عن الأمن ، إلا أن المعالجة جعلت الجلسة كلها تدور حول موضوع الأمن ؛ لتستطلع ما إذا كانت سندی لديها نقاط صعبة تتعلق بهذا الموضوع . وأثناء التحقق من ذلك ، أجابت سندی أنها لا تشعر بأنها غير آمنة عندما تكون مع رجل وحدها ، وأنها تكون حذرة عندما تركب سيارتها . وكثيراً ما تقوم بوضع تصورات لخطط عندما تجد نفسها في موقف محتمل غير آمن ، وهي لا تحمل مسدساً . وبصفة عامة شعرت براحة عن مستواها من الحذر ، ولم تكن تهتم اهتماماً زائداً بخطورة الآخرين . وقالت أنها أدركت عندما :

فيما يلي قائمة الأسئلة التي تستخدم لمساعدتك في تحدي عدم توافقك أو معتقداتك التي تعد مشكلة . لاحظي أن كل الأسئلة ليست ملائمة للمعتقد الذي تختارينه للتحدي . أجيبى عن أكبر قدر تستطيعينه من الأسئلة للمعتقد الذي تختارينه للتحدي .

المعتقد : إذا كنت مبادرة وساهمت عندما اغتصبت ، كنت قد أصبحت أنا المتهم إلى حد ما .

١ - ما الأدلة التي ضد أو مع هذه الفكرة ؟

على الرغم من أن بعض الناس سيصدقون ، فإن بعض الناس قد يفكرون أن مارك لا يفعل ذلك ، وأن الذى أريده الآن هو محاولة إيدائه .

٢ - هل تخلطين بين العادة والحقيقة ؟
هذه حقيقة

٣ - هل تفسيراتك للموقف ابتعدت كثيراً عن الواقع بصورة واضحة ؟

نعم ، أظن أن معظم الناس يرون الاغتصاب والإساءة بطريقة مختلفة . معظم الناس يهتمون .

٤ - هل تفكرين بمنظور الكل أو لا شيء ؟

لقد كنت . فإن تجلس وتترك الأمر يحدث يجعلك تشعر بالذنب ، اعتقدت أنهم (معظم الناس) لا يريدون أن يحدث اغتصاب وإساءة ، وعندما يحدث ، إما أنهم لا يرغبون فى التورط ، أو - فى بعض الحالات - يقال للفتاة ، حتى فى المحكمة ، إنها سعت لذلك وأحبه .

٥ - هل تستخدمين كلمات أو جملة متطرفة أو مبالغاً فيها (مثل : دائماً وللأبد ، وأبداً ، وحاجة ، ويجب ، ولا أستطيع ، وكل مرة) ؟
نعم .

٦ - هل أخرجت أمثلة مختارة عن السياق ؟

نعم ، لأنني قد اغتصبت مراراً ، أعرف جحيم النساء الأخريات والأطفال محتفظة بالآمي الخاصة داخلي . شعرت بغضب وألم كل ضحية اغتصبت ، وكل اعتداء جنسى على طفل أذيع على شاشة التلفاز . وغضبي كان مبنياً على ألم الآخرين ، عندما لا أستطيع التفكير في ألمي أنا .

٧ - هل تضعين أعذاراً (مثل : أنا لست خائفة ، أنا لا أرغب في الخروج ، الناس الآخرون يتوقعون أن أكون كاملة . أو لا أرغب في المكالمة الهاتفية لأنه ليس لدى وقت) ؟

لا ، غير أنهم يريدون إيذائي ، فإذا حاولوا . سوف أقوم بإيذائهم .

٨ - هل مصدر المعلومات موثوق فيه ؟

التلفاز كان مصدرى للمعلومات ، المصدر موثوق فيه ، وأخرجته من السياق .

٩ - هل تفكرين بمنظور الحقائق التي لا ريب فيها ، أم الاحتمالات ؟

لقد كنت على يقين أنني إذا أخبرت أى شخص ، فإن ذلك سوف يدمر حياتي ، وكل شخص من الممكن أن يصدقه .

١٠ - هل تخلطين بين الاحتمال المرجح والاحتمال غير المرجح ؟

نعم ، أعتقد أن الأمر سوف يكون على الأرجح لصالحه وليس لصالحى .

١١ - هل أحكامك تبنى على المشاعر أكثر من الحقائق ؟

نعم ، إنها كانت تقوم على المشاعر ، لم أعط الحقيقة فرصة أبداً .

١٢ - هل تركزين على عوامل لا صلة لها بالموضوع ؟

نعم ، لأنها لم تنجح مع بعض الناس الذين شاهدتهم على التلفاز ، لقد كان هناك عدد كبير من الناس الذين تم مساعدتهم ، ولكن ذلك لم يكن حدثاً إعلامياً كبيراً .

شكل (٢-٢) : الأسئلة المتحدية

اغتصبها مارك أن ما حدث يعنى أن أى شخص آخر يستطيع ذلك. وعلى الرغم من ذلك ، فقد شعرت أنها أصبحت الآن قادرة على أن تحمى نفسها ، وهى تعتقد أنها من المحتمل أن تقاوم أكثر ، إذا هوجمت ثانية . وقررت المعالجة أن تترك موضوع الأمن ، لأن معتقدات سندی لم تكن متطرفة ، وقامت بعمل تدريب معقول لاحتياجات الأمن . وانتقلا إلى موضوع الثقة ، وأشارت سندی إلى أن أقرب الناس إليها هم الذين يفزعونها أكثر . وعلى الرغم من ذلك ، فقد اعترفت أيضاً أن خبراتها قبل الاغتصاب كانت إلى حد كبير إيجابية . وتطرقنا للمعالجة وسندی إلى نموذج الثقة ، وشعرت سندی أن كل التأثيرات الممكنة الموجودة فى القائمة تنطبق عليها ، وصرحت بأنها حاولت بصدق أن تفتح على زوجها ، فكانت تقول الكثير وكانت تشعر بالكثير ، وكانا يتواصلان أفضل وشعرت بأنهما أكثر استرخاء وأكثر راحة .

فيما يلى نجد عدة أنواع من أنماط التفكير الخاطيء ، والتي يستخدمها الناس فى مواقف الحياة المختلفة . هذه الأنماط غالباً ما تصبح أفكاراً آلية معتادة ، وتجعلنا نشغل فى سلوك هزيمة الذات .

أنظر إلى النقاط الصعبة الخاصة بك ، وحاول أن تجد أمثلة لكل من هذه الأنماط ، اكتب النقاط الصعبة تحت النمط الملائم ، وصف كيف يناسبك هذا النمط ، فكر فى أن ذلك النمط يؤثر فيك .

١ - تصل إلى خلاصة عامة عندما يعوزك الدليل أو حتى عندما تكون الأدلة متناقضة : لم أخبر أى شخص بما حدث لى ، ولكن إلى الآن أنا كنت مقتنعة أننى سوف أكون المتهمه ، سوف أشعر بالخزى ، لم أكن أبدأ المبادرة . ولذلك لا أعرف كيف سيكون رد فعل الناس ، على كل حال أعرف أنهم ينبغى أن يكونوا مساندين .

٢ - المبالغة أو التقليل من معنى الحدث : تضخيم الأمور ، أو تقليل أهميتها بطريقة غير ملائمة .

لقد تركت الأمور تخرج عن السيطرة عندما تركته يقبلنى ، عندما كنا نرقص . عندما قبلنى حينئذ استثرت ، لماذا لم أقاوم أكثر ؟ لأننى كنت مصدومة ؟ قبله حسناً . اغتصاب لا .

٣ - التغاضى عن جوانب مهمة فى الموقف .

- الاغتصاب اغتصاب ، التفاضى عن كيف جرنى فى الصالة .
- ٤ - التبسيط الشديد للأحداث أو المعتقدات ، حسنة وسيئة ، وصواب - خطأ .
- ٥ - التعميم الزائد من حادث مفرد ، رؤية حادث سلبي كنمط لا ينتهى أبداً من الفشل ، أو الربط بين المفتصب والجماعة كلها .
- ٦ - قراءة الأفكار : الزعم بأن الناس يفكرون تفكيراً سلبياً عنك ، مع عدم وجود أدلة محددة لهذا الزعم .
- ٧ - الاستتاج الانفعالي : التبرير من مشاعرك .

شكل (٣ - ٢) : أنماط التفكير الخاطيء

وعندما سألتها المعالجة عن العلاقات الأخرى ، أجابت بقولها إنه لم يكن لديها علاقات حميمة أخرى ، سوى مع أمها ، وقالت إنها كانت لديها تلك الصديقة الأخرى ، ولكن لم تكن تستطيع الثقة فيها ، وأضافت أيضاً ، أنها كانت تجبر نفسها وفي عملها الجديد على أن تذهب إلى الناس ليكونوا أصدقاء . وسألت المعالجة سندی عما إذا كان هناك فى الأفق أناس يمكن أن تكون صداقة معهم . قالت سندی نعم ، هناك الكثيرون ، وأضافت مفكرة أنها إذا قابلت الناس فى العمل قبل العلاج ، كانت سوف ترتاب وتحكم عليهم بأنهم زائفون ، والآن عرفت أنهم ليسوا كذلك . إنهم مخلصون مهذبون . وأنهت المعالجة الموضوع بأن ذكرت سندی بأن الثقة لا تعمل بمفتاح على نظام افتح - اغلق ، فالثقة تعمل من خلال مستويات ، وتستغرق وقتاً .

الجلسة التاسعة :

ألغت سندی إحدى الجلسات نتيجة لاستغراقها فى العمل ٦٠ ساعة فى الأسبوع ؛ ولحدوث وفاة فى أسرة زوجها . وفى الجلسة التالية ، وصلت ومعها عدد من أوراق عمل المعتقدات المتحدية التى أكملتها ، وعلى الرغم من أن سندی قالت إنها لا تشعر الآن بأنها قوية كما كانت من قبل ، قررت أن تستكمل مجموعة من أوراق العمل عن إدراكاتها بعد الاغتصاب ؛ لأنها أثرت تأثيراً قوياً فى مستوى ثققتها فى الآخرين . (اثنان من هذه الأوراق موضحتان فى شكل (٤ - ٢ ، ٥ - ٢) .

عمود أ	عمود ب	عمود جـ	عمود د	عمود هـ	عمود و
الموقف	الأفكار التلقائية	تحدي أفكار التلقائية	أنماط التفكير الخاطيء	الأفكار البديلة	التقليل من تضخيم المسألة
صف الحدث أو الاحداث ، الافكار أو المعتقدات التي تؤدي الي الاتفemالات غير السارة	أكتب الأفكار التلقائية التي تسبق المشاعر في عمود أ . رتب المعتقدات في كل فكرة تلقائية تالية من صفري إلي ١٠٠٪	استخدم ورقة أسئلة التحدي لتفحص أفكارك التلقائية من عمود ب	استخدم ورقة أنماط التفكير الخاطيء لتفحص أفكارك التلقائية من عمود ب	ما الذي تستطيع أن أقوله أيضاً بدلاً مما في عمود ب؟ كيف أستطيع أيضاً أن أفسر الحدث، بدلاً من عمود ب؟ رتب المعتقد في الأفكار البديلة من صفري إلي ١٠٠٪	ما أسوأ فكرة يمكن أن تحدث حقيقة حتي الآن ؟ أن تصبح الشخص المتهم .
لا أحد يمكن أن يصدقني إذا أخبرتهم	علي أن أبرهن أنني الضحية وليس لدي برهان حقيقي ٧٥٪	الطريقة التي رأيت بها ضحايا الاغتصاب الأخريات في معظم الحالات التي حدثت أصبحت متهمات .	افتراض أن أكون المتهمة ، افتراض أن أحداً لن يصدقني هو ما يجعلني استخلص النتائج .	أنا لم أقل أيضاً إنني لا أفترض أن احد لن يصدقني ٥٥٪ . بعدم إخبار عدد كبير من الناس ،	حتي لو حدث ذلك ما الذي أستطيع عمله؟ أحارب من أجل شرفي ، لن أدعهم يدخلون داخلي .

يتبع ←

عمود أ	عمود ب	عمود ج	عمود د	عمود هـ	عمود و
				أنقذت من الكثير من الألم .	
الانفعالات حده : حزن ، غضب إلخ ، ورنب الدرجة التي تشعر بها كل شعور من صفر إلي ١٠٠٪ غضب ٨٥٪ مشوش ٥٪ حزن : ١٠٪ .				لقد إهتمت بهؤلاء الناس أكثر مما أهتم بأن يدفع مارك ثمن جريمته ٩٠٪ .	النتيجة : أعد ترتيب المعتقد في الأفكار التلقائية في عمود ب من صفر إلي ١٠٠٪ : ٦٥٪ حده ورنب الانفعالات التالية من صفر إلي ١٠٠٪ : غضب : ٦٠٪ مشوش : ١٠٪ حزن : ٣٠٪

شكل (٤ - ٢) : ورقة عمل المعتقدات المتحدية الأولى .

عمود أ	عمود ب	عمود ج	عمود د	عمود هـ	عمود و
الموقف	الأفكار التلقائية	تجدي أفكار التلقائية	أنماط التفكير الخاطيء	الأفكار البديلة	التقليل من تضخيم المسألة
صصف الأحداث ، الأفكار أو المعتقدات التي تؤدي إلي مشاعر غير سارة .	أكتب الأفكار التلقائية التي تسبق المشاعر في عمود أ رتب المعتقد في كل فكرة تلقائية تالية من صفر إلي ١٠٠٪	استخدم ورقة أسئلة التحدي لتفحص أفكار التلقائية من عمود ب	استخدم ورقة أنماط التفكير الخاطيء لتفحص أفكار التلقائية من عمود ب	ما الذي أستطيع أن أقوله أيضاً بدلاً مما في عمود ب ؟ كيف أستطيع أيضاً أن أفسر الحدث بدلاً من عمود ب ؟ رتب المعتقد في الأفكار البديلة من صفر - ١٠٠٪	ما أسوأ فكرة يمكن أن تحدث حقيقة حتي الآن ؟ أن تؤدي من شخص ما .
أن يصبح الناس القريبون مني جديرين بالثقة لانفعالات حدد : حزن ، غضب رتب الدرجة التي تشعر بها كل	أي شخص يمكن أن يؤذيني لا أستطيع أن أثق في أي شخص . ١٠٠٪	إنها حقيقة أن أي شخص يمكن أن يؤذيني وقد لا أستطيع الثقة في كل شخص ، ولكن ذلك لا يعني أنني	إنها حقيقة أن أي شخص يمكن أن يؤذيني وقد لا أستطيع الثقة في كل شخص ، ولكنني أثق	يكون من السهل أن نثق في الآخرين بمجرد أن بدأت الثقة في نفسي وأحلامي . سوف أكون	حتي إذا حدث ذلك ، ما الذي يمكن أن أفعله ؟ استمر في التركيز . لا أستطيع التحكم في الناس

يتبع ←

عمود أ	عمود ب	عمود ج	عمود د	عمود هـ	عمود و
شعور من صفر - ١٠٠ حزن : ٨٠٪ غضب ٢٠٪		يجب أن أتوقف عن أن أثق في الأشخاص الذين كنت أثق فيهم .	في بعض الناس .	دائماً شاكراً في الناس عموماً ، ولكن هناك بعض الناس أثق فيهم .	الأخريين . أرفع رأسي إلى أعلي ، وأظل فخوره بما هو أنا النتيجة : أعد ترتيب المعتقد في الأفكار التلقائية في عمود ب من صفر إلى ١٠٠٪ : حدد رتب الانفعالات التالية من صفر إلى ١٠٠٪ حزن : ٢٠٪ غضب : ٥٪ سعادة : ٧٥٪

شكل (٥ - ٢) : ورقة عمل المعتقدات المتحدية الثانية .

أثنت المعالجة على سندی لإكمالها أوراق العمل ، وأشارت المعالجة إلى أن سندی لم تغير معتقداتها أو مشاعرها كثيراً في ورقة العمل الأولى ، ولكن كان هناك قدر كبير من الصدق في عباراتها في ورقة العمل .

وناقشت واقع التحسن في معرفة الاغتصاب الآن ، والتي كانت أقل بكثير منذ عشر سنوات . وكيف أن مارك المشهور ، كان مثل كثير من الناس غير قادر على فهم أنه يقترف الاغتصاب . والأمر المهم الذي علينا أن نتذكره هو أنه ليس كل فرد سوف لا يصدق . ووافقت سندی بسهولة ، وبرهنت ورقتها الثانية على حقيقة أنها كانت تبتعد عن تعميم عدم الثقة . وقضت المعالجة وسندی وقتاً أطول في الورقة الثالثة ، التي تظهر في الشكل (٦ - ٢) .

عمود أ	عمود ب	عمود ج	عمود د	عمود هـ	عمود و
الموقف	الأفكار التلقائية	تتحدي أفكارك التلقائية	أنمساط التفكير الخاطيء	الأفكار البديلة	التقليل من تضخيم المأساة
صف الحدث، الأفكار أو المعتقدات التي تؤدي إلى الانفعالات غير السارة	اكتب الأفكار التلقائية التي تسبق الانفعالات في عمود أ رتب المعتقد في كل فكرة تلقائية تالية من صفر إلى ١٠٠٪	استخدم ورقة أسئلة التحدي لتفحص أفكارك التلقائية من عمود ب	استخدم ورقة أنمساط التفكير الخاطيء لتفحص أفكارك التلقائية من عمود ب	ما الذي أستطيع أن أقوله أيضاً بدلاً مما في عمود ب ؟ كيف أستطيع أيضاً أن أفسر الحدث ، بدلاً من عمود ب ؟ رتب المعتقد في الأفكار البديلة من صفر - ١٠٠٪	ما أسوأ فكرة يمكن أن تحدث ضيق ؟ والتي يمكن أن تكون مزعجة جداً .

يتبع ←

عمود أ	عمود ب	عمود ج	عمود د	عمود هـ	عمود و
أريد يخبرني لماذا؟ لماذا فعل ذلك بي؟ لانفعالات حدد الحزن ، الغضب ... إلخ ورتب الدرجة التي تشعر بها كل شعور من صفر إلي ٪١٠٠ غضب ٪٧٥ حزن : ٪٢٠ فزع : ٪٥	أستحق أن أعرف ٪١٠٠ أريد أن أسامحه ٪٨٠ أريد أن أغلب عليها كلية ؛ حتي نتحدث هو وأنا عن الأمر ٪٩٠	أشعر بالقوة جدا إزاء الحدث . أريد أن تقال الحقيقة .	لا أريد قراءة الأفكار أو أخرج بخلاصة . أريد أن أعرف الحقيقة من الشخص الوحيد ، الذي يمكن أن يقولها .	أناقزعة ٪٢٥ .	ذلك ، ما الذي يمكن أن أفعله ؟ الاستمرار في أن أعرف الحقيقة لا يزال في قلبي أرفع رأسي عالية وأستمر النتيجة : أعد ترتيب المعتقد في الأفكار التلقائية في عمود ب من صفر إلي ٪١٠٠ حدد ورتب الانفعالات التالية من صفر إلي ٪١٠٠ غضب ٪٧٥ : حزن : ٪١٥ فزع : ٪١٠٠

شكل رقم (٦ - ٢) : ورقة عمل المعتقدات المتحدية الثالثة .

- ع : لماذا تريدني الصفع عنه ؟
- س : لأنني أهتم به ، ولا أريد أن أستمر في كراهيته طوال الحياة .
- ع : هل عليك أن تظلي طوال الحياة في كراهية إذا لم تصفحي عنه ؟
- س : لا أعرف .
- ع : أعني أن الصفع ليس هو نفس الشيء
- ع ، س : كالكرهية .
- ع : عليك أن تتركى مشاعر الغضب تصل إلى مدى معين ، وتستمرى في قول : « على ألا أصفح عنه » .
- س : ولكن حتى الآن أريد أن أعرف لماذا ؟ أريد تفسيراً لما حدث ، لأنه كانت بيننا علاقة حميمة جداً .
- ع : كيف ستشعرين إذا لم تحصلى على الإجابة التي تريدونها ؟
- س : (فترة صمت طويلة) لا أعرف ، أظن أنني سوف أظل هكذا ؟ بطريقة ما ، أشعر أنني سوف أحسمها بيني وبين نفسي ، ولكن لا أريد أن أكون قارئة أفكار ، أريد أن أسمعها خارجة من فمه .
- ع : ما الإجابة المقبولة لك ؟
- س : أى شيء غير مجرد التلاعب والخداع .
- ع : ماذا يمكن أن يقول إذا كان أميناً بما فيه الكفاية . . .
- س : آسف .
- ع : ولكن ذلك لا يخبرك لماذا فعلها . إذا كان أميناً ويقول : « أنت على حق أنا فعلتها ، وبعد ذلك يقول : كنت مضطرباً ، لقد كنت صغيراً . كانت هناك كل هذه الأمور تحدث في المنزل . أردت أن أشبع احتياجاتي ، لقد كنت مخطئاً . هل هذا يمكن قبوله ؟
- س : نعم : . . . أظن ، أكثر أو أقل ، أريد أن أخبره ، أن يتحقق من مقدار تأثير ما حدث في حياتي ، مقدار الألم الذي سببه ، مقدار ما كان على أن أفعله . . . أظن أكثر من أى شيء . ليس ما أريد هو أن أسأله لماذا ، بقدر ما أريد أن أرسل رسالة .
- ع : ذلك مختلف . ذلك الذى جعلنى أتعجب كيف يمكن أن يساعد ذلك فى

معرفة لماذا لا يصفح ذلك عما حدث .

أجابته سدى بأنها لا تزال تقابل مارك في المناسبات الاجتماعية أحياناً عندما يأتي إلى المنزل للزيارة ، فهو لا يزال على مودة مع أخيها ، ولقد كررت رغبتها في أن تجابهه .

ع : ما الذى سوف يحدث إذا أكرر ؟ وقال : ما الذى تحدثين عنه ؟
أنا لم أفعل أبداً مثل هذا الشيء .

س : لقد ذكرته بأننى أعرف الحقيقة ، مهما يقول ، لازلت أعرف ، تلك هي كل الأمور بالنسبة لى ، لا أنكرها للنفسى بعد ذلك . إنه يعرف أننى أعرف الحقيقة ، ولا يوجد شيء يمكن أن يغير ذلك أبداً .

ع : (توميء برأسها) ما دممت لا تهملين عنه ليؤكد ما حدث .

س : لا ، أنا لا أحتاجه ليؤكد ، أنا أعرف ، أنا فضورة إلى حد ما من نفسى للمعرفة !

ع : حسناً ، ذلك ما أريد أن أسمع منك (بضحكا) أحياناً تكون لدى الناس فكرة مواجهة شخص ما لعله يعترف ، لتصبح حقيقة ، .

س : في البداية كنت أريده أن يفعل ذلك .

ع : أنظري إلى حاجتك خلال العشر سنوات السابقة لتشويه ما حدث وتسميته شيئاً آخر . الآن إذا كان هذا هو ما تفضله الصحية ، هل يمكنك تصور مقدار ما يشوهه المعتدى ولا يتذكره ؟ وسألت المعالجة عما إذا كانت سدى يمكن أن تشعر بالراحة بكتابه خطاب ، بدلاً من مواجهة مارك وجهاً لوجه . قالت سدى إنها لا تريد كتابة خطاب لأن مارك قد لا يقرؤه ، إنها أرادت أن تراه بطريقة مباشرة .

ع : ما الذى سوف يفعله ذلك بعلاقتك بأخيك ؟

س : لا أظن أننى سوف أخبره ... وأنا أفتقد أخى . لم أتحدث معه منذ شهر .

ع : بسبب هذا . (تشير بيدها ليعنى العلاج) .

س : نعم .

ع : ما الذى سوف تفعليه في ذلك ؟

س : ذلك هو ما تلح أسمى في السؤال عنه . من الواضح أنه منزعج ، ويرغب في أن أتصل .

ع : هل أنت متأكدة من أنك أوقفت مارك عن أن يخرب حياتك كلية ، ولكنه لا يزال يتدخل فى علاقتك بأخيك ولم تصحى ذلك . هل لأنك خائفة من أن أخاك سوف ينحاز إلى مارك ؟

س : لا ، سوف يؤذيه الموضوع .

ع : إلى هذا الحد الا يزال أخاك ويؤذيه أن تستمرى على هذه المسافة . وربما إحدى الطرق التى يمكن اللجوء إليها هو أن تقولى شيئاً مثل : هناك شيء ما قد حدث منذ مدة طويلة ، ولم أخبرك به أبداً لأننى كنت خائفة من أنه يمكن أن يؤلمك بدرجة كبيرة . ولكنى من ناحية أخرى . أستطيع أن أعرف ما تأثير أن أحتفظ بهذا المارد سراً على علاقتنا . أريد أن أعرف أنك تستطيع أن تكون مسانداً لى حتى نعيد الحياة إلى هذه العلاقة ، وبذلك نقتررب من بعضنا مرة أخرى . ولذلك أرغب فى أن أتجه نحو هذه المخاطرة ، ولكن لا أعرف ما إذا كان يمكنك معالجة هذا الموضوع إن ذلك قد يساعده فى فهم كثير من الأمور ، مثل لماذا تغيرت ، ولماذا أصبحت بعيدة عنه .

س : وعن كثير من الناس .

ع : بالتأكيد ، إنه كبير بما يكفى للتعامل مع الموضوع الآن .

س : جزء منى يريد أن أتحدث إليه ، وجزء منى لا يريد إيذاءه .

ع : أنت لا تعطينه الفرصة لكى يقترب منك ، لا تعطينه الفرصة لكى يمدك بالمساندة .

س : وأنا أؤذيه ، وأؤذى نفسى بعدم التحدث معه .

ع : وأنت أيضاً تحمينه ، ولا تسمحين له بأن يتصرف بمفرده .

س : ولكن أعرف أنه سوف ينزعج .

ع : ذلك شأنه لكى يتعامل مع الموضوع .

س : لأن ما حدث ، حدث لى ، وهو أمر لا يمكن إنكاره .

ع : لا ، وهذا أمر متوقع أن يشعر بالحزن أو الألم إذا حدث شيء ما لأخيه . هذه مشاعر متوقعة لأن يشعر بها . ولكن لا تندهشى إذا كان لديه غضب

- بسيط نحوك لأنك لم تخبريه ؛ لأنه أحياناً عندما تنتظرين وقتاً طويلاً قبل أن تخبرى الناس ، يكون عليك أن تمهدى للموضوع ، وتشرحي لماذا لم تخبريه من قبل ، وإلا فإنهم سوف يقاطعونك بقولهم لماذا لم تخبرينا ؟ ذلك نوع من فقدان الرسالة ، وينسون أن يكونوا مساندين لأنهم مشغولون جداً ، وأنهم أودوا لأنك لا تثقين فيهم . ذلك هو السبب في أنه ينبغي أن تقولى : «لم أخبرك من قبل لأننى أعرف أن الموضوع يسبب لك ألماً ، وأعرف أنه سوف يبكيك لإخلاك ، و (وماذا أيضاً تريد أن أقول) . والآن أنا أرى أنه قد حدث كثير من الضرر بيننا ، ولا أرغب في أن يستمر ذلك» .
- س : هذا ما حدث . أظن أن ذلك هو السبب في أننى أردت التوقف عن التحدث معه . إن الأمر ضايقنى أيضاً .
- ع : حسناً ، يمكنك أن تخبريه أنك كنت مشغولة بالموضوع أثناء العلاج ، وقبل ذلك كان مؤلماً جداً أن أتحدث إليك عنه .
- س : التحدث ، نعم . أنا متأكدة أنه بمجرد أن نجلس سوف نتحدث في كل شيء ، ربما يقربنا ذلك من بعضنا أكثر .
- ع : هذا هو الهدف من عمل ذلك . وأيضاً طريقة لإعادة العلاقة ، كمجال آخر في حياتك أفسده مارك ، والآن يمكنك إعادته إلى ما كان عليه .
- س : لأننى كنت غاضبة منه لوقت طويل بخصوص هذا الموضوع ، أنت تعرفين .
- ع : الشعور بالذنب ومتعلقاته ؟
- س : لماذا لا أستطيع التحدث إليه ؟
- ع : تستطيعين ولكن لا تستطيعين .
- س : لا يمكن أن أثق فيه ، تعرفين . لا أعرف ، سوف يقف بجانب من ؟ لم أكن متأكدة من أنه سوف يقف بجانبى ؛ لأن مارك أيضاً كان شخصاً مهماً جداً في حياته .
- ع : حسن ، من الصعب أن أقول . كان عليه أن يقاوم في هذا الشأن ، ولكن هذه هى مقاومته ، ليست مقاومتك .
- س : أريد التحدث إليه .

وعندما سألت المعالجة سندی عن علاقتها بأبيها . وبالتحدث عن هذا الموضوع ، أصبح واضحاً للمعالجة أن سندی لا تزال تحمي والدها ، في هذه المرة لأنه يعاني من اضطراب الضغوط التالية للصدمة منذ فيتنام . واقترحت المعالجة على سندی أن تفسح المجال لوالدها ليرعاها ، أفضل من أن ترعى والدها . عند هذه النقطة قدمت المعالجة مجموعة من مقاييس القوة/التحكم . واطلعتنا على هذه المقاييس ، وتوقعت المعالجة أن سندی كانت خارج نطاق التحكم في السنة التالية للاغتصاب ، ووافقت سندی على أن كل شيء كان يبدو في حالة يتعذر معها السيطرة عليه حينئذ . وتحدثنا أيضاً حول ، كيف حاولت ولا تزال تحاول التحكم في المعلومات كطريقة لحماية الناس ، وأعطيت سندی واجباً منزلياً آخر ، لاستكمال أوراق العمل حول المعتقدات المتحدية ، وهذه المرة عن القوة/التحكم .

الجلسة العاشرة :

بدأت سندی الجلسة بالقول بأنها كتبت خطاباً لأخيها وتظن أنها من المحتمل ألا ترسله . قرأت الخطاب بصوت مرتفع ، وعبرت فيه عن اهتمامها بأن أباها سوف يتألم ، وربما لا يصدق ما قد حدث . ووصفت الأحداث بصفة عامة وعبرت عن مشاعرها إزاء الأحداث .

وذكرت سندی أنها قرأت نماذج قياس القوة/التحكم أكثر من مرة منذ الجلسة السابعة ، وأنها بدأت تتأكد من أنها ليست مسئولة عن ردود فعل أخيها . وقالت إنها شعرت ببعض الراحة لخروجها عن نطاق هذا العبء . وقالت إن هناك تغييراً في نظرتها الشاملة للأمور . وتأكدت من أنها كانت كثيراً ما تستخدم كلمات «يجب» مثل «يجب أن يكون لدى تحكم» وأطلعت المعالجة وسندی على آخر ورقة عمل لها ، الموضحة في شكلي (٧-٢) ، ووصفت سندی كيف أن اعتقادها في خداع الذات (عندى تحكم ولكن لا يفعل أي شيء) قد أدى إلى مشاكل مع تقدير الذات الأمر نفسه في اعتقادها أنها كانت غير قادرة على اتخاذ قرار جيد ، والإحساس بالعجز الذي جاء بعد الاغتصاب . وأن الانسياب الطبيعي في الموضوعات بين مشاعر العجز وتقييم الذات ، عمل كسياق مثالي للموضوع التالي : التقدير .

وأعطت المعالجة سندی قائمة بالافتراضات العامة (انظر جدول ٢ - ٢) وطلبت منها أن تضع لنفسها علامة تدل على مراجعة لكل عبارة اعتقدت أنها

صحيحة . ولحسن الحظ ، وضعت سندی علامة على عدد قليل فقط من العبارات في مجال التحكم والقدرة . واعترفت سندی أن الشيء المنجز أصبح كبيراً في تقديرها ؛ لأنه ذهب إلى الأكاديمية بمنحه لمدة ٤ سنوات ، في حين أنها ذهبت فقط إلى مدرسة إدارة الأعمال .

وبعد مراجعة نموذج قياس التقدير ، طلبت المعالجة من سندی إكمال ورقة عمل المعتقدات المتحدية على أي بند من بنود ورقة الافتراضات ، التي تشعر أنها لا تزال صعبة ، تماماً مثل أي نقاط صعبة تتعلق بالتقدير . وأعطيت أيضاً واجبين آخرين : التدريب على تقديم وتلقى الإطراء كل يوم ، وأن تفعل شيئاً واحداً حسناً لنفسها كل يوم . هذه الواجبات كانت لمساعدتها فيما يتعلق بتقديرها لذاتها .

عمود أ	عمود ب	عمود ج	عمود د	عمود هـ	عمود و
الموقف	الأفكار التلقائية	تحدي أفكار التلقائية	أنماط التفكير الخاطيء	الأفكار البديلة	التقليل من تضخيم المسألة
صف الحدث أو الأحداث ، الأفكار أو المعتقدات ، التي تؤدي إلي الانفعالات غير السارة .	اكتب الأفكار التلقائية ، التي تسبق المشاعر في عمود أ رتب المعتقدات التي في كل الأفكار التلقائية التالية من صفري إلي ١٠٠٪	استخدم ورقة الأسئلة المتحدية ليتفحص أفكارك التلقائية من عمود ب لم يكن لدي سيطرة .	استخدم ورقة أنماط التفكير الخاطيء ؛ لتفحص أفكارك التلقائية من عمود ب	ما الذي تستطيع أن أقول أيضاً بدلاً مما في عمود ب ؟ كيف أستطيع أيضاً أن أفسر الحدث بدلاً من عمود ب ؟ رتب المعتقد في الأفكار البديلة من صفري إلي ١٠٠٪	ما أسوأ الأفكار التي تحدث في الواقع ؟ المشاعر التي أخدع بها نفسي .

يتبع ←

عمود أ	عمود ب	عمود ج	عمود د	عمود هـ	عمود و
مشاعر خداع الذات لكوني قد اغتصبت الانفعالات : حدد : حزن غضب .. إلخ، ورتب الدرجة التي تشعر بها كل انفعال من صفر - ١٠٠ . غضب : ٨٥٪ حزن : ١٥٪	يجب أن يكون لدي سيطرة، يجب أن أكون قد إزددت سيطرة (تحكم ولا أدعها تستمر لمدة خمسة أسابيع ٩٠٪	كان مارك يتحكم في الاغتصاب ، أنا كنت أتحكم فيمن أخبره . لم أكن مسيطرة تماماً علي معرفة الناس أم لا . مارك كان لديه القوة ليخبر الناس، وحتى يكذب في الموضوع . لا أستطيع التحكم في كل الأحداث خارج نفسي ولكن لدي بعض السيطرة علي ما حدث لي ورد فعلي للأحداث .	الخلاصة : يجب أن يكون لدي سيطرة ، دون اعتبار لبعض الجوانب المهمة، ليس لي سيطرة علي الناس . لدي بعض السيطرة بالأخبارهم ، ولكن لم يكن لدي سيطرة كاملة ، أنا كنت مصدومة	لم أكن أخدع نفسي ، مارك خدعني، لم أدعه يفتصبني بأي حالة . بالسيطرة التي كنت أملكها علي الخيارات التي كانت متوفرة . في ذلك الوقت : لم أخدع نفسي أخذت المسار ، الذي كان مؤلماً جداً وكنت وحيدة، ولكن حميت ذاتي الداخلية ، ربما من إحساس عظيم من الحب لنفسي ٩٥٪	حتى لو حدث ذلك ما الذي أستطيع عمله؟ أعيد تقييم الموقف احصل علي المساعدة إذا احتجتها ، تذكر من أنا، ومن أين أتيت ، اقرأ النتيجة : أعد ترتيب المعتقدات في الأفكار التلقائية في عمود ب من صفر إلي ١٠٠٪ . حدد ورتب الانفعالات التالية من صفر إلي ١٠٠٪ : غضب : ٣٪ حزن : ٧٪ تصميم ٩٠٪

شكل : (٧ - ٢) ورقة عمل المعتقدات المتحدية الرابعة .

الجلسة الحادية عشرة :

أكملت سندی ورقة عمل عن تقدير الذات ، ولكنها قال إنها كانت عن ما اعتادت أن تشعر من قبل ؟ وليس كيف تشعر الآن . وأقرت أنها لا تشعر بصعوبة في موضوع التقدير . وراجعت المعالجة وسندی البنود التي وضعت دائرة حولها من ورقة الافتراضات ؛ لتتأكد من أنها لم تعد تضع توقعات مبالغاً فيها لنفسها . وقالت سندی إنها ، حقيقة ، لم تعد تشعر بصعوبة في أي من مشاعرها الآن . وقضت المعالجة وسندی بعض الوقت في التحدث حول زعمها السابق أننا نحكم على الناس بأنهم سيئون ، إذا حصلوا على نقود أو نجاح مهني . وإنها أصبحت قادرة على أن ترى أن الناس أكثر كثيراً من مجرد إنجازاتهم المهنية ، فلديهم أيضاً أنشطة أخرى ، وعلاقات مع أسرهم وأصدقائهم وأنفسهم .

وسألت المعالجة عن تقديم وتلقى الإطراء ، وأجابت سندی أن الموضوع يسير سيراً حسناً ، وحاولت أن تجعل نفسها منفتحة على الناس ، ولكنها شعرت بأن الأمر يحتاج لقدر من اللباقة ، ولكن النتائج كانت حسنة . وقالت إنها لا تتحدث عادة إلى الناس علانية ، ولكنها بذلت جهداً لتتحدث إلى الناس في متجر البقالة . وكان البائع مسروراً جداً أن جذب انتباهها إلى موقف للسيارات ، وجرى نحوها وحدثها عن مجموعة كتبه الفكاهية . ووجدت أيضاً أنها كانت قادرة على إرضاء إحدى قريباتها ، التي تنزع إلى الانتقاد عادة ، في تجمع عائلي بإطرائها . وسأل المعالج سندی عما إذا كانت قد تلقت أي إطراءات ، أجابت سندی بأنها تلقت إطراءاً من زوجها . هذه المرة وأنها لم تهمله ، ولكنها أنصتت له وشكرت زوجها عليه .

وقالت المعالجة لسندی إنها كان قد طلب منها أن تفعل أشياء حسنة لنفسها لأن النساء غالباً ما يعتنن بأنفسهن فقط بعد أن يعتنى بهم الأفراد الآخرين ، وعندما يشعرون فقط أنهم يستحقون ذلك ، وهو ما يعنى أنهم لن يفضلن على الإطلاق . وقالت سندی إنها اتبعت تعليمات الواجبات المنزلية واستمتعت بها حقاً ، ووجدت أنها تؤدي إلى الاسترخاء ولاحظت أن مزاجها قد تحسن ، ويظهر في الشكل (٩ - ٢) قائمة بالإطراءات والأنشطة .

وبعد مناقشة تقدير الذات ، ناقشت المعالجة والعميلة تقديرها للآخرين - واعترفت سندی أن هذا التقدير كان مشكلة كبرى بالنسبة لها قبل العلاج ، فقد كان يسيطر عليها الاعتقاد بأن الناس سيئون حقودون ، أو أشرار . ولكنها تبينت تعلقه

إلى حد كبير بمحتوى نماذج قياس التقدير ، وقد شعرت أن ذلك كان في الماضي .
وقد ركزت عليه كثيراً في العلاج حتى إنها غيرت هذا الاعتقاد بدرجة كبيرة .
وتأكدت سندی من قدر ما أصدرته من أفكار ملمطة حول هذه القضية إلى حد ما ،
وانتقلت المعالجة لتقديم نموذج القياس الأخير ، حول المودة .

عمود أ	عمود ب	عمود ج	عمود د	عمود هـ	عمود و
الموقف	الأفكار التلقائية	تصدي أفكارك التلقائية	أنماط التفكير الخاطيء	الأفكار البديلة	التقليل من تضخيم المأساة
صف الحدث ، أو الأحداث ، أو الأفكار أو المعتقدات ، التي تؤدي إلى الانفعالات غير السارة .	أكتب الأفكار التلقائية ، التي تسبق الانفعالات في عمود أ رتب المعتقدات التي في كل فكرة تلقائية تالية من صفر إلى ٪١٠٠	استخدم ورقة الأسئلة التحديية ؛ لتفحص أفكارك التلقائية من عمود ب	استخدم ورقة أنماط التفكير الخاطيء لتفحص أفكارك التلقائية من عمود ب	أي شيء آخر يمكن أن أقوله بدلاً مما في عمود ب . بأي شيء آخر يمكن أن أفسر الحدث بدلاً مما في عمود ب ؟ رتب المعتقد في الأفكار البديلة من صفر إلى ٪١٠٠	ما أسوأ الأفكار التي يمكن أن تتحقق في الواقع ؟

يتبع ←

عمود أ	عمود ب	عمود ج	عمود د	عمود هـ	عمود و
عدم القدرة علي اتخاذ قرارات	أنظر إلي ما الذي تركته يحدث لي في الماضي ٨٥٪	لقد قمت باتخاذ قرار حكيم جداً في الماضي «إن نتائج كل القرارات الكبرى، التي اتخذتها وضعتني في المكان الذي أنا فيه الآن .	بالتفاضي عن الجوانب الهامة للموقف حتي كوني قد اغتضبت فقد اتخذت قرارات عن كيف أعالج الموقف . كانت قراراتي في الماضي سديدة علي الرغم من أنني لم أكن أعرف في ذلك الوقت .	عند إعادة تقييم الاختيارات التي قمت بها ، جعلتني اكتسب إحساساً أقوي باحترامي ل نفسي ، وإحساساً عميقاً باحترام قدرتي علي اتخاذ قرارات سديدة . هذا بدوره ، جعلني أشعر بأنني أكثر أمناً مع أحكامي .	حتي إذا كان قد حدث ذلك، ما الذي يمكن أن أفعله ؟ أعد تقييم الموقف وتعلم منه . النتائج : أعد ترتيب المعتقدات في الأفكار التلقائية في عمود ب من صفير إلي ١٠٠٪ حدد، ثم رتب الانفعالات من صفير - ١٠٠٪ حزن : صفير٪ غضب : صفير٪ سعادة : ٧٥٪ سرور : ٢٥٪
الانفعالات : حزن : غضب : إلخ ، ورتب الدرجة التي تشعر بها في كل انفعال من صفير - ١٠٠٪ غضب : ٨٥٪ حزن : ١٥٪					

شكل : (٨ - ٢) : ورقة العمل الخامسة عن تحدى المعتقدات .

فيما يلي المعتقدات التي لدى بعض الناس ، رجاء وضع دائرة حول الرقم
بجوار المعتقدات التي ترين أنها صحيحة بالنسبة لك :

أ - التقبل :

- ١ - يجب أن يعتني بي شخص ما ويحبنى .
- ٢ - أنا في حاجة لأن يفهمني الآخرون .
- ٣ - لا أستطيع أن أترك وحدي .
- ٤ - أنا لا شيء ما لم أحب .
- ٥ - أن أرفض . هذا هو أسوأ شيء في العالم .
- ٦ - لا أستطيع جعل الآخرين شغوفين بي .
- ٧ - على أن أرضي الآخرين .
- ٨ - لا أستطيع أن أقف معزولة عن الآخرين .
- ٩ - النقد يعني رفضاً شخصياً .
- ١٠ - لا أستطيع أن أكون بمفردي .

ب - الكفاءة :

- ١ - أنا هو ما أنجز .
- ٢ - على أن أكون شخصاً ذا شأن .
- ٣ - النجاح هو كل شيء .
- ٤ - هناك أناس يكسبون وآخرون يخسرون في الحياة .
- ٥ - إذا لم أكن على القمة ، سأكون فاشلاً .
- ٦ - إذا توقفت سوف أسقط .
- ٧ - على أن أكون الأفضل في أي شيء أفعله .
- ٨ - نجاح الآخرين ينقص من نجاحي .
- ٩ - إذا ارتكبت خطأ فسوف أسقط .

١٠ - الفشل هو نهاية العالم .

ج - التحكم :

١ - على أن أكون رئيس نفسى .

٢ - أنا الشخص الوحيد الذى يمكن أن يحل مشاكلى .

٣ - لا أستطيع تحمل الآخرين عندما يخبروننى ماذا أفعل ؟

٤ - لا أستطيع طلب المساعدة .

٥ - يحاول الآخرون دائماً أن يسيطروا علىّ .

٦ - علىّ أن أكون كاملاً لكى يكون لدى السيطرة .

٧ - إما أن أتحكم فى نفسى تماماً ، أو أن أكون منفلتاً .

٨ - لا أستطيع تحمل أن أكون منفلتاً .

٩ - القواعد والنظم تسجننى .

١٠ - إذا تركت شخصاً ما لأن يصبح قريباً منى جداً ، فإنه سوف يسيطر

علىّ .

جدول (٢ - ٢) : قائمة تحديد الافتراضات .

المعالجة : أظن هذه ، ورقة مشوقة ، ذكرتها لك فى البداية بسبب الحشيش .
فتهدئة الذات هى القدرة على أن تهدئى نفسك عندما تشعرين بانفعالات حادة ،
إنها القدرة على الضبط دون أن يكون عليك أن تفعلى شيئاً خارجياً . ولذلك
فالأطفال الصغار لا يستطيعون ضبط سلوكهم . فقد ترينهم ، فى دقيقة يصرخون ،
وفى الدقيقة التالية يضحكون . ثم بعد ذلك يكون مرة ثانية ، وانفعالاتهم مجرد .

س : نعم . فوق .. تحت .

ع : وعندما يصبحون أكبر عمراً سوف يتعلمون كيف يكبحون انفعالاتهم بدرجة
أكبر ، ويعدلونها ، ليكون لديهم بعض التحكم فيها ؛ ليعبرون عنها أو لا
يعبرون ، بما يتطلبه الموقف . فعندما تحدث الانفعالات وتكون حادة جداً
ولا تعرفين ماذا تفعلين معها ، ربما تميلين إلى الذهاب إلى أبعد مدى ، أو
أحياناً يعرف الناس كيف يقومون بالأمر . ونرى هذا أحياناً مع الناس

مفرطى البدانة . فعندما كانوا أطفالاً رضعاً كانوا عندما يكون يضع شخص ما شيئاً فى فمهم ، وقد يتعلموا أن طريقة تهدئة أنفسهم هى وضع شىء فى فمهم ، ولذلك عندما يلزعجون من بعض الأشياء يحركون مقعدهم ، حتى يصلوا إلى الثلاجة ويظنون هناك . أو قد يصبح هناك نوع آخر من الأشياء الخارجية مثل الكحول ، أو يستمرون فى اللهو الصاخب . كل هذه الأشياء فى النهاية تصبح إدماناً لأنك لست أنت التى تتحكمى فى أمورك الخاصة ، إنها أشياء خارجية تجلب الراحة ، وطبعاً لا تدوم طويلاً ، ولذلك تظلين فى حاجة إليها أكثر وأكثر .

س : إنها يمكن أن تدفعك إلى الورا ، كما تعرف ، حتى لمجرد ...

ع : حسناً ، ويمكن أن تسبب مجموعة كاملة من المشاكل المختلفة ، يمكن أن تصبحى مدمنة على الكحول ، الآن ليس عندك عكاز خارجى ، فعندك إدمان على الكحول . وبذلك يصبح ذلك مصدراً للحظ العاثر المضاعف ، وهو أمر خطير . وينتهى الأمر بك إلى أن تصبحى مدينة بقدر كبير من المال ، إذا واصلت الإنفاق على هذا الإدمان . ومن الصعب أن ترتب تلك السدادات الخارجية بانتظام ولدى انطباع أنك كنت تستخدمين الحشيش فى البداية إلى حد ما ، لذلك كنت فى حاجة ...

س : نعم ، بنفسى

استخدم أوراق العمل لتواجه النقاط الصعبة التى تتعلق بتقدير الذات وتقدير الآخرين ، تأكد من أنك فحصت البنود التى راجعتها فى قائمة تحديد الافتراضات لكى تحدد النقاط الصعبة ، التى تتعلق بالتقدير والكفاءة . أكمل أوراق العمل الخاصة ببعض المعتقدات الأكثر صعوبة .

بالإضافة إلى أوراق العمل تدرّب على إعطاء وتلقى الاطراءات أثناء الأسبوع ، وافعل على الأقل شيئاً واحداً حسناً لنفسك كل يوم (حتى دون أن تستحقه) . اكتب على هذه الورقة ما الذى فعلته لنفسك ، ومن الذى أثبت عليه ؟

التشخيص	التشخيص
سيدة في ظهيرة بعد البقال .	الخصي : ساهتانه في القرارة
أني اشعرت ملابس داخلية	الجمعة : بعد الظهر نفسي
جسيم (الزوج) على مساعدهه وجمالهه	السبت : شاهدت ليلاً
جيم والعمة التي دائماً ما تكون مليمة بالكراهية ، وتهكمية .	الأحد : _____
عامل مساعد في محل البقالة .	الأثنين : شاهدت ليلاً وحدي

شكل (٩ - ٣) : الواجب المنزلي العاشر .

ع : ولم يكن بسبب شيء تفعليه للاستمتاع من وقت لآخر ، إنه كان بسبب أنك
كلت منزعة ، وتحاولين تهدئة نفسك .

س : (إيماءات) علامة الموافقة .

ع : أيضاً لدى انطباع ، لم نتحدث عنه كثيراً ، أن ذلك شيء تم التخلي عنه .

س : نعم ، نعم ، إنه حقا أصبح أقل حدة ، أنا أريده للتهدئة ، عندما أحصل عليه
أقوم بعمل ما هو مطلوب مني وأجلس في استرخاء ؛ أعنى أنه عمل مثل
الحصول على كأس من الخمر ، أو شرب كوب صغير من البيرة ، وسيكون
الأمر حسناً . ولكن أظن أن الأمر أصبح أقل الآن ، وأشعر الآن أنني أريد
في تدخين السجائر . ولكن أظن أنني كنت أريد أن أدخن لأنه حينئذ لم
يكن أحد يفعل ذلك ، وكانت شيئاً مختلفاً ، وأنا لست مثلك ، أنا مختلفة
عندك .

ع : وهل كنت تستخدمها كطريقة ، عندما تكونين قلقة ، لتهدئي نفسك ؟

س : نعم ، أوه ، نعم .

ع : ربما يكون هذا أحد الموضوعات التي لازلت في حاجة للتركيز عليها ،
وواحد من الأشياء التي تلاحظينها عندما تفعليها . وهل هناك شيء آخر

يمكنك أن تفعليه ؟ قبل أن تفعل ذلك بتلقائية ، هل هناك طريقة أخرى عليك أن تهدئ نفسك بها ، تهدئين نفسك داخلياً ، قبل أن تفعل شيئاً خارجياً ؟ وقد تعلمت هنا ، ان هذا ما فعله هنا ان نتعلم طرقاً للعمل .

س : أظن ذلك ، نعم .

ع : لأنك تستطيعين تحليل ما الذى يحدث ؛ حينئذ عندما تشعرين به تعرفين أنه لن يجعل الأشياء أسوأ فأسوأ ، ولكن شعورك بها يصبح أقل .

س : عادة في الوقت الذى أصل فيه إلى هذه النقطة ، أكون فعلاً قد ابتعدت عن ذروة النشوة .

ع : إنه نوع من دعيتها تختفى ، ولكن الجزء الآخر من هذه الأشياء هو كيف ننظر إلى الأشياء ، ونقول : «حسناً» . توقف لمدة ثانية ، ما الدليل على هذا؟

س : نعم ، ذلك هو ما أعليه ، انت في قمة النشوة ، وانتظر دقيقة .

ع : وحينئذ ستأكدين ما إذا كان الأمر يقوم على شيء ما غير منطقي . وأوقات أخرى تكون الانفعالات منطقية تماماً . فإذا أوديت فإنه من المنطقي تماماً أن تشعرى بالحزن أو الغضب ، إذا ما أذاك شخص عن قصد ، فإنه من المقبول أن تشعرى بالغضب ، وإذا فقدت شيئاً فستشعرين بالحزن ، إنك لا تريد عدم الشعور بهذه المشاعر ؛ لأنها جزء من ماذا تكون الخبرة ؟

س : نعم .

ع : وأظن أحياناً أن وسائل تهدئة الذات تظهر عندما تشعرين أنه ليس من المفروض أن تشعرى بمثل تلك المشاعر ، لقد استوعبت الكثير مما بدأت تشعرين أنه سوف يغمرك .

س : نعم ، أو أنها فعلاً فعلت ذلك . لذلك أريد أن أخرجها من عقلى ، لقد تعبت من التفكير فيها .

ع : اذن فهناك أمل . مجرد أن ننتهى من هنا ، سوف تذهبين إلى نوع من العود إلى سجل نظيف . ولذلك ، إذا انفلتت يمكنك أن تشعرى بهذا الانفعال وتتعاملى معه فى الوقت نفسه ، وبذلك لن يتراكم ، ولن تقولى : «إذا شعرت به ، سوف أغرق» .

س : نعم .

ع : وهكذا ، وعندئذ لن تحتاجي إلى وسائل خارجية كثيرة ؛ لأنها ليست شيئاً ساحقاً ، وضخماً ، إنها ...

س : أنا لست قلقة إلى هذا الحد .

ع : أيضاً ، أظن أنه بمعرفتك أنك تستطيعين التغلب عليها ، فإن ذلك يعطينا الأمل ، أنه عندما تأتي أزمة في المستقبل ، يمكنك القول : هناك بعض ما يمكن عمله ، وأستطيع التغلب على هذا .

س : حسناً ، أنا حقيقة أعتقد ذلك ، لأننى ... كان هذا شيئاً حقيقياً ... لقد أدهشنى مقدار تأثيره على حياتى . وتفكيرى ... كم أثر حقاً فى حياتى ، كما تعرفين ، وتحملته لمدة طويلة .

واستمرت المعالجة والعميلة فى مناقشة المودة مع الآخرين ، وهو الموضوع الذى كان قد قدم فى وقت سابق فى سياق الثقة . وعلى الرغم من أن سندی لا تشعر بصعوبة فى هذا الموضوع ، قررت المعالجة أن هدفه بالنسبة لسندی هو أن تبدأ فى أن تلتفت ، وتلتهمز الفرص مع الناس الآخرين ، فى العمل ، ومع الجيران وأثناء أنشطة أطفالها المدرسية . وأشارت المعالجة إلى أن هذين النموذجين يستغرقان وقتاً طويلاً ، والهدف هو تحديد أية نقاط صعبة متبقية ، ولوضع أهداف طويلة المدى . وكانت الواجبات المنزلية للجلسة النهائية أن تهتم بنموذج المودة (مع ورق العمل) ، وتعيد كتابة واجب معنى الحدث الذى كتبه سندی فى الجلسة الأولى .

الجلسة الثانية عشرة :

بدأت المعالجة - كالعادة - بالسؤال : كيف كان الواجب المنزلى ، وناقشت سندی ردود فعلها لنموذج القياس وكيف كان يرتبط بخبرتها . وتحدثت عن محاولة ملء المشاعر عديمة الجدوى بأشياء ، وسألها المعالج عما إذا كان لديها أى نقاط صعبة متبقية ، أجابت سندی أنها لم تكن نقاطاً صعبة ، ولكن أهدافاً تسعى نحوها ، وأن لديها فكرة أوضح عن : إلى أين تتجه الآن ؟ وفيما يتعلق بالمودة مع الآخرين ، وتذكر سندی أن هذا الموضوع سوف يستغرق بعض الوقت ، ولاحظت أنه فى الوقت الذى اغتصبت فيه ، لم تكن لديها أبداً خبرة سابقة بعلاقة حميمة حقيقية ، وأضافت أيضاً أنها فكرت أنه كان مهماً أن لا تشعر بالعار أنها قد اغتصبت .

وتحدثت المعالجة بصفة عامة عن الصداقة ، وذكرت سندی بأن العلاقة تكون بين شخصين ، ولهذا فقد لا تنجح دائماً ، وقد تحتاج لأن تحاول مرة أخرى . وذكرت المعالجة سندی أيضاً أن نوع الشخص الآخر لا ينعكس عليها ، وعندئذ سألت المعالجة سندی أن تقرأ ما كتبتة عن معنى الحدث بالنسبة لها ، وكتبت سندی :

لقد أثر الاغتصاب بعمق فيّ فلقد تأثرت أفكارى ، وأرائى ، ومشاعرى ، ولا أستطيع تغيير هذا ولا أرغب أيضاً . وأدرك الآن الحاجة إلى التوازن ، وأن أضع الاغتصاب فى منظوره الصحيح وفقاً لموقعه النسبى بالنسبة لى . إنه كان أحد أجزاء حياتى ، فأنا هو أنا اليوم ، بسبب ذلك الجزء من حياتى ، أنا فخورة بمن أكون اليوم .

حينما اغتصبني مارك كنت محطمة من الداخل . لقد استغرقت ١٠ سنوات حتى التقط القطع المتناثرة واجمع شتات نفسى ، واكتملت بقية الجوانب تلقائياً . إنها تساعد فى معرفة ما الصورة الآن إنها أنا ، وما أنا عليه إنها صورة جميلة .

ولأننى كنت فى عمر ١٥ سنة وكنت لازلت أنمو فى ذلك ، فقدت إحساسى بالذات ، وأشعر الآن كما لو كنت بلا إحساس بمن أنا ، أظن أن ذلك هو سبب أننى كنت حزينة وسبب الشعور بالوحدة فى داخلى .

أشعر بأننى قوية جداً ، ولدىّ روح قوية جداً ، وإذا وثقت فى نفسى أستطيع عمل أى شىء ، لا يزال لدى شعور بأننى سوف أحقق الكثير من أهدافى . وفى الحقيقة كان يقال عنى إننى قوية ، لا أعرف أين ولكن يمكننى الشعور بذلك . إن الجانب الروحى فىّ تقريباً يضطرب أحياناً ، إن هذا الأمر يخيفنى ، منذ أن انفتحت على الناس أشرق ما بداخل روحى ، وأحلامى تشير إلى ذلك دائماً ، وتبدى الرمزية فى كل مكان ، لدى شعور عظيم بالراحة . وجزء من كل هذا هو الفتاة التى اغتصبت ، أسىء إليها ، وتم التلاعب بها ، لن أنسى أبداً ، ولكن لن أدع ذلك يدمرنى ، تلك الفتاة لا تزال حية ، قامت بعمل جيد فى الحقيقة . لا أعرف ما إذا كان هنالك شىء ما يمكن أن يكون صادقاً مثل أن تكون الفتاة قد اغتصبت ، آمل أن تتغير نظرتى للحياة ، إن أسوأ شىء يمكن أن يحدث ، هو أن أفقد إحساسى بالذات مرة أخرى .

لا أعتقد أنه يمكن أن أترك ذلك يحدث ثانية ، لم أرغب أبداً أن أصل إلى هذا العمق من الجحيم من جديد .

أعتقد أن مارك قد اغتصبني ولم أكن أتحكم في الموقف ، مارك هو الذي كان يتحكم ، أنا كنت في صدمة ، لم أتركه يغتصبني ، لم أتركه يسيء إلى ، ليس لدى شيء أشعر بالهجل نحوه ، لقد كان مسئولاً عن اغتصابي ، لم أكن مسئولة عن أنني قد اغتصبت . لقد تعلمت الكثير أثناء الإرشاد ، في البداية ، عرفت ما يمكن أن يساعدني ، عرفت أن الأمر يحتاج إلى حدوث تغيير . كان علي أن أواجه الشيطان الذي في رأسي ، لقد استمر الاغتصاب انفعالياً لعدة سنوات ، كنت على أمل أن الإرشاد سوف يظهر كل شيء ، ولقد حدث ، وكنت على أمل أن أجد تلك الأجزاء المفقودة ، ولقد وجدتتها .

ولقد كان أمراً عسيراً للغاية أن أبوح بسرّي الداخلي ، الأعمق والأظلم ، برغم أنه كان يدمرني . وبالمساعدة الصادقة ، أخرجت ذلك السر الشرير إلى العلن وواجهته مباشرة . وشكراً لك ، لا أستطيع أن أفعل ذلك بمفردي ، لقد ساعدتني لأنني أظلمت على ما بداخلي ، وكنت أول شخص أثق فيه ، لقد ساعدتني على تحطيم الجليد .

كانت سندی على وشك البكاء ، عندما انتهت من القراءة ، وسألت المعالجة عما إذا كانت تتذكر ما كتبتة أول مرة ، قالت سندی : لا ، فقرأت المعالجة لها واجبها الأول . وضحكت سندی عند السطر الذي يقول معظم الناس جشعون ، حثاله ، يعتقدون أنهم أقوم أخلاقياً من الآخرين . أشارت المعالجة إلى أن سندی سارت في طريق طويل ووافقت سندی . وكانت سندی مندهشة أيضاً أن ترى أول أوراق أب ج كتبتها . استعرضت المعالجة وسندی كل عملية العلاج ، ما ناقشناه ، والنقاط الصعبة التي تحدثها سندی . كما أشارت سندی إلى أن أنماط التفكير الخاطيء من السهل تعرفها حقيقة بمجرد أن تعرف مغزاها ، وأنهت حديثها بالحديث عن أهدافها في تحسين علاقتها بأخيها ووالدها . وقالت إن الشيء الوحيد الذي يعرفه أبوها عنه هو عن طريق طرف ثالث ، وذلك من خلال أمها ، وأدركت سندی أنها لم تتصل به مباشرة .

المتابعة :

في الأسبوع التالي لانتهاء العلاج ، ذهبت - سندی إلى أخصائي نفسي إكلينيكي آخر لإجراء تقييم ما بعد العلاج ، وكانت النتيجة التي تظهر في جدول (٣ - ٢) ، فلم تعد لديها اضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، أو اكتئاب وفق المقابلة الاكلينيكية المقننة المستمدة من الدليل التشخيصي الثالث المعدل ، وظهر انخفاض في كل درجاتها . وتظهر درجات تقييم سندی للمتابعة بعد ثلاثة أشهر وبعد ستة أشهر في جدول (٣ - ٢) .

وبعد أسبوعين من إتمام العلاج ، اتصلت سندی هاتفياً بالمعالجة وذكرت لها أنها أخبرت أخاها بالاغتصاب ، وكما هو متوقع ، كان من الصعب على أخيها أن يسمع أن أفضل صديق له قد اغتصب أخته .

ولأن سندی أبعدت نفسها عن أخيها ، فإنه افترض أنها لامته بطريقة أو بأخرى على الاغتصاب ، أو لأنه لا يعرف . واتصل بها ثانية في اليوم التالي وناقشا الأمر بتفصيل أكثر . وكانت سندی مسرورة لأنها أخبرت أخاها ، ولذلك يمكن أن يتفهم لماذا هي أبعدت نفسها عنه . وأدركت أيضاً أن صراع أخيها كان خاصاً به وليس بها . وطلبت - من ناحية - ألا يهاتف مارك حتى تقرر ما إذا كانت تريد أن تتحدث معه أم لا . وقالت سندی إنها كانت تستخدم أوراق عمل لتصل من خلالها إلى قرار ما إذا كانت تتحدث مع مارك أم لا ، وماذا تتوقع ، وما العائد الممكن الذي ينبغي أن تحصل عليه .

المقياس	قبل العلاج	بعد العلاج	٣ أشهر	٦ أشهر
مقياس أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة إعادة الخبرة التجنب الإثارة	٢٤	٢	٥	٣
	٦	١	٢	١
	١٤	١	٢	٢
	٤٤	٠	١	٠
مقياس تأثير الأحداث الإقحام التجنب اختيار بيك للاكتئاب	٦٥	١٦	١٨	١٧
	٢٥	١٣	١٠	١٣
	٣٠	٣	٨	٤
	٣٦	٠	١	٤
مقياس قائمة الأعراض (SCI 90-R) الأعراض الجسمية	١,٦٧	٠,٤٢	٠,٢٥	٠,٢٥
وسواس قهري الحساسية للتفاعل مع الآخرين الاكتئاب القلق العنوانية قلق المخاوف	٢,٤٠	٠,٧٠	٠,٢٠	٠,١٠
	٣,١١	٠,١١	٠,٢٢	٠,١١
	٢,٣١	٠	٠,٢٣	٠,٣١
	٢,٤٠	٠	٠,١٠	٠
	٢,٠٠	٠	٠,١٧	٠
	٠,٥٧	٠	٠	٠
أفكار هذانية ذهانية اضطراب الضغوط التالية للصدمة	٢,٣٣	٠,٣٣	٠,٣٣	٠,٥٠
	٢,٠٠	٠,٣٠	٠,١٠	٠,٢٠
	٢,٢٥	٠,٢٩	٠,١١	٠,١١

جدول (٣ - ٣) : يوضح درجات سندی قبل العلاج وبعده .

وبعد ثلاثة شهور من العلاج ، أنت سندی إلى المعالجة من أجل متابعة تقييم . وكانت مستمرة في التحسن ومستمرة في الحصول على درجات منخفضة ، في جميع مقاييس اضطرابات الضغوط التالية للصدمة والاكئاب . وبعد أسابيع قليلة من التقييم ، طلبت المعالجة من سندی أن تأتي لإجراء مقابلة للمتابعة ، وبصفة عامة ، أفادت سندی أنها كانت تتحسن بصورة جيدة وتلظر للحياة نظرة جديدة ، وتشعر بالحزن والأذى من وقت لآخر عندما تفكر في مارك ، وقالت : إنه من المحتمل أن يستغرق ذلك وقت أطول ؛ حتى تختفى هذه المشاعر كلية . وذكرت أن علاقتها بأخيها أصبحت متوترة إلى حد ما ؛ لأنه كان يدفعها لأن تواجه مارك على أمل أن يحل الموضوع . ولم تستجب سندی لضغطه وكانت لا تزال تقلب الأمر ، وما إذا كانت تتحدث مع مارك أم لا . ولكنها قالت إن هذا لا يشغلها ، إنها ترغب في أن تنتظر حتى تشعر أنها قوية وواثقة بما فيه الكفاية ، حتى تستطيع أن تتعامل مع أي رد فعل يصدر عن مارك . وكانت أمورهما في العمل تسير على ما يرام ، وتسير أمور سندی وزوجها والأطفال في تحسن مستمر .

وذكرت سندی أن علاقتها بوالدها كانت تتحسن ببطء ، وعلى الرغم من أنهما لم يتحدثا عن الاغتصاب ، إلا أنهما كانا يقضيان وقتاً أطول معاً ويتحدثان عن عملها أو أخبار الأسر الأخرى ، وكانت صداقتها في العمل تتحسن أيضاً ، وأصبح لها عدد من الأصدقاء المقربين وكانوا يخرجون معاً . وأفادت أنها لم تتحدث عن أمور سرية كثيرة حتى الآن لأنها حذرة ، ولكن سندی وصفت كل ما تكشف عنه ، ومجهوداتها في الثقة في الآخر تبدو كمن يتحسس طريقه بحذر . ومهما يكن من أمر ، فلقد كانت مسرورة بردود فعلهم لما كشفت عنه ، وشعرت أنهم كانوا أمناء وإيجابيين . وحاولت صديقتها السابقة أن تعيد العلاقة بينهما ، ولكن سندی أخبرتها فقط أنهما ليس لديهما ما يقوله كل للآخر ، وطلبت من الصديقة السابقة أن تظل بعيدة عنها . وعبرت سندی عن ارتياحها ؛ لأن هذا التأثير السلبي قد خرج من حياتها ، وكانت مسرورة لتعاملها مع أي اتصال هاتفي ، فلم تعد تتور من المضايقات .

وفي النهاية ، سألت المعالجة عن رد فعل سندی للنجاح ، أو للناس الأقوياء الذين تقابلهم أو تراهم في نشرة الأخبار . أجابت أنها عندما ترى الآخرين الجشعين ، لا تفكر بعمق في الأمر بل ، تتعامل معه بلا مبالاة .

REFERENCES

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1993). *DSM-IV draft criteria as of 3/1/93*. Washington, DC: Author.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L.M., Kaloupek, D. G., Klauminzer, G., Charney, D., & Keane, T. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *Behavior Therapist*, 13, 137 - 188.
- Blanchard, E. B., & Abel, G. G. (1976). An experimental case study of the biofeedback treatment of a rape induced psychophysiological cardiovascular disorder. *Behavior Therapy*, 7, 113 - 119.
- Blanchard, E. B., Kolb, L. C., Gerardi, R., Ryan, P., & Pallmayer, T. P. (1986). Cardiac response to relevant stimuli as an adjunctive tool for diagnosing post-traumatic stress disorder in combat veterans. *Behavior Therapy*, 19, 592 - 606.
- Blanchard, E. B., Kolb, L. C., Pallmayer, T. P., & Gerardi, R. T. (1982). The development of psychophysiological assessment procedure for PTSD in Vietnam veterans. *Psychiatric Quarterly*, 54, 220 - 228.
- Burnam, M. A., Stein, J. A., Golding, J. M., Siegel, J.M., Sorenson, S. B., Forsythe, A. B., & Telles, C. A. (1988). Sexual assault and mental disorders in a community population. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 56, 843 - 850.
- Burt, M. R. (1980). Cultural myths and supports for rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 217 - 230.
- Charney, D. S., Delgado, P. L., Price, L. H., & Heninger, G. R. (1991). The receptor sensitivity hypothesis of antidepressant function. A review of antidepressant effects on serotonin function. In S. Brown & H. van Praag (Eds.), *The role of serotonin in psychiatric disorders* (pp.27 - 57). New York: Brunner/Mazel.
- Charney, D. S., Woods, S. W., Krystal, J. H., & Heninger, G. R. (1990). Neurobiological mechanisms of human anxiety. In R. Pohl & D. Gershon (Eds.), *Bases of psychiatric treatment* (pp. 242 - 283). New York: Karger.
- Chemtob, C., Roitblat, H., Hamada, R., Carlson, J., & Twentyman, C. (1988). A cognitive action theory of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 253 - 275.
- Creamer, M., Burgess, P., & Pattison, P. (1992). Reaction to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 453 - 459.
- Denny, N., Robinowitz, R., & Penk, W. (1987). Conducting applied

- research on Vietnam combat-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 56 - 66.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R manual*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- DiNardo, P. A., & Barlow, D. H. (1988). *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R)*. Albany, NY: Graywind Publications.
- Elles, L. F., Black, L. D., & Resick, P. A. (1992). Cognitive-behavioral treatment approaches for victims of crime. In P. A. Keller & S. R. Heyman (Eds.), *Innovations in clinical practice: A sourcebook* (pp. 23-38). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Fairbank, J. A., & Keane, T. M. (1982). Flooding for Combat-related stress disorders: Assessment of anxiety reduction across traumatic memories. *Behavior Therapy*, 13, 499-510.
- Feldman-Summers, S., Gordon, P. E., & Meagher, J. R. (1979). The impact of rape on sexual satisfaction. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 101 - 105.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1991). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*.
- Foa, E. B., Steketee, G. S., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155 - 176.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Forman, B. D. (1982). Reported male rape. *Victimology*, 7, 235-236.
- Foy, D. W., Osato, S. S., Houskamp, B. M., & Neumann, D. A. (1992). Etiology of posttraumatic stress disorder. In P. A. Saigh (Ed.), *Posttraumatic stress disorder* (pp.28-49). New York : Macmillan.
- Freud, S. (1964). Moses and monotheism. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 1-137). London: Hogarth Press. (Original work published 1937 - 1939)
- Gershuny, B. S., Dancu, C. V., Hemburu, E. A., & Foa, E. B. (1992, November). *Ways of coping with an assault: Effects on the development and severity of posttraumatic stress disorder*. Paper presented at the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Boston, MA.
- Goyer, P., & Eddleman, H. (1984). Same-sex rape of nonincarcerated men. *American Journal of Psychiatry*, 141, 576 - 579.
- Horowitz, M. (1976). *Stress re-*

- sponse syndromes*. New York: Aronson.
- Horowitz, M. (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.). New York: Aronson.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychological Medicine*, 4, 209-218.
- Jones, J. C., & Barlow, D. H. (1990). The etiology of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 10, 299-328.
- Jones, J. C., & Barlow, D. H. (1992). A new model of posttraumatic stress disorder: Implications for the future. In P. A. Saigh (Ed.), *Posttraumatic stress disorder* (pp. 147-165). New York: Macmillan.
- Kasznik, A. W., Nussbaum, P. D., Berren, M. R., & Santiago, J. (1988). Amnesia as a consequence of male rape: A case report. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 100-104.
- Kaufman, A., Divasto, P., Jackson, R., Voorhees, D., & Christy, J. (1980). Male rape victims: Noninstitutionalized assault. *American Journal of Psychiatry*, 137, 221-223.
- Keane, T. M., Caddell, J. M., & Taylor, K. L. (1988). The Mississippi Scale for combat-related PTSD: Studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 85-90.
- Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., Zimering, R. T., & Bender, M. E. (1985). A behavioral approach to treating post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake* (Vol. 1, pp. 257-294). New York: Brunner/Mazel.
- Keane, T. M., Malloy, P. F., & Fairbank, J. A. (1984). The empirical development of an MMPI-subscale for the assessment of combat-related post-traumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 888-891.
- Keane, T. M., Scott, W. O., Chavoya, G. A., Lamparski, D. M., Fairbank, J. A. (1985). Social support in Vietnam veterans: A comparative analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 95-102.
- Keane, T. M., Wolfe, J., & Taylor, K. L. (1987). Posttraumatic stress disorder: Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 32-43.
- Keane, T. M., Zimering, R. T., & Caddell, J. M. (1985). A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Behavior Therapist*, 8, 9-12.
- Kilpatrick, D. G. (1983). Rape victims: Detection, assessment and treatment. *Clinical Psychologist*, 36, 92-95.
- Kilpatrick, D. G. (1983). Rape aftermath symptom test. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.), *Dictionary of behavioral assessment techniques* (pp. 366-367). New York: Pergamon Press.

- Kilpatrick, D. G., & Amick, A. E. (1985). Rape trauma. In M. Hersen & C. Last (Eds.), *Behavior therapy casebook* (pp. 86-103). New York: Springer.
- Kilpatrick, D. G., Best, C. L., Amick, A. E., & Veronen, L. J. (1984, November). *Psychophysiological assessment in the treatment of rape-induced anxiety*. Paper presented at the 18th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Philadelphia, PA.
- Kilpatrick, D.G., Edmunds, C. N., & Seymour, A. K. (1992). *Rape in America: A report to the nation*. Arlington, VA: National Victim Center.
- Kilpatrick, D. G., & Veronen, L. J. (1983). Treatment of rape-related problems: Crisis intervention is not enough. In L. H. Cohen, W. L. Claiborn, & G. A. Specter (Eds.), *Crisis intervention* (pp. 165-185). New York: Human Sciences Press.
- Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J., & Resick, P. A. (1979). The aftermath of rape: Recent empirical findings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49 (4), 658-669.
- Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J., & Resick, P. A. (1982). Psychological sequelae to rape. In D. M. Dolcys, R. L. Meredith, & A. R. Ciminero (Eds.), *Behavioral medicine: Assessment and treatment strategies* (pp. 473-498). New York: Plenum Press.
- Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J., Saunders, B. E., Best, C. L., Amick-McMullen, A. E., & Paduhovich, J. (1987, March). *The Psychological impact of Crime: A study of randomly surveyed crime victims* (Final report, Grant No. 84-IF-CX-0039). Washington, DC: National Institute of Justice.
- Kolb, L. C. (1987). A neuropsychological hypothesis explaining posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 989-995.
- Koss, M. P., & Gidycz, C. A. (1985). sexual Experiences Survey: Reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 422-423.
- Koss, M. P., & Harvey, M. (1991). *The rape victim: Clinical and community approaches to treatment* (2nd ed.). Lexington, MA: Stephen Greene Press.
- Kozak, M. J., Foa, E. B., Rothbaum, B. o., & Murdock, T. (1988, September). *Psychophysiological responses of rape victims during imagery of rape and neutral scenes*. Paper presented at World Congress of Behaviour Therapy, Edinburgh, Scotland.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. *Research in Psychotherapy*, 3, 9-102.
- Lang, P. J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*, 8, 862-886.
- Lang P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495-512.

- Lang, P. J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety in A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 131-170). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Litz, B. T. (1992). Emotional numbing in combat-related post-traumatic stress disorder: A critical review and reformulation. *Clinical Psychology Review, 12*, 417-432.
- Litz, B. T., Blake, D. D., Gerardi, R. G., & Keane, T. M. (1990). Decision-Making guidelines for the use of direct therapeutic exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapist, 13*, 91-93.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990a). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy and transformation*. New York: Brunner/Mazel.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990b). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress, 3* (1), 131-149.
- McCaugh, J. L. (1990). Significance and remembrance: The role of neuromodulatory systems. *Psychological Science, 1*, 15-25.
- Meichenbaum, D. H. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon Press.
- Nagy, L. M., Blacke, D. D., Dan, E., Riney, S. J., Mangine, W., Southwick, S. M., Gusman, F. D., & Charney, D. S. (1992, October). *Clinician adminis-tered PTSD scale-weekly version (CAPS-2): Reliability, validity, and sensitivity to change*. Paper presented at the Eighth Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Los Angeles, CA.
- Pitman, R. K., Orr, S. P., Foa, E. B., de Jong, J. B., & Claiborn, J. M. (1987). Psychophysiological assessment of posttraumatic stress disorder imagery in Vietnam combat veterans. *Archives of General Psychiatry, 44*, 970-975.
- Resick, P. A. (1987). *Reactions of female and male victims of rape and robbery* (Final report, NIJ Grant No. MH37296). Washington, DC: National Institute of Justice.
- Resick, P. A. (1992). Cognitive treatment of crime-related post-traumatic stress disorder. In R. Peters, R. McMahon, & V. Quinsey (Eds.), *Aggression and violence throughout the life span* (pp. 171-191). Newbury Park, CA: Sage.
- Resick, P. A., Jordan, C. G., Girelli, S. A., Hutter, C. H., & Marshoef-Dvorak, S. (1988). A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapy, 19*, 385-401.
- Resick, P. A., & Markaway, B. E. G. (1991). Clinical treatment of adult female victims of sexual assault. In C. R. Hollin & K. Howells (Eds.), *Clinical approaches to sex offenders and their victims* (pp. 261-284). New York: Wiley.

- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1990). Treating symptoms in adult victims of sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence, 5*, 488-506.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive Processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 748-756.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (in press). *Cognitive processing therapy for rape victim: A treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., & Lipovsky, J. A. (1991). Assessment of rape-related posttraumatic stress disorder: Stressor and symptom dimensions. *Psychological Assessment, 3*, 561-572.
- Robins, L. N., Helzer, J. D., Groughan, J., & Ratcliff, K. S. (1981). The National Institute of Mental Health diagnostic interview schedule: Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry, 38*, 381-389.
- Rothbaum, B. O., & Foa, E. B. (1992). Exposure therapy for rape victims with post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapist, 15*, 219-222.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 455-475.
- Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., & Tidwell, R. P. (1989). Brief screening for lifetime history of criminal victimization at mental health intake. *Journal of Interpersonal Violence, 4*, 267-277.
- Saunders, B. E., Mandoki, K. A., & Kilpatrick, D. G. (1990). Development of a crime-related post-traumatic stress disorder scale within the SCL-90-R. *Journal of Traumatic Stress, 3*, 439-448.
- Silverman, D. (1977). First do not more harm: Female rape victims and the male counselor. *American Journal of Orthopsychiatry, 47*, 91-96.
- Solomon, S. D., Gerrity, E. T., & Muff, A. M. (1992). Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: An empirical review. *Journal of the American Medical Association, 268*, 633-638.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Gibbon, M. (1987). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R-Nonpatient version*. New York: State Psychiatric Institute.
- Sutker, P. B., Uddo-Crance, M., & Allain, A. N. (1991). Clinical and research assessment of posttraumatic stress disorder: A conceptual overview. *Psychological Assessment, 3*, 520-530.
- Van der Kolk, B., Boyd, H., Krystal, J., & Greenberg, M. (1984). Post-traumatic stress disorder as a biologically based disorder: Implications of the animal model of inescapable shock. In B.

- Van der Kolk (Ed.), *Post-traumatic stress disorder: Psychological and biological sequelae* (pp. 124-134). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Veronen, L. J., & Kilpatrick, D. G. (1980). Self-reported Fears of rape victims: A preliminary investigation. *Beavior Modification, 4*, 383-396.
- Veronen, L. J., & Kilpatrick, D. G. (1983). Stress management for rape victims. In D. Meichenbaum & M. E. Jaremko (Eds.), *Stress reduction and prevention* (pp. 341-374). New York: Plenum Press.
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Krinsley, K. E., Haddad, W., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1992a, October). *The clinician administered PTSD scale-diagnostic version (CAPS-1): Description, use and psychometric properties*. Paper presented at the Eighth Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Los Angeles, CA.
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Krinsley, K. D., Haddad, W., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1992b, November). *The clinician administered PTSD scale: Reliability and construct validity*. Paper presented at the 26th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavioral Therapy, Boston, MA.
- Wolfe, J., & Keane, T. M. (1990). The diagnostic validity of post-traumatic stress disorder. In M. Wolf & A. Mosnaim (Eds.), *Post-traumatic stress disorder: Etiology, Phenomenology, and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

الفصل الثالث
الرهاب والقلق الاجتماعي

الفصل الثالث

الرهاب والقلق الاجتماعى

ريتشارد ج. هيمبرج
Richard G. Heimberg
جامعة ولاية نيويورك - البانى

ديبرا أ. هسوب
Debra A. Hope
جامعة نبراسكا - لينكولن

ترجمة

دكتور محمد نجيب أحمد الصبوة

قسم علم النفس جامعة القاهرة

إن بعض الأشخاص يكونون محجولين جدا ومحبطين إلى حد كبير ، ولهذا السبب ، فإن بعض الناس ينظرون إلى معاناتهم وشكواهم المرتبطة بالرهاب الاجتماعى^(١) على أنها معاناة عادية ، وما هى - فى الغالب - إلا سمة ما عامة تشيع بين الجمهور ، لدرجة أنها لا تتطلب أى نوع من العلاج الرسمى الشديد أو أى نوع من التدخل ، أو أى نوع من الأدوية الطبية النفسية أو حتى العلاجات النفسية . ولكن هذا الاعتقاد أبعد ما يكون عن الحقيقة ، لأن ٢٢٪ من الجمهور العام تقريبا يعانون من الرهاب الاجتماعى ، الذى يبدو فى ظاهره عملية تفاعل اجتماعى بسيط بين الفرد والآخرين أو مجموعة من العلاقات الاجتماعية التى تسبب نوعاً من الرعب والفرع الشديد الذى يتم تجنبه فى الغالب والأعم . ولذا فإن تأثير هذا الاضطراب على وظيفة الفرد ومهنته وعلى كيف حياته يمكن أن يكون تأثيراً مدمراً . ويعرض هذا الفصل لأكثر العلاجات شهرة وقوة فى الوقت الحاضر، ألا وهو العلاج النفسى^(٢) للرهاب الاجتماعى . ولأن صدق الجيل الجديد من العلاجات

(1) social phobia .

(2) psychological treatment .

النفسية صدق يتزايد باستمرار ومع مرور الوقت ، فإن العلاج المعرفي - السلوكي الجماعي^(١) قد أثبت بشكل جوهري أنه شديد المصدقية في علاجه للاضطرابات ذات الطبيعة النفسية ، وأن تأثيره عبر الزمن يتزايد باستمرار . ولذا فإن هذا العلاج يعد من أفضل العلاجات النفسية في الجيل الجديد الذي يتصف بالقوة والتنوع والخصوصية .

د . هـ . ب

مقدمة :

إن فهمنا لطبيعة الرهاب الاجتماعي وعلاجه قد ازدادت رفعتة تماماً منذ إدراجه كلفة تشخيصية مستقلة ضمن الطبعة الثالثة من دليل الاضطرابات النفسية التشخيصي والإحصائي الصادر عام ١٩٨٠ عن رابطة الطب النفسي الأمريكية (DSM-III; American psychiatric Association [APAP], 1980) ، أي منذ عقدين من الزمن . ومنذ هذا التاريخ ، ينظر إلى الرهاب الاجتماعي على أنه حالة خاصة^(٢) من الرهاب البسيط المصحوب بمخاوف تتصل بموقف واحد أو اثنين ، ويصعب أن ينتج عنه أكثر من مجرد تدهور بسيط في أداء الفرد لعمله وواجبه المهني . ومع ما أشرنا إليه سابقاً في ملخص هذا الفصل ، فإن البحوث في هذا المجال قد كشفت عن أن الرهاب الاجتماعي يمثل مشكلة صحية نفسية شديدة يمكن أن تسبب ضعفاً ووهناً قاسياً . وبعد مراجعة مختصرة لنتائج البحوث الوبائية وبحاث نتائج العلاجات النفسية ، سنناقش نتائج بحوث كفاءة العلاج بالتعرض المشترك^(٣) والعلاجات المعرفية . وسنلقى الضوء بعد ذلك - وعبر هذا الفصل - على نموذجين نظريين للرهاب والقلق الاجتماعي . وسيركز كل نموذج على جانب مختلف من جوانب القلق الاجتماعي . ومن ثم فإن هدفنا مؤداه أن نمد القارئ المتخصص بخلفية عامة تيسر عليه فهم استراتيجيات العلاج التي سنناقشها في بقية أجزاء هذا الفصل . إن معظم أجزاء هذا الفصل ستركز على المنحى العلاجي المعروف باسم العلاج المعرفي - السلوكي الجماعي بصفة خاصة مع عرض تفصيلي لإحدى الحالات التي تم علاجها به .

(1) Cognitive - behavoiarl group therapy .

(2) special case .

(3) combined exposure .

التشخيص ونسب الانتشار والأعراض المرضية المشتركة

وفقاً للطبعة الرابعة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية عام ١٩٩٣ (*) (DSM-IV;APA, 1993) ، فإن الرهاب الاجتماعي ما هو إلا شخص ما يخاف ويفزع من مجموعة متنوعة ومتباينة من المواقف الاجتماعية والأدائية (المهنية) ، لأنه يعاني نوعاً من الخزي والخوف والحيرة بسبب توقعه نوعاً من الضعف في أداء مهنته وواجباته ، أو بسبب خوفه من أن تبدو عليه أعراض القلق ، وتندرج المواقف الاجتماعية المسببة للخوف من مواقف التفاعلات غير المتوقعة كما يحدث أثناء المحاضرات والندوات العامة عندما يعقب فرد ، أو يطلب منه التعقيب على حديث أو حوار شخص آخر ، إلى عدم وجود مواقف للتفاعل الاجتماعي ، ومع ذلك يتوقع المريض أن تصدر أحكام من الآخرين عليه بسبب ما يبدو عليه من قلق في مثل هذه المواقف . وربما يصاب مريض الرهاب الاجتماعي بالقلق عند مواجهته بعض الظروف والمواقف التي تتطلب إبداء أنماط من السلوك الحركي المعقد ، بحيث تنعكس هذه الأنماط السلوكية في شكل ارتجافات خفيفة أو نقص في التركيز (ومن أمثلة هذه المواقف ، تناول الطعام ، وتناول الشراب ، والكتابة على الحاسب الآلي أمام الآخرين) . إن الخوف من استخدام الحمامات العامة - والذي غالباً ما يشار إليه بشكل تقليدي - على أنه نوع من حياء المئانة^(١) أو خدائ^(٢) ، يعد موقف رهاب اجتماعي متكرر الحدوث ، على الرغم من أن البيانات العملية تفترض أن أمثال هذا الموقف لا علاقة له بمواقف أخرى ينظر إليها على أنها مواقف صعبة نفسياً يواجهها مريض الرهاب الاجتماعي (Holt, Heimberg, Hope & Liebowitz, 1992) . ومن المعروف أن معظم مرضى الرهاب الاجتماعي يخشون موقفين أو أكثر من هذه المواقف ، ومن ثم فهم يتجنبونها تماماً (Kolt, Heimberg, Hope Liebowitz, 1992; Turner, Beidel, Dancu & Keys,

(*) إن المحكات التي تم إقرارها في هذه الطبعة ، هي المحكات التي تم اعتمادها نهائياً في الطبعة الرابعة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات القلق من قبل مجموعة العمل ومجموعة الصياغة النهائية لهذا الدليل الذي صدرت طبعته التجريبية الأولى عام ١٩٩٣ (APA, 1993) . وربما تخضع هذه المحكات لمراجعات وتنقيحات جزئية قبل إعداد الطبعة النهائية له التي صدرت عام ١٩٩٤ .

(1) bashful bladder .

(1986) مع نسبة أو قدر من الخوف الذي يتولد نتيجة للتواصل الاجتماعي مع الآخرين . ويصنف هؤلاء الأشخاص الذين يعانون من مخاوف نتيجة للتخاطب الاجتماعي ضمن نمط فرعي عام من أنماط الرهاب الاجتماعي التي وردت في الطبعة الثالثة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-III-R; APA, 1987) والطبعة الرابعة (DSM-IV, 1994) وعلى الرغم من القلق الشديد الذي يعانيه مرضى الرهاب الاجتماعي ، فإنهم يتجنبون هذه المواقف المخيفة أو يحاولون تحملها .

وعلى النقيض تماماً مما ورد في الدليل التشخيصي الثالث ، فإن مخاوف مرضى الرهاب الاجتماعي وتجنبهم للمواقف الاجتماعية يؤثر سلبياً وبشكل ما على وظائفهم وأدوارهم الاجتماعية والمهنية . ومن ثم ، فليس من المستغرب أن نجد شخصاً ما يعاني من الرهاب الاجتماعي ، وفي الوقت نفسه يعاني من التذنى في أداء أدواره الاجتماعية والوظيفية ، إن ذلك أمراً طبيعياً . ومن الأمثلة الدالة على ذلك ، أن أحد هؤلاء المرضى كان يعمل بواباً ليلاً على الرغم من أنه يحمل درجة جامعية ، وكان يرفض عرضاً مغرباً للإشراف على اثنين آخرين من البوابين لمجرد أن متطلبات هذا الموقف الوظيفي ستجعله يواجه أوقاتاً مختلفة من التفاعل الشخصي الاجتماعي . وفي الحقيقة ، إن معظم أو الغالبية العظمى من مرضى الرهاب الاجتماعي يعتقدون أن مهنتهم أو وظائفهم الأكاديمية والاجتماعية العامة يصيبها الإخفاق والتدهور بسبب مخاوفهم الاجتماعية (Liebowitz, Gorman, Fyer & Klein, 1985; Turner et al., 1986) . ولقد أقر ساندرسون Sanderson ، وديناردو DiNardo ، ورابي Rapee وبارلوف Barlow (1990) أنه على الرغم من أن المتوسط العمري لمرضى الرهاب الاجتماعي يقع في الثلاثينيات المبكرة ، فإن نصف مرضى عيناتهم لم يقدموا مطلقاً على خبرة الزواج بالمقارنة بنسبة 36% من مرضى اضطراب الهلع المصحوب بالمخاوف من الأماكن المتسعة ، ونسبة 18% من هؤلاء المرضى الذين يعانون من اضطراب القلق العام .

نسب الانتشار والإصابة

كشفت دراسات نسب انتشار الرهاب الاجتماعي التي أجراها المعهد الوطني للصحة النفسية على مدى ستة شهور ، أن معدل الانتشار يتراوح بين 0,9% - 1,7% لدى الرجال ، ويتراوح بين 1,5% - 2,6% لدى النساء (Myers et al.,

(1984) . وينبغي أن نلاحظ أن هذه الدراسات قد طبقت محكات الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية ، والتي تضمنت فقط الأفراد الذين يعانون من قلق أداء مهن بعينها . ومن ثم فإن نسب الانتشار ربما تصبح أكثر ارتفاعاً إذا ما طبقت محكات الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية التي تضم إليها الأفراد الذين يعانون من مجموعة من المخاوف أكثر عمومية . ويعيداً عن بعض اضطرابات القلق الأخرى ، فإن الرهاب الاجتماعي ينتشر بين الذكور والإناث بنسب متساوية (Bourdon et al., 1988) . وربما يمثل مرضى الرهاب الاجتماعي ما يعادل ١٨٪ من حجم المرضى الذين يترددون على عيادات اضطرابات القلق طلباً للعلاج (Sanderson et al., 1990) وكشفت التحليلات الإحصائية التي قام بها بوردون وزملاؤه (١٩٨٨) لبيانات الدراسة الانتشارية التي أجراها المعهد الوطني للصحة النفسية ، أن العمر المنوالى للإصابة بالرهاب الاجتماعي هو ١٢ عاماً ، وأن ٩١٪ من هذه الحالات تشير إلى أن معدل بداية الإصابة بالرهاب الاجتماعي تحدث قبل عمر خمسة وعشرين عاماً . ويبدو أن تقديرات العمر المنوالى لبداية الإصابة بالرهاب الاجتماعي تقديرات مغالى فيها لأن الأفراد المشار إليهم ، وفقاً لهذه التقديرات ، والذين عانوا طوال حياتهم بالفعل من الرهاب الاجتماعي ، قد تم استبعادهم من هذه التحليلات .

الأعراض المشتركة لاضطراب الرهاب الاجتماعي

اضطرابات أخرى في المحور التشخيصي رقم (١) :

إن مرضى الرهاب الاجتماعي الذين يبحثون عن العلاج غالباً ما يواجهون بصورة تشخيصية معقدة تتضمن اضطرابات نفسية أخرى في المحور التشخيصي رقم (١) ، فقد أقر تيرنر Turner ، وبيادل Beidel ، وبوردن Borden ، وستانلى Stanley ، وچاكوب Jacob (١٩٩١) ، أن ٤٣٪ من جملة ٧١ حالة رهاب اجتماعي ، وضع لها تشخيص لاضطراب نفسى إضافي للمحور رقم (١) هو عبارة عن اضطراب القلق العام وهو من أكثر الاضطرابات الانفعالية شيوعاً بينها . وتبين من خلال عينة أكثر صغراً ، كان عددها ٢٤ من مرضى الرهاب الاجتماعي ، أن ما يقرب من ٦٠٪ من أفرادها يمكن أن تنطبق عليهم محكات تشخيص إحدى الزملات المرضية العيادية الإضافية على الأقل ، بحيث تشمل هذه الزملة المرضية ، ٢١٪ من مرضى الديستاميا ، و٢٥٪ من مرضى المخاوف

البسيطة ، و ١٧٪ من مرضى اضطرابات الهلع المصحوبة بالمخاوف المرضية من الأماكن النفسية^(١) (Sanderson et al; 1990) . كما يبدو أن خمس هذه العينة الأخير يتم علاجها بأدوية البنزوديازيبينات يوميا للسيطرة على القلق الاجتماعي^(٢) . كما تكشف دراسات شرب المسكرات عن وجود انتشار مرتفع للرهاب الاجتماعي بين الكحوليين، كما تشير إلى أن عددا من هؤلاء الكحوليين ربما يشربون كثيراً من المسكرات لتخفيف حدة القلق الاجتماعي الذي يعانون منه بشدة (Chambless, Cherney, Caputo & Eheinstei, 1987; Mullancy & Trippett, 1979; Samail, Stockwell, Canter, & Hodgson, 1984)

اضطراب الشخصية التجنبي^(٣) :

إن إدراج نمط فرعى عام لفئة الرهاب الاجتماعي في الطبعة الثالثة المعدلة والطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي للاضطرابات النفسية، قد ألقى مزيداً من الضوء على الخلط حول العلاقة بين الرهاب الاجتماعي واضطراب الشخصية التجنبي . ويتصف اضطراب الشخصية التجنبي بنمط دائم من تجنب التفاعل المتبادل بين الأشخاص ، والخوف من الرفض والاعتراض على ما يقوله ، والخوف من الخجل بين الرهاب الاجتماعي واضطراب الشخصية التجنبي . ويتصف اضطراب الشخصية التجنبي بنمط دائم من تجنب التفاعل المتبادل بين الأشخاص ، والخوف من الرفض والاعتراض على ما يقوله ، والخوف من الخجل واحمرار الوجه أو الخوف من الأداء بشكل ضعيف في اللقاءات الاجتماعية وخاصة الفجائية منها . وتبين في أربع دراسات حديثة (Herbert, Hope & Bellack, 1992; Holt, Heimberg, & Hope, 1992; Schneier, Spitzer, Gibbon, Feyr, & Liebowitz, 1991; Turner, Beidel, & Townsley, 1992) أن ٢٢,١٪ إلى ٧٠٪ من مرضى الرهاب الاجتماعي يشخصون ضمن مرضى اضطراب الشخصية التجنبي كتشخيص إضافي . وعلى الرغم من ضعف الاتفاق بين الباحثين حول الأعراض المرضية المشتركة والمتداخلة بين الرهاب الاجتماعي واضطراب الشخصية التجنبي ، فإن كل

(1) panic disorder with agoraphobia (PDA) .

(2) social anxiety .

(3) avoident personality disorder .

المؤلفين انتهوا إلى أن الملامح المرضية لاضطراب الشخصية التجنبية تشيع كثيراً بين مرضى الرهاب الاجتماعي ، وبصفة خاصة بين هؤلاء المرضى الذين يعانون من مخاوف شديدة العمومية . ومع ذلك ، فإن الأمر لازال غامضاً وملتبساً ، لأنه لا يوجد دليل علمي قاطع يشير إلى ضرورة أو إمكانية وضع تصنيف للرهاب الاجتماعي منعزلاً عن اضطراب الشخصية التجنبية . فعلى سبيل المثال قد كشف مرضى الرهاب الاجتماعي المعمم^(١) ، سواء المصحوب أو غير المصحوب باضطراب الشخصية التجنبية عن أعمار متشابهة لبداية المعاناة من مخاوفهم الاجتماعية ، في حين أن مرضى اضطراب الشخصية التجنبية يكونون أكثر عرضة للمعاناة من الاضطرابات الاكتئابية (Holt, Heimberg, Hope, & Liebowitz., 1992) وربما يكون الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية التجنبية ، هم - ببساطة - أشد الأفراد معاناة من المخاوف الاجتماعية ، وفقاً للمؤشرات الكمية ، ولكن لا توجد فروق كيفية بين الرهاب الاجتماعي المصحوب أو غير المصحوب باضطراب الشخصية التجنبية (Herbrt, et al., 1992) ، وانظر أيضاً هولت Holt ، وهايمبرج Heimberg ، وهوب Hope ، وليبويتز Liebowitz (١٩٩٢) . وبالإضافة إلى ما سبق ، يوجد دليل علمي ضعيف يشير إلى أن بعض الأفراد يمكن أن تنطبق عليهم محكات اضطراب الشخصية التجنبية من دون أن تنطبق عليهم محكات اضطراب الرهاب الاجتماعي ، مما يعنى أنهما فئتان تشخيصيتان منعزلتان (Widiger, 1992) .

التشخيص الفارقي^(٢) :

على الرغم من أن مرضى الرهاب الاجتماعي قد تتنبأهم نوبات من الهلع في المواقف الاجتماعية في بعض الأحيان ، وعلى الرغم من أن كلا من مرضى الرهاب الاجتماعي ومرضى اضطراب الشخصية التجنبية ، يتحاشون مواقف اجتماعية شبيهة (كتناول الطعام بأحد المطاعم العامة) ، فإن كلا الاضطرابين متميزان بوضوح . وبالإضافة إلى ذلك ، فإن التشخيص الفارقي يعد أمراً جوهرياً لأن العلاج يختلف من اضطراب إلى آخر (راجع مؤلفا الفصل الأول Craske & Barlow من هذا المجلد) . وعند التوصل للتشخيص الفارقي ، يجب التعرض لثلاث قضايا بالمناقشة ، هي :

(1) generalized social phobics .

(2) differential diagnosis .

(١) هل الشخص (أو المريض) يخشى من الأعراض ذاتها؟ إن مرضى اضطراب نوبات الهلع المصحوبة بالخوف من الأماكن الفسيحة سيعانون من أعراض القلق حتى إذا لم يستطع أحد آخر رؤيتهم ، ويكون هذا هو حالهم عندما يكونون بمفردهم ، في حين أن مرضى المخاوف الاجتماعية يكونون على النقيض من سابقهم ، يلتفتون إلى أن الآخرين سوف يرون أعراضهم البادية عليهم ، وسيكون تقييمهم لهم سلبياً على هذا الأساس .

(٢) هل تحدث نوبات الهلع في مواقف غير اجتماعية؟ إن مدى المواقف التي تسبب خوفاً لمرضى نوبات الهلع المصحوبة بمخاوف من الأماكن الفسيحة تعتمد على تاريخ الخوف أو احتمالات المرور بخبرات نوبة هلع أو أخرى ، وربما يشمل هذا المدى ، مواقف يكون التقييم الاجتماعي فيها أمراً بعيد الاحتمال إلى حد كبير ، ومع ذلك تحدث نوبات الهلع .

(٣) هل تكون بداية نوبة حدوث الاضطراب سواء أكانت نوبة هلع مصحوبة بالخوف المرضى من الأماكن الفسيحة أم نوبة رهاب اجتماعي ، هل تكون بداية نموذجية شديدة الوضوح؟ إن النوبة الأولى قد يتكرر حدوثها بشكل بارز شديد الوضوح لدى الأفراد الذين يعانون من نوبات الهلع المصحوب بالخوف أو لدى من يعانون حالة مستمرة من القلق الاجتماعي طوال حياتهم تقريباً أو - على الأقل - منذ دراستهم الثانوية أو الجامعية .

ومما يزيد الأمر تعقيداً ، أن أعراض كل من الرهاب الاجتماعي ونوبات الهلع المصحوبة بالخوف من الأماكن الفسيحة تكون شديدة التداخل والتشابه . وإذا كان ذلك كذلك ، فربما يكون من الضروري معالجة كلا الاضطرابين بنوع واحد من العلاج بحيث يتصدى للإضطراب الذي يكون أشد حدة (أو الذي يكون أشد اهتماماً من قبل المريض) ، وتم تشخيصه أولاً على حساب الاضطراب الآخر .

وقد يحدث أحياناً أن يحضر أحد المرضى من أجل العلاج من القلق الاجتماعي الشديد بسبب فكرة قهرية مهيمنة عليه مؤداها أنه يحاول لمس صدور النساء أو يداعب الأعضاء التناسلية للرجال . ومن الواضح ، أنه إذا تورط الشخص في مثل هذا السلوك القهري فعلاً ، فإن ذلك يعد نتيجة غير مباشرة للمعاناة من القلق الاجتماعي . وتفترض خبرتنا العيادية أن مثل هؤلاء المرضى يمكن النظر إليهم على أنهم يعانون من اضطراب الوسواس القهري ، وينبغي معالجتهم منه على هذا الأساس .

ووفقاً للمظاهر المرضية الخارجية ، فإنه يبدو من الصعب التمييز - على الأقل - بين الرهاب الاجتماعي الشديد أو اضطرابات الشخصية الفصامية أو الهذائية⁽¹⁾. وتبرز الحاجة لوضع مثل هذه التشخيصات الفارقة في المواقف العملية بشكل نادر وغير متكرر ، فمن ناحية نجد أن ذوى الشخصية الفصامية لا يتلقون أى دعم ليزيدون من تفاعلهم الاجتماعي ، ولذا فإنه من غير المحتمل أننا نجدهم يبحثون عن العلاج بهدف زيادة رضاهم عن المواقف الاجتماعية . ومن ناحية أخرى ، يرغب مرضى الرهاب الاجتماعي في التخاطب الاجتماعي مع الآخرين على الرغم من أنه يسبب لهم حالة من الخوف والهلع الشديد . ويعتمد التمييز بين الرهاب الاجتماعي واضطراب الشخصية الهذائية بشكل أساسى على قدرة الشخص في النظر إلى أن نوايا الآخرين لا يمكن أن تكون نوايا حقد عليه . وربما يكون من الصعب جدا التوصل لهذا الحكم التشخيصى من دون مد فترة التقدير الإكلينيكي واختبار أو فحص نتيجة اثنين أو ثلاثة من مواقف التفاعلات الاجتماعية وفقاً لأسلوب أداء الأدوار .

تعميم الخوف وأنماطه التشخيصية الفرعية :

تعميم الخوف

يعد خوف الحالة من تقييم الآخرين لها إحدى السمات المميزة لمرضى الرهاب الاجتماعي . وعلى الرغم من الشعور بالتهديد العام ، فإن المواقف والظروف التي تثير هذا الخوف تتباين بشدة من موقف اجتماعى إلى آخر . وكما لاحظنا مسبقاً ، فإن بعض مرضى الرهاب الاجتماعي يخافون من بعض مواقف التفاعل أو التبادل والاتصال الشخصى الاجتماعي تقريباً . وضمن مراجعة علمية مفصلة للمواقف المثيرة للخوف لدى مرضى الرهاب الاجتماعي ، انتهى هولت Holt وهوب Hope وهيمبرج Heimberg وليبو ويتز (1992) إلى وجود أربع فئات (مجموعات تتصل وظيفياً بهذه المواقف) من المواقف الاجتماعية هي : التفاعل الاجتماعي عند العمل كناطق رسمى ، والتفاعل الاجتماعي عند العمل كناطق غير رسمى ، ومواقف الحزم وتوكيد الذات ، وأخيراً مشاهدة الآخرين لسلوك الحالة الاجتماعي (مثل ذلك ، الكتابة أمام الآخرين والكتابة فى الصحف السيارة) . وكان موقف الناطق الرسمى من أشد المجالات المثيرة للخوف المرضى

(1) Schizoid or paranoid personality disorders .

شيوياً لدى عينة دراستهم ، حيث كانت نسبتهم ٧٠٪ ، يلي ذلك مواقف الناطق غير الرسمي والتوكيد ومشاهدة الآخرين لسلوك الحالة الاجتماعي ، حيث كانت نسب الشيوخ لكل فئة بالترتيب كالتالي : ٤٦٪ ، و ٣١٪ ، و ٢٢٪ . وتخاف معظم الحالات من مواقف اجتماعية متعددة ، ولكنها تأخذ نمطاً متدرجاً ، فإن ما سبب مجالاً اجتماعياً محدداً خوفاً شديداً لدى مريض ، فإن هذا المجال غالباً ما يكون موقف التفاعل عند العمل كناطق رسمي . أما هؤلاء الذين يخافون من موقف التفاعل عند العمل كناطق غير رسمي ، فإنهم - غالباً - ما يخافون بدرجة أشد من موقف الناطق الرسمي بالمقارنة بالمجالين الاجتماعيين الآخرين (موقف التوكيد والحزم ، ومشاهدة الآخرين لسلوك الحالة) . وبالطريقة نفسها ، فإن هؤلاء الذين يخافون من مواقف توكيد الذات يميلون بشدة للخوف من موقف التفاعل عند العمل كناطق رسمي أو ناطق غير رسمي ، ولكنهم لا يخافون بالضرورة من موقف مشاهدة الآخرين لسلوكهم الاجتماعي . وأخيراً فإن من يخافون من موقف مشاهدة الآخرين لسلوكهم الاجتماعي ، غالباً ما يكونون أشد خوفاً من المجالات الاجتماعية الثلاثة السابقة على هذا المجال في الترتيب . ولذلك ، فإننا نستطيع النظر إلى ترتيب هذه المجالات تبعاً من حيث شدة استثارته للخوف لدى الحالات المرضية ، كالتالي : التفاعل عند العمل كناطق رسمي ، فالتفاعل عند العمل كناطق غير رسمي (حوار غير رسمي) ، وتوكيد الذات ، ثم مشاهدة الآخرين لسلوك الاجتماعي . ولذلك ، فإن الحالة التي تخاف من مجال ما (كموقف توكيد الذات مثلاً) ، فإنه يتوقع خوفه أيضاً من كل المجالات والمواقف التي سبقت هذا الموقف في القائمة (كمجال التخطيب الرسمي والتخطيب غير الرسمي ، في حين أنهم لا يتوقع خوفهم من موقف مشاهدة الآخرين لسلوك الاجتماعي على أساس أنه غير سابق من حيث ترتيبه في القائمة) . وليس معنى هذا أن الرهاب الاجتماعي اضطراباً أو مرضاً ثقافياً بحيث تعم فيه مخاوف مريض ما من مرضى الرهاب الاجتماعي كمجموعة ، فإنه يمكن أن نضع مخاوفهم العامة وغير المحددة في نمط تدريجي غير محدد المعالم (فضفاض) . وكما سنرى فيما بعد ، فإن هذه المعلومات يمكن أن تكون مفيدة لنا في وضع مدرجات ترتيبية للمخاوف ومدرجات تجنبية ، ووضع درجات ومستويات متدرجة من التعرض المباشر للمواقف المثيرة للخوف .

الأنماط التشخيصية الفرعية للرهاب الاجتماعي :

ظلت أسباب الإصابة بالرهاب الاجتماعي ، واحداً من الموضوعات المثيرة للجدل أعواماً عديدة . وحاولت دراسات عديدة أن تضع مرضى الرهاب الاجتماعي في تصنيفات فرعية أولية بناء على نوع الموقف المخيف أو درجة عموميته . ووفقاً لما أورده «هيمبرج وهولت وشينيير Schneier وسبتزر وليبويتز (تحت الطبع) في مراجعتهم العلمية الضافية لمشكلة التشخيصات الفرعية للرهاب الاجتماعي ، فإن كثيراً من الدراسات غالباً ما توصلت إلى فروق نمطية فرعية اعتماداً على متغيرات ديموجرافية ، وتقديرات نفسية عيادية (كلينيكية) ، ودرجات على اختبارات التقدير الذاتي للقلق ، والتجنب ، والاكتئاب ، والمقاييس السلوكية ، واعتماداً على بعض المتغيرات والمقاييس الفسيولوجية أحياناً ، بالإضافة إلى مؤشر الاستجابة للعلاج . وعلى الرغم من أن مجموعة العمل التي صاغت الدليل الأمريكي التشخيصي والإحصائي في طبعته الرابعة ، قد أخذت في حسابها وضع تشخيصات فرعية للرهاب الاجتماعي ، فإن الطبعة الرابعة منه قد أبقّت على الفئة التشخيصية الفرعية التي وردت في الطبعة الثالثة المعدلة التي كانت قد صدرت عام ١٩٨٧ . ولقد انتهى الممارسون العياديون إلى إمكانية تخصيص نمط عام من الرهاب الاجتماعي إذا ما تضمنت مخاوف الفرد معظم المخاوف الاجتماعية ، ولكننا لازلنا في حاجة لمزيد من البحوث لتحديد ما إذا كان ممكناً وضع أنماط تشخيصية فرعية أخرى من الرهاب الاجتماعي اعتماداً على متغيرات إتيولوجية مهمة أو متغيرات للتقدير النفسي أو متغيرات علاجية .

فعالية العلاج المعرفي والتعرض المباشر للرهاب الاجتماعي

درس الباحثون مدى فعالية وتأثير عدد ضخم من علاجات الرهاب الاجتماعي أهمها : التدريب على المهارات الاجتماعية ، والعلاج المعرفي ، ومختلف أشكال الاسترخاء العضلي العميق ، والتخيلي ، والمعاش واقعياً ، والتعرض المباشر وفقاً لأداء الأدوار ، والعلاج المختصر لموريتا Morita ، والعلاج النفسي الدينامي المساند ، والعديد من العلاجات الطبية النفسية . إن التحليل الشامل للإنتاج النفسي الفكري في مجال العلاج ونتائجه موضوع يقع خارج حدود هذا الفصل . وتعرض هذه الفقرة فقط لمراجعة الدراسات التي اختبرت مدى فعالية العلاج المشترك بالتعرض المباشر والعلاج المعرفي ، وهما نمطا العلاج اللذان سيركز عليهما هذا الفصل . ومن يرد من القراء معرفة المزيد من

المعلومات والمناقشات حول موضوع تأثير العلاجات النفسية للرهاب الاجتماعي ، عليه الرجوع لهيمبيرج (١٩٨٩) ، وهيمبيرج وباركو (١٩٩١) ، وليفين Levin وشينيير وليبوتيز (١٩٨٩) ، أو هوب ، وهولت وهيمبيرج (١٩٩٣) .

ولقد درس العلاجان المعرفي والتعرض المباشر مرات عديدة بالمقارنة بأى علاج نفسى اجتماعى آخر لمرض الرهاب الاجتماعى ، ولا يعد ذلك أمراً عجباً لأن أنواع العلاج بالتعرض المباشر قد نجحت فى التصدى لكثير من أمراض القلق واضطراباته . ولا ترفع إضافة العنصر المعرفى دائماً معدلات فعالية العلاج بالتعرض إذا ما استخدم بمفرده كعلاج لبعض اضطرابات القلق الأخرى . ومع ذلك ، يرى عدد من المعالجين الباحثين - أمثال بوتلر Butler (١٩٨٩) - أن مرضى الرهاب الاجتماعى الذين يخافون من التقييم الاجتماعى السلبي الذى يعد عنصراً معرفياً ، يكون من المهم بالنسبة لهم إضافة العلاج المعرفى للقضاء على هذا الاضطراب المعرفى . وانتهى هوب وزملاؤه (١٩٩٣) عند مراجعتهم لعلاجات الرهاب الاجتماعى ، إلى أن نتائج هذه العلاجات غير نهائية فيما يتصل بمسألة أن الجمع بين العلاج بالتعرض بمفرده ، ولكن من المحتمل أن تؤدي العلاجات المعرفية دوراً أكثر أهمية فى علاج الرهاب الاجتماعى يفضل دورها فى علاج اضطرابات القلق الأخرى .

وقارن بوتلر وكولنجتون Cullington ومونباى Munby وأميس Amies ، وجيلدر Gelder (١٩٨٤) بين فعالية التعرض فى الحياة المعاشة والتعرض فى الحياة المعاشة بالإضافة إلى برنامج لإدارة القلق يشمل بعض اللهو ، والاسترخاء ، والحوار الذاتى العقلانى لدى مجموعة تجريبية فى مقابل مجموعة ضابطة تنتظر دورها على قائمة الانتظار . وعلى الرغم من أن برنامج التدريب على إدارة القلق لا يعد علاجاً معرفياً خالصاً ، فإن التحليل البعدى لبيانات هذه الدراسة العلاجية قد أشار إلى أن الحوار الذاتى العقلانى قد حقق أفضل نتائج التحسن ، حيث أشار المرضى إلى أنه كان من أكثر العلاجات مساعدة لهم فى مواجهة قلقهم . ولضبط الوقت الذى يستغرقه تطبيق برنامج إدارة القلق ، فقد تم تقديم العلاج بالتعرض بمفرده كعلاج مساند ، ولكنه - لسوء الحظ - كان علاجاً غير مقبول من جانب كل المشاركين فى البرنامج العلاجى . وكانت كل علاجات التعرض - وفقاً للاختبار البعدى - أكثر فعالية لدى المجموعة التجريبية بالمقارنة بمجموعة قائمة الانتظار الضابطة طبقاً للأداء على عدد متباين من المقاييس ، مع فروق طفيفة

بين العلاجات الفعالة . وعلى أية حال ، فقد تبين في مرحلة المتابعة ، أن المشاركين الذين تلقوا علاجاً بالتعرض بالإضافة إلى تدريب لإدارة القلق حققوا تحسناً دالاً مقارنة بالمرضى الذين تلقوا علاجاً بالتعرض المباشر فقط .

وأجرى ماتيك Mattick وزملاؤه (Mattick & Peters, 1988; Mattick, Peters & Clarke, 1989) مجموعة مشتركة من المعالجين الذين تعاونوا في علاج الرهاب الاجتماعي بالتعرض للمواقف المثيرة له تدريجياً في الحياة الفعلية وبطريقة إعادة البناء أو الأبنية المعرفية . وفي الدراسة الأولى (Mattick & Peters, 1988) قورنت فعالية العلاج المشترك بفعالية أسلوب التعرض المباشر فقط . وتبين أن المضطربين في كلتا المجموعتين قد تحسّنوا ، ولكن كان التحسن أفضل إلى حد ما في ظل تلقي العلاج المشترك ، وذلك على مدى ثلاثة شهور من المتابعة . أما في الدراسة الثانية ، فقد تمت مقارنة العلاج المشترك بكل من التعرض المباشر والعلاج المعرفي والانتظار من دون علاج كمجموعة ضابطة - أي بكل طريقة علاجية على حدة - وتبين أن المرضى بالرهاب الاجتماعي الذين خضعوا لأي طريقة من الطرق العلاجية قد تحسّنوا جوهرياً بالمقارنة بمجموعة قائمة الانتظار الضابطة ، ولكن اختلف نمط وشكل التغير من طريقة علاجية إلى أخرى . كما تبين أن السلوك التجنبي للمواقف الاجتماعية المثيرة للخوف قد انخفض لدى كل المرضى الذين خضعوا لهذه الطرق العلاجية ، ولكن المرضى الذين تلقوا علاجاً معرفياً استهدف إعادة صياغة أبنيتهم المعرفية فقط أو علاجاً معرفياً مشتركاً مع أسلوب التعرض المباشر ، تحسنت لديهم كذلك الاعتقادات اللاعقلانية والتقييم السلبي الذاتي . وعند مقارنة نتائج هذين الأسلوبين معا بأية أساليب علاجية أخرى ، نجد أنهما أفضل جوهرياً في إحراز درجات دالة من التحسن لدى مرضى الرهاب الاجتماعي ، وذلك وفقاً لدرجاتهم بعد العلاج على مقاييس أو قوائم السلوك الموضوعية . وكان التحسن لدى مرضى الرهاب الاجتماعي بطيئاً فيما يتصل بإعادة صياغة الأبنية المعرفية إذا تم علاجهم بهذا الأسلوب العلاجي فقط وفقاً لأدائهم على بعض المقاييس السلوكية ، ولكن مكاسبهم العلاجية استمرت طوال فترة المتابعة ، في حين حدث تدهور نسبي لدى من خضعوا للعلاج بأسلوب التعرض فقط خلال الفترة نفسها . وعلى الرغم من أنه يبدو أن كل عنصر من عناصر هذه المجموعة العلاجية يكون عاجزاً بمفرده إلى حد كبير في التخفيف

من حدة الرهاب الاجتماعي وتجنب الخوف من المواقف الاجتماعية المثيرة للخوف ، فإن الجمع بين التعرض المباشر لمصادر الخوف المرضى والعلاج المعرفي يمكنه أن يقضى على هذا الاضطراب أو تخفيفه إلى حد كبير .

وفي أول دراسة من مجموعة الدراسات التي تعرضت لتقييم مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجمعي^(١)، تم وصف إجراءات تقديم هذا العلاج الذي سيرد في فصل تال أثناء عرض حالة مرضية تم علاجها بهذا الأسلوب ، وأورد هذا الوصف كل من هيمبيرج وبكر Becker وجولد فنجر Goldfinger وفيرميليا Vermilyea (١٩٨٥) ، كما أوردت هذه الدراسة نتائج علاجية لسبع حالات من مرضى الرهاب الاجتماعي ، منهم خمس حالات يعانون من الخوف من التحدث أمام جمهور عام ، وحالتين تعانيان من مخاوف اجتماعية متباينة . وتتكون الصيغة القديمة لهذا العلاج المعرفي - السلوكي الجمعي من التعرض الخيالي^(٢)، والتعرض بأداء الأدوار^(٣) أثناء جلسات العلاج الجمعي ، والعلاج المعرفي بإعادة صياغة الأفكار^(٤) ، وواجب منزلي^(٥) عند القيام بالتعرض المباشر للمواقف في الحياة الواقعية^(٦) . وبعد خضوع الحالات لهذا العلاج أربعة عشر أسبوعاً تبين أنهم تحسّنوا جميعاً وفقاً لمدى أدائهم على بعض المقاييس السلوكية ، والفيزيولوجية والذاتية . واحتفظ ستة من هؤلاء المرضى بمكاسبهم العلاجية على مدى ستة شهور من المتابعة .

وقامت مجموعة قليلة جداً من الدراسات التي تعرضت لتقييم الآثار الإيجابية لعلاج مرضى الرهاب الاجتماعي باستخدام العلاج الوهمي للمجموعات الضابطة للسيطرة على تدخل أي آثار علاجية ، وبعد ذلك طريقاً أفضل من المقارنة بمجموعات ضابطة تقف على قوائم الانتظار لتلقى العلاج ، لأن أفراد هذه المجموعة يتصورون فعلاً أنهم يعالجون ، ولكن الذي يعيب العلاج المعرفي السلوكي الجمعي ، أننا لا نستطيع الوقوف على كفاءة كل عنصر على حدة من عناصر هذا العلاج . وباستخدام ذلك التصميم البحثي العلاجي ، قام هيمبيرج ،

(1) cognitive - behavioural group therapy (CBGT) .

(2) imaginal exposure .

(3) role - played exposure .

(4) cognitive restructuring .

(5) homework .

(6) in vivo exposure .

ودودج Dodge وزملاؤهما (١٩٩٠) بتقييم الصيغة الراهنة للعلاج المعرفى - السلوكى الجمعى التى عزلوا فيها أسلوب العلاج بالتعرض التخيلى^(١) ، وخفضوا مدة العلاج لاثنى عشر أسبوعاً فقط . ويسمى العلاج بالسيطرة على وظيفة الانتباه وضبطها^(٢) بالعلاج التربوى الجمعى المساند^(٣) ، ويتكون من معرفة الحالة بالكيفية التى تكتسب بها المخاوف والرهاب الاجتماعى من خلال بعض الأساليب التربوية التى تسود خلال التنشئة الاجتماعية والعلاج النفسى الجمعى المساند غير الموجه^(٤) . وكما هو متوقع ، تبين أن الحالات التى خضعت لكلا العلاجين التربوى والجمعى المساند غير الموجه تحسنا جوهريا وفقاً لاستجاباتهم على معظم مقاييس التقدير السلوكى للرهاب الاجتماعى . ومع ذلك فإن أداءهم البعدى على مقاييس التقييم لكلا النوعين السابقين من العلاج طوال فترة المتابعة التى استمرت ستة شهور ، بالمقارنة بأدائهم على مقاييس عناصر العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى ، يشير إلى أن فعالية عناصر العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى كان أفضل جوهريا على بعض المقاييس من العلاجين التربوى والجمعى المساند غير الموجه . ولذا فقد أقر المرضى الذين خضعوا للعلاج المعرفى - السلوكى الجمعى بأنهم أصبحوا أقل قلقاً بشكل جوهري وفقاً لأدائهم على أحد اختبارات القلق بالتقدير الذاتى ، الأمر الذى اتفق مع تقدير المعالجين لهم لمدى تحسنهم . كما أن الحوار الداخلى^(٥) للمرضى - وهو الحوار الذى يعد جزءاً من العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى - قد أصبح خلال فترة المتابعة حواراً إيجابياً . وارتبطت حالتهم النفسية الحسنة بتحسّن حالة الفكر والتفكير طبقاً لأدائهم على المقاييس المنبثقة عن نموذج حالات العقل أو الذهن الداخلى^(٦) لكل من شوارتز Schwartz وجارامونى (١٩٨٩) . وعلى العكس من ذلك ، فإن الحوار الداخلى الذاتى الذى ارتبط بالعلاج الجمعى التربوى المساند لدى مرضى الرهاب الاجتماعى ، أصبح

(1) imaginal exposure .

(2) attention control treatment .

(3) educational supportive group therapy (ES) .

(4) non directive supportive group therapy .

(5) internal dialouge .

(6) Schwartz & Gramani's states of mind Model (SOM) .

حوارا أحاديا^(١) سلبيا ، ومن ثم فقد أشير اليه على أنه يمثل أسوأ المؤشرات المرضية للحالة العقلية ، وهو المؤشر الذى أشار إليه نموذج شوارتز وجارامونى للحالات الذهنية الداخلية (Bruch, Heimberg, & Hope, 1991) . وعلى مدى خمسة أعوام من المتابعة لعينة صغرى منبثقة من العينة الأصلية لمرضى الرهاب الاجتماعى ، أشارت نتائج علاجهم إلى أن المرضى الذين خضعوا للعلاج المعرفى - السلوكى الجمعى كانوا أكثر احتفاظاً بمكاسبهم العلاجية ، واستمرت مؤشرات التحسن لديهم فى الارتفاع بالمقارنة ببعض المرضى الذين خضعوا للعلاج بتدريبهم على ضبط الانتباه والسيطرة عليه (Heimberg, Salzman, Holt Blendell, 1991)

وفى تحليل علمى لفاعلية كل عنصر من عناصر العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى ، انتهى «هوب» وهيمبيرج وبروش (Bruch 1990) إلى أن العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى والتعرض التحليلى كان تأثير كل منهما على حدة أشد جوهريا بالمقارنة بالمجموعة المدرجة ضمن قائمة الانتظار (الشفاء التلقائى) . كما تبين وجود دليل علمى من الاختبار البعدى يشير إلى أن التعرض التخيلى بمفرده كأسلوب علاجي كانت نتائجه أفضل جوهريا من نتائج العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى ، ولكن هذه الفروق قد اختفت تماما على مدى سنة شهور من المتابعة . ومع ذلك فإن المؤلفين قد لاحظوا أن المرضى الذين خضعوا لكلا النوعين من العلاج قد أحرزوا تقدما أقل من المتوقع ، وقد يرجع ذلك إلى خوفهم جزئيا من الاشتراك فى برنامج لعلاج الرهاب والقلق الاجتماعى علاجا جماعيا .

وقارنت دراستان بين نتائج علاج هيمبيرج المعرفى - السلوكى الجمعى والعلاج الطبى^(٢) للرهاب الاجتماعى ، بحيث قارنت الدراسة الأولى بين نوعين من العلاج الطبى هما : عقاقير فينيلزين Phenelzine وعقاقير ألبرازولام alprazolam وجرعات من العقاقير الطبية الوهمية فى مقابل العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى (Gelernter et al., 1991) . وقد تلقى كل المرضى الذين خضعوا للعلاج الطبى والعلاج الوهمى تشجيعا للقيام بالتعرض الذاتى^(٣) للمواقف

(1) negative monologue .

(2) pharmacotherapy .

(3) self-exposure .

المثيرة للمخاوف والرهاب الاجتماعى . وقد تضمن التصميم التجريبي العلاجى فترة للمتابعة امتدت شهرين انقطع خلالها المرضى عن العلاج بالعقاقير الطبية ، وفترة للعلاج الطبى استمرت اثنى عشر أسبوعا ، ولقد حدث تحسن لدى جميع مرضى الرهاب الاجتماعى ، بما فيهم الذين تلقوا علاجا وهميا باختلافات وفروق طفيفة بين عينات الدراسة المرضية . وأرجع المؤلفون تحسن هؤلاء الذين تلقوا علاجا وهميا إلى معدلهم المرتفع فى ممارسة التعرض التخيلى الموجه ذاتيا . وكشفت الدراسة عن وجود دليل علمى ضعيف يشير إلى أن المرضى الذين عولجوا بعقار الألبرازولام alprazolam ازدادت بينهم احتمالات الانتكاس عندما يتوقفون عن تعاطيه ، بينما كانت استجابات المرضى الذين عولجوا بعقار فينيلزين أكثر تقدما منذ بداية العلاج به ، وكانوا أكثر احتمالا للاحتفاظ بتقدمهم وتحسنهم من دون علاج طبى . ولكن يجب أن نلاحظ أن العلاج المعرفى - السلوكى الذى استخدم فى هذه الدراسة قد تم توظيفه بشكل مختلف إلى حد ما فى هذه الدراسة بالمقارنة باستخدامه وتوظيفه فى الدراسات السابقة ، فقد كانت المجموعات المرضية التى خضعت للعلاج فى هذه الدراسة ذات أعداد أكبر مما هو معتاد بالنسبة لاستخدام هذا العلاج بكل مكوناته (اشتملت كل مجموعة على عشرة مرضى فى حين أن العدد المفروض تحديده علميا لكل مجموعة مرضية هو ستة مرضى) .

وأخيراً ، توفرت لدينا بيانات أولية من دراسة أجرتها مجموعة من المراكز العلاجية مجتمعة ، قام بها هيمبيرج ولييووتيز (١٩٩٢) ، حيث تمت المقارنة بين نتائج العلاج الطبى بعقاقير فينيلزين ، والعلاج المعرفى - السلوكى ، والعلاج الطبى الوهمى ، والعلاج النفسى للتحكم فى الانتباه الذى طوره هيمبيرج ودودج وزملاؤهما (١٩٩٠) . وقام بالتقييم وتقدير نتائج هذه العلاجات معالجون مستقلون ، حُجبت عنهم إجراءات العلاج ، حيث قاموا بتصنيف ٧٧ مريضا بالرهاب والقلق الاجتماعى كانوا قد أكملوا العلاج (ماعدا خمسة عشر مريضا تم استبعادهم من الدراسة لتسربهم وانقطاعهم عن تلقى العلاج) ، إلى مستجيبين وغير مستجيبين للعلاج . وانتهوا إلى أن ٨٠٪ من المرضى الذى تلقوا علاجا معرفيا - سلوكيا جميعا فى مقابل ٧١٪ ممن تلقوا علاجا طبيا بالفينيلزين تم تصنيفهم على أنهم مستجيبون . ولم توجد فروق جوهرية بين نتائجهما ، فى حين كانت الفروق بين نتائج كل منهما على حدة ، وبين نتائج العلاج الوهمى

(٣٧%) أو العلاج بالتحكم في الانتباه (٢٧%) فروقا شديدة الدلالة .

ويبدو - باختصار - أن الجمع بين العلاج بالتعرض التخيلي وإعادة صياغة الأفكار معرفيا ، كما هي الحال في العلاج المعرفي - السلوكي الجمعي ، يمثلان أكثر طرق العلاج النفسي والطبي فعالية لمواجهة الرهاب الإجتماعي . وسواء أكان هذا العلاج المتعدد العناصر يعد من أكفأ العلاجات النفسية والطبية من حيث نتائجها الإيجابية ، أم أنه يعد أكثر كفاءة من العلاج بالتعرض التخيلي للمواقف المثيرة للخوف أو من العلاج المعرفي لإعادة الصياغة المعرفية للأفكار - كل منهما على حدة - فإن الأمر الأكثر صعوبة أن نحدد حكما وتقييما نهائيا له نظرا لوجود عدد محدود من الدراسات في هذا الموضوع ، ونظرا لأن معظم نتائجها جاء مختلطا وغير نهائي . ومع ذلك ، فإن النتيجة الأكثر أهمية بالنسبة للممارسين والمعالجين لهذا الاضطراب ، مؤداها وجود دليل علمي متواتر يشير إلى أن كل أربعة من مرضى الرهاب الاجتماعي بينهم ثلاثة يمكنهم التحسن إكلينيكيًا وبشكل جوهري بعد تلقيهم لعلاج مكثف لفترة زمنية معقولة بالعلاج المعرفي - السلوكي الجمعي أو تلقيهم لعلاج نفسي جمعي يجمع بين التعرض التخيلي والعلاج المعرفي بإعادة بناء أو صياغة الأفكار حول المواقف المثيرة للرهاب والقلق الاجتماعي .

نظريات منتقاة للرهاب الاجتماعي

طور عدد من المنظرين النفسيين نماذج تصورية لشرح وتفسير نشأة وتطور واستمرارية المعاناة من القلق والرهاب الاجتماعي . ومع ذلك ، وفقا لتحقيق أهداف هذا الفصل ، سنعرض فقط لاثنتين من هذه النماذج . وتمثل النظرية المعرفية^(١) للباحثين والمعالجين المعرفيين المرموقين بك Beck وإمري Emery (١٩٨٥) ، ونموذج ليري Leary في التقديم-الذاتي^(٢) (١٩٨٨) ، إطارين نظريين مفيدتين يمكن أن نفهم في ضوئهما الأصول العلمية للعلاج المعرفي - السلوكي للقلق والرهاب الاجتماعي . كما يمكن أن نفهم من خلالهما تطور الأشكال الأولى والمتباينة والمتعددة لأسلوب إعادة صياغة وتكوين الأفكار كجزء من أجزاء العلاج المعرفي - السلوكي الجمعي . ويساعدنا هذا الأسلوب العلاجي الأخير في تحديد

(1) Cognitive theory .

(2) self - presentational model .

المواقف الاجتماعية التى تسبب لفرد ما المعاناة من القلق الاجتماعى ، بالإضافة إلى تحديد الأسباب المحتملة التى تجعل القلق والرهاب الاجتماعى محتمل الحدوث . وكما سنرى بعد ذلك فإن فهم هذه الأسباب يساعد المعالجين فى تحديد استراتيجيات العلاج الملائمة وأهدافها . وفيما يلى وصف مختصر لكل نظرية من النظريتين السابقتين .

نظرية بك وإمري المعرفية فى القلق الاجتماعى

لقد طور بك وإمري (١٩٨٥) نظرية معرفية لتفسير منشأ القلق والمخاوف المرضية ، بما فى ذلك تفسير منشأ اضطراب الرهاب الاجتماعى . ويعد مفهوم المخطط^(١) هو البناء المعرفى الأساسى الذى يقود عملية معالجة المعلومات . وينظر إلى هذا المفهوم على أنه المفهوم المحورى الذى يمثل العمود الفقري لنظريتهما المعرفية . والمخططات ما هى إلا مجموعات من القواعد التى تصنف وترتب ، وتنظم ، وتفسر المعلومات الواردة للمرء ، مثلما تيسر استرجاع المعلومات من الذاكرة . وتصنف المخططات إلى أشكال وصيغ^(٢) يتخلق عنها مجموعة من الأفكار المعرفية أو ابتكار نوع من أنواع التحيز الذى يبرز تأثيره عبر مواقف عديدة . ووفقا لنظرية بك وإمري ، فإن القلقين من الجمهور هم هؤلاء الأفراد سريعى التأثر ومن ثم فهم المهيبين للإصابة بهذا الاضطراب الانفعالى . بمعنى آخر ، هؤلاء الأفراد هم الذين يرون العالم على أنه مكان خطر ومهدد ، ومن ثم يظل هؤلاء الأفراد شديدى التيقظ باستمرار لمواجهة أى تهديد محتمل من هذا العالم . ونتيجة لذلك فإن الهاديات الإيجابية المحايدة أو المعتدلة يساء تفسيرها وبشكل سلبي ، بينما يتم تجاهل أو إهمال الهاديات الإيجابية أو الآمنة المطمئنة ، كما يخس تقدير ذكريات النجاحات السابقة ومصادر الثقة بالنفس ومصادر التعايش المتاحة أو يتم تجاهلها ، ولذلك فإن المخططات تنعكس بذاتها فى شكل أخطاء منطقية فى التفكير الذى يصبح مرئيا بوضوح عندما يعرض المريض لأفكاره التى تدور حول المنبهات المثيرة لقلقه .

وتختلف شدة التيقظ الذهنى التى سببتها هاديات محددة من اضطراب إلى آخر ضمن اضطرابات القلق . فمثلا ، المخاوف المرضية من الثعابين ما هى إلا حالة من التيقظ الشديد التى أثارها هاديات يدل وجودها على وجود الثعابين ،

(1) Schema .

(2) modes .

بحيث تشتمل هذه الهاديات على كل الأشياء الطويلة ، النحيفة التي تشبه الثعابين شكلا ، أو تشتمل على رؤية العشب الطويل الذي ينذر وجوده بقدم هذه الثعابين السامة . وما مرضى الرهاب الاجتماعى إلا هؤلاء الأفراد شديدي التركيز والالتفات للهاديات التي تشير إلى احتمالات تقييم سلوكهم الاجتماعى سلبيا من قبل الأشخاص الآخرين . وربما تكون هذه الهاديات ذات طبيعة موقفية (كما يحدث من تعليق حاد من أحد المدرسين لأحد الطلاب الذى يجيب عن سؤال محدد أمام فصله) ، أو ذات طبيعة شخصية متبادلة (مثل زميل العمل الذى يفشل فى الاستجابة لتحية زميله) أو ذات طبيعة داخلية (مثل معدل ضربات القلب المتزايدة أو حرارة الجسم التى تشير لوجود قلق بادى للآخرين أو يتدخل ويختلط بأداء السلوك المرغوب) . وفى الحقيقة ، أن مرضى الرهاب الاجتماعى يبدون وكأنهم يكرسون انتباههم بشكل زائد عن الحد لاكتشاف هاديات التهديد الاجتماعى المحتملة الحدوث (Hope Rapee Heimberg & Dambech, 1993; Smithe, Ingram & Brehm, 1983; Mattia, Heimberg & Hope, 1990;)

وبتقليل حدة الانتباه لهاديات التهديد الاجتماعى ، فإن أهميتها فى التفسير يمكن أن يبالغ فيها لدرجة أن بعضهم يرى أنها يمكن أن تفسر حالة التعلثم البادية وصعوبة النطق أثناء محادثة أو حوار ما ، وقد يفسر هذا التعلثم على أنه دليل على حالة من التفكك أو التشوش ذهنى للحالة العقلية . كما قد يشير رفض هؤلاء المرضى للاستجابة أو لإجابة سؤال ما لفترة زمنية محددة إلى شعورهم بالعجز والعزلة الاجتماعية والشعور بالاغتراب والوحدة النفسية .

ان الهدف من استخدام العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى فى هذا المجال هو تعديل مخططات مرضى الرهاب الاجتماعى لتصبح أكثر تطبيقا مع مخططات الأشخاص الطبيعيين . وتحتاج القواعد التى تحكم عملية معالجة المعلومات لدى مرضى الرهاب الاجتماعى إلى تعديلها لتمدهم فى النهاية برؤية وإدراك أكثر توازنا فيما يتصل بالمنبهات الداخلية والخارجية . وبتصور أن هذا التعديل قد حدث بالفعل أو ينبغي أن يحدث بالفعل عندما تصطم تلك المخططات بمعلومات متناقضة ومتفاوتة بشكل متكرر . ويتضمن هذا الأمر فى الحياة العملية تحديا متكررا لأخطاء التفكير المنطقى ، فى وجود دليل يؤيد التفسيرات الأكثر عقلانية حتى تتحول طريقة معالجة المعلومات لدى مريض الرهاب الاجتماعى من معالجة

آلية للمعلومات إلى معالجة لها استراتيجيات أكثر عقلانية ومنطقية . ويتم الحصول على الدليل المؤيد لهذه التحديات من مصدرين أساسيين هما : التحديات الناجمة عن الاختبارات اللفظية المباشرة أثناء إعادة صياغة الأفكار معرفيا ، وتركيز انتباه الشخص على دليل خبري تم العثور عليه بشكل معتمد من تطبيق أسلوب التعرض بأداء الأدوار ومن تحديد الواجبات المنزلية . ويبدو أن نجاح هذا العلاج مرهون بالقدرة على إعادة توزيع الانتباه ومصادره وفقا لما طرحته النظرية المعرفية (Mattia et al., 1993) . ومع ذلك ، فقد انتهت ماتيا Mattia وآخرون إلى أن العلاجات الناجحة والفعالة والمؤثرة ، بغض النظر عن العلاج المعرفي - السلوكي الجمعي ، يمكن أن تتأثر هي أيضا بهذا التغيير في تركيز الانتباه على الهاديات المثيرة للتهديد ، كما يفترضون أن إعادة صياغة الأفكار المعرفية ربما لا تكون عملية ضرورية لحدوث التغيير المعرفي المطروح في هذه النظرية .

نموذج التجلي والتقديم الذاتي للقلق الاجتماعي

يرى نموذج التقديم الذاتي⁽¹⁾ للقلق الاجتماعي (Schlenker & Leary, 1982) أن القلق الاجتماعي يحدث عندما يرغب الفرد في غرس انطباع شخصي خاص لدى الآخرين ، ويشك تماما أنه لن ينجح في ذلك . ولا بد من تنمية هذين الطرفين ورعايتهما؛ بمعنى آخر ، عليه أن يبدو أمام الآخرين على أنه شخص مهم ، كما أن عليه أن يتعهد هذه القدرة بالرعاية وتطوير هذا الانطباع الذي تركه لدى الآخرين . وقام ليري Leary مؤخرا (كما ورد ذلك تلخيصا في ليري ، ١٩٨٨) بمراجعة هذا النموذج ، وافترض أن العوامل الموقفية والنفسية المهنية ربما تزيد الدافعية للتأمل والانشغال الشديد بتطوير هذا الانطباع ورعايته ، أو يقلل من إحساس الفرد الذاتي بالضعف تجاه نجاحه في القيام بهذه المهمة بنجاح .

وطبقا لتطوير ليري (١٩٨٨) لهذا النموذج ، ربما ينشط هؤلاء الأفراد بشكل زائد عن الحد من أجل خلق انطباع شخصي خاص بسبب حاجته الشديدة لاستحسان الآخرين له ولفت نظرهم اليه واحترامهم إياه . ومن ناحية ثانية ، يمكن أن تؤثر عوامل عديدة أخرى على توقعات الشخص حول مواجهة أهداف إدارة هذا الانطباع وتطويره ، وتتضمن هذه العوامل اضطرابات مدركة أو اضطرابات حقيقية في المهارة الاجتماعية ، وتقدير متدنى للذات ، وآمال

(1)The self- presentational model of social anxiety .

متواضعة في النتائج المرتقبة . وربما يسهم تقدير الذات في القلق الاجتماعي لأن مثل هؤلاء الأفراد الذين قد يفترضون أن الآخرين يدركونهم على أنهم عاجزين اجتماعيا ، كما يدركون هم أنفسهم كذلك . ولخص باندورا (Bandura 1977) اضطرابات المهارات الاجتماعية المدركة سواء أكان الأفراد يعانون منها أم لا وفقا لأي محكات خارجية ، في مفهوم تأثير كفاءة التوقعات المتدنية⁽¹⁾ (أي ضعف الثقة في أن شخصا ما يستطيع أن يصدر سلوكا محددًا) . وفي بعض الأحيان ، قد يعتقد الشخص القلوق اجتماعيا أن الشخص الآخر قد لا يكون الانطباع المفضل عنه ، حتى إذا كان أداؤه هو أداء ضعيفا . وقد أطلق «باندورا» (1977) على هذا الاعتقاد اسم التوقع المتدني للنتائج ، ولذا فإن «ليرى» يفترض - في هذه الحالة - أن التوقع المتدني للنتائج ربما يكون سببه ضعف تقدير الذات أو تكوين رأى قاس حول الانطباعات أو التفاعلات الاجتماعية . ولقد وجد «ليرى» و«كوالسكى» Kowalski و«كامبل» (1988) أن الأفراد القلقين اجتماعيا يعتقدون أن شركاء التفاعل الاجتماعي سوف يقيمونهم سلبيا كما يتوقعون ، ومع ذلك ، فإنهم يتوقعون أيضا أن شركاءهم في التفاعل الاجتماعي قد يمدون الآخرين بتقييمات قاسية عنهم .

إن إحدى مميزات نموذج التقديم أو التعريف الاجتماعي تكمن في كونه يمدنا بإطار نظري ممتاز للتنبؤ بالمواقف التي يمكن أن يخبر فيها فرد معين القلق الاجتماعي . أضف إلى ذلك أنه بالدمج بين المفاهيم المتصلة بهذا النموذج ، مثل العلاقة بين المهارات الاجتماعية والقلق الاجتماعي ، فقد استطاع «ليرى» Leary أن يرفع من قدرة هذا النموذج في تفسير اضطراب الرهاب والقلق الاجتماعي . ولذا فإن هذه النظرية الموسعة تسلم بأن الأفراد ذوي القلق الاجتماعي يضطربون لأسباب متباينة ، ومن ثم فهم يعترفون للمعالج النفسي بوجود مصادر ومواقف اجتماعية مهمة يمكن أن تكشف عنها عمليات الفحص والتشخيص والتقدير النفسي . فهل المريض أو الحالة تنشط بشدة لتترك انطباع حسن لدى الآخرين أم أنها تشك في قدرتها على التفاعل الاجتماعي مع الآخرين بكفاءة ؟ وهل يتطور هذا الشك لدى المريض بسبب معاناته من اضطرابات وعيوب سلوكية محددة أم أنه قد كون لنفسه وذاته الاجتماعية صورة مشوهة أم أنه ترك لدى الآخرين صورة ذهنية مشوهة عنه وعن تفاعلاته الاجتماعية ؟ وتمدنا الإجابة عن مثل هذه الأسئلة بمعين لا ينضب ومفيد لنا من أجل اختيار الخطط والعلاجات الملائمة

(1) low efficacy expectations .

، ومن أجل إرشادنا وتوجيهنا للمناطق والأطر الفكرية التي ينبغي إعادة صياغتها باستخدام التدخل بالعلاج المعرفي - السلوكي الذي سيأتي وصفه ، فيما يلي من فقرات .

العلاج المعرفي - السلوكي الجمعي للرهاب الاجتماعي :

يتكون العلاج المعرفي - السلوكي الجمعي من ثلاثة عناصر أساسية هي :
 (١) التعرض المباشر للمواقف الشبيهة بالمواقف المثيرة للخوف والرهاب الاجتماعي^(١) . و(٢) إعادة صياغة الأفكار معرفياً^(٢) ، و(٣) واجبات منزلية محددة للتعرض للمواقف المثيرة للخوف^(٣) في الحياة الاجتماعية الواقعية .
 (Heimberg, 1991) . وتمثل عمليات التعرض المباشر للمواقف المثيرة للرهاب الاجتماعي ، قلب العلاج المعرفي - السلوكي لكونها تحدث قبل التدخلات المعرفية وأثناءها وبعدها . ويتحدد الواجب المنزلي أساساً ، انطلاقاً من الموقف الذي تم تطويره خلال تعليم الحالة جلسات التعرض .

اعتبارات نظرية ومنهجية عامة في العلاج المعرفي - السلوكي الجمعي :

يتطلب العلاج السلوكي بالتعرض المباشر جرأة وشجاعة شديدة من جانب المرضى . ووفقاً لهذا العلاج ، فإن الهدف من التعرض المباشر ، حمل الأفراد الرهابيين على مواجهة المخاوف التي ظلوا يتجنبونها سنوات عديدة . وعلى الرغم من أن استخدام جماعة ما ليتم من خلالها تقديم علاج للمخاوف الاجتماعية أمر يبدو معارضا بل ومتناقضاً ، فإن وجود مجموعة من الأفراد يمكن أن يمدنا بعدد من المزايا تفوق مزايا العلاج الفردي في قدرته على مساعدة مرضى المخاوف الاجتماعية على مواجهة مخاوفهم أو المواقف الاجتماعية المثيرة للرهاب والقلق الاجتماعي . ومن ثم فإن أهم مزايا هذا النوع من العلاج حدوث التعلم النيابي^(٤) ، ورؤية آخرين يعانون من المشكلة ذاتها ، وخلق جرأة عامة للتغيير ، وتوفير مجموعة من المشاركين يؤدون عديداً من الأدوار ، ومجموعة من الأشخاص يزودوننا بدليل للقدرة على مواجهة التفكير المشوه (Heimberg, 1991; Sank & Shaffer, 1984) ، وبسبب طبيعة هذا الاضطراب ، فإن معظم الرهابيين

(1) simulated exposure to fear situations .

(2) cognitive restructuring .

(3) home work assignments for in vivo exposure .

(4) vicarious learning .

الاجتماعيين لا يناقشون مخاوفهم مع أى شخص ، مما يترتب عليه اعتقاد خاطئ مفاده أنهم يرون أن مشكلاتهم فريدة فى نوعها . ويمدنا وجود جماعة علاجية بفرصة لا مثيل لها بأن الرهابيين يكتشفون أن الآخرين من زملائهم المرضى يعانون من المشاعر والأفكار المرضية الشبيهة بمشاعرهم وأفكارهم ، ويتعلمون من محاولات كل فرد على حدة من أفراد جماعتهم العلاجية ، للتغلب على مخاوفهم ، ويمكن أن نصور الفوائد السابقة لوجود جماعة علاجية من خلال مجموعة من الاقتباسات دارت بين أعضاء إحدى الجماعات (هم الأعضاء ١ ، ٢ ، و ٣) وبعض المعالجين (هما ١ ، ٢) ، وفقاً لإجراءات العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى ، وهى كما يلي :

- العضو الأول (ع ١) : ظلت أفكر طوال الأسبوع فى تلك الاستجابة المنطقية العقلانية رداً على بعض الأفكار المعرفية المضطربة ، والتي استخدمتها عضو فى جماعة علاجية أخرى ظل يستخدمها طوال الأسبوع الماضى .

- المعالج الأول (م ١) : أتقصد تلك الاستجابة العقلانية التي حصلت عليها من موقف التعرض الذى قمت به من خلال محادثة مع أحد أعضاء المجموعة العلاجية الثانية ؟

- ١ع : نعم . هذه الاستجابة كانت «إننى مسئول فقط عن ٥٠% مما ذكره فى هذه المحادثة» . وعندما كنا نتحدث عن هذه الفكرة المشوهة الأسبوع الماضى ، كان يوجد أمام عيلى ما يشبه وجود مصباح كهربى مضيئ . وأدركت ساعتها - أثناء معاناتى من هذه الفكرة المشوهة - أننى دائماً ما أشعر بكثير من الضغوط للاستمرار فى هذه المحادثة . وعندما حاولت التفكير فى كونى مسئول عن ٥٠% من عناصر هذه المحادثة فقط ، شعرت بمزيد من الراحة ، لأنه إذا ما توقفت هذه المحادثة ، فليس من الضرورى أن تكون هذه غلطتى ، لأن الزميل الآخر فى المجموعة عليه أن يقوم بدوره أيضاً .

وتعليقنا أن عضو هذه الجماعة كان قادراً على تقبل إحدى استراتيجيات التعايش الإيجابية التي صاغها من أجل عضو آخر ، وقام بدمجها ضمن استراتيجياته البارعة لمواجهة قلقه الاجتماعى .

إن إحدى الصعوبات إلى تواجدها في علاج المخاوف والرهاب الاجتماعي تكمن في قدرتنا على خلق مواقف حقيقية للتعرض لها وفي الوقت نفسه تكون قابلة للسيطرة عليها وضبطها ، والتحكم فيها (Butler, 1989; Hope, 1993) . ولذا فإن تكوين جماعة علاجية ييسر بشدة تصميم مثل هذه المواقف الاجتماعية التي يمكن التعرض لها ، لأن أعضاء الجماعة الآخرين والمعالجين معهم يتم توظيفهم كمؤدين للأدوار الاجتماعية أو يمثلون أعضاء جمهور نحن في حاجة إليه . وبالإضافة إلى ما سبق ، فإن أعضاء الجماعة يمكن أن يمدوننا بمزيد من العائد والأرجاع الصادقة عن كيف أداء أى عضو عند تعرضه لموقف اجتماعي ما أكثر مما يتاح لمعالج ما فرد مهما كانت كفاءته .

أما أثناء توظيف عنصر العلاج المعرفي المعروف باسم إعادة صياغة الأفكار معرفياً فغالباً ما يمدنا أعضاء الجماعة العلاجية بدليل لمهاجمة الأفكار المشوهة لدى أى عضو آخر في الجماعة ، كما يظهر فيما يلي :

م - ١ : وهكذا فإن الفكرة الآلية^(١) لديك هي : «أنتك لا تعرف أن تجرى حواراً أو محادثة مع آخرين» ، أليس ذلك صحيحاً ؟ .

ع - ١ : نعم ، لأننى دائماً أعانى من هذا الضعف وتؤرقنى هذه المشكلة .

م - ١ : هذا حسن ، دعنا نسأل باقى أعضاء الجماعة عما يفكرون وكيف يفكرون في هذه المشكلة . من الذى أجرى محادثة مع العضو الأول في الجماعة (ع ١) أو لاحظ كلامه أو حديثه مع شخص ما آخر .

- العضو الثانى (ع ٢) : حسناً ، لقد قام بأداء هذا الدور^(٢) ، ولذا فقد تحدثت معى .

م - ٢ : مضبوط ، وماذا عن أى أمور أخرى بخلاف مسألة التعرض المباشر ، كأخذ المبادرة بالحديث قبل أن تبدأ الجماعة .

ع - ٣ : لقد خرجنا معا حتى وصلنا إلى مواقف سيارتنا الأسبوع الماضى ، وتحدثنا في أمور كثيرة لمدة قصيرة .

(1) automatic thought .

(2) role play .

- [وذكر أعضاء آخرون فى الجماعة مجموعة من الحوارات الشبيهة] .
- م - ١ : وهذا يعنى أنك تستطيع القيام بمجموعة من المحادثات مع باقى أعضاء الجماعة العلاجية .
- ع - ١ : أعتقد ذلك .
- ع - ٢ : هذا لطيف ، لقد سألتنى عن سيارتى لأنه كان يبحث عن سيارة جديدة ، ولذا فقد تحدثنا ملياً فى هذا الموضوع .
- [ولقد أجاب أعضاء الجماعة الآخرين بإجابات شبيهة] .
- م - ١ : حسناً ، (ع ١) ، ويبدو أن باقى أعضاء الجماعة لم يوافقوا على أنك لم تعرف كيف تجرى مثل هذه الأحاديث .
- ع - ١ : أعتقد أننى دائماً ما أكون شديد النرفزة لدرجة أننى لا أتوقف عن التفكير مطلقاً بأن الأحاديث أحياناً ما تسير سيراً حسناً .

حجم الجماعات وتكوينها

تفترض خبرة تكوين وإدارة المجموعات التى تتألف من أربعة إلى سبعة أعضاء ، أن الحجم المثالى للجماعة العلاجية هو ستة أعضاء ، لأن كل عضو فيها يمكن أن يحصل على القدر نفسه من العناية والرعاية فى كل جلسة على حدة . ومن ناحية أخرى ، إذا غاب عضو أو اثنين من أعضاء الجماعة أو تسرباً من الجلسات العلاجية ، فلا زال يوجد عدد مناسب يمثل جماعة فعالة . وينبغى أن يمدنا هؤلاء الأعضاء الستة بالإضافة إلى المعالجين بمدى أو مجال يضم من النوع^(١) والعمر والخبرة ما يلبى معظم حاجات القائمين بالأدوار على مدى الجلسات الثماني أو التسع الأولى للعلاج . وكما سنصف ذلك فيما بعد ، فإنه يمكن لأناس آخرين أن يستخدموا هذه الوظيفة عندما تستنفذ كل الاختيارات والبدائل داخل المجموعة .

وكما هى الحال فى العلاجات النفسية الجمعية الأخرى ، فإن اختيار جماعة محددة ربما يكون من أهم القرارات التى يتخذها المعالج عند استخدام العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى . ومن ثم عليه أن يراعى مجموعة من العوامل أهمها الآتى : أولاً ، ينبغى أن تكون المجموعة متوازنة ومتكافئة من حيث النوع

(1) gender .

(الجنس) والعمر ، ومدى حدة المعاناة من الرهاب الاجتماعى . وإذا ما اختلف أحد أعضاء الجماعة تماماً عن الآخرين فيها فى كل المتغيرات السابقة ، فمن المحتمل ألا يتألف معهم ويشعر بالتنغيص ، ومن ثم يتغيب عن الجلسات أو يتسرب منها . ووفقاً للخبرة العملية⁽¹⁾ وليس وفقاً للقاعدة العلمية ، فإن كل عضو فى الجماعة عليه أن يتخذ عضواً ما آخر خلاً وصديقاً يمكن أن يتوحد به (كالعضو الثانى فى الجماعة مثلاً ، والذي تخطى عامه الخامس والأربعين أو شخص ثان يتصف بالعقلانية فى التصرف وذى أداء نشط ، إلا فى حالة تعرضه لمواقف اجتماعية محددة تثير مخاوفه) . وثانياً ، يجب أن نستبعد من المجموعة هؤلاء الأفراد الذين يحتمل أن يربكوا ديناميات التفاعل الاجتماعى داخلها ، ويصيبوها بالتفكك . وينطبق ذلك تماماً على أعضاء الجماعة الذين يتسمون بأعراض الشخصية البينية والشخصية التجنبية شأنهم فى ذلك شأن استبعاد الأفراد الذين يتسمون بالعدائية الشديدة أو القسوة أو كثرة المطالب بلا مبرر حقيقى . وفى بعض الأحيان قد نضطر لاستبعاد شخصاً رهايباً تتصف مخاوفه الاجتماعية بالشدّة لدرجة أنه تصدر منه استجابات غامضة تسبب وجود مسافة اجتماعية تمنع تفاعله مع الآخرين من أعضاء الجماعة . وفى بعض الحالات السابقة قد تثير ديناميات التفاعل الاجتماعى بين أعضاء الجماعة بعض الاستجابات السابقة مما يربك أداء بعض أعضائها ، ومن ثم يجب متابعة هذه الأمور أولاً بأول ، كما يلبغى أن نأخذ فى حسابنا متطلبات البدائل العلاجية الأخرى قبل متطلبات العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى أو كبديل له .

برنامج الجلسات ومواعيدها ومكان انعقادها

تشكل جماعات العلاج المعرفى - السلوكى لتخضع لجلسات أسبوعية عددها اثنتا عشرة جلسة ، مدة كل منها تتراوح بين ساعتين وساعتين ونصف الساعة . وينبغى أن يراعى المعالج عند تحديد مواعيد هذه الجلسات أو أى نشاطات علاجية أخرى ، وجود بعض العطلات التى قد تعوق أو تريك تنفيذ البرنامج العلاجى . وفى بعض الأحيان قد نعجز عن تجنب آثار إحدى العطلات الأسبوعية ، ولكن وجود عطلات متكررة أثناء تنفيذ البرنامج العلاجى قد يربك ويقلل فاعلية وتأثير الجماعة بشدة .

(1) rule of thumb .

وتتطلب الجلسات الطويلة نسبياً مناخاً مريحاً من حيث الزمان والمكان ، ولذا فإن حجرة المعيشة بنظامها وترتيب أثاثها المعروف تعد مكاناً نموذجياً ، ما دام أعضاء الجماعة ليس حتمياً بالنسبة لهم أن يجلسوا إلى جوار بعضهم بعضاً بشكل وثيق ، كالجالسين على أريكة مثلاً ، كما أن اختيار أثاث الحجرة ينبغي أن يكون قابلاً للتحريك وإعادة ترتيبه حسبما يتطلب ذلك عمليات التعرض بطريقة أداء الأدوار .

كما ينبغي أن يتم تجهيز حجرة العلاج الجمعي بمسجل وسبورة للتوضيح والرسم والشرح عليها . وتسمح هذه الجلسات المسجلة للمعالجين بمراجعة نشاطات الجماعة والتفاعل بين أعضائها أو مع قائدها فيما بين الجلسات . وهذا النظام يسمح بدوره باستمرار العائد والتعليق على الأداء أولاً بأول ، وتحرير الأعضاء من ضرورة تدوينهم لمشاهدات محددة وتعديلات معينة أثناء الجلسات . ومن الضروري أثناء تدريب أعضاء الجماعة على إعادة صياغة أفكارهم معرفياً ، أن توفر بالحجرة حاملاً ضخماً بأوراق في حجم السبورة وممحاء من اللباد أو من ورق الصحف ، وقلم سبورة أو سبورة كبيرة سوداء وطباشير لتسجيل أفكار الأعضاء عليها . ومثل هذه الأدوات تكمن أهميتها في كونها تمدنا بهاديات بصرية لأعضاء الجماعة العلاجية الذين ينصب انتباههم على قلقهم الشديد الذي تعكسه أفكارهم ، ويفضل حامل الأوراق أو السبورة الورقية مع الممحاء على السبورة العادية لأنها تسمح لأعضاء الجماعة بمراجعة ما ذكروه من أفكار في الصفحات الأولى من السبورة الورقية . عموماً وفي كل الحالات ، سواء استخدمنا السبورة الورقية أو السبورة العادية ، فيجب أن تكون كلتاها سبورة محمولة حتى يمكن التعامل معها بسهولة لتحديد الفكرة والهدف الذي يجب تدريب العضو عليه أثناء التعرض المباشر للموقف الاجتماعي الذي أثاره .

المعالجون

على المستوى الظاهري ، يبدو أن العلاج المعرفي - السلوكي الجمعي (CBGT) ما هو إلا سلسلة دقيقة من النشاطات المنظمة (1) ولكنها نشاطات فردية مميزة ، ولكن الواقع يشير إلى أنه عملية معقدة تتطلب عند تنفيذها خبرة طويلة من المعالجين الجمعيين ، لأنهم - على الأقل - يحتاجون بشكل أساسي إلى أن

(1) structured activities .

يكونوا على ألفة ومعرفة بل وإمام دقيق بكل تفاصيل النموذج المعرفي - السلوكي للرهاب الاجتماعي وإجراءات العلاج المعرفي - السلوكي الجمعي . ولكي نضمن لكل عضو من أعضاء المجموعة أن يحصل على حقوقه العلاجية كاملة ، فلا بد أن يقدم هذا النوع من العلاج معالجا خبيرا ، لأن إدارة الجلسات وتوظيف أوقاتها بدقة ، ومراقبة الحالات الانفعالية لأعضاء الجماعة أثناء تذليله كل عقبات العمل المعرفي والتعرض المباشر للمواقف المثيرة للرهاب ، لهي ببساطة أمور لا يمكن أن يقوم بتنفيذها معالجون نفسيون معرفيون مبتدئين .

ويبدو أنه من الصعب جدا بل ومن المنهك بشدة أن يقدم العلاج المعرفي - السلوكي الجمعي معالجا واحد فقط ، ولذا نوصي بضرورة أن يقدمه معالجين اثنين على الأقل . ولا مانع من أن يكون أحدهما قليل الخبرة بشرط الا تقل خبرته عن إتقانه لتدريبات تلقاها في إجراءات أداء الأدوار ، قبل انعقاد جلسة العلاج الجمعي ، ولذا كان لا بد من وجود معالجين أحدهما ذكر والآخر أنثى . ولا يكفي عند أدائهما لدوريهما أن يحضرا أو يعدا وجهات نظر متباينة حول التفاعلات الاجتماعية التي تخيف المرضى ، ولكن يمدهم هذا الإعداد والتجهيز بمرونة كافية تفيدهما كمشاركين في أداء الأدوار . ومن الأمثلة الدالة على ذلك ، أنه عند إجراء وتنفيذ أسلوب التعرض المباشر لبعض المواقف ، يكون ملائما جدا أن يكون جنس المعالج متسقا للدور الذي سيقوم به في بعض المواقف الاجتماعية . كما أن بعض المرضى يكون شديد القلق أو تكون أرجاعهم الانفعالية من الصعب التنبؤ بها ، خاصة إذا ما كانوا يشاركون في العلاج الجمعي بأسلوب أداء الأدوار لأول مرة ، ومن ثم فإن أحد المعالجين ، إذا كان ذكرا أو أنثى ، يكون أشد تأثيرا وبشكل إيجابي .

شروط اختيار المجموعات العلاجية

هناك خمسة عوامل ينبغي أخذها في الاعتبار عندما يتقرر خضوع مريض الرهاب الاجتماعي للعلاج المعرفي - السلوكي الجمعي ، هي : أولا ، يجب استبعاد المرضى الذين لوحظ مسبقا أنهم يمكن أن يخربوا ديناميات الجماعة العلاجية ، ولن يتم استبعادهم فقط لكونهم لن يستفيدوا من هذا العلاج إلى حد كبير ، بل لأنهم كذلك سيعوقون تقدم الآخرين وتحسنهم تماما . وثانيا ، يتم استبعاد من يعانون من نوبات القلق الاجتماعي الحاد من الانضمام كأعضاء في الجماعة العلاجية لأنهم لن يتحملوا ما يثار داخلها من قضايا . كما أن معظم أعضاء

الجماعة يخبرون درجة من القلق ، خاصة فى الجلسات العلاجية الأولى ومع ذلك، فإن الذى يعانى من القلق الوقتى الشديد ، ربما ينغمس فيه لدرجة أنه قد يفهم ما يسود فى الجماعة من تعلم لعدد من المفاهيم ، ومع ذلك يحاول تخفيض قلقه عن طريق عدم المشاركة أو تجنب الجلسات ، ومن ثم فإنه يستحيل الاستفادة مثل هؤلاء الأفراد من العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى . وثالثاً ، ينبغى أن يكون الرهاب الاجتماعى هو المشكلة الأساسية التى يبحث الأفراد بسببها عن العلاج ، ويتطلب هذا نوعاً من الحذر والحيطه فى عمليات التقدير التشخيصى (1) . وفى الحالات التى يختلط فيها أعراض الرهاب الاجتماعى مع الاضطرابات النفسية الأخرى ، فإن المعالج والمريض لابد أن يصلا إلى قرار مشترك حول المشكلة الأساسية وتحديدها بدقة . ورابعاً ، عند تحديد مدى ملاءمة العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى لأية حالة مرضية ، ينبغى أن نقيم مستوى اكتئاب المريض بدقة . كما سنلاحظ بعد ذلك فإن الاكتئاب الشديد يعد منبأً للنتيجة السلبية للعلاج المعرفى - السلوكى الجمعى (Holt; Heimberg & Hope, 1989; Klosko, Heimberg, Becker, Dodge & Kennedy, 1984) وينتج ضعف نتائج هذا العلاج - فى الحالات السابقة - بسبب المخاوف الاجتماعية الناجمة عن بعض القلق لدى بعض مرضى الرهاب الاجتماعى . إن ذلك أمر غير منطقى ، ومع ذلك فإنه يقل مع عمليات التحسن التى تطرأ على الرهاب الاجتماعى . على أية حال ، إن مريض الرهاب الاجتماعى شديد الاكتئاب ، وبصفة خاصة إذا لم يكن اكتتابه ثانوياً بالنسبة لقلقه الاجتماعى ، فإنه سوف يتدهور إذا ما تعرض للعلاج الجمعى ، وربما يؤثر وجوده سلبياً على الجماعة العلاجية . والخلاصة أن المعالج الناجح ينبغى أن يحدد ويقدر بعناية ما إذا كان علاج الاكتئاب ينبغى أن يقدم أولاً قبل تعرض المريض للعلاج المعرفى - السلوكى الجمعى .

وخامساً وأخيراً ، فإن الأفراد الذين يعانون من اضطراب شديد فى المهارات الشخصية المتبادلة ربما لا يستفيدون بالقدر الكافى من العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى . وللأسف الشديد ، فإن تقدير اضطرابات هذه النوعية من المهارات لدى مرضى الرهاب الاجتماعى يعد أمراً فى غاية الصعوبة . وإلى جانب الضعف الذى يعانون منه وبسبب عدم وجود مصادر شخصية للتفاعل الاجتماعى الجاد ، فإن مرضى الرهاب الاجتماعى يؤدون أداءً ضعيفاً فى المواقف الاجتماعية

(1) diagnostic assesment .

المخيفة . ومع ذلك ، فإن هذا الأداء الضعيف ربما يرجع إلى الآثار السيئة للقلق (بما فى ذلك التفكير السلبي) ، أو يعزى إلى ضعف المهارة الاجتماعية . ولذا فقد اقترح هوب وآخرون (١٩٩٣) تقديرا نفسيا كينيديا من ثلاثة أجزاء للتمييز بين هذين الاحتمالين . الاحتمال الأول ، وفيه نفترض أنه إذا كان المريض يستطيع أن يكشف عن مهارات اجتماعية ملائمة تحت أى ظرف من الظروف ، فمعنى ذلك أنه يملك مهارات اجتماعية . إن المريض الذى يخضع للعلاج المعرفى - السلوكى الجمعى ينبغى أن يكون قادرا على إظهار أداء كفاء فى المواقف الاجتماعية ، على الرغم من كونه يفتقر للمهارات الاجتماعية إلى حد كبير ، وأهم هذه المواقف الثلاثة هى ، (١) أداء دور ما بحيث يكشف عن درجة قليلة من القلق ، (٢) ويتفاعل اجتماعيا بشكل طبيعى مع المعالج النفسى ، خاصة بعد أن تكون علاقتهما قد توطدت إلى حد ما ، بحيث يصبح أكثر رضا وارتياحا ، أو (٣) يسوق مجموعة من الأوصاف اللفظية للكيفية أو الأسلوب الذى يمكن أن يسلك وفقا له شخص ثالث سلوكا اجتماعيا مقبولا فى عدد من المواقف الممثلة للتفاعل الاجتماعى . إن الأفراد الذين يخشون ضعف الأداء بسبب افتقارهم لمهارات التفاعل الاجتماعى ، هم أشد الناس حاجة للتدريب على المهارات الاجتماعية بالإضافة إلى العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى أو بديل عنه .

علاج أعضاء الجماعة بمضادات القلق

يوصف العلاج الطبى بمضادات القلق^(١) للعديد من مرضى الرهاب الاجتماعى لمساعدتهم على التحكم والسيطرة على قلقهم الاجتماعى . والطبيعى أن يتوقف هؤلاء المرضى عن تناول العلاج الطبى الذى كانوا يعالجون به تحت اشراف طبى نفسى قبل أن يبدأوا فى الخضوع للعلاج المعرفى - السلوكى الجمعى . وإذا كان العلاج الطبى فعالا ، وهم يودون الاستمرار فيه ، فإنهم لن يبحثوا عن علاج آخر . ومع ذلك فإن العلاج الطبى ربما يكون الأداة الوحيدة التى ظلوا يتناولونها عدة سنوات ، وليس من غير المعقول أن يقاوم أعضاء الجماعة العلاجية عدم الاستمرار فى تناوله . والحل المنطقى هو أن نثبت الجرعة ونحدد حجمها قبل البدء فى العلاج الطبى ونؤجل المزيد من المناقشة لما بعد الانتهاء منها . ولأن هؤلاء المرضى يتحسنون بالعلاج ، فإنهم ربما يتوقفون عنه بإرادتهم ، أو يخططوا

(1) anxiolytic medication .

لتجنبه والانسحاب بعد ما تنتهي الجرعة العلاجية . ويجب أن تتضمن هذه الخطة نوعاً من المراقبة الذاتية لتجنب أي احتمالات للانتكاس بعد توقف هؤلاء المرضى عن تناول العلاج الطبي . ويطلب من الأفراد الذين كانوا يعالجون علاجاً طبياً بسبب حاجتهم له ، أن يتوقفوا عن تناوله قبل بدء جلسات العلاج الجمعي أو أداء مهمات التعرض المباشر كواجب منزلي .

التقدير النفسي

بالإضافة إلى التقدير الكلينيكي⁽¹⁾ الذي تم وصفه مسبقاً كجزء من المقابلة الموجهة علاجياً ، فإن معظم المعالجين النفسيين يرغبون في مزيد من الحصول على بيانات يمكن توظيفها كخط أساس لمدى التقدم والتحسن العلاجي . ويتكون هذا التقدير - وفقاً لما هو معمول به دائماً - من استخبارات للتقدير الذاتي ، وبعض المؤشرات والمقاييس الموضوعية المنبثقة عن مشاهدة عينة طبيعية من السلوك أو من أداء الأدوار . وفيما يلي من فقرات ، سنسوق عرضاً مختصراً لبعض المقاييس المنتقاة ، وعلى المهتمين من القراء الرجوع بالتفصيل إلى «أرنكوف Arnkoff» وجلاس Glass (1989) ، وجلاس وأرنكوف (1989) .

استخبارات التقدير الذاتي

يستخدم عدد من الاستخبارات في قياس القلق الاجتماعي وتجنبه بشكل متكرر . ولقد تم استخدام مقياس لتجنب الاجتماعي والكره⁽²⁾ (Watson & Friend, 1969) ، ومقياس الخوف من التقييم السلبي⁽³⁾ (Watson Friend 1969) لعدة سنوات . ويتكون مقياس تجنب الاجتماعي والكره من ثمانية وعشرين بنداً ، ويقاس بعضها القلق الاجتماعي ذاته ويقاس بعضها الآخر تجنب عديد من مواقف الأداء والتفاعلات الاجتماعية . أما مقياس الخوف من التقييم السلبي الذي يتكون من ثلاثين بنداً تقيس مدى إهتمام الآخرين بتقييم الحالة سلبياً مما يمثل لب الرهاب والمخاوف الاجتماعية . ولقد اشتملت الصيغة الأصلية لهذا المقياس على عديد من البنود المطولة في مقابل صيغة مختصرة له تم تطويرها بحيث يستجيب لها المريض وفقاً لمقياس ليكرت Likert " ثلاثي الدرجات , (Lear y

(1) Clinical assesment .

(2) The social avoidance and distress (SDAD) .

(3) Fear of negative evaluation scale (FNE) .

1983) ورأى «تيرنر» وماك كانا McCanna وبيادل (1987) أن هذين المقياسان يقيسان الكرب العام أكثر من قياسهما للقلق الاجتماعي لأن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق بالإضافة إلى الرهاب الاجتماعي يحصلون كذلك على درجات مرتفعة على كلا المقياسين . ومع ذلك فإن هذا ربما يعكس الصفة العامة والشاملة لوجود القلق الاجتماعي عبر القلق والاضطرابات المزاجية (Heimberg, Hope, Ropee & Bruch, 1988).

ولسوء الحظ ، فإن هذين المقياسان قد تم إعدادهما على الطلبة الجامعيين أكثر من العينات الكلينيكية من مرضى الرهاب الاجتماعي ، على العكس من المقاييس الأربعة التي تم تطويرها حديثاً في هذا المجال . أولها قائمة الرهاب والقلق الاجتماعي^(١) (Turner, Beidel, Dancu, & Stanley, 1989) ، وتتكون من خمسة وأربعين بنداً (انقسمت فيما بينها إلى مقياسين فرعيين ، هما مقياس الرهاب الاجتماعي ويتكون من اثنين وثلاثين بنداً ، ومقياس الرهاب من الأماكن الواسعة^(٢) ويتكون من ثلاثة عشر بنداً) ، وتقيس تلك القائمة الاستجابات والأرجاع اللفظية ، والسلوكية ، والفيزيولوجية عبر عديد من المواقف المتباينة . ولأن هذه القائمة تنصب بلونها وتركز على الأمور الموقفية ، فهي تعد ذات فائدة قصوى كمقياس للتخطيط العلاجي . وأعد «ماتيك Mattick وكلاارك Clarke» (1989) مقياسين منفصلين ، يتكون كل منهما من عشرين بنداً ، للقلق في مواقف التفاعل الاجتماعي (مقياس قلق التفاعل الاجتماعي^(٣)) ، والقلق الذي يمكن أن يلاحظه الآخرين (مقياس الرهاب الاجتماعي) ويغطي هذان المقياسان مدى واسعاً من المواقف الاجتماعية وكل أنماط الرهاب الاجتماعي الفرعية التي لم تغطها المقاييس الأخرى . وحصل «هيمبيرج ومولزر وهولت وهوب وليببرويتز» (1992) على بيانات علمية تؤيد استخدام مقياس قلق التفاعل الاجتماعي ومقياس الرهاب الاجتماعي مع مرضى الرهاب الاجتماعي ، ومثلما تؤيد استخدامها كأداتين لاختبار نمطين فرعيين من مرضى الرهاب الاجتماعي بحيث ميزتا بينهما من ناحية ، وبين عينات من طلاب الجامعة ومن فئات اجتماعية أخرى . وأخيراً ، يشتمل اختبار «ماركس Marks وماتيسوس Matheus» للقلق^(٤) (1979) على

(1) Social phobia scale (SPS) .

(2) agoraphobia scale .

(3) Social anxiety interaction scale (SIAS)

(4) Fear questionnaire (FQ) .

مقياس للرهاب الاجتماعي بالإضافة إلى مقياسين آخرين للرهاب من الأماكن
الفسحة ، والرهاب من الإصابات الدموية . ويطلب من المرضى تحديد شدة
تجنبهم للمواقف المثيرة للرهاب الاجتماعي وفق ترتيب يضم خمسة مواقف
للرهاب الاجتماعي . ويعد هذا المقياس أداة مفيدة للغاية إذا ما كان المعالج النفسي
بحاجة لدرجاتي المقياسين الفرعيين الآخرين .

المراقبة الذاتية

لكي نقدم صورة أدق لخبرة مريض الرهاب الاجتماعي بالقلق في حياته
اليومية ، نطلب منه أن يراقب بنفسه مدى حدوث القلق وسلوكه التجنبي يوميا .
وتقلل المراقبة الذاتية المعقدة من درجة الإزعاج للقلق ، ولكن معظم المرضى
يستطيعون إقفاء أثر القلق بسهولة ، ويضعون تقديرات ذاتية لكيف الأداء في
المواقف الاجتماعية التي تواجههم بشكل تلقائي وطبيعي يوميا . وربما تفيدنا هذه
المعلومات للتخطيط للواجبات المنزلية خلال خضوعهم للعلاج المعرفي - السلوكي
الجمعي ، ولذا فإن المراقبة الذاتية يجب أن تستمر طوال فترة العلاج كلما كان ذلك
ممكنا .

التقدير السلوكي

تقوم البحوث العلمية التي تجرى في هذا المجال باستخدام اختبار سلوكي أو
أكثر وتوظيفها كجزء من التقدير النفسي قبل العلاجى . وعلى الرغم من أن هذه
الاختبارات يكون من الصعب توظيفها في المواطن غير البحثية ، فإن صيغاً
مختصرة منها بل ومحدودة يمكن أن تكون ملائمة للاستخدام في هذا السياق .
وفي العادة يطلب من المريض أن يمثل دوره في واحد أو أكثر من المواقف
الاجتماعية التي تؤدي إلى القلق الشديد عبر تغيرات هادئة ترفع معدلاته شيئاً
فشيئاً داخله . وعلى المعالج أن يقوم بتقدير معدلات قلقه (أى قلق مريضه) قبل
قيامه بأداء هذا الدور ، وعبر نقاط محددة أثناء قيامه بها ، وبعد انتهائه من القيام
بأدائه له . ويمكن أن ينطوي التقدير السلوكي على مقاييس أخرى يمكن تطبيقها
بسهولة أيضا ، مثال ذلك أن نطلب من المرضى أن يضعوا تقديرات ذاتية لكيف
أدائهم أو أن يضعوا قائمة بالأفكار التي راودتهم أثناء تنفيذهم لأسلوب أداء أدوار
محددة . كما يتزايد الآن استخدام أجهزة القياس النفسي الفيزيولوجي التي يمكن
حملها ونقلها من مكان لآخر ، وخاصة أجهزة قياس نبضات القلب . والوصية هنا

أن نواظب على استعمال هذه الأجهزة كلما كان ذلك ممكنا . كما أن استعمال أجهزة ضربات القلب أصبح ضروريا لفحص مرضى المخاوف المرضية الناجمة عن التخاطب أو التحدث العلنى⁽¹⁾ الذين يظهرون حالة من خفقان القلب الحادة (Heimberg, Hope, Dodge & Becker 1990) . ويمكن للمعالج أن يختار أو يقرر الاختبار الملائم لفحص حدود قدرة المريض على الأداء عندما يكون قلقا وذلك بأن يطلب منه أن يعيش موقفا اجتماعيا محددًا لمدة زمنية تتراوح فى العادة بين ٤ - ٥ دقائق ومن ناحية أخرى ، يمكن للمعالج أن يعطى للمريض تصريحاً واضحاً وصريحاً بأن يتوقف ذاتياً عن الاستمرار فى التعرض للموقف عندما يشتد قلقه ويتزايد ، وبعد ذلك يصبح الهروب من الموقف مؤشراً إضافياً لتجنب الرهابى الاجتماعى . وإذا ما استخدمت هذه الاستراتيجىة الأخيرة فى التقدير السلوكى ، فينبغى أن يكون واضحاً تماماً أنها لن تكون الطريقة الملائمة للعلاج مادام متوقفاً أن يستمر المريض فى المواقف الاجتماعية حتى يعطيه معالجة تعليمات أخرى .

وبالإضافة إلى استخدام المعالج للاختبارات السلوكية المقننة والمحددة سلفاً بدلا من ذلك أن يشاهد تفاعل المريض مع الآخرين . ومن أهم المواضع التى يمكن مشاهدة المريض أثناءها تفاعله مع المعالج ، ومع المستقبلين له ، ومع موظفى التسجيل من أعضاء الهيئة التمريضية ، وأخيراً مع الآخرين من أعضاء الجماعة عندما تبدأ جلسات العلاج . وتعد المشاهدة فى مواقف الحياة الطبيعية من أفضل طرق التقدير السلوكى ما دامت تخلو من التطفل على حياة المريض ، وما دامت تتم بإذن مسبق ولذا فهى مفيدة للغاية لمعرفة أشد المواقف الاجتماعية إثارة لهلعه ومخاوفه وقلقه ، وهى مشاهدة يمكن للمعالج القيام بها فى ظروف عديدة . ومن أمثلة الظروف التى يمكن مشاهدة المريض فيها واقعياً قيام المريض بإجراء حوار مع بائع أو بائعة فى سوق أو متجر أثناء شرائه لبعض أغراضه الخاصة ، كالملابس أو الأدوات الكتابية أو حتى رزمة من العلكة (اللبان) ، ويقوم المعالج بمشاهدته من مسافة قريبة . ويستطيع المريض أن يزودنا بعدد من التقديرات السلوكية لمثل هذه المواقف بدقة شديدة متبعاً أى طريقة من طرق التقدير السلوكى التى عرضنا لها آنفاً .

(1) public speaking phobias .

عرض أساليب العلاج المعرفي - السلوكي الجمعي ونشاطاته مقابلة التمهيد للعلاج :

بمجرد إنتهاء الاختصاصى النفسى العيادى من إجراء كل عمليات التقدير النفسى لتحديد التشخيص ، ومدى ملاءمة انضمام الحالة لإحدى الجماعات العلاجية ، وفقاً للمنظور الذى عرضناه مسبقاً ، فيجب أن تستكمل مقابلة التمهيد العلاجى بواسطة واحد أو اثنين من المعالجين للمجموعة ، ولهذه المقابلة أهداف أولية ، هى : أولاً يتعرف المعالج والحالة ، كل منهما بالآخر مادام ذلك لم يحدث بالفعل ، كما تسمح للمعالج بشرح طبيعة العلاج الجمعى على المرضى قبل الدخول فيه . ثانياً ، يعلم المعالج كيفية استخدامها مقياس الوحدات الذاتية للتغيبص⁽¹⁾ (Wolpe & Lazarus, 1966) ، ثالثاً ، يعلم المعالج المرضى كيفية تكوين مدرج الخوف والتجنب . رابعاً وأخيراً ، يطور المعالج والحالة نوعاً واضحاً من العقد العلاجى⁽²⁾ . وسنعرض لكل هدف منها فيما يلى بالتفصيل .

• الإحاطة بتفاصيل العلاج

يتطلب العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى طاقة وجهداً أساسياً وتعهداً من جانب المريض ، ومن ثم فإن أعضاء الجماعة المجهزة للعلاج يحتاجون إلى الإطلاع على تفاصيل العلاج الذى سيخضعون له . ويقوم المعالج بعرض الأسس النظرية لنموذج العلاج المعرفى - السلوكى للرهاب الاجتماعى بمصطلحات مبسطة يمكن فهمها ، ويوضح لهم كيفية التى يواجهون بها مخاوفهم ، وأن هذا أمراً أساسياً لتغلبهم عليها . وبالإضافة إلى ما سبق يقوم بشرح دور التدخل المعرفى فى مساعدة أعضاء الجماعة للاستفادة من التعرض المباشر ، وأن التعايش مع قلقهم يعد أمراً مؤكداً . وفيما يتصل بمسألة التعرض يقرر عدد من حالات الرهاب الاجتماعى أنهم قاموا بعملية التعرض للمواقف المثيرة ولم يستفيدوا منها . وبالطبع فإنه بسبب أن محاولاتهم العلاجية لم تكن منظمة ، وأن معالجاتهم المعرفية للمخاوف كانت مشوهة ، ففشلوا من الاستفادة ولم يحرزوا تلك الدرجة من التقدم والتحسن الذى كانوا يتوقعونه . كما أن عدداً من أعضاء الجماعة العلاجية قد يخيفهم مجرد التعرض للعلاج الجمعى لما فيه من تفاعل اجتماعى مباشر . ومن

(1) Subjective Units of Discomfort Scale (SUDS) .

(2) Treatment contract .

الممكن من خلال شرح طريقة تطبيق الأساليب العلاجية أن تظهر للحالات مزايا العلاج الجمعي كما وصفت آنفا . ويجب على المعالج أن يتجنب المغالاة في «الترويح» لفوائد الجماعة ، ولكنه من ناحية أخرى عليه أن يسرّب حماسه ، ويفرس الأمل داخلهم بأن الفرد سيكون قادرا على القيام بعمل تغييرات جوهرية نتيجة لخضوعه للعلاج .

• التدريب على الدرجات المتباينة من التنغيص :

في هذا العلاج ، تستخدم معدلات التنغيص المتباينة طوال البرنامج العلاجي ، ومن ثم فإنها تستحق التوقف عندها بعض الوقت لجعلها أكثر صدقاً وثباتاً . أولاً ، يجب على المعالج أن يوضح للحالات أن درجات التنغيص المتباينة تتراوح بين صفر إلى مائة بحيث تتصاعد الدرجات أو المعدلات لتشير إلى درجات متصاعدة من الكرب والتنغيص . ويتم إعداد مقياس كمتصل تقع عليه نقاط محددة تمثلها الدرجات ٢٥ (تمثل القلق البسيط) ، و ٥٠ (تمثل القلق المتوسط أو المعتدل) ، وهنا يبدأ المريض في المعاناة من التركيز ، وتمثل الدرجة ٧٥ (القلق الشديد) ، وتشير إلى المعاناة من أفكار التجنب والهروب) ، وتشير الدرجة ١٠٠ (إلى أشد درجات القلق التي يعاني منها المريض ، أو إلى أشد درجات التصور أو تخيل خبرة القلق) ، ويتم الحصول على كل فئات أو نقاط الدرجات السابقة عن طريق سؤال المريض أن يحدد لنا مواقف اجتماعية محددة أثارت لديه هذا المستوى المحدد من القلق . وإذا ظهر أثناء العلاج أن التقديرات التي حددها المريض يبدو أنها زائفة أو خاطئة ، أو أن المريض اختار بديلاً ما لا يتفق وواقع معاناته من البدائل التي تمثل نقاطاً أو معدلات القلق على مقياس الكرب أو التنغيص ، يقوم المعالج بالإشارة إلى النقاط التي تمثل الفئات المتباينة للقلق حتى يلتزم بها المريض عند تحديد درجة معاناته منه .

• مدرج الخوف والتجنب :

إن الجزء الأكبر من مقابلة التمهيد للعلاج ينقضى في إعداد وتطوير مدرج الخوف الشخصي وتجنب المواقف الاجتماعية المثيرة للرهاب والقلق الاجتماعي . راجع جدول (١ - ٣) الذي يعرض مدرجاً كاملاً تقع عليه عشرة مواقف يمثل كل منها درجة من درجات الخوف ، والتجنب ، والخوف من التقييم السلبي من قبل الآخرين . ومن الأيسر أولاً أن نطلب من المريض أن يقدم لنا بنود المدرج

المحتمل بطريقة المفارقة أو العصف الذهني ، ثم بعد ذلك نرتب هذه البنود ونضع لها درجات محددة . وينبغي أن يشتمل المدرج على مواقف ممثلة لمخاوفه ، وتمثل أهمية له ولأدائه لأدواره في الحياة . وغالبا ما يظهر موقف ما مرتين على المدرج ، كما في الجدول (١ - ٣) التالي ، ويختلف على بعد ما من قبيل العدد أو الألفة بالحضور من الأشخاص الآخرين (ولمزيد من مناقشة هذه النقطة ، راجع هوب ، ١٩٩٣) . ويمكن أن يفيدنا هذا المدرج طوال جلسات العلاج ، لأن المعالجين يحددون طبيعة التعرض العلاجي لهذه المواقف وترتيبها .

جدول (١-٣) مدرج لعينة من المواقف الاجتماعية المثيرة للخوف والتجنب

أسوأ درجات الخوف أن :

أكون على موعد مع شخص ما لا أعرفه جيدا ، للتناول العشاء معا .

ثاني أسوأ درجات الخوف أن :

أكون على موعد مع شخص ما لا أعرفه جيدا ، ونذهب إلى الخيالة

(السينما)

ثالث أسوأ درجات الخوف أن :

أتحدث مع أحد أساتذة الجامعة .

رابع أسوأ درجات الخوف أن :

أدخل في محادثة عرضية مع شخصية هزلية غريبة .

خامس أسوأ درجات الخوف أن :

أحضر حفلة حيث لا أعرف الضيوف الآخرين تماما .

سادس أسوأ درجات الخوف أن :

أسأل سؤالا في المحاضرة .

سابع أسوأ درجات الخوف أن :

أدخل في محادثة عرضية مع سيدة غريبة .

ثامن أسوأ درجات الخوف أن :

أجيب عن سؤال في المحاضرة .

تاسع أسوأ درجات الخوف أن :

أتحدث مع شخص غريب في التليفون .

عاشر أسوأ درجات الخوف أن :

أحضر اجتماع عائلي في منزل أحد الأقارب أو أحد الأصهار .

• العقد العلاجي

إن مرضى الرهاب الاجتماعي - وفقاً لما تم مناقشته مسبقاً مراراً وتكراراً - غالباً ما يخافون من عدد كبير من المواقف الاجتماعية ويتجنبونها ، بحيث يزيد هذا العدد في العادة عما يمكن إدراجه ضمن خطة العلاج التي تمتد على مدى اثني عشر أسبوعياً . ولذا فإنه من المهم تماماً أن نتفق مع المريض على موقفين أو ثلاثة ينصب عليهم العلاج بالدرجة الأولى . ومن نافلة القول أن نذكر أن المعالج عليه أن يساعد المريض في اختيار أهداف علاجية محددة ، ولكن القرار النهائي لتحديد تلك الأهداف العلاجية الأكثر أهمية له يتخذه المريض بنفسه . ومن المحتمل تماماً أن يتحسن كذلك الخوف والتجنب من المواقف الأخرى ، وخاصة إذا بذل المريض جهداً كبيراً في توظيف المهارات التي تم تعلمها في الجلسات العلاجية عند مواجهته لتلك المواقف .

الجلسات الأولى والثانية :

يتم تكريس الجلستين الأولىين من العلاج المعرفي - السلوكي الجمعي للتمهيد وتهيئة المرضى للعلاج وتدريبهم على مهارات إعادة صياغة الأفكار معرفياً ، وهذا من شأنه أن يجعل أعضاء الجماعة العلاجية أكثر ارتياحاً وتقبلاً للسياق العلاجي ، ويطورون مزيداً من التماسك ، ويحرزون نوعاً من الفهم الأولي لإعادة البناء المعرفي قبل الانهماك في الخبرات العلاجية . ويجب أن نلاحظ أن معظم الإجراءات في هاتين الجلستين قد حددها سانك Sank وشافر Shaffer (١٩٨٤) ، كما وصف كل الإجراءات العلاجية للعلاج المعرفي - السلوكي الجمعي بكل تفاصيلها فيما كتبه هيمبرج (١٩٩١) .

وتبدأ كل الجلسات بقيام المرضى بالإجابة عن قائمة بك للاكتئاب⁽¹⁾ (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) مما يسمح للمعالجين بتتبع الحالة الانفعالية (الاكتئابية) لكل عضو من أعضاء الجماعة العلاجية على حدة من أسبوع لآخر، وبصفة خاصة عندما يصعب على أحد مرضى الجماعة مناقشة همومه وما يعانيه من كرب أمام الجماعة. ويمكن أن يستخدم مقياس ويرى، المختصر للخوف من التقييم السلبي (1983)، الذي أعيدت صياغة تعليماته لتعكس ما تعرض له المريض الأسبوع الماضي من تقييمات سلبية لسلوكه، بالإضافة إلى مراقبة مدى تقدم أعضاء الجماعة في التدريب على هذا العنصر العلاجي. وبعد الأسبوع الأول، وبعد شرح الاستخبارات، فيمكن وضعها في بداية الجلسة بحيث يستطيع أعضاء الجماعة أن يجيبوا عنها في فترة الانتظار التي تسبق بداية جلسة العلاج الجمعي. ويجب أن يقوم المعالجون بمراجعتهم بسرعة قبل أن تجتمع الجماعة أيضاً، ويناقشوا أي تغيرات يلاحظونها، أما أثناء انعقاد الجلسة أو بعد انتهائها مع كل مريض على حدة.

جدول (٢ - ٣) : إطار عمل لإجراءات العلاج المعرفي - السلوكي الجمعي في الجلسة الأولى

- ١ - يجيب المرضى عن أسئلة قائمة بك للاكتئاب أو أي استخبارات بديلة أخرى.
 - ٢ - القيام بالتهيئة والتمهيدات وعمل المقدمات اللازمة.
 - ٣ - يقوم المعالجون بمراجعة القواعد الأساسية للعلاج النفسي.
 - ٤ - مشاركة أعضاء الجماعة، كل منهم على حدة، في تحديد مخاوفه الاجتماعية وأهداف العلاج.
 - ٥ - يقوم المعالجون بوصف النموذج المعرفي - السلوكي للرهاب الاجتماعي ومنطق علاجه.
 - ٦ - قيام المعالجين بتقديم تدريب أولى لكيفية إعادة صياغة الأفكار معرفياً.
- أ - التمرين الأول: يقوم المعالج بتحديد الموقف الشخصي الذي طرحه المريض.

(1) Beck depression inventory (BDI).

ب - التمرين الثاني : يقوم أعضاء الجماعة بالمشاركة في مناقشة الأفكار التلقائية التي وردت إلى أذهان كل عضو منهم على حدة لأول مرة .

٧ - تحديد الواجبات المنزلية .

الجلسة الأولى

يعرض الجدول (٢ - ٣) لإطار عمل لإجراءات الجلسة الأولى ومهامها . وبعد أن يقوم كل عضو بالإجابة عن أسئلة الاستخبارات ، وبعد أن يتعرف المعالجون وأعضاء الجماعة ، كل منهم على حدة ، ويقدم كل منهم نفسه للآخرين باختصار ، بحيث يذكر اسمه ويعطيهم فكرة أو اثنتين عن نفسه ، يقوم المعالجون بعرض إطار العمل الخاص بإجراءات الجلسة وما يشتمل عليه بنقاط أساسية ، كأهمية التحاق كل عضو بالجماعة ، والمشاركة الإيجابية ، وإنجاز الواجبات المنزلية ، والسرية . ومن المفيد جداً للجميع أن يقوم كل من المعالجين وكل عضو من أعضاء الجماعة بتوقيع نوع من التعاقد غير الرسمي ، يؤكدون فيه جميعاً قطع عهود على أنفسهم ، كل منهم على حدة ، بالاحتفاظ الشديد بسرية ما يدور في الجلسات .

وبعد مراجعة كل هذه التفاصيل التنظيمية ، يقوم كل عضو بعرض مخاوفه الاجتماعية باختصار ، والمشاركة في تحديد أهداف العلاج . ويساعد المعالجون المرضى المتحفظين قليلى الكلام على التحدث ، وإدراك أوجه الشبه بين أعضاء الجماعة (من حيث المواقف المتشابهة في قدرتها على إثارة المخاوف وفي أعراض القلق الاجتماعي المتشابهة) . إن ذلك من شأنه أن يعمل على تماسك الجماعة العلاجية ، لأن أعضاءها يكتشفون أن الآخرين يعانون من أعراض شبيهة بأعراضهم .

ويكسر القسط الأكبر من زمن الجلسة الأولى لمناقشة النموذج المعرفي - السلوكي للرهاب الاجتماعي (Beck & Emery, 1985) . ويجب أن يسمع أعضاء الجماعة شرحاً لهذا النموذج يزيد أضعاف أضعاف ما سمعوه عنه في المقابلة التمهيديّة للعلاج . ويتيح عرض هذا النموذج فهما عاما وأسلوباً يمكن في ضوءه مناقشة الرهاب الاجتماعي ويعزز من شأن هذا العلاج في نظرهم . ويوصف الرهاب الاجتماعي على أنه استجابة متعلمة تتفاعل مع الجوانب والمتغيرات الفيزيولوجية والسلوكية (التجنب ولخبطة الأداء) والمعرفية . وتؤكد العناصر

المعرفية دور الأفكار الآلية⁽¹⁾ في رفع معدلات القلق الاجتماعي واستمراريته . ولقد تم وصف مكونات العلاج الثلاثة وهي ، التعرض بأداء الأدوار في الجماعة العلاجية ، وإعادة الصياغة المعرفية ، وواجبات التعرض المباشر في الحياة الفعلية ، في سياق عرض النموذج المعرفي - السلوكي للرهاب الاجتماعي .

أما الجزء الأخير من زمن الجلسة الأولى ، فيكرس للتدريب على إعادة صياغة الأفكار الآلية معرفياً . وينصب التمرينان الأوليان على تحديد الأفكار الآلية وإلقاء نظرة شاملة على الاستراتيجيات التمهيدية التي سيواجهون بها هذه الأفكار ، وهي الاستراتيجيات التي سيتم تعلمها في الجلسة الثانية . ويقوم أحد المعالجين ، خلال عرضه للتمرين الأول بتوظيف موقف اجتماعي شخصي ، ويضع من خلاله على السبورة أمامهم ، قائمة بالأفكار الآلية التي تنبثق عنه وعليهم مواجهتها . كما يمد المعالجون أعضاء الجماعة بقائمة من الأسئلة التي يمكن استخدامها في مقاومة هذه الأفكار ، وتشجيعهم على تحديد اللامعقولة فيها ، ثم يقوم المعالجون وأعضاء الجماعة بتوليد الأدلة والحجج المنطقية المضادة لها . ويسمح هذا التمرين لأعضاء الجماعة أن يروا كيفية تطبيق الأساليب والعلاجات المعرفية بغض النظر عن مواجهتهم للفكرة التي جعلها تفكيرهم التلقائي فكرة غير منطقية أو غير معقولة . أما في التمرين الثاني ، فيقوم أعضاء الجماعة بتحديد أفكارهم التلقائية التي شغلتهم قبيل انضمامهم للجماعة مباشرة ، ويقوم بتسجيلها أحد المعالجين على السبورة . وتنتهي الجلسة بقيام اثنين من المعالجين بشرح كيفية معالجة أفكارهما التلقائية ؛ بحيث يقوم أحدهما بأداء دور المريض الذي يعاني من أفكاره التلقائية ، في حين يؤدي المعالج الثاني دور من يصحح هذه الأفكار بحيث تصبح منطقية ، وعقلانية ، ومقبولة .

وتتكون واجبات الجلسة الأولى المنزلية من تسجيل اثنين أو ثلاثة من المواقف الاجتماعية المثيرة للقلق على مدى أسبوع ، بالإضافة إلى تسجيل قائمة بالأفكار التلقائية العديدة والمتصلة بكل موقف من هذه المواقف . وتعطى هذه الواجبات لأعضاء الجماعة الفرصة الأولى لمراقبة أفكارهم التلقائية ومحاولة السيطرة عليها .

(1) automatic thoughts (Aths) .

ويلى عملية الإجابة عن المقاييس والاستخبارات ، قيام أعضاء الجماعة بمراجعة واجبات الأسبوع الماضى المنزلية (كما يكشف عنها الجدول ٣ : ٣) . ويتم تسجيل اثنين أو ثلاثة من الأفكار التلقائية لكل عضو من أعضاء الجماعة على السبورة ، وهى الأفكار التى قاموا بتحديددها ضمن الواجبات المنزلية السابقة . ويقوم المعالجون بعد ذلك بتبويب إحدى قوائم الأفكار المشوهة أو بيان ما فيها من تشويهاً معرفية ، وفقاً لما وضحته أعمال «بيرنز» Burns (١٩٨٠) و«بيرسونز» Persons (١٩٨٩) . ويتم وصف أى تشويه معرفى أو أى خطأ منطقى فى التفكير باختصار . ثم بعد ذلك تقوم المجموعة كلها بالتعاون فى تحديد التشويه المعرفى الذى تنطوى عليه كل فكرة من الأفكار التلقائية التى تم تسجيلها كواجب منزلى خلال الأسبوع الماضى .

جدول (٣ - ٣) إطار عمل لإجراءات العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى فى الجلسة الثانية

- ١ - أجب عن أسئلة قائمة بك للاكتئاب أو أى استخبار آخر كبديل لها .
- ٢ - راجع الواجبات المنزلية التى قام المرضى بإنجازها طوال الأسبوع الماضى .
- ٣ - استمر فى التدريب على كيفية إعادة صياغة الأفكار معرفياً .
 - أ - يعرض المعالجون بالشرح لمفهوم والتشويه المعرفى^(١) .
 - ب - التمرين الثالث يتم فيه قيام المجموعة بتحديد التشويهاً المعرفية التى تنطوى عليها الأفكار التلقائية التى تم وضعها من خلال الواجب المنزلى فى الأسبوع الماضى .
 - ج - يعرض المعالجون بالشرح لكل ما يتم طرحه من حجج وآراء واستجابات منطقية عقلانية .
 - د - وفى التمرين الرابع ، يتم التدريب على النص والحوار التخيلى أو التصورى^(٢) .

(1) cognitive distortions .

(2) imaginable scenario .

هـ - وفي التمرين الخامس ، تقوم الجماعة بمناقشة الأفكار التلقائية التي أفرزتها الواجبات المنزلية ويطورون استجابات عقلانية .

٤ - تحديد الواجبات المنزلية .

أما الخطوة الثانية في أسلوب إعادة صياغة أو بناء الأفكار معرفيا ، فهي تنفيذ أعضاء الجماعة للأفكار التلقائية وتطوير الاستجابات العقلانية أو الحجج والبراهين المنطقية . ويتم إنجاز هذه المهمة العلاجية وفقا لطريقة سانك Sank وشافر Sahffer (١٩٨٤) والمعروفة باسم طريقة الدفع بالحجج والبيئات الصائبة^(١) ، وهي عبارة عن أسئلة عامة وشاملة (مثل ذلك ، هل لي أن أعرف كيف تأكدت أن هذه الفكرة ستحدث فعلا؟) يمكن أن تطبق على كل الأفكار التلقائية . وينبغي أن ندمج بين إجابات الأسئلة لتصبح واحدة أو اثنتين من الإجابات العقلانية . وقبل تطبيق هذا الإجراء على أفكارهم الناتجة عن قيامهم بواجباتهم المنزلية ، يقوم المعالجون بوصف حوار ما يوظفه معظم الأشخاص عندما يواجهون مواقف مثيرة للقلق (مثل ذلك عندما يدعى أحدهم للمثول أمام القاضي أو مكتب العميد) ، وسينشأ عن هذا الحوار التخليى مجموعة من الأفكار التلقائية التي ستسجل على السبورة ، ليقوم أعضاء الجماعة متعاونين بتحديد التشوهات المعرفية في كل فكرة تلقائية على حدة ، طارحين تساؤلات عامة حولها مستخدمين البيئات الصائبة ، ويجيبون عن هذه التساؤلات ليصلوا إلى تكوين استجاباتهم العقلانية . وعندما يفهم أعضاء الجماعة الإجراء الأساسى لهذا الأسلوب العلاجى ، تعود الجماعة لأفكارها التلقائية التي أفرزتها واجباتهم المنزلية لتفنيدها بالطريقة السابقة نفسها .

ويتضمن الواجب المنزلى للجلسة الثانية ، تسجيلا للأفكار التلقائية الناجمة عن المواقف الاجتماعية المثيرة للقلق ، كما حدث في الأسبوع السابق ، ولكنهم بعد ذلك يقومون بتحديد التشوهات المعرفية ، والتساؤلات حول هذه الأفكار التلقائية ، وتطوير الاستجابات العقلانية . وهكذا ، فإن أعضاء الجماعة يحضرون الجلسة الثالثة ، وهم يمارسون لأول مرة نوعا من التعرض يحاكي التعرض المباشر لمواقف اجتماعية حقيقية يتسق ومنطق أساليب العلاج المعرفى .

(1) dispute handles .

الجلسات من الثالثة إلى الحادية عشر

تدبج الجلسات من الثالثة وحتى الجلسة الحادية عشرة صيغة شبيهة بإطار العمل الذى يعرضه الجدول (٤ - ٣) ، وذلك بعد إكمال الإجابة عن الاستخبارات، ومراجعة واجبات الأسبوع الماضى المنزلية . ويقوم أعضاء الجماعة بقضاء معظم وقت الجلسة الثالثة فى التدريب بهدف إتقان أسلوب أداء أدوار التعرض التى تحاكي عمليات التعرض المباشر فى الحياة الواقعية . ويجتمع المعالجون بين الجلسات ، ويخططون لأداء دور التعرض لكل عضو من أعضاء الجماعة ، والوضع أو الحالة التى سيقوم بإنجازها . ولذا فإنه إذا غاب أحد الأعضاء بشكل غير متوقع ، فيمكن لأى عضو آخر أن يحل محله ويقوم بأداء دوره . ويتم التدريب بشكل روتينى فى كل جلسة على ثلاثة مواقف للتعرض ، مثلما يسمح لكل عضو فى جلسة من الجلسات التالية بتعرض واحد يقوم به كل عضو من أعضاء الجماعة الستة . وتنتهى كل جلسة بتحديد الواجبات المنزلية للأسبوع التالى . وتتكون هذه الواجبات من التعرض المباشر فى الحياة الواقعية حالما ينتهى المريض من أول مرة تعرض فى الجلسات السابقة . ويستمر المريض فى القيام بالواجبات المنزلية المتصلة بإتقان أساليب العلاج المعرفى وإعادة صياغة أو بناء الأفكار معرفيا بدء من الجلسة الثانية .

تصميم مواقف التعرض التقليدي

تتكون مواقف التعرض التقليدى من أداء الأدوار فى المواقف الاجتماعية المثيرة للقلق . ويقوم المعالجون ، وأعضاء الجماعة الآخرين ، وأى أفراد يحضرون الجلسة العلاجية ، بالمشاركة فى التدريب على أداء الأدوار . ويتم تقديم مواقف التعرض فرادى ، بحيث تدرج من مجرد محادثة ما مع شخص غريب إلى القيام بعرض موضوع ما أمام كل الهيئة العلاجية .

جدول (٤ - ٣) ، يعرض لإطار عمل لإجراءات العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى للجلسات من ٣ - ١١

١ - أكمل قائمة بك للاكتئاب أو أى اختبار بديل آخر .

٢ - راجع واجبات الأسبوع الماضى المنزلية .

٣ - أكمل ثلاثة مواقف وثلاثة تعرضات لها فى الجلسة .

- أ - اختر واحداً من أعضاء الجماعة وحدد له باختصار أحد المواقف للتعرض له .
- ب - استخرج من الموقف الاجتماعي الأفكار التلقائية .
- ج - اختر فكرة واحدة منها أو اثنتين لإخضاعها لمزيد من التفيد والمناقشة .
- د - صنف التشويهاات المعرفية التي اشتملت عليها الأفكار التلقائية .
- هـ - افحص تلك الأفكار التلقائية التي تم اختيارها مستخدماً الدفع بالحجج العقلانية⁽¹⁾ .
- و - طور استجابة أو اثنتين من الاستجابات العقلانية .
- ز - اعرض لتفاصيل أحد مواقف التعرض .
- ح - عين هدفاً سلوكياً فجا ومشوهاً .
- ط - أكمل أداء الدور .
- ي - استخرج معلومات من التعرض للمواقف المثيرة للرهاب الاجتماعي .
- ١ - راجع المكاسب العلاجية المستهدفة .
- ٢ - راجع بعض النشاطات الأخرى التي تكون مناسبة للأهداف العلاجية .
- ٤ - حدد الواجبات المنزلية .

ويجب أن يتم التعرض الأول لموقف ما ، يكون قد حصل المريض فيه على الأقل على درجة على مقياس الشعور بالتنغيص قدرها خمسينا ، مع مراعاة أن يتم التعرض المتتالي عبر مدرج الرهاب والقلق الاجتماعي بأسرع ما يمكن أن يتحملة هذا المريض . ومن المهم أن نأخذ في حسابنا - عند اختبار المواقف الاجتماعية المثيرة للقلق الاجتماعي - أن كل عضو من أعضاء الجماعة سيخصص له في كل جلسة من جلسات العلاج كاملاً ست مرات تعرض تقريباً .

وينبغي أن تصمم مواقف التعرض لتكون أكثر واقعية بقدر الإمكان ، وذلك عن طريق إعادة ترتيب أثاث حجرة العلاج ، مستخدمين كل وسائل الإخراج العلاجي الفعالة ، مع إعطاء تعليمات للمشاركين من أعضاء الجماعة العلاجية في

(1) the dispute handles .

أداء الأدوار بطرق وأساليب محددة . إن جزءاً من المجهود الذى نبذله فى جعل الموقف أكثر واقعية يمكن أن يمثل الفارق بين تعرض ما يمكن أن ينتج عنه درجة مرتفعة من القلق الاجتماعى ، وآخر يمكن أن يكون زائفا بحيث نتبين منه مجرد وجود صلة بالموضوع أو الموقف المثير لهذا القلق . كما يشيع استخدام أدوات لإخراج الموقف بشكل طبيعى ، تشتمل على طعام أو شراب للأفراد الذين يعانون من مخاوف مرتبطة بمواقف تناول الطعام ، والشراب ، أو تناول الوجبات أمام الآخرين ، أو المرضى الذين يرهبون العمل فى المطاعم أو تقديم الطعام لمرتابيها . وينبغى أن ننتبه جيدا لجوانب الموقف التى تجعله أشد أو أقل إثارة للقلق . ولذا فإن المتحدث أمام جمهور غفير ، ويعانى من الرهاب الاجتماعى ، يكون دائم القلق بسبب خوفه الدائم من عجزه عن متابعة أسئلة هذا الجمهور والرد عليها ، فى حين أنه يمكن أن يكون أقل قلقا إذا ما كان يخطب أو يلقي خطابا معدا مسبقا بعناية أمام جمهور صامت لا يناقش ما يسمعه منه . ويمكنك مراجعة عرضنا للحالة التى عرضنا لها فى نهاية الفصل للوقوف على مزيد من الاعتبارات التى يجب مراعاتها عند تطبيق أسلوب التعرض .

التكامل بين إعادة البناء المعرفى والتعرض للمواقف المثيرة للرهاب الاجتماعى

يمثل التكامل والتآزر النام بين المهمات أو الأساليب المعرفية والتعرض المباشر للمواقف المثيرة للرهاب الاجتماعى ، جوهر العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى . وكما هو واضح من الإطار الشارح الذى عرض له جدول (٤ - ٣) السابق لتقديم إحدى الحالات ، فإن هذا التكامل قد تم التوصل إليه عن طريق المزج بين النشاطات المعرفية ونشاطات التعرض للمواقف ، حينما تم التدريب عليهما لأول مرة فى الجلسة الثانية . ويقوم أحد المعالجين - بعد اختيار أحد أعضاء الجماعة العلاجية للتعرض التالى - بوصف الموقف المثير للرهاب الاجتماعى فى ثلاث أو أربع جمل (عبارات) ، ثم يستخرج الأفكار التلقائية المتصلة بهذا الموقف كما يذكرها المريض ومن خلال مساعدته على تفنيدها ، بينما يقوم المعالج الثانى بتسجيلها على السبورة المحمولة . وفى اللحظة التى تم خلالها تحديد أبرز هذه الأفكار وأوثقها ارتباطا بالموقف ، ينتقى المعالج منها فكرة واحدة أو اثنتين على الأكثر لإخضاعها لمزيد من التفيد والتوضيح وبيان عدم معقوليتها . ومن أهم أسس اختيار هاتين الفكرتين أن تكونا متضمنة تشويها معرفيا واضحا للأذهان ، ولها صلة قوية بخبرة القلق الاجتماعى لدى المريض ، وأن

تتضمن الفكرة تحدياً للمريض في اللحظة التي سيقوم بتفنيدها والتعرض للموقف الذي أثارها . كما تقوم الجماعة العلاجية بكل أفرادها بمساعدة المريض في وصف التشويشات المعرفية ، والقضاء عليها عن طريق الدفع بالحجج العقلانية ، وتطوير استجابات منطقية . ولا بد أن يتحمل المعالجون في الفترة المبكرة لتطبيق هذا العلاج ، يتحملون كثيراً من المسؤوليات تجاه التدريب ومرضاهم ، وعليهم تبنى نموذج المنحى السقراطي⁽¹⁾ في هذا الخصوص . على أية حال ، فإنه مع تقدم العلاج وإتقان المرضى للتدريب على مواجهة الأفكار التلقائية ، فإنهم سيصبحون أشد قوة في تحديها والقضاء عليها نهائياً . وعندما يتم تطوير الاستجابات المنطقية ، تتم كتابتها على السبورة طبقاً لوجهة نظر المريض أثناء التعرض بالمحاكاة .

ويتم مناقشة تفاصيل التعرض بعد الانتهاء من إنجاز العمل المعرفي المبدئي . ويجب مساعدة العضو المتدرب في الجماعة العلاجية عن طريق تزويده بكثير من التفاصيل الضرورية ، مثل تحديد الموضع أو المكان الذي سيقوم فيه بأداء الدور عند التدريب ، والسلوك المتوقع من المشاركين معه في التفاعل الاجتماعي من أعضاء جماعته . ويلى ذلك تحديد الهدف السلوكي المشوه المطلوب التعرض للموقف الذي أثاره بغرض تصحيحه . وغالباً ما يتطلب هذا الأمر بعض المفاوضات لأن مرضى الرهاب الاجتماعي يميلون إلى تبنى الأهداف غير الواقعية أو التي لا تقبل القياس (من قبيل ، أنني لست قلقاً أو إنني لم أتعثر عند التحدث أمام الآخرين مطلقاً) .

ويقوم أحد المعالجين - أثناء عملية التعرض ذاتها - بتطبيق مقياس درجات التنغيص ذي المسافات المنتظمة متى ظهر أن القلق الاجتماعي بدأ يقل ويتناقص . ويقوم المريض المستهدف بالعلاج - عند كل درجة من درجات شدة التنغيص المتدرجة - بقراءة استجاباته المنطقية (المكتوبة على السبورة أمامه) بصوت مرتفع . وغالباً ما يتوافق المرضى مع هذه الدرجة من درجات التنغيص بسرعة ، خاصة إذا ما ساعدهم القائم بأداء الدور على إعادة صياغة أبنيتهم المعرفية بإحدى الهاديات اللفظية⁽²⁾ (من قبيل : خد بالك ، إنك تتحدث عن ...) . وهكذا ينبغي أن تستمر عملية التعرض العلاجية بدءاً من أقل درجة من درجات التنغيص التي تثير

(1) Socratic approach .

(2) verbal cue .

القلق وحتى نصل فى هذا المتصل إلى المواقف التى تتدرج من خمس إلى عشر درجات ، حيث يبدأ القلق فى التناقص تدريجيا ، أو تأخذ الدرجات على هذا المقياس شكل الهضبة ، ومن ثم يكون قد تحقق الهدف من الجلسة العلاجية .

ويدخل ضمن المعلومات التى نحصل عليها من عملية التعرض العلاجية مراجعة المكاسب العلاجية ، ومناقشة مدى توظيف الاستجابات العقلانية ، وتحديد الأفكار التلقائية غير المتوقعة التى يمكن التعامل معها مستقبلا . وربما يكون من المفيد كذلك ، مراجعة درجات التنغيص النموذجية التى قدمها المريض المستهدف بالعلاج أو تطلب من أعضاء الجماعة العلاجية أن يقدموا انطباعاتهم حول أداء المريض أثناء التدريب على التعرض للمواقف المثيرة للقلق الاجتماعى . إن أحد الأهداف الأساسية لاستنباط المعلومات من مواقف أو عملية التعرض ، هو تحديد أى الأفكار هى التى عملت على استثارة القلق وزيادته (أى الفكرة اللاعقلانية) ، وفى الوقت نفسه عملت على تقليل استثارة أو توليد الأفكار المنطقية العقلانية . وأخيرا ، يقوم باقى أعضاء الجماعة بتهنئة العضو الذى كان مستهدفا بالعلاج لشجاعته النادرة فى مواجهة المواقف المخيفة ، ثم يبدأ تطبيق الإجراء العلاجى نفسه مرة ثانية مع العضو التالى ، وهكذا .

الجلسة الثانية عشرة

إن التقدم العلاجى الحاصل فى النصف الأول من هذه الجلسة الأخيرة يكون شبيها بنظيره الذى حدث فى الجلسات التسع السابقة (راجع الجدول ٤ - ٣ السابق) ، أما النصف الأخير منها فيكرس لمراجعة مدى تقدم أعضاء الجماعة ودرجة تحسنهم بالنسبة لبعضهم بعضا ، ولتحديد استجاباتهم العقلانية المهمة التى هم فى حاجة لها للاستمرار فى توظيفها لمصلحتهم مستقبلا ، ولتعيين الأهداف التى سيستمرون فى التدريب من أجل تحقيقها بعد الانتهاء من العلاج . وتنتهى الجلسة بإتاحة وقت قصير اجتماعى تسوده أنماطا من الدفاء والمودة بين أعضاء الجماعة المستهدفة بالعلاج ، مما يتيح الفرصة أمامهم لتوديع بعضهم بعضا ، والعمل على إنهاء الجلسات العلاجية بشكل سار .

عرض لإحدى الحالات

فيما يلى سنقدم عرضا نموذجيا لإحدى الحالات لنصور من خلاله كيف يمكن تنفيذ العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى بوضوح ، وتطبيقه بدقة متناهية .

أولا ، يجب أن نعرف خلفية مبسطة عن الحالة ، ثم نحصل على مزيد من البيانات عنها من خلال القياس القبلي تمهيدا للعلاج النفسي ، وبلى ذلك تقديم وصف لمدى تقدمها عبر الجلسات العلاجية الاثنتي عشرة ، مما يزودنا بأسس دقيقة لإحداث التكامل بين أساليب إعادة البنية أو صياغة الأفكار المعرفية واستخدام أسلوب التعرض في كل جلسة ، وتعيين الواجبات المنزلية . وأخيرا ، نحصل على بيانات من خلال القياسات التي نجرها للحالة خلال ستة شهور من المتابعة ، ومن الاتصال غير الرسمي بها على مدى سنة كاملة بعد انتهاء العلاج ، وسنقدم وصفا لهذه البيانات .

حالة كاثي Kathy" كانت تبلغ من العمر تسعة عشر عاما ، وكانت قد أنهت عامها الجامعي الأول عندما جاءت إلينا طلبا للعلاج من مخاوفها أو رهابها الاجتماعي . وكانت أصغر إخوتها الثلاثة الذين كانوا يعيشون مع والديهم ، اللذين كانا في الخمسينيات من العمر . وكانت قد خبرت أول نوبة من نوبات الرهاب الاجتماعي في عامها الخامس عشر ، وكانت تنكر وجود أي صعوبات مرت بها خلال تنشئتها الاجتماعية في الأسرة أو في المرحلة الابتدائية أو في المرحلة الوسطى والثانوية . وأقرت أنها نادرا ما شربت مسكرات ، ولم تتعاط مطلقا أي مواد مخدرة طبيعية أو مخلقة محظورة قانونيا . وتقول إنها قد التحقت بإحدى الكليات المحلية الصغيرة بحيث لا تقيم بعيدا عن الأسرة ، وحيث يعود غالبية الطلاب إلى ذويهم . إن هذا الوضع الخاص قد جعل من الصعوبة بمكان عليها ، أن يكون لها أصدقاء ، لأن حياتها بدت كما لو كانت تعيش في معسكر صغير ، ثم بدا لها مؤخرا أنها قد اختارت هذه الكلية الجامعية جزئيا ، لأن مطالب التفاعل الاجتماعي فيها محدودة للغاية .

إن مخاوف كاثي ، الاجتماعية قد قللت تفاعلاتها الاجتماعية ، كما حدث من حياتها بحيث قصرتها على عدد محدود من أساليب التفاعل وطرائقه ؛ واقعا ليس لها أي صداقات حميمة ، وعادة ما كانت تقضي فصلا دراسيا كاملا في صفها الدراسي من دون أن تعرف اسما واحدا من أسماء زملائها فيه . وكانت في كل عام من حياتها تواجه بيومين من أيام حياتها ، تصفهما كلاهما بأنهما يومان «مدمران» لها ، لما يسببها لها من خوف ورهاب مميت . ولكنها - مع ذلك - كانت أكثر ثقة في مواقف التحصيل العلمي ، لأنها عادة ما كانت توجه بعض الأسئلة ، وتجنب عن بعضها الآخر إذا ما وجهت لها في الفصل ، وكانت تلتقي

على انفراد بأساتذتها ، على الرغم من أن ذلك يسبب لها بعض التنغيص ، ولقد قررت أن اهتمامها سينصب على حصر اهتمامها - عند اختيار مهنتها - على الوظائف والمهن التي تتطلب أدنى قدر من التفاعلات الاجتماعية والشخصية المتبادلة . وفي الحقيقة فإن «كاثي» لم تسع مطلقا للعمل في الصيف من كل عام - كما يفعل بعض الطلاب ، لأنها شديدة القلق والخوف من إجراء المقابلات واللقاء مع أي غرباء .

وبدأت مجموعة كاثي العلاجية في آخر الصيف ، عندما عثرت على وظيفة لبعض الوقت في أحد المشاريع التجارية الصغيرة نسبيا . وأتاحت لها هذه الوظيفة أول فرصة لمواجهة صعوبات عملية التفاعل الاجتماعي خارج نطاق أسرتها في فصل الصيف . وهكذا بدأ لها أن كل السنوات الدراسية قد تجمعت في كل واحد ، حيث المزيد من الفرص للتفاعل الاجتماعي اللامحدود مع أقرانها .

التقدير النفسي الإكلينيكي قبل العلاج

تلقت كاثي علاجاً نفسياً كجزء من سلسلة لمجموعة من الدراسات المتواصلة بهدف تقييم مدى فعالية العلاج المعرفي - السلوكي الجمعي . وتعرضت كاثي لإجراء مقابلة تشخيصية كجزء من التقدير النفسي العيادي⁽¹⁾ المقنن الذي يتم عادة قبل تقديم العلاج ، وكتمهيد له ، ومن ثم فقد أجابت عن أسئلة «مقابلة» مقننة تعرف بقائمة أو جدول مقابلة اضطرابات القلق - الصيغة المعدلة⁽²⁾ (ADIS-R; Dinard & Rarlow, 1988) وينظر لهذه المقابلة على أنها مقابلة تشخيصية نصف مقننة تعكس وصف الدليل التشخيصي والإحصائي في طبعته الثالثة (DSM-III-R) المعدلة الصادرة عام ١٩٨٧ عن رابطة الطب النفسي الأمريكية ، لاضطرابات القلق ، بحيث ينتج عنها تدرجاً رتبياً عاماً لحدة أعراضه الكلينيكية مثلما ينتج عنها تماماً معلومات تشخيصية أخرى ، مثلها في ذلك مثل «تقدير المعالج لحدة»⁽³⁾ الأعراض . كذلك تم تشخيصها مبدئياً بأنها تعاني من الرهاب الاجتماعي ، وحصلت على تقدير لحدة الأعراض النوعية من قبل أحد الأطباء يساوي خمس درجات ، مما يشير إلى أن حدة أعراضها واضطراباتها عند التفاعل الاجتماعي تعد حدة معتدلة . إن حصول الحالة على أربع درجات أو أكثر على

(1) pretreatment assessment .

(2) Anxiety disorders interview schedule - Revised (ADIS-R)

(3) clinician's severity rating (CSR) .

مقياس الطبيب أو المعالج لحدة الأعراض ، يؤهله للمشاركة في هذه الدراسة العلاجية .

وقامت كاثي خلال إجراء المقابلة التمهيدية للعلاج المشار إليها مسبقا ، بعمل مدرج للمخاوف والتجنب بإشراف أحد معالجي المجموعة العلاجية التي انخرطت فيها (راجع جدول ٥ - ٣) . فقد تدرجت المواقف من أشدها صعوبة عليها (مثل موقف تناول العشاء مع شخص آخر للتعارف إلى أدناها صعوبة ، مثل تجمع الأسرة الممتدة في منزل أحد الأقارب) . وبعد تكوين هذا المدرج ، كان على كاثي أن تعطى تقديرا ذاتيا لمدى تأثير كل موقف من المواقف الاجتماعية التي يضمها هذا المدرج وفق ثلاثة مقاييس بحيث تكون الدرجة على كل مقياس فرعى من مائة كحد أقصى (وتشير التقديرات المرتفعة لأقصى درجات حدة الرهاب الاجتماعي) ، وهذه المقاييس الثلاثة هي ، إلى أي مدى أصبحت كاثي تعاني من الرهاب الاجتماعي قبل العلاج أو إلى أي مدى ستصبح مرعوبة من الموقف الاجتماعي ، أو إلى أي مدى يمكنها تجنب هذا الموقف ، وإلى أي مدى كان اهتمامها منصبا على الخوف من تقييم الآخرين سلبيا لها في الموقف الاجتماعي (ويعرض الجدول ٥ - ٣ لهذه التقديرات قبل العلاج) . ولقد اتفق المعالج مع كاثي أثناء المقابلة على أن هدف العلاج المبدئي سيكون محاولتها تقليل خوفها عند التفاعل الاجتماعي مع الأقران .

وأجابت كاثي كذلك عن أسئلة بطارية من الاستخبارات واختبارا سلوكيا فرديا . واشتملت البطارية على استخبارات بك للاكتئاب (Beck et al., 1961) ، ومقياس واطسون Watson وفريدند Friend (١٩٦٩) للتغيب والتجنب الاجتماعي ، ومقياس الخوف من التقييم السلبي ، واستخبار الخوف لكل من ماركس وماتيسوس (١٩٧٩) . ويعد مقياس بك للاكتئاب من أكثر المقاييس المستخدمة شيوعا وتطبيقا ويتراوح مدى الدرجات عليه وفقا للتقدير الذاتي من صفر إلى ثلاث وستين درجة . وتتسق الدرجة ثلاثة عشرة التي حصلت عليها كاثي على هذا المقياس مع درجات مرضى الرهاب الاجتماعي الذين يخضعون للعلاج بهذا البرنامج (Etling, Hope, & Heimberg, 1992) . كما حصلت على إحدى وعشرين درجة على مقياس التغيب والتجنب الاجتماعي ، وتتراوح الدرجات على هذا المقياس بين صفر وثمان وعشرين درجة ، وتدور درجات مرضى الرهاب الاجتماعي عليه حول عشرين درجة (Etling et al., 1992) .

وحصلت كائى على الحد الأقصى للدرجات على مقياس الخوف من التقييم السلبى لسلوكها الاجتماعى ، وهو ثلاثين درجة ، ومن النادر حصول أحد مرضى الرهاب الاجتماعى على هذه الدرجة ، لأن متوسطهم على هذا المقياس هو ٢, ٢٤ درجة (Elting et al., 1992) . ولكى نقدر مدى حدة المعاناة من المخاوف لدى كائى ، علينا معرفة أن درجات عينات طلاب ما قبل التخرج الجامعيين غير المصنفين كإينيكييا يدور متوسطها حول أقل من عشر درجات على كل من مقياسى الخوف من التقييم السلبى (م = ٩, ١١ ، ع = ٨, ٠١) والتنجيس والتجنب الاجتماعى (م = ٦, ٦٨ ، ع = ٥, ٥٣) (Heimberg, 1988) .

وطلب من المرضى - وفقا لدرجة كل منهم على الاختبار السلوكى الفردى (الموقفى) - أن يودى كل منهم دور الفرد الذى استثار أحد المواقف الاجتماعى قلقه بشدة ، بحيث بلغت درجته على مقياس وحدات التنجيس الاجتماعى خمسا وسبعين درجة على الأقل . وعلى الرغم من أن بعضهم يكون على دراية بالطبيعة العامة للاختبار السلوكى (الموقفى) كجزء من الاتفاق المبدئى ، فإنهم لا يكونون على دراية بالموقف المحدد الذى سيقومون بتمثيله إلى أن يبدأ الاختبار .

جدول (٥ - ٣) يوضح مدرج الخوف والتجنب لدى كائى قبل العلاج ، وبعده ، وعلى مدى ستة شهور من المتابعة

المواقف	فترة التقدير النفسى	الخوف	التجنب	التقييم السلبى
أول أشد المواقف إثارة لخوفى :	قبل العلاج	٨٠	٧٥	٩٠
عندما أضرب موعدا مع شخص لا أعرفه جيدا لتناول العشاء معه .	بعد العلاج	٩٠	٧٠	٨٠
	أثناء المتابعة	٧٠	٤٠	٧٠
ثانى أشد المواقف إثارة لخوفى :	قبل العلاج	٧٠	٧٠	٩٠
هو الموقف السابق نفسه ولكن كان الموعد فى الخيالة (السينما) .	بعد العلاج	٨٠	٦٠	٧٠
	أثناء المتابعة	٥٠	٤٠	٧٠
ثالث أشد المواقف إثارة لخوفى :	قبل العلاج	٦٠	٥٠	٧٠
عندما أتحدث مع أستاذى .	بعد العلاج	٥٠	٤٠	٦٠
	أثناء المتابعة	٣٠	٢٥	٥٠

التقييم السلبى	التجنب	الخوف	فترة التقدير النفسى	المواقف
٧٠	٦٠	٦٠	قبل العلاج	رابع أشد المواقف إثارة لخوفى :
٦٠	٥٠	٥٠	بعد العلاج	عندما اضطر إلي إجراء محادثة عرضية مع شخص ساخر وهزلني وغير معروف .
٢٥	٢٠	٣٠	أثناء المتابعة	
٦٠	٥٠	٥٠	قبل العلاج	خامس أشد المواقف إثارة لخوفى :
٥٠	٣٠	٥٠	بعد العلاج	دعوتني لحضور حفلة لا أعرف ضيوفها جيدا .
٤٠	٢٥	٣٠	أثناء المتابعة	
٥٠	٦٠	٥٠	قبل العلاج	سادس أشد المواقف إثارة لخوفى :
٤٠	٢٥	٣٠	بعد العلاج	عندما أوجه سؤالا للأستاذ في المحاضرة .
٢٥	٢٠	٢٥	أثناء المتابعة	
٤٠	٣٠	٤٠	قبل العلاج	سابع أشد المواقف إثارة لخوفى :
٢٥	٢٠	٢٥	بعد العلاج	عندما أجدني مضطرة لإجراء محادثة مع سيده لا أعرفها .
٢٠	١٠	١٠	أثناء المتابعة	
٤٠	٢٥	٣٠	قبل العلاج	ثامن أشد المواقف إثارة لخوفى :
٢٠	٢٠	٣٠	قبل العلاج	تاسع أشد المواقف إثارة لخوفى :
٢٠	١٠	١٠	بعد العلاج	التحدث مع شخص لا أعرفه عبر الهاتف
١٠	صفر	صفر	أثناء المتابعة	
٢٥	٢٠	٢٥	قبل العلاج	عاشر أشد المواقف إثارة لخوفى :
٢٠	١٠	١٠	بعد العلاج	حضور تجمّع عائلى فى أحد منازل أقاربي
١٠	صفر	١٠	أثناء المتابعة	

* يلاحظ أن التقديرات التى اشتمل عليها الجدول تتصل بالخوف ، والتجنب ،
والخوف من التقييم السلبى من قبل الآخرين . كما يلاحظ أن جميع التقديرات
فى المقاييس الثلاثة تتراوح درجاتها بين صفر ومائة ، وأن أعلى التقديرات
تشير إلى أعلى الدرجات الخوف أو أقصى درجات التجنب .

ولقد تضمنت الصيغة التى أكملتها كاثى، من الاختبار السلوكى ثلاث مراحل ، تم عرض المرحلتين الأوليين منها فى هذه الفقرة ؛ حيث يطلب من المرضى فى مرحلة التوقع^(١) (المرحلة الأولى) ، والتى تستمر لمدة ثلاث دقائق ، أن يتخيلوا أنفسهم فى مواقف أداء الأدوار التى يصفها لهم المجرى (المعالج) ، ويقوموا فى المرحلة الثانية ، وهى مرحلة الأداء الفعلى^(٢) التى تستمر لمدة أربع دقائق ، بتمثيل الأدوار المطلوبة وفقاً للتدريب الذى يقدمه لهم مساعد المجرى (المعالج) . ويدفعهم المعالج خلال كل مرحلة على حدة ، باجتياز مدرج مقياس وحدات التنغيص الاجتماعى دقيقة بدقيقة . وبعد الانتهاء من مرحلة التدريب والأداء الفعلى - وليس الأداء المتخيل - يعودون للإجابة عن أسئلة مقياس عديدة لتقييم خبراتهم ودرجة المعاناة من القلق الاجتماعى ، التى تنطوى على مستويين من المعاناة تتراوح شدتها بين صفر ومائة درجة حيث تمثل إحداهما أعلى شدة للمعاناة من القلق الاجتماعى ، بينما تمثل الأخرى نوعية الأداء وكيفه بصفة عامة (حيث ترتبط أعلى التقديرات بأعلى درجات المعاناة من القلق الاجتماعى وأضعف أداءات الدور) .

أما الدور الذى قامت كاثى، بأدائه ، كان عبارة عن محادثة مع طالب أثناء انتظارها بداية إحدى محاضراتها بالجامعة . قام مساعد المعالج بأداء دور شخص ما كانت قد رأته كاثى فى المحاضرة ولكنها لم تتحدث معه بحال من الأحوال ، وبدأت درجة معاناتها من القلق تصل إلى مستوى متوسط قدره (٤٥) درجة وزادت فى مرحلة التوقع وخلال أول دقيقة فى مرحلة الأداء الفعلى ، حتى وصلت أخيراً إلى ٨٠ درجة وهى أشد درجات القلق . وعندما وصلت درجة قلق كاثى ثمانين ، أصيبت بالرعب ، وحاولت استجماع قواها لمواجهة العبء النفسى للمحادثة ، بحيث جاءت جميع استجاباتها فى شكل إيماءات وإشارات وعبارات كلها كلمات ذات مقطع واحد . ولذا فقد جاء تقدير كاثى لمعاناتها الشديدة من القلق أثناء أدائها على الاختبار السلوكى (وحدات التنغيص الاجتماعى) ثمانين درجة ، وتقديرها لنوعية الأداء شديدة الانخفاض (٣٠ درجة) ، وهو تقدير يشير إلى أداء ضعيف نسبياً .

(1) anticipatory phase .

(2) performance phase .

و صف جلسات العلاج

الجلسات الأولى والثانية

تكرس الجلستان الأوليان من العلاج المعرفي - السلوكي الجمعي لإرساء أسس العمل والتدخل العلاجي لجماعة من المرضى ، وبناء تماسك الجماعة ، وتلقين أعضاء الجماعة شرحا مفصلا للنموذج المعرفي - السلوكي للرهاب الاجتماعي ، مع بدء التدريب على مهارات إعادة صياغة الأفكار والمدرجات المعرفية . وشاركت كاثي في المناقشات ردا على بعض الأسئلة المباشرة ، ولكن جاءت معظمها عبارة عن تعليقات تلقائية قليلة جدا . وأصبح من الواضح أثناء مجموعة الجلسات المخصصة للتدريبات المعرفية ، أن أفكار كاثي تعاني من ثلاثة أشكال من التشويه المعرفي (Bruns, 1980) تدور حول المستقبل (مثال ذلك : أنا عاجزة عن القيام بأية محادثة أو الاستمرار فيها ، وسأكون قلقة ، وسأكون مرعوبة) ، وقراءة الأفكار⁽¹⁾ (اجترار ذكريات الماضي) (إن الآخرين لن يتبنوني، أو ربما يفكر الآخر أنني إنسانة مريضة لما يبدو على من شدة القلق) ، وأخيرا التفكير بطريقة «الكل أو لا شيء»⁽²⁾ (مثل قولها : أنا لا أدرى بل ولا أعرف كيف أتجاذب أطراف الحديث مع الآخرين تماما] ، وستنتابني العصبية الشديدة لعجزى عن الاستمرار في التحدث مع الآخرين) . ولكن مع مرور الوقت استطاعت أن تحدد الواجبات المنزلية الخاصة بالجلسة الثانية ، وكان واضحا لنا أن لديها فهما أساسيا وحقيقيا لآليات المهارات المعرفية ، ويات واضحا كذلك أنها قادرة على تحديد ، وتحليل ، ودحض عديد من أفكارها التلقائية . ولقد احتفظت بقدر من الشك حول مدى فائدة الإجراءات المعرفية وجدواها ، شأنها في ذلك شأن بقية أعضاء الجماعة العلاجية ، كما احتفظت بقدر من ضعف الثقة وقلة العقيدة في دقة الاستجابات العقلانية المضادة لأفكارها التلقائية في هذه المرحلة المبكرة من العلاج .

الجلسة الثالثة

في الجلسة الثالثة ، أكمل اثنان من زملاء كاثي في جماعتها العلاجية أول تدريب لأداء دور التعرض المباشر للأفكار التي تدور حول مواقف التفاعل

(1) mind reading .

(2) all-or-nothing thinking .

الاجتماعى . ولم يتم اختيار كاثى لتكون من بين الأفراد الأوائل الذين تدرّبوا على الاستجابة للتعرض المباشر نظرا لأدائها الضعيف نسبيا فى الأداء على الاختبار السلوكى فى مرحلة ما قبل العلاج وبات واضحا أنها إذا اشتركت سيصيبها الهلع ونوبات الرعب ، ولن تستطيع التحدث إلا قليلا ، مما ينجم عنه إصابة أعضاء المجموعة الآخرين بالقلق وارتفاع معدلاته نظرا لأنهم سيرون أن ما يعترّبها من نوبات خوف وهلع أو شكت أن تصبح أمرا حقيقيا . هذا بالإضافة إلى أن المعالجين قد رأوا أن انتظارها لجلسة تالية قد يجعلها أكثر رضا وهدوءا وأكثر اندماجا مع المجموعة ، ومن ثم يمكن أن تبدأ عمليات التعرض المباشر وإجراءاته من خط أساسى لمستوى من القلق أكثر انخفاضا ، وكان واجبها المنزلى الذى ستقوم بتحضيره للجلسة الثالثة هو الاستمرار فى التدريب على المهارات المعرفية عن طريق تحليل الأفكار التلقائية التى تتولد داخلها نتيجة لمعاناتها من القلق الاجتماعى الذى ينجم عن مرورها ببعض مواقف التفاعل الاجتماعى على مدى أسبوع كامل يمر بين الجلستين الثالثة والرابعة .

الجلسة الرابعة

فى هذه الجلسة مرت كاثى بأول خبرة من خبرات التعرض المباشر . ولكى يضمن المعالج نجاح خبرة كاثى فى التعرض المباشر لأحد مواقف التفاعل الاجتماعى ، قرر إدخالها خبرة التواصل والقيام بمحادثة مع سيدتين لا تعرفهما من قبل . وكان تقديرها للقلق الاجتماعى الناتج عن التحدث مع إحدى السيدتين خمسين درجة على مدرج القلق ، وأشارت إلى أن التحدث مع سيدتين سيكون أسهل لأن الضغوط الواقعة عليها للتحدث معهما ستكون ضعيفة وغير مؤثرة . وقام أحد المعالجين وأحد المرضى النابهين الذى مر بخبرة التعرض المباشر الأولى بأداء أدوار التعرض للمواقف الاجتماعية . وفيما يلى مقتطفات من مهارات إعادة صياغة الأفكار المعرفية السابق على عملية التعرض المباشر بين كاثى والمعالجين الأول والثانى وأعضاء الجماعة العلاجية .

* المعالج الثانى : حسنا يا كاثى ، الآن أتى دورك للقيام بالتعرض .

* كاثى (بتنهيدة مسموعة) : وهو كذلك . إننى أخشى الدخول إلى هذا الموقف .

* المعالج الثانى : إن أحد المواقف الاجتماعية التى ذكرت مدى قسوتها عليك هو القيام بالحوار والمحادثة ، خاصة إذا كانت ستجرى بينك وبين أناس لا تعرفينهم حق المعرفة .

* كاتى : هذا صحيح .

* المعالج الثانى : ما نفكر فيه الآن هو أنك ستقومين هذه الليلة بإجراء محادثة أو حوار مع اثنتين من السيدات لا تعرفينهما جيدا ، وربما تكونا من السيدات اللاتى يعملن معك فى المكتب أو شئ من هذا القبيل . هل هذا الموقف من نمط المواقف التى تصيبك بالقلق ؟

* كاتى : نعم .

* المعالج الثانى : حسن . ما أريده منك ، أن تتخيلى نفسك فى هذا الموقف . وعليك أن تستغرقى فى التفكير فيما إذا كان عليك القيام بالتحدث مع اثنتين من زميلاتك فى العمل ، أحيانا خلال الراحة أو قبل العمل ، مع تحديد مجال الحديث ، وإلى أى مدى كان حديثا طويلا أم قصيرا ، وبسبب التفكير فى هذا الموقف ، فما هى الأفكار التى تواردت على خاطرك ؟

* كاتى : أنا قلقة ومنزعجة لجهلى بما يمكن أن أقوله فى هذا الموقف .

* المعالج الثانى : هذا حسن . لا تفكرى فى أسلوب التعبير أو الطريقة التى ستتحدثين بها ، ولكن فقط عليك إيجاد موضوعات للتحدث حولها ، لأن هذا سيكون أسهل عليك . وأنا لا أدرى ما يجب عليك قوله ، ولكن كل ما هنالك أن تخوضى هذه التجربة ، كما لا أدرى أن محتويات الحوار هى التى ستكون ملائمة ؟

* كاتى : نعم ، هذا صحيح وسأحاول وأنفذ .

* (قام المعالج الأول بكتابة هذه العبارة على السبورة «أجهل ما يجب قوله» .)

* المعالج الثانى : ما الأفكار التلقائية الأخرى التى وردت على خاطرك وأنت تتخيلين نفسك تتحدثين مع هاتين السيدتين ؟

* كاتى : أننى سأكون قلقة جدا .

* المعالج الثانى : هذه إحدى الأفكار التلقائية المهمة (موجها حديثه للمعالج الأول لتسجيلها) التى يجب تسجيلها لمناقشتها بعد ذلك ، وماذا أيضا ؟

* كاثي : إنني قلقة ومنزعة بشأن المحادثة ، فقد أبكى وأصرخ إذا عجزت عن القيام بها . وأفكر أيضا أن الموقف لن يكون شديد السوء بسبب وجود سيدتين ، لأنهما قد تتحدثا معا فترات طويلة ، وقد يكون حوارهما معي قصيرا ، ومن ثم أستطيع الاستئذان وأغادر المكان .

* المعالج الثاني : فيم تفكرين ، هل هذه مجموعة من الأفكار ؟ إن مضمونها يشير إلى أنها زوج من الأفكار الآلية ، فأى الفكرتين يمكن تحديدها ؟

* المعالج الأول : هي قلقة ومنزعة بشأن خوفها من الصياح أو البكاء .

* المعالج الثاني : حسن . هكذا يمكن كتابة هذه الفكرة «أأصرخ بصوت مرتفع، كفكرة تلقائية ؟ (وافق على صياغة الفكرة هكذا على أنها فكرة تلقائية مجموعة من أعضاء الجماعة) .

* المعالج الثاني : ما الأفكار التلقائية الأخرى المحتمل وجودها ؟

تقول كاثي إنها قلقة بشأن خوفها من الصراخ والعويل إذا ما فشلت في القيام بالحوار مع السيدتين أو إذا انتهى الموقف بإدراكى على أننى خرقاء أو غير لبقة .

لويقدر من التعاون بين كاثي وعدد من أعضاء الجماعة العلاجية ، استطاعوا توليد فكرتين تلقائيتين هما : «إن الحوار أو المحادثة قد تموت في مهدها» ، وأنها ستظهر غير لبقة، وأضيفت هاتان الفكرتان لقائمة الأفكار التلقائية التي يجب معالجتها بالتعرض وإعادة صياغتها معرفيا .

* المعالج الثاني : وهو كذلك ، هذه قائمة من الأفكار التلقائية لا بأس بها إطلاقا . دعينا نأخذ فكرة منها ونركز على تغييرها ودحضها . ولكن هذه الفكرة ربما تنتابني حالة القلق الشديدة ، وهذا أمر حقيقى إلى حد كبير . [قرر المعالجان تجاهل التفكير بطريقة الكل أو لا شئ التي تتضمنها الفكرة السابقة] . على أية حال ، سبب وجودك هنا هو معاناتك من القلق الاجتماعى ، وأن جزءا مما نفترض حدوثه لديك هو أنك عند التعرض المباشر لأحد المواقف الاجتماعية ، سوف ينتابك هذا القلق . وهى مسألة شبيهة بفكرتك التلقائية الأخرى «لا أدرى ما يجب على قوله» ، وهى فكرة تأتى فى بداية سلسلة أفكارك التلقائية وحتما إذا ما بدأت بالاعتقاد الخاطئ، بأنك لا تدريين ما يجب عليك قوله، فمعنى ذلك أن

المحادثة والحوار سيموت ، وستبدلين للآخرين أنك غير لبقة وضعيفة اجتماعيا وغير واثقة من نفسك ، أليس هذا ما تفكرين فيه فعلا يا كاثي ؟

* كاثي : نعم ، عندما أتورط بخيالي أو بتفكيرى أو حتى بالدخول فى هذه المواقف فعلا ، أجدنى خاربة الوفاض ، ولم يعد لدى ما أقوله . ولا أدرى ما الموضوع الذى يجب التحدث فيه .

* المعالج الثانى : هذا حقيقى تماما إذا ما ركزنا على التفكير بأنك لا تعرفى ما تقولينه ، لأن هذا النوع من التفكير سيتيح الفرصة لهذه السلسلة من الأفكار التلقائية أن تخرج على نطاق سيطرتنا والتحكم فيها ، ومن ثم يحدث دعما للقلق وتعزيزا له . أليس هذا ما تخبرينه ؟

* كاثي : همهمة .

* المعالج الثانى : دعينا نناقش فكرة أنك لا تدرين ما يجب أو ما يمكن أن تقولينه ، استخرجى قائمة التشويهاات المعرفية فى أفكارك ، ودعينا نقف على الفكرة البديلة الحسنة الملائمة التى تدحض بعض هذه التشويهاات . تشعر الجماعة العلاجية أن لديها كامل الحرية لمساعدة كاثي فى مهمتها .

[اقترح عليها أعضاء الجماعة العلاجية عددا كبيرا من التشويهاات المعرفية المحتملة ، بما فى ذلك من تفكير مأساوى وقدرى ، والتفكير بطريقة الكل أو لا شئ] .

* المعالج الثانى : دعينا نتعمق فى تفنيد هذه التشويهاات المعرفية والأفكار التلقائية ، لنرى مدى إمكانية وجود طريقة للرد عليها وإحلال بدائل إيجابية محلها . يا كاثي : هل وجدت فى كل الذى طرحنا عليك أمرا يمكن أن يساعدك ؟

* كاثي : كل ما أعرفه تماما هو أننى لا أجد لدى أى شئ يمكن أن أرد به عليكم ؟

* المعالج الثانى : حسن ، ولكن كيف يمكنك الإجابة عن هذا السؤال ؟

* كاثي : حسن . بالتأكيد أنا بارعة وجميلة ، ولكننى أعانى تماما عند مواجهة هذا النوع من الحوار والمحادثات الاجتماعية .

* المعالج الثانى : ولكن ما رأيك فى تفنيد الفكرة الثالثة فى قائمة أفكارك التلقائية ؟ حاولى تفنيدها معنا .

- * كاثي : إنني متأكدة ١٠٠٪ أنه لا يوجد لدى أي شيء قوله ؟
- * المعالج الثاني : هل أنت متأكدة ١٠٠٪ أنك ليس لديك أي شيء ممكن قوله ؟
- * كاثي : حسن . بالتأكيد ذلك .
- * المعالج الثاني : ١٠٠٪ ؟
- * كاثي : من المحتمل ألا يكون ذلك ١٠٠٪ ولكن ربما بنسبة ٩٠٪ .
- * المعالج الثاني : هذا معناه أنك متأكدة بنسبة ٩٠٪ أنه ليس لديك أي شيء يمكن أن تقولينه على الإطلاق . وهذا معناه أيضا أنك يمكن أن تفتحي فمك ولن يخرج منه أي شيء .
- * كاثي : بالتأكيد لا . ولكن يمكنني التحدث والتلفظ بشيء ما ، ولكنه قد لا يكون ملائما ، وقد لا يكون جيد جدا .
- * المعالج الثاني : وهو كذلك . إلى أي حد أنت متأكدة من العجز عن النطق بأي شيء ، وهل أنت عاجزة عن النطق بشيء حتى ولو كان شيئا غير ملائم (سئ) ؟
- * كاثي : يبدو أن نطقي بشيء ملائم أمر بعيد المنال . وأعتقد أنني أستطيع النطق بشيء ما قد يأتي دائما شيئا غيبيا ، وربما لا يزيد عن ١٠٪ .
- * المعالج الثاني : إذن لديك على الأقل فرصة أخرى كبرى لتستطيعين قول شيء ما ، على الرغم من أنه قد لا يكون دقيقا وملائما تماما ؟
- * كاثي : ترد بهمهمة مسموعة ما يفيد قولها نعم (على مضض) .
- * المعالج الثاني : لنتجه الاتجاه الصحيح في التفكير الآن ، فدعينا من مسألة الانزعاج والقلق عما إذا كان ما تنطقين به شيئا ملائما ، ولكن ركزي التفكير على إمكانية النطق بأي شيء . ولنترك مسألة الحكم على مدى ملائمة ما تنطقين به للموقف الاجتماعي لفترة لاحقة . ووجهت المجموعة سؤالا للمعالج مفاده ، هل تستطيع مساعدة كاثي في تغيير فكرتها عن نفسها من كونها عاجزة عن نطق شيء ملائم إلى قديتها على إصدار استجابات عقلانية تكون ملائمة للمواقف الاجتماعية ؟
- * المعالج الأول : ما رأيك في وجود فرصة أمامك بنسبة ٩٠٪ تستطيعين قول أي شيء حتى ولو كان شيئا غيبيا .

* المعالج الثانى : هذه بداية جيدة . فهل يمكننا أن نجعلها معا بداية أكثر إيجابية إلى حد ما .

* كاثى : إنها فرصة جيدة لاستطاعتى التفكير فى شئ ما يمكن قوله .

* المعالج الثانى : هذا رأى جيد ، وسوف نكتبه فى أعلى مكان بالسبورة ليساعدك على تذكره . وعندما تبدأين فى الانزعاج حول نفاذ صبرك من نضوب ما تريدين قوله أثناء التعرض لأحد المواقف الاجتماعية ، كررى هذه الاستجابة العقلانية بنفسك - هناك فرصة لاستطاعتى التفكير فى شئ ما يمكن قوله . إن أملى يكمن فى مساعدتك على تهدئتك بالقدر الكافى الذى يمكنك من النطق بشئ ما ملائم إلى حد ما . وتذكرى أننا لن ننزعج الآن على أى شئ يصدر منك أو ستنطقين به ، ولكن ربما يحدث ذلك مؤخرا (بعد ذلك) ، ولكن المطلوب منك الآن هو التركيز على استجماع قدرتك للنطق بشئ ما مهما كان كيفه أو نوعيته .

وكان سبب ميل المعالجين للبدء بهذه الفكرة التلقائية لتكون هى موضوع التعرض المباشر الأول ، أنها فكرة مباشرة ومحددة ، ومن السهل على الحالة تحديها وإيقافها . كما فضل المعالجون أن يعلموا كاثى بشكل سريع نسبيا كيفية إعادة البناء المعرفى لهذه الفكرة ، لأنه كلما تأخرت عملية التعرض لها ، ستعانى من مزيد من القلق ، ومن ثم كانت الخطوة التالية هى البدء بعملية التعرض المباشر . وفى هذه النقطة العلاجية ، تم تدريب الحالة على وصف تفاصيل الموقف ، وكيفية مواجهته عن طريق أداء الأدوار التى سيقوم بها ممثلون من أعضاء الجماعة تم اختيارهم بعناية ، كما كتبت أدوراهم بدقة . كذلك تم إعادة ترتيب الأماكن تماما ، ودار التفاعل وفقا لهذا الترتيب على النحو التالى :

* المعالج الثانى : والآن سنقوم بتحديد الموقف الاجتماعى الذى سيتم التعرض له . فإذا كان عليك يا كاثى القيام بحوار أو بمحادثة مع اثنتين من السيدات فى العمل ، فما المكان المحتمل إجراؤك هذه المحادثة فيه ؟

* كاثى : فعلا هناك مكان مألوف للعاملين يكثررون التردد عليه هو عبارة عن غرفة مزودة بألة لإعداد القهوة وثلاجة وطاولة (تربيزة) صغيرة ، يجلس إليها العاملون بالسكرتارية فى العادة ، ويتجادون أطراف الحديث فى أوقات الراحة

من العمل .

* المعالج الثانى : هذا موقف اجتماعى مثالى : فإذا ما تصورنا هذا الموقف ، وكانت هناك سيدتان تتحدثان ، أُنستطيعين الدخول عليهما والتفاعل معهما ؟ وهل هذا موقف طبيعى وواقعى بما فيه الكفاية ؟

* كائى : نعم .

* المعالج الثانى : إذن دعينا نوظف هذا الموقف . المعالج الأول قال ، (ملتفتا إلى عضو آخر من أعضاء الجماعة العلاجية) ، تصورى أنك واحدة من هؤلاء السيدات ، وهذا العضو سيمثل دور شخصى دخل الغرفة التى توجدان فيها .

* المعالج الرابع : وما الدور الذى يجب على القيام به ؟

* المعالج الثانى : أنت والمعالج الأول ستجلسان هنا للتحدث معا . ولكونك لم تقم بهذا الدور من قبل ، فيمكنك أن تدع المعالج الأول يأخذ دور القائد وتلتزم هادياته أو إشاراته . هيا اجلسا كلاكما إلى هذه الأريكة ثم اسحبا كرسي ثالث لكائى . وأنت يا كائى ، ستكونين مستعدة إلى حد كبير للتحدث مع هذين المعالجين اللذان يقومان بدور اثنتين من السكرتارية ، أُنستطيعين القيام بهذا الأمر ؟

* كائى : أجابت نعم (بهممة وعلى مضض)

* المعالج الثانى : إذن كلاكما سيقوم بدور سكرتيرتين تعملان فى هذا المكتب ، وستدخل عليكما كائى وتدخل فى حوار أو محادثة معكما . وفى كل الأحوال ، علينا قبل أن نبدأ ، أن نصل إلى الهدف المرجو ونقف عليه إذا ما نجحنا فى أداء أدوارنا التى تجعل كائى تمر بهذه الخبرة الاجتماعية . يا كائى ما الهدف الذى تريدين الوصول إليه ؟

* كائى : أنا لا أريد أن أعانى من القلق الاجتماعى .

* المعالج الثانى : كما ذكرنا ذلك فى الأسبوع الماضى ، فإن ذلك - أى عدم المعاناة من القلق - يعد هو الهدف النهائى للعلاج . ولذا فإننى لست متأكدا من أنك التحقت بهذا النوع من العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى لكى تقضى على القلق الاجتماعى خلال هذا العدد القليل من الجلسات ، ومن ثم يجب أن يكون لديك سبب أو دافع أقل مرتبة حتى يمكن تحقيقه ، فما رأيك فى تحديد هدف

جزئى أصغر فى الوقت الراهن ؟ ولكن هذا الهدف عبارة عن فكرة من الأفكار الأخرى التى طرحتها الأسبوع الماضى فى الجلسة السابقة من أجل التعرض لها . فما رأيك فى هذا الاقتراح ؟

* كاثى : إننى قلقة جدا بشأن إمكانية نجاحي معكم . وحتى إذا كان هناك فرصة للنجاح ، فإننى الآن أريد مغادرة المكان وأنصرف بسرعة تاركة الأمر برمته .

* المعالج الثانى : تلك الآراء التى تطرحينها هنا والآن شبيهة بتلك التى كنت تطرحينها هناك فى بداية الجلسات الأولى . ولكن ما رأيك فى مجرد استمرارك معنا فى هذا الموقف الاجتماعى (التمثيلى) حتى تنتهى منه ؟ .

* كاثى : أعتقد أننى أستطيع البقاء معكم .

* المعالج الثانى : اذن دعينا نستمر . وتذكرى يا كاثى أننى سأقاطعك مرات عديدة طالبا منك تقديراتك على اختبار وحدات التنغيص الاجتماعى . فرجائي عندما يحدث ذلك ، ما عليك إلا أن تعطينى درجة محددة ، مع قراءة استجاباتك العقلانية من السبورة مباشرة بصوت مرتفع ، ثم أخيراً تعودى أدراجك للمشاركة فى الحوار . هل أنت مستعدة ؟

بدأ المعالج الأول وعضو آخر من الجماعة العلاجية فى الحديث عن خططهما لقضاء عطلة الأسبوع القادم ، وبعد تبادل أداء الأدوار مرتين ، انضمت إليهما كاثى للتفاعل معهما اجتماعياً . وفى البداية وجه المعالج بعض الأسئلة إلى كاثى لمساعدتها فى كسر حاجز الخوف وحملها على الحوار ، ولأنها أظهرت درجة شديدة من القلق والفرع . على أية حال ، فى غضون ثلاث إلى أربع دقائق ، هدأ قلقها وروعها ، وبدأت فى طرح زوج من الأسئلة التى تتصل بحالتها . واستمرت عملية التعرض للمواقف الاجتماعية لمدة عشر دقائق متواصلة حتى يفسحوا المجال أمام كاثى لتفريغ خبراتها حولها حتى مستوى محدد ، وبما يبدد قلقها الاجتماعى ، ويرفع معدلات الثقة لديها بعد بداية مزعزعة وشديدة التعثر والتحجر .

وبعد انتهاء عملية التعرض ، أبرز المعالجون إدراكات كاثى لأدائها ، بحيث حددوا مدى نجاحها فى استخدام الاستجابات العقلانية وتوظيفها ، ومدى نجاحها فى مواجهة أية أفكار تلقائية تطرأ على ذهنها .

- * المعالج الثانى : ولكن كيف أمكنك القيام بفعل ذلك ؟
- * كاثى : كنت مرعوبة . كنت قلقة بالفعل .
- * المعالج الأول : هل استطعت تحقيق هدفك ؟
- * كاثى : لا ، لأنه أصعب مما كنت أتوقع .
- * المعالج الأول : ماذا كان هدفك ؟ كما سألتها أعضاء الجماعة العلاجية ، هل تتذكرين هدفك ؟
- * المعالج الثالث : عليك الاستمرار فى الحوار حتى ننتهى من علاج هذا الموقف .
- * المعالج الثانى : حقا ، هل تستطيعين القيام بذلك يا كاثى ؟ وهل تستطيعين فعل ذلك والبقاء معنا حتى النهاية .
- * كاثى : (أجابت بتذمر) ، أعتقد ذلك .
- شجع المعالجون أعضاء الجماعة الآخرين على تقديم مزيد من التعليقات الإيجابية لإنجاز هدفها وما تصبو إليه . ولقد أشارت تعليقات عديدة إلى استمرارها وصموها على الرغم من كونها كانت شديدة المعاناة من القلق ، وبصفة خاصة فى البداية . وأخيرا سلمت كاثى بأنها حققت بعض هدفها .
- * المعالج الثانى : وما رأيك فى الفكرة التلقائية التى تعاملنا معها ؟ هل انتابك القلق بشأن شئ ما كنت تريد قولك ؟
- * كاثى : نعم ، وبصفة خاصة فى بداية العلاج ، فقد شعرت وكأن عقلى كان فارغا تماما .
- * المعالج الثانى : وهل الاستجابة العقلانية ساعدتك إلى حد ما ؟
- * كاثى : ربما ، ولكن بقدر ضئيل جدا . مرتان وأنا أحاول الحصول على شئ ما لأنطق به حتى ولو جاء هذا الشئ غيبيا جدا .
- * المعالج الثانى : فلنعد مرة أخرى إلى ما ذكرته خلال دقيقة واحدة . هل استجابتك العقلانية تحولت بحيث أصبحت حقيقية ؟ وهل جعلتك قادرة على التفكير فى شئ ما لقوله ، حتى عندما كنت فى أشد حالات القلق ؟
- * كاثى : نعم ، نما داخلى شئ ما ، فقد كان تقديرى إنه من الصعب النطق بأى شئ ولكنه حدث على أية حال ، وتلفظت وشاركت ببعض الحديث فى الحوار .

* المعالج الأول : تماما . ولكن لإشباع فضولك ، أتساءل ، أى جزء من الحديث كنت تعتقدين أنه الرأى الغبى الذى تلفظت به ؟

* كاثى : فى البداية ، عندما وجهت لى سؤالا عما أنوى أن أفعله خلال هذا الأسبوع ، وكان إجابتى بأننى سأظل بالببيت (حتى أتجنب الحديث مع الآخرين) .

* المعالج الأول : ولكن ، وكما حدث فى أداء الأدوار ، بدا لى معظم إجاباتك كانت معقولة . فما الذى بقى لديك للتفكير فيه ؟

[اتفق عدد من أعضاء الجماعة العلاجية مع رأى المعالج الأول فى أن أيا من استجاباتها لم تبد لهم غبية بحال من الأحوال.]

* المعالج الثانى : يبدو يا كاثى أن المجموعة ترى رأيا أكثر إيجابية حول استجاباتك وأكثر مما ترين أنت نرجو أن تطلب تتذكرى هذا . سنعود فى مرة قادمة إلى هذه الفكرة التى تبدو لك غبية ونرى دليلك على ذلك . والآن سنتركك وشأنك ، وتهانينا لك للجاحك فى علمية التعرض الأول !

وكان واجب كاثى المنزلى الذى ستعده للجلسة الثالثة هو التحدث فعلا مع شخص ما فى العمل مرتين على الأقل فى الأسبوع القادم . وتم تحديد الحوار ليدور حول الترحيب بشخص ما كان غائبا عن العمل ، على أن يتم تبادل الحديث مرتين إلى ثلاث مرات . وكان هناك تنبيه مكتوب على صحيفة الواجبات المنزلية ، يلفت نظر كاثى إلى ضرورة التفكير قبل تنفيذ الواجب المنزلى فى إيجاد استجابات عقلانية كبداية لكل فكرة من الأفكار التلقائية ، لاستخدامها أثناء الحوار وتبادل الحديث بقدر إمكانها ، وأن تقوم بتكرار الإجراءات المعرفية بعد الانتهاء من التدريب على إجراء الأحاديث المنزلية . وكشفت مراجعة الواجبات المنزلية فى بداية الجلسة الرابعة ، أنها قد أكملت واجباتها المنزلية التى كلفت بها بمستويات معتدلة من القلق الاجتماعى .

الجلسة الخامسة

أثناء الجلسة الخامسة ، كان أعضاء الجماعة العلاجية يمثلون هدفا لعملية التعرض ، بينما كانت كاثى تمثل دور الجمهور الذى يشاهد عملية التعرض لموقف محاضرة عامة ، كما شاركت فى جهود إعادة البناء المعرفى للأفكار التلقائية لأعضاء الجماعة العلاجية ، وذلك فى الجانب المتصل بالرد على الأسئلة المباشرة

فقط . كذلك قامت خلال الجلسة بتقديم مجموعة من التعليقات التلقائية . وعندما جاء موعد تحديد الواجبات المنزلية للأسبوع القادم ، وأشارت كاثى بأنها ستذهب هى ووالداها إلى مدينة نيويورك لقضاء عطلة نهاية الأسبوع . وكان واجبها المنزلى يتلخص فى مبادرتها بالتحدث مع شخص ما يعمل بالفندق ، وتقوم بممارسة مهاراتها المعرفية التى تم التدريب عليها خلال الجلسة السابقة . وأظهرت كاثى نجاحا ملحوظا على مدى الأسبوع التالى فى الجانب السلوكى بصفة خاصة . ولقد أتيت أمامها فرص عديدة للتحدث مع أناس متباينين فى الفندق ، وفى المطاعم ، بحيث أصبحت محط إعجاب كل من زارتهم وتبادلت الحوار معهم . وعلى الرغم من كونها عانت من درجة معتدلة من القلق ، فإنها قد استمتعت كثيرا بما قامت به من مجهودات . ولقد ساند نجاحها الواضح أعضاء جماعتها العلاجية والمعالجين كذلك . وقضى المعالجون دقائق معدودة لمساعدتها فى التفكير فيما تعلمته من الخبرات الماضية حول القلق .

الجلسة السادسة

ولأن فترة تدريب عضو آخر من الجماعة العلاجية قد طالبت أكثر مما كان متوقعا لها بكثير ، فإن كاثى لم تكمل عملية التعرض خلال الجلسة السادسة ، وقام المعالجون - كما كان الحال فى الجلسة الخامسة - بتشجيعها على المشاركة فى العمل المعرفى لأعضاء الجماعة الآخرين . وفى هذا الصدد ذكرت كاثى أن الفصل الدراسى سيبدأ الأسبوع القادم . ولكن لأن اهتمامها الأول ينصب على تحسين مهاراتها الاجتماعية مع أقرانها ، فقد سألتها المعالجون عن مستوى ونوع التفاعل الاجتماعى الذى ستمارسه معهم فى الأسبوع المقبل ، فأجابت بأنها ربما كانت تقضى فى السابق ساعتين على الأقل واقفة فى طابور طويل لتشتري الكتب وتدفع ثمنها ... الخ ، ولذا كانت تحرص على حمل رواية طويلة معها لتقرأ فيها طوال هذه الفترة لكي تتجنب التفاعل أو التحدث مع أى شخص . ولكنها اتفقت مع المعالجين أنها ستحاول المبادرة - ولو مرة واحدة على الأقل - مع أى شخص يقف بالقرب منها لإنجاز واجباتها المنزلية العلاجية . ولذا فقد أكد المعالجون أهمية توظيف إجراءات إعادة البناء المعرفى المتصلة بهذه الواجبات عند التعرض المباشر للمواقف الاجتماعية فى الحياة الواقعية . وأقرت كاثى - خلال الجلسة السابعة - أنها قد تبادلت الحديث بشكل متقطع مع سيدة كانت تقف فى الصف أمامها فى مواجهة محل الكتب ويقدر قليل من القلق .

الجلسة السابعة

في الجلسة السابعة خضعت كاثي لأسلوب التعرض . ولأنها بعده ستعود إلى مدرستها ، فقد اختار معالجوها موقفاً تقوم فيه بإجراء حوار مع سيدة تعمل في أحد الفصول المدرسية . ولأنها لازالت تكشف عن قدر كبير من التنغيص والانزعاج يلفت لها نظر أعضاء الجماعة في الجلسات الجماعية ، ولكونها لازالت تعاني من قدر كبير من الخجل خارج نطاق العلاج السلوكي - المعرفي الجمعي ، فقد تم اختيار أحد المعالجين كمشارك في أداء الدور معها . وكانت كاثي قد سجلت الأفكار التلقائية التالية قبل التدريب على أسلوب التعرض :

(١) إنني عاجزة عن الاحتفاظ باستمرار المحادثة .

(٢) ولا أدري ما الذي يمكن قوله .

(٣) إن السيدة الأخرى لا تريد التحديث معي .

(٤) ولسوف أصرخ .

ويبدو للمرة الثانية ، أن اهتمامها بالاحتفاظ باستمرار المحادثة يمثل حلقة في سلسلة من الأفكار التي تنتهي تداعياتها بالخوف والرعب اللذان يؤديان إلى الرفض والعجز عن مواصلة حديثها مع الآخرين . ولذا فقد قرر المعالجون ضرورة استكشاف الفكرة الأولى في هذه السلسلة .

* المعالج الأول : ماذا تقصدين يا كاثي بكونك عاجزة عن الاحتفاظ باستمرار المحادثة ؟

كاثي : حسناً ، أقصد أن المحادثة ستموت ، ولا أدري ما الذي يمكن قوله .

* المعالج الأول : إن هذا الرأي يشبه ما تحدثنا فيه في الجلستين السابقتين ، وهو أنك كنت منزعة وقلقة بشأن إمكانية مشاركتك في الحديث بأي شيء يمكن قوله .

* كاثي : نعم ، إنك على صواب .

* المعالج الأول : وهل يتذكر أحدكم الاستجابة العقلانية التي صنعناها رداً على هذه الفكرة قبل ذلك ؟

* كاثي : ثمة فرصة جيدة للتفكير في شيء أستطيع التحدث به .

* المعالج الأول : فى الأسبوعين السابقين ، هل توفر لديك أى دليل بأن هذه العبارة يمكن أن تكون حقيقية ؟ وهل يمكنك فعلاً إنتاج عبارات تعمل على استمرار الحوار وتبادل الحديث ؟

* كاثى : حسناً ، لقد تحدثت بالفعل خلال هذا الأسبوع مع سيدة فى محل بيع الكتب ، ولكن تصورى أن الموقف كان سهلاً لأننا كلتينا كنا معاً فقط ولم تكن مجموعة كبيرة .

* المعالج الثانى : تساءل (ناظراً للمعالج الرابع) هل أدرك أحد منكم التشويه المعرفى فى هذه العبارة ؟

* المعالج الرابع : هذا السبب غير كافى للامتناع عن المشاركة فى الحوار [لقد وقعت المريضة فى الخطأ المعرفى ذاته الذى وقعت فيه فى الجلسة ذاتها] .

* المعالج الثانى : هذا صحيح ، ولكن ما رأيك أنت يا كاثى فيما قاله المعالج الرابع ؟ (أومات بالموافقة) ، اذن ، ما نوع الدليل لديك بأن استجاباتكم العقلانية يمكن أن تكون حقيقية ؟

* كاثى : لقد توصلت لشيء ما يمكن قوله فى محل بيع الكتب (المكتبة) .

* المعالج الأول : (بهمهمة) ، وما هذا الشيء ؟

[دون أعضاء الجماعة والمعالجون العديد من مهمات الواجب المنزلى وكذلك التعرض الأخير الذى كانت قادرة فيه على التفكير فى أشياء يمكن التحدث بها.]

* المعالج الثانى : يبدو أنك قلقت بشأن أشياء تحدثت فيها ولكنها لم تكن حقيقية أو صحيحة .

* كاثى : أعتقد ذلك ، لأننى شعرت بقدر كبير من الضغط والمشقة للمحافظة على استمرار الحديث .

* المعالج الثانى : ربما توجد فى هذا السياق فكرة تلقائية ، ما رأيك يا كاثى ؟

* كاثى : لا أدرى .

* المعالج الأول : تكمن الفكرة التلقائية فى كلمة «ينبغى» ويجب .

* كاثى : ألا يجب، على المحافظة على استمرار الحديث ؟

* المعالج الثانى : هذه الفكرة تشبه الفكرة التلقائية التى تسبب مشكلة ما . ولذا سنضيفها إلى قائمة الأفكار المسجلة على السبورة . لقد قلت مسبقاً أنك قلقة بشأن النطق بشئ ما قد يكون غيبيا . فهل ما تشعرين به ينبغى أن يشبه ما يجب عليك قوله - مهما كان موضوعه - وذلك لمجرد أنك تحاولين المحافظة على استمرار المحادثة ؟

* نعم ، هذا الرأى صحيح .

ولأن التشويه المعرفى قد تم تحديده بالفعل فى عبارة «ينبغى أو يجب» (١) ، فقد انتقل المعالجون للتساؤل حول الفكرة التى تثير لديها القلق الاجتماعى . وبعد مناقشات منطقية عديدة ، أصبح لدى كاثى القدرة على الموافقة بأنه ليس من المنطقى أبداً أن تكون هى المسئولة بنسبة ١٠٠٪ (مائة بالمائة) عن المحافظة على استمرارية الحوار والمناقشات أو المحادثات الثنائية ، مما أدى إلى النتيجة أو الاستجابة المنطقية التالية : «إننى مسئولة فقط عن خمسين بالمائة من المحادثة، وعندئذ تقدم المعالجون إلى مرحلة من التعرض تبادر فيها «كاثى» بالتفاعل مع سيدة من قسم الاجتماع الذى تدرس فيه ، فى الفترة التى ينتظرون فيها بداية المحاضرات ، وكان الهدف من موقف التعرض هذا ، هو أخذ زمام المبادرة من جانبها بالبداية فى الحوار مع هذه السيدة ، والاستمرار فى التفاعل الاجتماعى لمدة أربع دقائق على الأقل .

وبدأت الدرجات على مقياس التنغيص الاجتماعى لدى كاثى عند ٨٠ ثم زادت إلى ٩٠ درجة فى الدقيقة الأولى ، وبحيث يمكن القول بأنها أصبحت تعاني من الفزع وحالة من الرعب بعد مرور دقيقتين ونصف الدقيقة ، ومن ثم أصبح واضحاً أنها لم تستطع الاستمرار فى عملية التعرض . ولذا فقد أوقف المعالجون عملية «أداء الدور» لفترة قصيرة لكى تهدى حالتها وتزول حالة الفزع ، وبدأوا بعد ذلك فى البحث عن أسباب ارتفاع شدة القلق حتى أوشكت على الصراخ والعيويل . وبسؤالها عن سبب قلقها الشديد ، ذكرت أنها خشيت أن قلقها قد يجعل أداءها لدورها أمام أعضاء الجماعة أمراً يثير الضحك والسخرية منها ، ومن ثم فقد ارتفع مستوى القلق لدرجة لا تطاق بحيث أصبح يشكل دائرة مفرغة تثير الرعب . ولذا تحولت صياغة أو إعادة البناء المعرفى للفكرة التلقائية التى تعاني منها ، من عبارة «ينبغى» إلى عبارة («ينبغى أن أجعل الشخص الآخر الذى يتحاور معى يشعر بالرضا والإشباع والراحة) ، مما يبدو أنه يعكس معتقداً لديها مفاده أنها يجب

أن تكون متحدثة لبقة أو محاوراً ممتازاً ، يجذب إليه الآخرون بسرعة البرق بسبب حساسيته ، ذكائه وجمال أسلوبه وخفة ظله . ولذا قام المعالجون وأعضاء الجماعة العلاجية بمساعدة كاثى فى تغيير هذا المعتقد بتفنيده بحيث تأخذ فى حسابها ، أنها مسئولة فقط عن خمسين بالمائة لاستمرار الحوار من دون غلظة وتبذد ، ويكون الطرف الآخر مسئولا أيضا عن خمسين بالمائة لمراعاة المشاعر واستمرار الحوار ، فوافقت كاثى على هذا المعيار ، وذكرت أنه يمكن إنجازه وتطوير استجابة منطقية مفادها «ليس على» أن أحقق للطرف الآخر كل راحته مع مراعاة مشاعره فى الوقت نفسه» ، وعلى تعديل فكرتى على النحو السابق إيضاحه .

وأوصى المعالجون بتكرار عملية التعرض للموقف الاجتماعى نفسه ، لأن كاثى لم تنجز هدفها وهو التحدث لمدة أربع دقائق مع زميلتها . وعلى الرغم من أن قلقها كان مرتفعا على مدى الأربع دقائق (كانت درجاتها على مقياس وحدات التنغيص = ٩٠ ، ٩٠ ، ٨٠ ، ٨٠ ، ٨٠) فإنها كانت قادرة على منع دموعها أغلب الوقت واستطاعت أن تنفذ حواراً ملائماً بدرجة متوسطة . وحاول المعالجون أن تكون مدة التعرض التالى قصيرة ليجنبوا شعور كاثى بالألم والعذاب وطول فترة المعاناة من القلق . واستحسن أعضاء الجماعة والمعالجون شجاعته وانتقلوا للمهمة التالية .

ولأن الجلسة السابعة تعد بداية النصف الثانى من برنامج العلاج ، فإن أعضاء الجماعة العلاجية قد تهيأوا لممارسة التعرض للمواقف الاجتماعية فى الحياة الطبيعية يوميا . وهكذا فقد كلف كل عضو فى الجماعة العلاجية باثنين من الواجبات المنزلية ، أحدهما واجب يومى قصير سهل والآخر واجب يومى طويل صعب شبيه بتلك الواجبات التى طرحت فى الجلسات العلاجية الأولى . وكان واجب «كاثى» اليومى أن ترحب بشخص ما قائله له فقط أهلا ، بالإضافة إلى عبارة أخرى بشرط أن يكون هذا الشخص غير معروف لها من قبل ولا تحب الحديث معه بشكل طبيعى يوميا ، وأن يكون هدفها العلاجى فى أحد الأيام هو الترحيب بأحد زملائها من الذكور . أما واجبها المنزلى الآخر فيتكون من ، البدء بالترحيب بأحد زملائها الدراسين وتبادل ثلاثة حوارات تبادلية معه . وأشار إنجازها فى الأسبوع التالى إلى أنها أكملت بنجاح واجبها الطويل الصعب . وعلى الرغم من أن قلقها كان متوسط الارتفاع عند توقع تبادل الحوار ، فإنها قد شعرت بالهدوء بعد ما رحبت بزميلها وبعد ما جاءت استجابته لطيفة ودافئة ، كما أشار

تقريرها إلى أنها قامت بإجراء هذا الحوار بشكل معتاد على مدى ستة أيام من السبعة .

الجلسة الثامنة

خلال الجلسة الثامنة ، قرر المعالجون استمرار كاثي في عملية التعرض لبعض المواقف الاجتماعية الصعبة التي جربتها في الحياة الطبيعية الأسبوع السابق ، وكان أملهم من تكرار التعرض للموقف نفسه ، هو أن يتحسن أدائها لدرجة أن مشاركتها في أداء دورها سيجعلها قادرة على القيام به بأقل مساعدة من الآخرين وأكثر واقعية من حيث مستويات التوقع . وكان الموقف المقترح عبارة عن محادثة مع زميل عمل من العمر نفسه ، وقام المعالج الثاني بأداء دور زميل العمل هذا . وجاءت أفكار كاثي التلقائية متطابقة إلى حد كبير مع أفكارها السابقة . وكان عليها تذكر استجاباتها المنطقية التي تعلمتها في الجلسات السابقة وتبدو ذات كفاءة في استدعائها كاستجابات بديلة لاستجاباتها التلقائية .

لقد اهتم المعالجون بصراخها أو بكائها خلال أداء أدوارها ، ولكنهم لم يهتموا بفحص الفكرة التلقائية لأنها بدت كأنها نتيجة لأفكار أخرى ، وتفترض خبراتهم ربما تكون عبارة عن خوف واقعي وليست فكرة تلقائية . وعلى الرغم من أن كثيراً من الحالات تخشى كشف مثل هذه الأعراض المرئية الظاهرة ، فإنها نادراً ما يمكن رؤيتها بالدرجة التي تجعلهم يخافون منها . ووفقاً لوصف كاثي لتفاعلاتها الاجتماعية خارج نطاق الجماعة ، يبدو من الصعب تصديق أنها لازالت تسبب لها العويل والبكاء . ولذا فإن المعالجين قد بدأوا في الشك في أن الصراخ قد أصبح ذو طبيعة وظيفية ، في إشارة منهم إلى أن دموعها تنهمر بسبب كونها أصبحت خارج نطاق مركز الوعي والانتباه . ودارت مناقشة هذه الفكرة على النحو التالي :

* المعالج الأول : كاثي ، هيا نفحص هذه الفكرة «سأصرخ وأبكي» وكيف تصرخين عندما تتناوبك حالة القلق ؟

* كاثي : أصرخ بشكل دائم تقريباً ، عند كل معاناة حقيقية من القلق .

* المعالج الأول : وما رأيك في نوعية المواقف الاجتماعية التي تسبب لك البكاء لأنها تمثل مشكلة لك ؟ وإلى أي مدى تبكين بعدما تمرين بها ؟

* كاثى : (أجابت باستغراب) ، أقلق بسببها ، ولكنى لا أبكى إلا هنا عند التدريب الفعلى على التعرض .

* المعالج الأول : اذن ، لا تبكين طوال الوقت وأنت بعيدة عن الجلسات العلاجية ، فأنت دائماً ما تثير المواقف الاجتماعية قلقك ، ولكن بكاءك يحدث فقط فى إطار الجماعة .

* كاثى : نعم

عندئذ بدء المعالجون علاج فكرتها التلقائية «سأصرخ وأبكى» ، كمثال لوسيلة تنبؤية تساعد كاثى فى تطوير استجابة منطقية مضادة مفادها أن (٩٨٪ من الوقت تقضيه بلا بكاء ، وإنما يحدث ذلك عندما تكون وسط الجماعة العلاجية فقط) . لقد سمحت لهم هذه الخطة فى تشجيعها على توظيف استجابتها المنطقية عندما تغلبها دموعها وبكاؤها بشكل واضح مع تجاهل سلوك الصراخ أو العويل بطريقة أو بأخرى عندما تكون وسط الجماعة .

وظل الهدف من التعرض هو هدف الجلسة السابقة ذاته (القدرة على الاحتفاظ باستمرار الحوار والمحادثة لمدة أربع دقائق) . وعلى الرغم من أن دموع كاثى استمرت فى التساقط على خديها معظم فترات أداء الدرر ، فإنها استطاعت المشاركة بفاعلية ونشاط فى الحوار لمدة ست دقائق ، مع انخفاض معدلات القلق (٨٠ ، ٧٠ ، ٦٠ ، ٥٠ ، ٤٠ ، ٤٠ ، ٣٠) . ثم بعد ذلك قدمت كاثى دعوة غير رسمية لأعضاء الفريق العلاجى والجماعة العلاجية لمشاهدة الخيالة (السينما) معاً ، وظهر من خلال التعرض التالى أن مناقشة فكرة الصراخ قد انخفضت حدتها ثم تركز العلاج بعد ذلك على معدلات مقياس وحدات التنغيص .

* المعالج الأول : دعينا نفحص وحدات مقياس التنغيص ودرجاتك عليه ، فقد بدأت التدريب على التعرض ودرجة القلق عليه = ٨٠ درجة ثم بدأت تنخفض بانتظام حتى وصلت إلى ثلاثين درجة . فما الذى يحدث داخلك مع بداية شعورك بالراحة أكثر فأكثر ؟

* كاثى : ولأن المحادثة لا بد من استمرار التدريب عليها ، فإن علينا له فيها درجة الاهتمام ذاتها ، وكذلك القدر ذاته من تحمل المسؤولية .

* المعالج الأول : اذن لديك القدرة على تحمل المسؤولية خمسين بالمائة من استمرار المحادثة ؟

* كاثى : (أجابت بههمة) ، وأومات برأسها بما يفيد الموافقة .

* المعالج الأول : اذن كل شئ يسير على ما يرام ، على الرغم من أنك لا نستطيعين تحمل المسؤولية كاملة لاستمرار الحوار أو من أجل شعورك بالراحة والطمأنينة ؟

* المعالج الأول : وما معنى ذلك بالنسبة لرأيك فى أفكارك التلقائية الآتية : «ينبغى أن أتحمل مسؤولية المحادثة، و «ينبغى أن أجعل السيدة الأخرى تشعر بالراحة» .

* كاثى : أعتقد أننى يجب أن أتحمل فقط مسؤوليتى عن الحوار .

وكان واجب كاثى المنزلى للجلسة الثامنة هو الاستمرار فى المحادثة يوميا (على الأقل مرة فى الأسبوع بشرط أن تجربها مع شخص من الجنس الآخر ، وتبحث عن الطرق الممكنة لمقابلة الآخرين وعقد اللقاءات المعتمدة معهم ، كما أن عليهم أن تحدد طبيعة النشاطات التى يمكن أن تشارك فيها بالكلية ، وتكتشف مدى إمكانية الالتحاق بأحد النوادى الصحية (ويبدو أن شيئاً ما قد شغلها لعدة شهور) ، فقد كان أملها أن تستطيع الامتداد بشبكة علاقاتها الاجتماعية بحيث يصبح نشاطها الاجتماعى شديد التنظيم . قررت كاثى فى الأسبوع أنها كانت تجرى محادثة مع آخر يوميا ، وأنها وجدت نادى صحى وافق والدها على الاشتراك فى عضويته بعد أن دفعوا لها تكاليفها . ويبدو أن وجود فرص كافية بالكلية لتبادل التفاعل الاجتماعى الجاد بين الطلاب كانت قليلة جدا ، بسبب كونهم التحقوا فقط بها للتعليم وليس للإقامة لأنهم من خارج الولاية .

الجلسة التاسعة

لم تدرب كاثى على التعرض للمواقف الاجتماعية فى الجلسة التاسعة لأنه قد طلب منها أن تدعو إحدى زميلاتها فى العمل لأداء شئ ما بالتعاون معها ، مثل تناول طعام الغداء معا خلال الأسبوع ، أو فعل أى شئ خارج نطاق العمل . واستمرت واجباتها اليومية فى أخذ المبادرة بالبدء فى الحديث مع فرد ما من الجنس الآخر . وذكرت كاثى فى جلستها العاشرة أنها نجحت فى أداء واجباتها على مدى ستة أيام من السبعة ، ولكنها فشلت فى تقديم دعوة لأحد زملاء العمل ، وتعلمت كيف تبدأ الحوار مع الآخرين ، ولكنها لا تعرف ما يشجعها على الاستمرار فى فعل ذلك .

كانت جميع مواقف التعرض التي خاضتها كاثي حتى الجلسة العاشرة تجرى من خلال تفاعلات اجتماعية من السيدات فقط . وليس من المعقول أن تنتهي مدة العلاج المعرفي - السلوكي للقلق الاجتماعي بسرعة ، من دون علاج مخاوفها الحادة من التفاعل الاجتماعي مع الجنس الآخر . ولذلك قام المعالجون في هذه الجلسة بتعريضها إلى موقف اجتماعي يتضمن عددا من المحادثات وتبادل الحوار مع أحد الطلاب الذكور الذي يدرس معها بعض المقررات الجامعية . ولأن كلا من المعالجين كان سيدة ، ولأن أعضاء الجماعة العلاجية كلهم كانوا من الذكور الذين عانوا من خبرات القلق الاجتماعي عند التحدث مع الجنس الآخر ، فقد تم اختيار أحد الخريجين الذكور الذي يعمل مساعد باحث ، وتم ضمه للجماعة العلاجية ليؤدي دور أحد زملاء الدراسة (لكاثي) .

وقبل حضوره للجماعة العلاجية لأداء دوره ، تأكد المعالجون من ضرورة الامتداد بالسرية إليه والحفاظ عليها . ولذا فقد قابله المعالجون أولا ليصفوا له أداء دوره وليوضحوا له طبيعته . شرح له المعالجون أن كاثي غالبا ما تصبح في حالة من الرعب والبكاء أثناء أداء الدور ، ولذا فيجب أن تتجاهل دموعها مع الاستمرار في مساعدتها على إجراء الحوار . وإذا ما أشد قلقها بشكل جاد ، سيوقف المعالجون عملية أداء الأدوار ، ويقومون بإعادة البناء المعرفي لبعض أفكارها التلقائية ، ثم تستمر بعد تهدئة نفسها في استكمال أداء دورها .

وأثناء إعادة البناء المعرفي ، سجلت كاثي فكرتين تلقائيتين جديدتين هما : لا أستطيع التحدث مع الشباب ، «وأنه قد يعتقد أنني غريبة الأطوار» . ويبدو أن الفكرة الثانية قد انبثقت عن الفكرة الأولى - لأن الشباب قد يعتقدون أنها غريبة الأطوار لمجرد أنها عاجزة عن الاستمرار في تبادل الحوار والمحادثات . ولذا قرر المعالجون التركيز على الفكرة الأولى لأن طبيعتها المجردة تشير إلى أنه من السهل فضح زيفها بعملية أداء الدور ، هذا بالإضافة إلى أن هذه الفكرة ربما تكون قد أدت دورا مهما في تجنبها لإجراء محادثات مع الجنس الآخر . وكانت كاثي قادرة على تحديد الفكرة بطريقة التفكير على أساس «الكل أو لا شيء» (لأنها ترى الأشياء إما سوداء أو بيضاء من دون ظلال رمادية ؛ أي أنها طرفين لا ثالث لهما) . ومع مزيد من المناقشة لما تقصده كاثي بعبارة «لا أستطيع التحدث» ، أصبح من الواضح أنها ربما تعجز عن النطق بما لا يزيد عن كلمة واحدة أو اثنتين . وعلى

الرغم من افتراض المعالجين بأنها ربما يكون إسهامها في إجراء الحوار وتبادل الحديث شديد الضآلة لأنها تخاف من كونها ستظهر أمام الآخرين بأنها ليست متحدثة لبقة ، فإنهم ركزوا في هذه المرحلة على مجرد التحدث ببساطة . وعندما طلبوا منها دليلا على اعتقادها بأنها ربما تنطق فقط بكلمة واحدة أو اثنتين عند التحدث مع شخص من الجنس الآخر ، كانت عاجزة عن تذكر أى حديث دار مع أى رجل من نفس العمر ، اللهم إلا رد التحية له أو مجرد الإجابة عن تساؤل جد قصير . إن مخاوفها المتصلة من عجزها عن التحدث ، جاءت - فى الحقيقة - نتيجة لكونها لم تتح لها أية فرصة لاختبار فروضها . ونظرا لعدم وجود دليل على كونها ستظل صامتة تماما ، لأنها تتحدث على الأقل مع أشخاص مع نفس جنسها ، وحدث ذلك مرات عديدة ، فيجب عليها أن تطور فكرة جديدة مفادها : «من الممكن التفكير فى شئ ما يمكن قوله شبيه باستجاباتها المنطقية السابقة» . ومن ثم فقد شجعها المعالجون أيضا على استخدام استجاباتها المنطقية التى كانت توظفها فى الجلسات السابقة . ولأن الترتيب لإجراء عملية التعرض جاء مختلفا إلى حد ما بسبب وجود مؤدى خارجى للدور ، فإن جزءاً من الجلسة قد تم تلخيصه على النحو التالى :

* المعالج الثانى : كاثى ، نحن مقبلون - كما ذكرنا لك ذلك مسبقا - على الاستعانة بأحد مساعدى البحث الذكور من خارج الجماعة ليساعدنا هذه الليلة فى أداء الأدوار فى عملية التعرض . وأود أن أذكر كل عضو من أعضاء الجماعة العلاجية بأن كل قواعد السرية وأصولها قد أحيط بها علما ، واتخذت كافة الإجراءات التى تحقق الطمأنينة الكافية لكم ، ومن ثم فإنه لن يشارك فى أى شئ رآه أو سمعه هنا مع أى شخص آخر خارج نطاق الجماعة ، وقبل أن ينضم لكم سيتم تدريبيه على كل تفاصيل دوره . فهل يوجد لديك يا كاثى أى طالب من زملائك الذكور فى أى مقرر يمكنك التحدث معه أو يمكنك تخيل إمكانية التحدث معه ؟

* كاثى : حسن ، لا أدرى ، لأنه لم يسبق لى مطلقا التحدث مع واحد من زملائي الشباب ؟

* المعالج الثانى : وما رأيك فى طالب ما تجلسين بالقرب منه فى المحاضرات ، أو فى أى طالب آخر رأيته مرارا وتكرارا فى محاضرات أخرى ؟

* كاثى : ثمة شاب واحد يحضر معى محاضرات الاقتصاد ، كان قد فقد ذات مرة إحدى محاضراته ، فطلب منى الاستعانة بالمذكرات التى كتبتها فى هذه المحاضرة ، ولكنى مع ذلك لم أتحدث معه مطلقا .

* المعالج الثانى : وهل أعرّتيه مذكراتك ؟

* كاثى : نعم

* المعالج الثانى : إذن لابد أن تكونى قد تحدثت معه قليلا عن مسألة إعارته مذكراتك .

* كاثى : جيد ، نعم ، ولكن مجرد تحديد الصفحات التى يريد نسخها .

* المعالج الثانى : يبدو لى أنه الشخص المناسب لأداء الدور ، فهل تعرفين عنه أى شئ بحيث يمكننا استدعاءه لمساعدتنا فى أداء الدور لى يكون أكثر واقعية ؟

* كاثى : إطلاقا لا أعرف أكثر مما قلته ، فهو فقط فى مثل سنى . كما لا أعتقد أنه متخصص بشكل أساسى فى علم الاقتصاد ، وربما يؤخذ على أنه تخصص فرعى ، لأنه لا يبدو عليه أى اهتمام بمحاضرات هذا التخصص .

* المعالج الثانى : هذا حسن ، فهل لديك أى معلومات أخرى عنه ؟

* كاثى : سمعته يقول شيئا ما لطالب آخر كذلك يدور حول كونه يعمل بالمكتبة .

* المعالج الثانى : وهو كذلك . متى تكون لديك فرصة كافية للتحدث إليه ؟ قبل المحاضرة أم بعدها ؟

* كاثى : قبل المحاضرة ، لأن كلينا - على ما أعتقد - يصل قبلها عادة ومبكرا بحوالى بضع دقائق .

* المعالج الثانى : إذن دعينا نرتب لأداء حوار معه قبل المحاضرة ، ولذلك فنحن بحاجة لتحديد هدف علاجى معين . فهل لديك يا كاثى أية أفكار عن تحديد هذا الهدف ؟ وهل تستطيعون كمجموعة مساعدتها فى بلورة هذا الهدف وإخراجه إلى حيز الوجود ؟

استمرت الجماعة العلاجية فى مساعدة كاثى فى صياغة هدف كانت قد استخدمته حالة أخرى الأسبوع الماضى ، مفاده النطق بثلاث عبارات أو ثلاثة أسئلة تم الاتفاق عليها وقبلها . وجاء هذا الهدف العلاجى ملائما تماما فى جعل

كاثي تقوم باستبدال أفكارها التلقائية بهذه العبارات الثلاث ، وهي الأفكار التي تجعلها عاجزة عن النطق بأى شئ مطلقا . وبعد ذلك خرجت إحدى المعالجتين مسرعة من الحجرة لتحضر مساعد البحث للقيام بدوره .

* المعالج الثاني : يا دوج Doug ، هذه هي كاثي . يا كاثي ، هذا هو دوج . إنه سيساعدنا هذه الليلة في جلستنا العلاجية . فلماذا لا تجلسا كلاكما على اريكة واحدة هناك ، هكذا جلبا إلى جنب ، كما لو كنتما في محاضرة واحدة ، وهل يمكنك يا كاثي النظر إلى استجاباتك المنطقية المكتوبة على السبورة ؟ أمستعدون ؟

* كاثي : نعم

* المعالج الثاني : يتجسد موقف التعرض في أنكما طالب وطالبة تدرسان معا مقرر الاقتصاد . يأخذ دوج هذا المقرر باعتباره مقررا إضافيا (إختياريا) ، ومن ثم فأنت لست مهتما به ودراسته بالقدر الكافي ، ولكنك تدرس مقررا أساسيا آخر ، فأختر منه ما تريد التأكيد عليه ، كما أنك بالإضافة إلى الدراسة تعمل موظفا بالمكتبة ، واستقرت مذكرات كاثي ذات مرة بأنك فقدت محاضرة في علم الاقتصاد بسبب مرضك .

* دوج : وهو كذلك . أستطيع أداء هذا الدور .

* المعالج الثاني : يا كاثي ، هيا نراجع أول درجة من درجاتك على مقياس وحدات التنغيص وبعض استجاباتك المنطقية ، ثم عليك أن تبادري بالتحدث مع دوج .

كانت كاثي قلقة جدا وعيناها مليئة بالدمع أثناء المحادثة ، وكانت معدلات درجاتها دقيقة بدقيقة تتراوح حول : ٩٠ ، ٩٠ ، ٨٠ ، ٨٠ ، ٨٠ ، ٧٠ ، وأحصت المعالجة خمسة أشياء لا تعد إجابات للأسئلة بشكل مباشر وكانت كاثي قادرة بشكل عام على مجاراة دوج ، ولكنه كان مضطرا لقيادتها وتحمل معظم عبء الحوار والمحادثة . ومع ذلك ، فإن كاثي قد واجهت اضطرابها وأظهرت بعض التعود على قلقها ، حتى إذا لم تكن قد استطاعت أن تكشف عن مهارة تامة في الحوار وأداء هادئ رزين . وعند المناقشة بعد الانتهاء من أداء الدور ، كاثي أوضحت بأنها تعتقد أنها أدت الدور أحسن مما كانت تتوقع بكثير ، وأفاد دوج قائلا لها بأنها كانت لطيفة معه ، وأنه كان معجبا بها فعلا لأنها كانت قادرة على الإنصات ،

وكانت استجاباتها ملائمة للأسئلة إلى حد كبير رغم أنها كانت غير راضية ومشدودة وكانت قادرة على الاعتراف بأن أفكارها التلقائية التي كانت تدور حول عجزها عن النطق بأى شئ لم تعد بالقوة السابقة ولم يعد هناك ما يساندها ويؤيدها .

وبالنسبة لواجباتها المنزلية ، فقد وافقت كاثى على الاستمرار فى التدريب على إجراء محادثات يومية ، بشرط أن تكون منها اثنتان - على الأقل - مع أحد الطلاب أو الرجال الذكور ويكون فى مثل سنها ، ولأنها لم تنجز الواجب المنزلى الأسبوعى بدعوة زميل عملها للقيام بعمل أو مهمة ما ، فكان عليها أن تقوم بالمهمة نفسها ضمن واجبها المنزلى فى هذا الأسبوع . ولكن لأن كاثى كانت قد ذكرت أن المشكلة التي كانت تمثل عقبة أمامها خلال الأسبوع الماضى تكمن فى كونها لم تكن تعرف ما نوع النشاط الذى تختاره للاشتراك معا فى التحدث حوله ، فقد قامت الجماعة العلاجية بتحديد بعض الأفكار بطريقة المفارقة أو العصف الذهنى⁽¹⁾ فى شكل نشاطات أو أشياء يمكنها مع زميل العمل أو أى طالب آخر من مدرستها القيام بها وتنفيذها (مثل تناول فنان من القهوة بعد انتهاء المحاضرة للتحدث حول الامتحان القادم) . هذا ، وقد أعطيت كاثى تعليمات محددة للاتصال بالمعالجين إذا ما كانت بحاجة لأى أفكار أخرى خلال الأسبوع لتنفيذها . وفى الجلسة التالية ، ذكرت كاثى أنها أنجزت عددا كبيرا من المحادثات والتفاعلات الاجتماعية تجاوز ما كلفت به على مدى الأسبوع ، بل استطاعت أن تجرى حوارا يوميا مع أحد زملائها ، ولكنها مع ذلك لم تستطع توجيه الدعوة مرة ثانية لأى زميل من زملائها .

الجلسة الحادية عشرة

أجرى التعرض الأخير لكاثى أثناء هذه الجلسة . وقرر المعالجون لمواجهة الصعوبة التي تمنع كاثى من استكمال واجباتها المنزلية على أحسن وجه ، استخدام التعرض الأخير للكشف عن سبب عجزها عن توجيه الدعوة لأحد زملائها والقيام بحوار معه . أشارت كاثى إلى أن أشد الصعوبات أمامها على الإطلاق هى أن تطلب من شخص لا تعرفه موعدا أو أن تتحدث معه . ومن ثم كان على المعالجين اختيار موقف قليل التهديد بالنسبة لها أولا ، ولكن لأن العلاج كان

(1) brain storming .

وشك الانتهاء ، فقد قرورا القيام بموقف «توجيه الدعوة لأحد الزملاء» سريعا . وإذا ما عجزت كائى عن إكمال أداء دورها فى هذه الجلسة ، سيعاد ترتيب الجلسة ،لثانية عشرة بالشكل الذى يعطيها فرصة أخرى للنجاح فى أداء هذا الدور قبل انتهاء العلاج كما أن هذا الترتيب سيعطيها فرصة ثانية لإجراء الحوار الاجتماعى مع شخص من الجنس الآخر ، وهذا هو أهم احتياجاتها التى جاءت من أجلها لهذا البرنامج العلاجى .

تم ترتيب عملية أداء الأدوار بحيث تكون شبيهة بمثيلتها التى أجريت فى الأسبوع الماضى ، وقام مساعد البحث بدور زميل الدراسة . وكانت تعليمات المعالجين لهما هى الاستمرار فى المحادثة بينها والحوار حتى تعطى كائى إشارة بالسماح لها فى توجيه الدعوة لزميلها . بعدئذ استطاعت كائى أن تفعل ذلك كلما شعرت أن الفرصة تسمح بذلك . وكان لهذه الخطة العلاجية ثلاث مزايا ، هى : أولا ، تطيل أمد (فترة) التفاعل الاجتماعى ، وتجعل الحالة تندمج فى الحوار الاجتماعى الغيرى . وثانيا : تقى الحالة ضد تجنب قلقها عن طريق الرد على الأسئلة من دون تفكير وبشكل مباشر . وأخيرا ، تجعل الموقف أكثر واقعية ، لأن طلب موعد من شخص من الجنس الآخر سيتم فى سياق استمرار المحادثة بلا أدنى حرج . إن مرضى الرهاب الاجتماعى بارعون بجدارة فى الدمج بين الدعوة والموضوع المنشغلين به ، وخاصة فى ضوء خبراتهم بهذه المواقف . وهذا يدفع أعضاء الجماعة العلاجية على إصدار استجابات إيجابية فى مثل هذه المواقف ، تبين للحالة التى يتم علاجها أن معايشة هذه المواقف الاجتماعية والتفاعل معها أمر سهل وميسور . وعلى الرغم من أن الصورة الذهنية الإيجابية تعد صورة غريبة لمفهوم الذات لدى مرضى الرهاب الاجتماعى ، فإنها غالبا ما تكافئ صورتهم الذهنية المثالية ، ومن ثم فهم يستطيعون توظيفها كمدعم قوى للغاية فى التخلص من اضطراباتهم .

وكان التوقع أن هناك مجموعة من الأفكار الأولية يمكن أن تكشف عنها عملية التعرض ، وهى : تفكر أنها ، إذا طلبت من زميلها موعدا ، فإن عليها بعد ذلك أن تخرج معه ، ومن ثم فإنه سيكتشف أننى ضعيفة وغريبة الأطوار أثناء الموعد لأننى سأكون قلقة ، «ولا أدرى ماذا سأقول أثناء الموعد» ، «وساعتئذ فإنه سيعزف فعلا عن الخروج معى أو حتى الموافقة عليه بعد ذلك» . واعترفت كائى بأن الفكرة الأولى هى التى تمنعها من إتمام واجباتها المنزلية العلاجية . كما أنها

تخشى الخضوع للحدث أو الموقف الاجتماعي لأنها ستصبح شديدة القلق لدرجة أنه سيستغرقها تماما ، وسيكون نوعا من الحمق أن تتجنب شيئا ما هي قد بدأت . وكان أشد درجات الخوف لدى كاثي من أن زميلها قد يوافقها على دعوتها والحضور في الموعد المحدد ، وفقا لما أشارت إليه أفكارها التلقائية الثلاث الأولى ، ومن ثم فقد ساعدها المعالجون والجماعة العلاجية على قتلها وتدميرها جميعا في موقف واحد وفي عملية التعرض وفي وقت واحد ، فهي قد ركزت أولا على الدعوة ، ومن ثم إذا استجاب لها بنعم ، فهي ستستخدم مهاراتها المعرفية وتوظفها أثناء الحوار الاجتماعي وعند الإعداد للموعد واللقاء نفسه . وكانت كاثي قادرة على توليد استجابة منطقية لتلخص هذه الخطة («أستطيع القلق على الموعد فيما بعده») ، مما يفيدها في مواجهة فكرتها التلقائية «بأن أحدا لا يجب الخروج معها» . ولذلك فإنها ستشعر بقليل من القلق إزاء موعد لن يتم أبدا .

ولقد اندمجت الفكرة الرابعة بفكرة مفادها «أن موافقته على الموعد لا تشير إلى كونه يريد أو يرغب في الخروج معها ، ولذا فقد حاول المعالجون فحص هذه المشكلة على النحو التالي :

- * المعالج الثاني : لماذا يقول زميلك نعم وهو لا يريد الخروج معك ؟
- * كاثي : لا أدري . ربما يشعر بالأسف من أجلي أو شيء من هذا القبيل .
- * المعالج الثاني : اذن معنى ذلك أنه يأسف من أجلك ثم يوافق على الخروج معك . ربما يقول نعم لأي سبب آخر ، ولا يقصد الموافقة جديا ؟
- * كاثي : لا أدري . ولم أفكر في هذا أبدا .
- * المعالج الثاني : وما رأيك في باقى الأفكار الأخرى ؟ وهل لديك أفكار حول سبب موافقة زميلك على موعد لا يريده ؟

* المعالج الرابع : ليس فى هذا النوع من المواقف ، أن الإنسان يرتب لموعد مع صديقه ثم يخلو بها . وإلا ما السبب الذى يجعله يوافق على اللقاء وقبول الدعوة ثم يرفض . أعتقد أنه بالنسبة للموقف الذى تتحدثين عنه ، يكون من السهل على الإنسان أن يرفض منذ البداية إذا لم يكن له رغبة فى الحضور . وحتى إذا لم يقل شيئا لا بالقبول ولا بالرفض إزاء الموعد الذى طلبت منه الحضور فيه ، فبإمكانه الاعتذار عن الحضور بعد ذلك . أعتقد أنك تبالغين فى هذا الموضوع ، لأن زميلك إذا ما قرر الحضور ، فإنه سيحضر لأنه يريد ذلك .

* كاثي : ربما ، ولكنى لا أدري .

* المعالج الثانى : أعتقد أنك لست مقتنعة بهذا الرأى . فما الدليل الذى تستطيعين أن تسوقينه لنا على أن شخصا ما يمكن أن يقول نعم وهو لا يقصد ولا يعنى ما يقول ؟

* كاثي : لا أدري ، ولكننى ذكرت لكم ما أقتنع به .

* المعالج الثانى : (أجابت بهمة) . يبدو أننا أمام قدر من التشويه المعرفى هنا كما راجهنا بعضه هناك فى بعض الجلسات الأولى ؟ فما رأيكم أيها الجمع ؟

* المعالج الثالث : إنها تبدو كمن يقرأ أفكار الآخرين قبل أن ينطقوا بها ، لأنها تخمن ما يمكن أن يفكر فيه زميلها .

* المعالج الثانى : هل تعتقدين أن هذا صحيح يا كاثي ؟

* كاثي : نعم ، ولكنى لا أملك أى دليل بالفعل على ما أقول .

* المعالج الثانى : إذن إذا كنت تحاولين وتقرأين أفكاره ، فهل انتهيت إلى أنه لا يريد الخروج معك ؟

* كاثي : نعم .

* المعالج الثانى : وما الذى يمكن أن تنتهى إليه إذا ما أخذت فى حسابك ما يمكن أن تريه أو تسمعيه ، أى ما يقوله ويفعله ؟

* كاثي : حسن ، هو يمكن أن يقول نعم ويمكنه أن يخرج معى بالفعل .

* المعالج الثانى : إذن ، قد تقرأين أنه لا يريد الخروج معك ، ولكنك إذا نظرت إلى كلماته وتأملت أفعاله ، فستجدينه يفعل . فأى الرأيين هو الأكثر ثباتا ؟ إذا ما غامرت مثلا ووضعت نقودك ضمن أحد الرعاءين ، فأيهما يمكن أن تراهنى عليه ؟

* كاثي : الرأى الآتى : إذا ما وافق على الحضور ، فإنه يريد الخروج معى .

* المعالج الثانى : إذن ما الرأى الذى يمكن أن تنتهى إليه ، وتراهنين عليه فى القريب العاجل ؟

* كاثي : الإجابة نفسها . من المحتمل أنه لم يقل نعم ، فمعنى ذلك أنه لا يريد الخروج معى .

* المعالج الثاني : يشبه هذا الرأي استجاباتك المنطقية . فهل تريدون توظيفها في هذا الموقف أيضا ؟

لقد سجلنا على السبورة ثلاث جمل كاستجابات منطقية ليتم توظيفها في مواقف التعرض ، هي جملة من الأسبوع الماضي مفادها («يمكنني التفكير في شيء ما يمكن قوله») ، واثنتان تم الحصول عليهما خلال هذا الأسبوع («أتحسر على موعد تأخر» ، «وربما لا يقول نعم إذا لم يكن يريد الخروج معي») . وكان الموقف المطلوب تمثيله شبيه بذاك الذي تم تمثيله الأسبوع الماضي . وقام مساعد الباحث بأداء دور طالب آخر يعد أحد زملائها الذي ستقوم بإجراء عدد من المحادثات معه كجزء من واجباتها اليومية المتصلة بالتعرض للتفاعل الاجتماعي في مواقف الحياة الطبيعية . وكان الهدف العلاجي من عملية التعرض هو أن تطلب منه الخروج معها ، بالإضافة إلى الترتيب لذلك من حيث تحديد اليوم والزمان والمكان وهكذا . وقبل أن يدلف المساعد إلى الحجرة ليقوم بدوره ، أعطيت له تعليمات بالاستجابة للدعوة بحماسة ، مع التفاوض معها على أمر واحد من أمور الترتيب للخروج .

وكانت معدلات درجاتها على مقياس وحدات التنغيص الاجتماعي أقل إلى حد ما من مثيلاتها في الأسبوع الماضي (٨٠ ، ٨٠ ، ٨٠ ، ٧٠ ، ٧٠ ، ٧٠ ، ٧٠ ، ٦٠) ، وهبطت عشر درجات بعدما طلبت من زميلها الذهاب معها إلى السينما (الخيالة) على مدى أربع دقائق . وتم عرض الدعوة في سياق مناقشاتهما حول أنواع الخيالة (السينما) وأنماط الأفلام المعروضة . وعندما أشار إلى فيلم محدد يجب هو مشاهدته ، فهي قد اقترحت أن يشاهدها معا . وعندما اقترحت أن يكون ذلك مساء يوم الجمعة رد عليها بأنه مشغول هذه الليلة ولكنه يمكن مشاهدته معا يوم السبت . لقد شاركت كاشي في المحادثات أكثر وأكثر بالمقارنة بجلسات التعرض المباشر السابقة ، ولكن عيناها لا زالت تفيض بالدمع حزنا وخوفاً عندما يمر الحوار بمنعطفات معينة عديدة . وعلى الرغم من استمرار شعور الجماعة العلاجية بالتنغيص والكدر إزاء دموعها البادية ، فإنهم كانوا مسرورين جداً لمستوى أدائها ، وكانوا يساعدها ويقبلونها من عثرتها بسرعة عندما كانت تحاول فقد الجوانب الإيجابية من سلوكها .

وبالإضافة إلى استمرار المحادثات اليومية ، كان أحد واجباتها المنزلية للجلسة الحادية عشرة ، أن تقوم مرة أخرى بتوجيه الدعوة لشخص ما مرة ثانية

ليفعلا معا شيئاً ما ، كتناول الشاي مثلا . ولمواجهة فشلها السابق في القيام بهذا الواجب ، تم تكليفها بالقيام بمهمة محددة تتصل بأداء الدور الذي تم تمثيله في عملية التعرض . ووافقت فعلاً على دعوة أحد زملائها إما من الذكور أو الإناث لتناول فنجان من القهوة أو أى شراب ساخن بعد انتهاء المحاضرة . قررت كاثي في الأسبوع التالي أنها دعت زميلة لتناول فنجان من القهوة معاً ، ولكنها اعتذرت لعدم وجود وقت فراغ لديها . ولأن طلب الدعوة من الآخرين - وليس النشاط الفعلي - كان هو المحك العلاجي ، فتم النظر إلى قيامها بهذا الواجب المنزلي على أنه نجاح لها قد أحرزته وقررت كاثي أيضاً أنها عانت درجة متوسطة من القلق أثناء إتمام المهمة ، وترى أنها لازالت قادرة على تكرار الدعوة لآخرين مرة ثانية .

الجلسة الثانية عشرة

تم تكريس النصف الأول من الجلسة تقريبا - وكما ذكرنا ذلك مسبقا - لمراجعة الواجب المنزلي وموقف إلى موقفين للتعرض المباشر . وتم تكريس الساعة الأخيرة من الجلسة لمراجعة مدى التقدم في حالتها ، وتحديد الأهداف قصيرة المدى لكل عضو من أعضاء الجماعة العلاجية ، وتجهيز جداول المتابعة ، وكلمات الوداع . ولم تخضع كاثي في الجلسة الأخيرة لعملية التعرض . وعلى الرغم من أنها تحرز تقدماً كبيراً ، فإنه كان من الممكن تحديد بعض الخطوات الإيجابية من قبيل زيادة عدد المحادثات والدعوات ومواقف التفاعل الاجتماعي المبرر . وكانت الجماعة العلاجية شديدة الإيجابية والمساندة لها ولشجاعتها في مواجهة مواقف التعرض الصعبة . وأكد المعالجون هذا ، على الرغم من استمرار فيض عينيها بالدمع كمدا عند وجودها في جماعة علاجية ، ومع ذلك فهي لم تعد تدمع عند أداء واجباتها المنزلية في سياق الحياة الاجتماعية الطبيعية . وهيات كاثي نفسها لإنجاز هدف قصير المدى مفاده الاستمرار في الدخول في تفاعل اجتماعي يومي واحد على الأقل من تلك التفاعلات التي كانت تتجنبها في الماضي ، بما في ذلك أنواع الحوار والمحادثات المبررة⁽¹⁾ . وأكد المعالجون أهمية التوظيف المستمر للمهارات المعرفية المنطقية التي أعيد صياغتها ، وأعطوا كل عضو من أعضاء الجماعة نسخاً جديدة من المكاسب ونتائج الأساليب العلاجية التي تدربوا عليها مسبقاً لتسهيل استمرار الجهد بهدف عدم الانتكاس . وانتهت

(1) Casual conversations .

الجلسة بعد قضاء حوالي نصف الساعة الأخير في تناول المشروبات الساخنة وبعض العجائن . وتم الاتفاق ، عند تحديد جلسات المتابعة بدءاً من الأسبوع التالي ، وهي جلسات فردية بالطبع ، على استمرار كاثي في محاولة التدريب على عمليات التعرض في أماكن دراستها مستخدمة المهارات المعرفية التي تعلمتها في جلسات العلاج المعرفي - السلوكي الجمعي السابقة . وإذا فشلت في إحراز أقدار من التقدم ، فيجب استمرارها ضمن برنامج علاجي إضافي .

التقييم البعدي لآثار العلاج (١)

كررت كاثي الأداء على بطارية تقدير قلقها ومخاوفها الاجتماعية التي كانت قد أتمتها قبل البدء في العلاج . وكما يكشف الجدول (٦ - ٣) فإن اختصاصياً نفسياً عيادياً محايداً ومستقلاً عن الجماعة العلاجية ، قدر أدائها ، الذي يشير إلى تحسن معتدل ، ولكنه لا زال يقع ضمن مدى الشدة والحدة العيادية (٢) (حصلت على أربع درجات على مقياس تقدير الأطباء لقلقها بعد العلاج) . أما استخبارات التقرير الذاتي فقد كشفت عن رأي أكثر تفاؤلاً لمدى تحسنها وتقدمها مع أقدار من التحسن الحقيقي على استخبارات الخوف من التقييم السلبي من قبل الآخرين (FNE) ، والتجنب والتنغيص الاجتماعي (SADS) واستخبار الخوف الاجتماعي (FQ) كمقياس للرهاب الاجتماعي . وتحسنت درجة الاكتئاب - وفقاً لقائمة بيك للاكتئاب كحالة (BDI) - تحسناً جوهرياً شديداً بحيث انخفضت من ١٣ ثلاث عشرة درجة إلى ثلاث درجات . وكان التحسن وفقاً لأدائها على تساقاً ولكنه أيضاً كان تحسناً ٣١٢ الاختبار التدريجي لمعدلات الخوف والتجنب أشداً معتدلاً (راجع الجدول (٥ - ٣) . وكان التغيير السلبي الوحيد الذي زاد زيادة طفيفة لدى كاثي طبقاً لأدائها على المقاييس المنبثقة عن الاختبار السلوكي هو القلق التوقعي الذي ربطت بينه وبين ميلها لكونها ستصبح مرعوبة وميالة للبكاء (راجع الشكل ١ - ٣) . وتتسق هذه الصورة مع وجهة نظر المعالجين حول مدى تحسنها وتقدمها . فهي قد بدت أكثر تفاؤلاً وأقل ميلاً لتجنب المواقف المخيفة وفقاً لتحسن درجاتها على استخبار الخوف المنبثق عن مقياس الرهاب الاجتماعي ومقياس التجنب والتنغيص الاجتماعي ، ومع ذلك فهي لازالت تعاني من درجات معتبرة من الخوف .

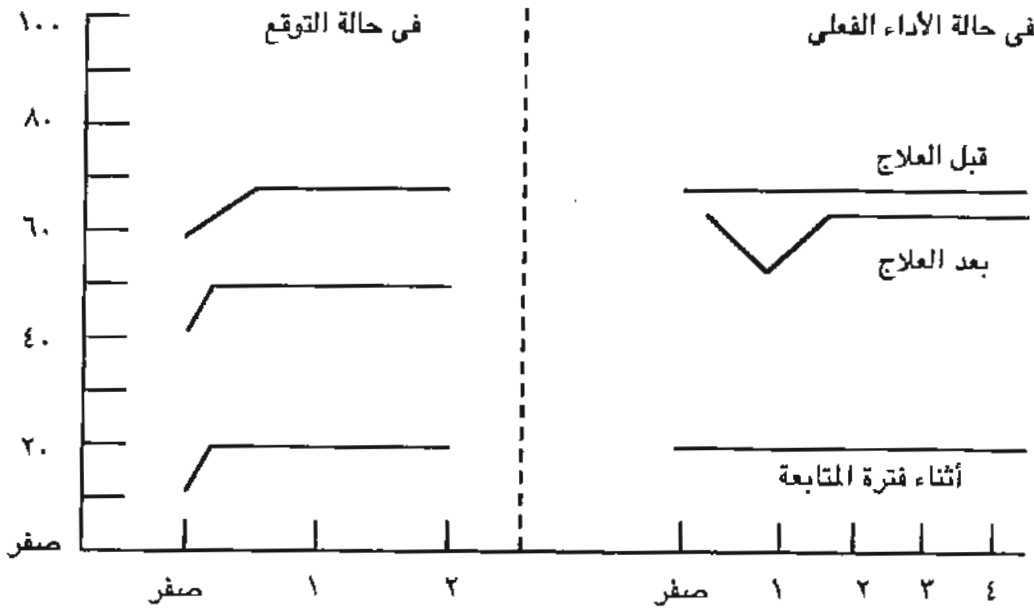
(1) posttreatment assessment .

(2) clinical Severity .

جدول (٦ - ٣)

التقدير النفسى لمدى التحسن لدى كاثى قبل العلاج وبعده وأثناء المتابعة لمدة ستة شهور

المقاييس	قبل العلاج	بعد العلاج	أثناء المتابعة
تقدير الأطباء النفسيين لقلقها (CSR)	٥	٤	٢
قائمة بيك للاكتئاب (BDI)	١٣	٣	صفر
مقياس التجنب والتغيب الاجتماعي (SADS)	٢١	١٢	٦
مقياس الخوف من التقييم السلبي (FNE)	٣٠	٢٣	١١
مقياس الخوف كمؤشر للرهاب الاجتماعي (FQ)	٢٤	١٠	١٠
مقاييس التقدير السلوكى			
ذروة القلق (Peak anxiety)	٨٠	٨٠	٢٠
نوعية الأداء (Perormance quality)	٢٠	٢٠	٨٠



الشكل (١ - ٣) معدلات الأداء على مقياس وحدات التنغيب الذاتى (SUDS) قبل وأثناء الاختبار السلوكى الفردى لدى كاثى قبل العلاج وبعده وأثناء المتابعة لمدة ستة شهور .

استمرت كاثى فى التعرض المباشر فى مكان الدراسة والعمل فى الفترة بين التقييم بعد العلاج وستة شهور بعد إنتهاء العلاج ، واشتملت عملية التعرض المباشر على الاستمرار فى الانضمام للنادى الصحى واستمرار التعرف على زملاء الدراسة والعمل ، ومن ثم فهى لم تعد بحاجة للعلاج النفسى المتخصص . ولقد تحسنت كاثى بشكل جوهري خلال فترة المتابعة والاستمرار فى ممارسة تدريبات التعرض، كما تكشف عن ذلك البيانات التى تعرضها الجداول والأشكال أرقام (٣-٥) و (٦-٣) و (١-٣) . فقد أعطاهما الطبيب المعاهد درجتين فقط على مقياس التقدير الطبى لمظاهر القلق الاجتماعى ، مما يشير إلى أن الرهاب الاجتماعى قد انخفض ولكنه لا زال منغصا لها ، على الرغم من كونه ليس ناتجا عن عجز فى أداء الأدوار . وانخفضت الدرجات على جميع مقاييس التقدير الذاتى بحيث يمكن تصنيفها ضمن الانحراف المعيارى لمتوسط المجموعات غير الإكلينيكية . وعلى الرغم من أن كاثى لازالت تعترف بمعاناتها الجوهريّة من القلق باعتباره من أشدّ المواقف الاجتماعية تهديدا لها فى مدرج المواقف التى تتعرض لها ، فإنها لم تعد تتجنب هذه المواقف ولا غيرها من المواقف التى يشتمل عليها المدرج . على أية حال ، لقد تحسنت كاثى تماما وفقا لأدائها على الاختبارات السلوكية . وكانت قادرة منذ بداية فترة المتابعة على التحدث مع ممثل الدور من دون بكاء أو اعتماد شديد عليه فى تحمل نصف عبء المحادثة . وكانت معدلات قلقها تنخفض مع مرور الوقت بشدة ، ولم تعد باادية لأى شخص يمكن أن يراها حقيقية أو مصورة بهدف تقويم درجة قلقها . ولقد أعطت نفسها لأول وهلة تقييما ايجابيا لنوعية أدائها مما يشير إلى تحسنها وحصولها على خمسين درجة من مائة درجة .

وعلى مدى عام كامل تقريبا وبعد ستة أشهر من القياس المتكرر خلال فترة المتابعة ، قررت والدّة كاثى أنها فى غاية السرور من تحسن ابنتها وتقدمها فى العلاج ، ووصفتها بأنها إنسانة جديدة ، وذكرت أن ابنتها قد انتقلت إلى كلية أخرى بمدينة أخرى لا تعرف أحدا ومع ذلك استطاعت عمل صداقات جديدة مع استماعها باستقلاليتها .

اعتبارات علاجية أخرى

تكشف حالة كاثي عن سلسلة من التعرض المتزامن عبر مجموعة من جلسات العلاج السلوكي - المعرفي الجمعي . وعبر هذه الرحلة العلاجية الطويلة ، مرت فترات عديدة ، كنا في حاجة لبعض التفكير الإبداعي لخلق موقف اجتماعي يسبب الرهاب لدى الحالة ، ويستمر لديها حتى يعطى أسلوب التعرض فائدته المرجوة مهما طالَّت فترات الشعور بالتهديد . ولقد تم إعداد مجموعة من الأمثلة لمثل هذه المواقف الاجتماعية ونصوص حواراتها المتصلة بأسلوب التعرض لها ، سنعرض لبعضها في الفقرات التالية . (ولمزيد من الإحاطة بأفكار التعرض ، راجع هوب Hope ، ١٩٩٣ ، وهيمبرج ، ١٩٩١) .

مواقف اجتماعية قصيرة

يخاف مرضى الرهاب الاجتماعي في بعض المناسبات من بعض المواقف القصيرة ، من قبيل طلب المساعدة وطلب النصيحة ، وطلب التوجيهات والإرشادات ، وتوقيع أسمائهم ، ومقاطعة بعض محادثاتهم ، والعجز عن المشاركة في الحديث ، والعجز عن مواصلة الحوار . وعند مرورهم بأي موقف من هذه المواقف الاجتماعية ، على الرغم من أن الموقف يكون قصيرا للغاية ، فإنه يسبب لهم درجة حادة من القلق مباشرة ، وينتهي الموقف قبل أن يحدث نوع من التعود عليه وقبل أن يستطيع توظيف مهاراته وخطته المعرفية . ويمكن الحل في تكرار التعرض للموقف القصير المثير للقلق الاجتماعي أو المثير للرهاب الاجتماعي . ويمكن أن يتم ذلك في غرفة العيادة بتنظيم محدد يقوم به مجموعة من المعالجين ومجموعة من الحالات تمثل جماعة علاجية متشابهة في عدد من الخصال . وتخضع كل حالة لمجموعة من الأساليب العلاجية ، واحدا تلو الآخر ، حتى إذا وصلت لآخر أسلوب منها ، انخفض قلقها أو رهابها الاجتماعي بدرجة غير معوقة للأداء الاجتماعي . فالحالة التي تم علاجها ، وفقا لهذا البرنامج أصبحت قلقة عندما كان عليها أن تقوم بتبادل الأحاديث مع جمع من الأفراد في إحدى الحفلات . وساعة أن يشارك المريض في المحادثات الاجتماعية ، ينخفض قلقه ، ولكنه للأسف يتجنب المشاركة في الحفلات بشكل متكرر لأنه يقضى معظم وقته فيها منعزلا بمفرده . ويتكون أحد أدوار التعرض التي يقوم المريض بتمثيلها من زوجين من أعضاء الجماعة العلاجية يقومان بتبادل الأحاديث ، ويستمران في الحوار ، ثم يتحول الدور إلى زوجين آخرين من الأعضاء بعد إنجاز ثلاث إلى

أربع مرات تدريب على إجراء الحوار الاجتماعى . وعلى مدى ثمانى دقائق من التعرض يقوم المريض بسبع محادثات بهدف تخفيض معدلات القلق فى كل مواجهة لأى موقف اجتماعى .

ويمكن أن يضاف بعد آخر لهذا النمط من التعرض ، بحيث يتضمن هذا البعد مشاركا خارجيا يقوم بتمثيل أدوار سلوكية متباينة معدة له سلفا وبتعليمات محددة بهدف تخفيض حدة المخاوف الاجتماعية لدى كل عضو من أعضاء الجماعة العلاجية . فعلى سبيل المثال ، كان لدينا مريض بالرهاب الاجتماعى ، يتجنب طلب أى مساعدة من أصدقائه أو جيرانه بشكل متكرر ، ومن ثم تم تدريبه من خلال تمثيل أدوار مع مشاركين خارجيين يقومون بدور الأصدقاء أو الجيران على طلب خدمات منهم وفقا لبدود محددة وبسيطة ، من قبيل السير معا للعمل أو للكلية ، أو نقله للمطار وتوديعه عند السفر وهكذا ، ولأنه كان يخشى من رفض الآخرين لطلباته ، كان المعالجون يوجهون المشاركين فى أداء هذه الأدوار بأن يكونوا شديدى الحماسة والتطلف مع سرعة الاستجابة لطلباته . وكان المريض يدخل بل يواجه كل موقف وهو لا يدرى ما إذا كان القائم بتمثيل الدور أمامه سيستجيب له أم لا ، وما إذا كان سيكون لطيفا فى استجاباته أم لا ، بحيث يأتى الموقف شبيها إلى حد كبير بما يحدث فى سياق الحياة الطبيعية .

الأعراض الجسمية

إن قلق مريض الرهاب الاجتماعى يرتفع فى بعض الأحيان ، حتى يظهر فى شكل عدد من الأعراض الجسمية ، من قبيل ظهور العرق الغزير ، والارتباك ، وإحمرار الوجه ، ورعشة اليدين ، وهى أعراض تكون بادية بحيث يراها الآخرون . وفى الغالب ، تكون أحكامهم ، حول شدة ووضوح الأعراض البادية أمر مبالغ فيه إلى حد كبير . وفى مثل هذه الحالات ، فإن معدلات تقدير شدة القلق التى يصدرها أعضاء الجماعة العلاجية وفقا لهذه الأعراض الجسمية الظاهرة لدى أحد زملائهم من المرضى ، تكون مرتفعة على الرغم من تدريبه على توظيف مهارات إعادة البناء المعرفى لأفكارهم ومعتقداتهم وإدراكاتهم المشوهة معرفيا . ولذلك فإنه لسوء الحظ ، إذا ما اعترف بعض المرضى - وهذا غالبا ما يحدث - بأنه على الرغم من انخفاض حدة القلق أو الرهاب الاجتماعى عن ذى قبل ، فإن بعض الأعراض ستظل شديدة ، ومن ثم فإن الآخرين يقدرونها تقديرا سلبيا ، ويرون أنها تقاوم العلاج ، ويرون أنها نوع من الكوارث المرضية . وفى مثل هذه

الحالات ، يصبح من المهم ، ابتكار وخلق هذا العرض داخل الجماعة العلاجية (أو فى الموقف العلاجى) ، كما يكلف المريض بممارسة التعرض له فى الحياة الطبيعية ضمن واجباته المنزلية أيضا .

إن أحد الأعراض الشائعة التى تحتاج إلى أن تبتكر ضمن العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى هو العرق أو التعرق . ويمكن أن يخلق عن طريق شرب المشارك فى تمثيل الدور سوائل أو مشروبات ساخنة ، أو بالوقوف فى مواجهة موقد حار مع ارتدائه لبعض الملابس الثقيلة ، أو بممارسته لبعض التمرينات الرياضية العنيفة قبل الدخول مباشرة لموقف التعرض . ووفقا لإحدى الحالات التى عرضها «هوب وهيمبيرج (١٩٩٥) ، كانت ترتدى بعض القمصان الداخلية الخفيفة التى تكشف عن عرق غزير ، كان يساعدها فى إتقانها لتمثيل دورها .

تجسيد العواقب المخيفة عبر المرغوب فيها

بعد مرة أو مرتين للتعرض فى وجود الجماعة العلاجية ، ربما يصبح واضحا أنه إلى أن يمر المريض ببعض الخبرات والمواقف الاجتماعية ، فإنه سيظل معايشا لحالة من الخوف المتوقع حدوثها . إن احتمالات وقوع الحدث المخيف أمر بعيد المنال ، ولكن احتمالات حدوثه لازالت واردة . ولذلك فإنه إذا ما أوقف الفرد عملية تجنب المواقف الاجتماعية المثيرة للقلق والرهاب ، فإنه سيكون من الصعب عليه أن يقاوم مخاوفه الأساسية خلال فترة قصيرة . وتتضمن الأمثلة الدالة على ذلك هؤلاء المرضى الذين ينتابهم الرهاب الاجتماعى بسبب ضرورة مشاركتهم فى إلقاء خطبة أو محاضرة عامة ، ومن ثم فهم يخافون من النقد العدائى أو سخرية الجمهور أو إسقاطاته اللاذعة أو توجيه نظرهم إليه وهو يستعد للوصول لمنصة إلقاء الخطبة أو المحاضرة . وربما يحتفظ مرضى الرهاب الاجتماعى العام ذوى القلق المتواصل بصور ذهنية حية جدا للزميل أو الرفيق الذى يطلبون منه موعدا فسخر منهم أمام الآخرين بطريقة صاخبة أو أهانهم عندما طلبوا منه تحديد موعد محدد . على أية حال هذه مجرد نماذج لمواقف اجتماعية تكون فيها مميزات التعرض وفقا لأداء الأدوار فى الجلسات العلاجية الجماعية أفضل بكثير من مميزات التعرض لهذه المواقف فى الحياة الطبيعية . ويمكن أن ترتب أو تعد كل هذه المواقف والظروف داخل الجماعة العلاجية ، عن طريق إيجاد مجموعة من الأفراد يأخذون دور الجمهور أو المشاركين فى عمليات التفاعل . ويرى

أعضاء الجماعة العلاجية أن مثل هذه المواقف المعدة والمرتببة سلفا تبدو لهم كما لو كانت حقيقية فعلا .

وعلى سبيل الحذر ، عند إعداد مثل هذه الترتيبات المتصلة بعملية التعرض ، يكون المعالجون بحاجة إلى وقت محدد لتوظيف إعادة البناء المعرفي لدى مرضى الرهاب الاجتماعي قبل التعرض وبعده بهدف إعداد واختيار العضو المستهدف لهذه العملية بكفاءة . وربما تتم عملية تحديد العضو الذى سيخضع لعملية التعرض بطريقة آلية ، لأن المشاركين فى التعرض يقررون أنهم غير مرتاحين تماما لتقيام بدور الشخص العدائى لسبب وحيد هو أنهم بالفعل لا يشير بأى نوع من العدائية للمريض . وبالطريقة نفسها قد يكشف بعض أعضاء الجماعة الآخرين بسرعة عن إعجابهم الشديد بالطريقة التى أدى بها المريض دوره فى ظل هذه المواقف الاجتماعية شديدة الصعوبة والتنغيس التى يواجهها . وإذا لم تتم هذه الأحداث والمواقف بشكل عفوى وتلقائى ، فيجب على المعالجين إعدادها وتجهيزها وابتكارها .

نجاح العلاج وفشله

منبآت نجاح العلاج

إن إحدى القضايا المهمة المتصلة بفهم كفاءة أى علاج هى تحديد المتغيرات التى تلبئ بالاستجابة السلبية للتدخل . ويمكن للحالات والمرضى الاستقباليين⁽¹⁾ - مثاليا - أن يتخذوا مثل هذه المتغيرات ستارا واقيا لهم ، ويتعاطون نمطا آخر من العلاج . ولسوء الحظ ، فإن حالة المعرفة الراهنة ليست بالكفاءة التى تحدد بدقة بالغة المتغير الذى يمكن أو الذى لا يمكن أن يكون مفيدا ضمن متغيرات العلاج . ومع ذلك ، أمكن تحديد عدد قليل من المتغيرات التنبؤية المحتملة .

- متغير الاكتئاب

إن الاكتئاب الشديد - كما ذكرنا ذلك مسبقا - ووفقا لتعريفه الإجرائى والدرجات المرتفعة على قائمة بيك لحالة الاكتئاب - يرتبط بالاستجابة الضعيفة للعلاج المعرفى - السلوكى الجمعى - فقد أشارت الدرجات المرتفعة التى حصل

(1) prospective clients .

عليها بعض الأفراد على هذه القائمة إلى خوفهم الشديد من التقييم السلبى والقلق المرتفع أثناء الأداء على الاختبارات السلوكية الموضوعية بالمقارنة بأقرانهم الذين حصلوا على درجات منخفضة على القائمة ذاتها ، وبعد خضوعهم جميعا لهذا النوع من العلاج (Kluso et al., 1984) . كما ظهر أن المرضى ذوى الدرجات المرتفعة على قائمة بيك لحالة الاكتئاب أكثر احتمالا للانسحاب مبكرا من تكملة هذا البرنامج العلاجى . وطبقا للوجهة نفسها من النظر ، فإن ذوى الاكتئاب المرتفع يكونون أكثر ارتباطا بالنتائج العلاجية الأسوأ ضمن عينة من مرضى الرهاب الاجتماعى الذين يتلقون مجموعة متباينة ومتعددة من أنماط العلاج الجمعى التى يدخل ضمنها العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى (Holt, Heimberg & Hope, 1990) .

- متغير تنفيذ الواجبات المنزلية بحذا فيزها

ليس غريبا على الإطلاق ، أن الطاعة النامة عند تنفيذ الواجبات المنزلية بكاملها ربما ترتبط أيضا بمدى نجاح العلاج ، فقد قارن هوب وهيربرت Herbert وبيلاك Bellack (1991) بين المستجيبين للعلاج المعرفى - السلوكى الجمعى وغير المستجيبين له وفقا لتقديرات المعالجين لمدى تنفيذهم للواجبات المنزلية العلاجية ، وجاءت النتائج العلاجية الإيجابية أفضل جوهريا لدى المستجيبين - فى المتوسط - بما فى ذلك الذين قاموا بالتعرض للمواقف الاجتماعية فى سياق الحياة الطبيعية أكثر مما أوصى به المعالجون ، من غير المستجيبين للعلاج والمعالجين . ويفترض هذا المتغير أن هؤلاء الذين نجحوا تقريبا فى تخفيض رهابهم الاجتماعى بالعلاج المعرفى - السلوكى الجمعى يبدأون فى إيجاد فرص لمواجهة مخاوفهم ، ويحصلون على ميزة مفادها زيادة احتمالات الحصول على فرص طبيعية للنجاح فى التخلص من قلقهم ورهابهم الاجتماعى .

وينظر إلى هذه البيانات على أنها قليلة للغاية وضعيفة من حيث كفاءتها فى تحديد طبيعة العلاقة الجوهرية بين الاكتئاب وتنفيذ الواجبات المنزلية من ناحية والنتائج الإيجابية العلاجية من ناحية أخرى . على أية حال ، يبدو أن عملية الضعف والبطء وتشوش الفكر والطاقة المنخفضة غير الفعالة التى يتسم بها مرضى الاكتئاب تتدخل لدى مرضى الرهاب الاجتماعى ، مما يضعف قدرتهم فى أخذ زمام المبادرة ذاتيا للقيام بعملية التعرض فى سياق حياتهم الطبيعية . والخلاصة ، أن مثل هذه المتغيرات يجب أن تؤخذ فى الاعتبار للاهتمام بها مستقبلا عند إجراء

البحوث العلمية العلاجية .

– متغير الاستراتيجيات البديلة إذا ما فشل العلاج النفسى

لابد أن يحدد المعالجون والمريض ، فى نهاية الجلسات العلاجية الاثنى عشرة ، ما إذا كان التقدم كافيا بحيث يتغلب على رهابه الاجتماعى . ونادرا ما يتخلص جميع المرضى من رهابهم الاجتماعى على مدى ثلاثة شهور كفترة قصيرة للعلاج ، ولكن الغالبية العظمى منهم ، غالبا ما يستطيعون إيقاف التجنب من المواقف الاجتماعية المخيفة ، ويعتقدون أنهم يستطيعون استخدام المهارات المعرفية والسلوكية التى علمها إياهم العلاج النفسى للاستمرار فى توظيفها للتخلص من آلامهم وتقليلها مع مرور الوقت . وكما كان الحال وفقا للمثال الذى ضربناه لعلاج «كاثى» ، فإنهم يستمرون فى التحسن والتقدم فى الشهور التالية للعلاج . هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى ، فإنه يبدو واضحا للعيان لدى كل من المعالجين والمريض أن العلاج قد فشل تماما فى تخليص هؤلاء المرضى من الآلام نظرا لاستمرار معاناتهم منها ، مما يبرز تساؤلا لما يجب أن نفعله حين يفشل العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى .

إن الخطوة الأولى فى اختيار بدائل لهذا العلاج الفاشل ، هى تقييم وتحديد أسباب حدوث الفشل . ومن حسن الحظ ، أن فترة العلاج قد ينجم عنها بيانات كافية للإجابة عن هذا السؤال . ويبدو أن العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى يكون فعالا ، وبصفة خاصة لدى مرضى القلق والرهاب الاجتماعى المعمم⁽¹⁾ ولكن المرضى يحتاجون لمزيد من الجلسات العلاجية ولمزيد من الوقت ليحرزون أقداراً من التقدم والتحسن ، ولذلك يمكن أن نوصى فى هذه الحالة باستمرار المريض ضمن مجموعة علاجية أخرى لها التشخيص نفسه وتخضع للعلاج المعرفى – السلوكى الجمعى ، أو يستمر فى تلقى علاج معرفى – سلوكى فردى . وإذا ما كشفت البيانات التى تم جمعها من العلاج الجمعى عن اضطراب حاد فى المهارات الاجتماعية لم يكن له وجود فى بداية العلاج ، فإننا نوصى بالتدريب على أساليب تنمية هذه المهارات الاجتماعية وتعديلها فى سياق الحياة الطبيعية قبل خضوعها للبرنامج العلاجى لأنه سيكون أكثر ملاءمة .

(1) generalized social phobics .

وتشير الاستشارة الفسيولوجية الحادة إلى وجه آخر من أوجه تفسير فشل العلاج ، لأن بعض مرضى الرهاب الاجتماعى يلتفتون بشدة إلى إحساساتهم الجسمية لدرجة أن قدراتهم على الاستفادة الفعالة من التفاعل الاجتماعى تكون ضئيلة للغاية ، بل ربما يعجزون تماما عن توظيف مهارات المواجهة والتعايش المعرفية والاستفادة منها أقصى استفادة ممكنة . ويكون التدخل ، فى مثل هذا الموقف ، بهدف خفض هذه الاستشارة الفسيولوجية ، هو استخدام التدريب على الاسترخاء العضلى العميق أو الاسترخاء التمييزى ، أو الاسترخاء بطريقة «أوست (Jerremalm, Jansson & Ost, 1986) "Ost

حتى أعظم علماء التشخيص يقعون فى أخطاء كثيرة ، مما يعد أحد المتغيرات المنبئة بنجاح العلاج وفشله . ولذا ، فإن التشخيص الذى يطرح للرهاب الاجتماعى لا يصبح هو التشخيص الصحيح أو على الأقل ، ليس هو التشخيص الأولى ، ومن ثم فإن علاج المخاوف الاجتماعية سيكون له تأثير ضعيف للغاية ، لأنه ليس العلاج الملائم . ويحدث معظم هذا الخلط غالبا لدى فرد ما يكشف عن صورة كينيكية معقدة لنوبات من الهلع إزاء مواجهته بعض المواقف الاجتماعية . وربما يخاف هؤلاء الأفراد من تقييمهم اجتماعيا وأعراضهم المتصلة بنوبات الهلع ، لأن هذه الأخيرة لا تكون واضحة إلى أن بدأ العلاج بالفعل . على أية حال ، إذا ما تبين أن المريض تم تشخيصه خطأ ، فإن الحل الصحيح فى هذه الحالة هو اكتشاف العلاج الملائم لهذا التشخيص .

وبالإضافة إلى المتغيرات المنبئة السابقة بنجاح العلاج وفشله ، فإن هناك بعض المتغيرات البيئية التى لها دور فى هذا الموضوع يجب الإشارة إليها ، أهمها المكاسب الثانوية انهشة لسلوك التجنب المستمر أو الأسرة غير المقتنعة بجدوى هذا النوع من العلاج أو الزوج غير المساند نفسيا واجتماعيا للمريض أو للزوجة مثلا . وتؤثر مثل هذه المتغيرات منطقيا فى النتائج العلاجية لدى حالات بعينها . ومع ذلك فإن مدى التأثير السلبى لمثل هذه المتغيرات البيئية التى تؤدى دورا فى فشل العلاج النفسى لم يتم بحثها إلى حد كبير حتى الآن .

وبعد كل هذا التحليل الدقيق ، إذا ما فشل المعالج - من أى نمط ووفقا لأى اتجاه علاجي ، فى ايجاد السبب الأساسى لفشل العلاج (وفى تطوير خطة علاجية مناسبة) ، فيجب البحث عن أنماط من العلاج الملائم بطريقة تجريبية⁽¹⁾ . ومن

(1)empirically .

أهم هذه الطرق العلاجية ، يجب أن نأخذ في حسابنا ، بالإضافة إلى التدريب على المهارات الاجتماعية والاسترخاء التطبيقي ، العلاج الطبى النفسى ، إذ يوجد دليل علمى يتنامى تدريجيا يشير إلى أن المونوأمين أو كسيديز⁽¹⁾ كعقار مهبط ، يقلل بفعالية كبيرة أعراض الرهاب الاجتماعى (من أمثلة هذا العقار ، النارديل Nardil لمن نمط أو فصيلة فينيلزين [Phenelzine]) ، وبصفة خاصة المخاوف الاجتماعية المعقدة بشكل موسع (Leibowitz et al., 1991, 1992). ولكن لسوء الحظ يتطلب العلاج بعقار المونوأمين أو كسيديز النفسى نظاما غذائيا محددًا لتجنب أزمات الشد العصبى الحادة . ومع ذلك ، لأن هناك مضادات جديدة للأعراض الجانبية الناجمة عن العلاج بهذا العقار بدأت تظهر للوجود الآن ، فإن اختيار هذا العلاج كبديل ملائم سيصبح أكثر قبولاً لدى كل من مرضى الرهاب الاجتماعى والأطباء النفسى فى القريب العاجل (Liebowitz et al., 1991). وفى الغالب يوصى الأطباء بوصف مثبطات الموجة بيتا Beta من قبيل «الأتينولول Atenolol» للمساعدة فى مواجهة موقف الحوار العام أمام حشد من الناس وقلق الأداء ، لما لها من مزايا كعلاج حاسم يكون لمرضى بحاجة شديدة له فقط قبل مواجهة المواقف الاجتماعية المخيفة (Liebowitz et al., 1985). ومع ذلك ، فقد فشل الدليل العلمى الراهن فى تأييد فعاليته فى علاج حالات الرهاب الاجتماعى الحادة والشديدة عيادياً (Liebowitz et al., 1992). وتشير التقارير المبدئية إلى أن عقاقير «البنزوديازيبينات benzodiazepines» ذات التأثير الشديد (مثل كلونوبين Klonopin [فصيلة كلونازيام Clonazepam]) ربما تكون فعالة فى تقليل المعاناة من الرهاب الاجتماعى ، (Davidson, Ford, Smith & Potts, 1991) وإلى هنا يمكن أن ننتهى إلى أن تأثير مثل هذه الأدوية النفسية ليس تأثيراً حاسماً حتى الآن بالمقارنة بتأثير عقار المونوأمين أو كسيديز . ولازال العديد من هذه التجارب العلاجية تجرى حتى الآن ، ويبدو أن بعضها سيكون له تأثير صيدلانى فعال - كنوع من أنواع التدخل - فى المستقبل القريب .

تحويل المرضى للعلاج المعرفى - السلوكى الفردي

على الرغم من أن المزايا المتعددة للعلاج الجمعى ، بما فى ذلك المرونة الذهنية والاجتماعية التى يمنحها للمرضى أثناء عمليات التعرض المباشر للمواقف الاجتماعية المثيرة للقلق والرهاب الاجتماعى ، فإنه ليس فعالاً فى جميع السياقات

(1) monoamine oxidase .

بالنسبة لكل مرضى الرهاب الاجتماعى . ويمكن أن نحول صيغة العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى للصيغة الفردية من دون صعوبات شديدة . وطبقا لوصف الصيغة العلاجية الفردية التى طرحها هوب (١٩٩٣) ، فإن المساعدين وزملاء المهنة يمكن أن يساعدوا المعالج كمشاركين فى تمثيل الأدوار المطلوبة لبعض المواقف الاجتماعية . ويوجد فى هذا النوع من العلاج أيضا اعتماد أساسى على عمليات التعرض التى يجب القيام بها فى الواجبات المنزلية . ويجب مناقشة هذه المهمات التى تعرض ضمن الواجبات المنزلية بالتفصيل أثناء الجلسة كما كان يحدث فى حالة العلاج الجمعى ، أو يؤخذ الوصف نفسه الذى طرح أثناء العلاج الجمعى ليطبق أثناء تنفيذ العلاج المعرفى - السلوكى الفردى . كذلك يجب إتمام تمرينات إعادة البناء المعرفى للأفكار والمعارف والإدراكات المبدئية أثناء الجلسة ، ويتلوها معالجة للتعرض البعدى فى الجلسة التالية . ويستطيع بعض المرضى أن يجندوا - أحيانا - شخصا ما من شبكة علاقاتهم الاجتماعية المساندة ليمدهم بأرجاع استجاباته ويثمن مستوى أدائهم ويشجعهم بالطريقة نفسها التى كانت تقوم بها الجماعة العلاجية . ولذا ، فإنه على الرغم من أن صيغة العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى يوصى بها كلما كان ذلك ممكنا ، فإن الاستراتيجيات العلاجية التى أحاط بها هذا الفصل وعرض لها يمكن أن تستخدم فى صيغة العلاج الفردى .

ملخص وخلاصة نهائية

بعد عقود متواصلة من التجاهل والإهمال ، تعاظم البحث العلمى ونما بشكل شديد ومتسارع فى موضوع الرهاب الاجتماعى ، خاصة فى السنوات الأخيرة . ومنذ عقد واحد من الزمان فقط ، لم يعد يسمع ولا يلتفت للخلافات الراهنة حول موضوعات من قبيل اختيار أفضل النظم العلاجية الفرعية فائدة لعلاج القلق والرهاب الاجتماعى ، والخلافات التشخيصية القديمة التى عوقت التقدم فى هذا المجال فترات طويلة . كما أن البحوث العلمية فى هذا المجال قد نتج عنها أيضا خططا واستراتيجيات علاجية واعدة ومبشرة بالخير العميم ، من أهمها التدخل العلاجى المزدوج الذى يجمع بين العلاج المعرفى وعمليات التعرض كما هى الحال فى العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى . وكان الهدف من عرض هذا الفصل هو تزويد المعالجين بتحليل إجراءات العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى ، خطوة بخطوة ، بدأ من انتقاء أعضاء الجماعة العلاجية الذين يلائمهم هذا النوع

من العلاج ، وانتهاء بالاستجابات العلاجية . وعلى الرغم من أن عرض الحالة لا يعد الطريقة العلاجية المثلى ، فإنها ألفت مزيدا من الأضواء بطريقة واقعية على إيجابيات وسلبيات العلاج الجمعي أو علاج جماعة من مرضى القلق والرهاب الاجتماعي . إن مرضى مثل «كاثي» والذين حدث لهم نماذج سريعة من التقدم والتحسن في حياتهم بعد الخضوع لهذا النوع من العلاج ، ليمدوننا بزخم ودافعية شديدة لمواصلة البحث العلمي في علاج حالات الرهاب الاجتماعي ، الذي يمكن مهاجمته والقضاء عليه مستفيدين من مآله الحسن الذي يتزايد يوما بعد يوم .

REFERENCES

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1993). *DSM-IV draft criteria as of 3/1/93*. Washington, DC: Author.
- Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (1989). Cognitive assessment in social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review, 9*, 61-74.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.
- Bourdon, K. H., Boyd, J. H., Rae, D. S., Burns, B. J., Thompson, J. W., & Locke, B. Z. (1988). Gender differences in phobias: Results of the ECA Community Survey. *Journal of Anxiety Disorders, 2*, 227-241.
- Bruch, M. A., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1991). States of mind model and cognitive change in treated social phobics. *Cognitive Therapy and Research, 15*, 429-441.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: Morrow.
- Butler, G. (1989). Issues in the application of cognitive and behavioral strategies to the treatment of social phobia. *Clinical Psychology Review, 9*, 91-186.
- Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P., & Gelder, M. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 642-650.
- Chambless, D. L., Cherney, J., Caputo, G. C., & Rheinstein, B. J. G. (1987). Anxiety disorders and alcoholism: A study with inpatient alcoholics. *Journal of Anxiety Disorders, 1*, 29-40.
- Davidson, J. R. T., Ford, S. M., Smith, R. D., & Potts, N. L. S. (1991). Long-term treatment of social phobia with clonazepam. *Journal of Clinical Psychiatry, 52* (suppl.), 16-20.
- DiNardo, P. A. & Barlow, D. H. (1988). *The Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised*. Albany, NY: Gray. wind Publications.
- Elting, D. T., Hope, D. A., & Heimberg, R. G. (1992, November). *The factor structure of an assessment battery for social phobia*. Paper presented at the annual meeting of the association for the Advancement of Behavior Therapy, Boston, MA.

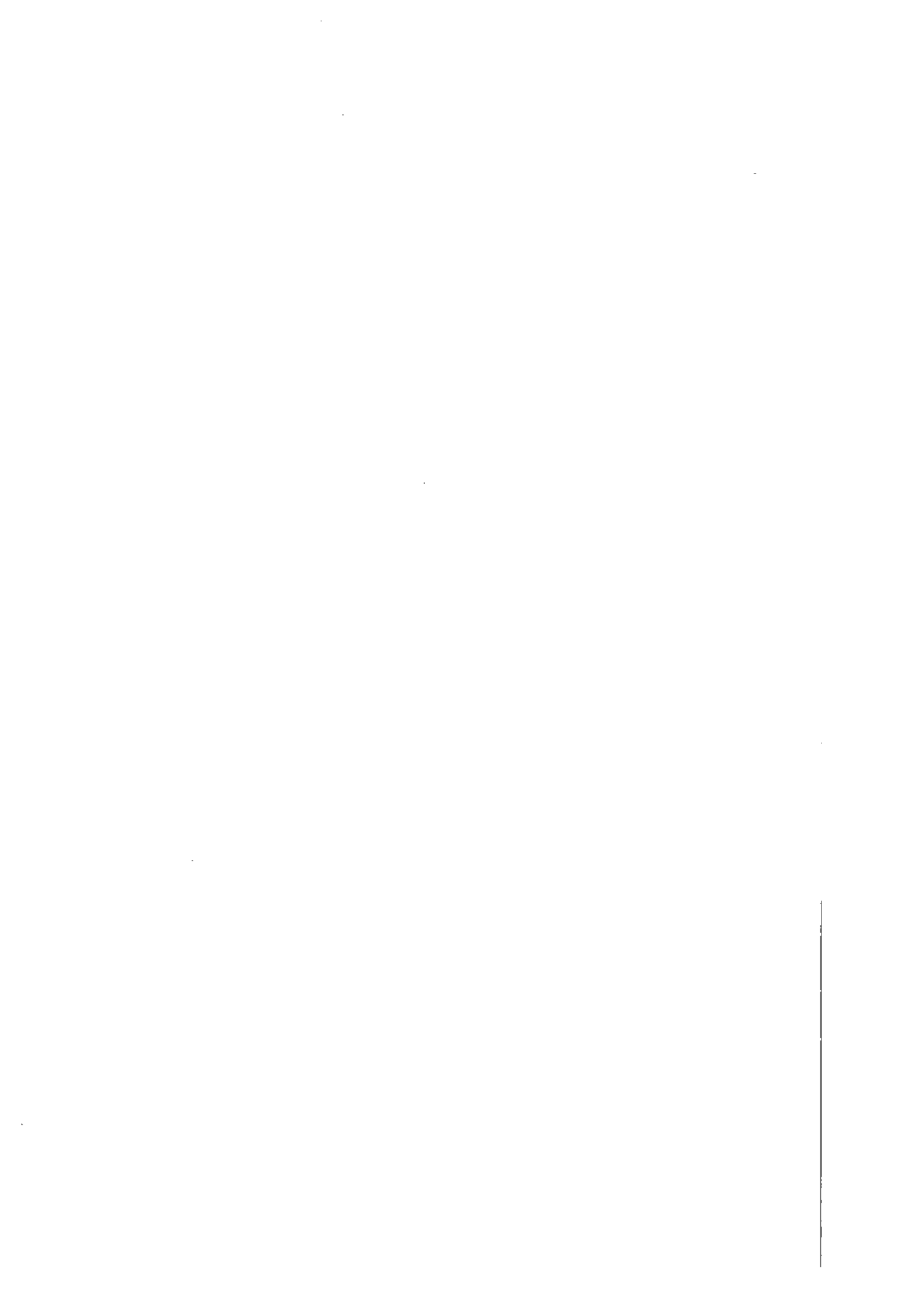
- Gelernter, C. S., Uhde, T. W., Cim-bolic, P., Arnkoff, D. B., Vit-tone, B. J., Tancer, M. E., & Bartko, J. J. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment of social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 48, 938-945.
- Glass, C. R., & Arnkoff, D. B. (1989). Behavioral assessment of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 75-90.
- Heimberg, R. G. (1988). The social Avoidance and Distress Scale and the Fear of Negative Evaluation Scale. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.), *Dictionary of behavioral assessment techniques* (pp. 425-427). New York: Pergamon Press.
- Heimberg, R. G. (1989). Cognitive and behavioral treatment for social phobia: A critical analysis. *Clinical Psychology Review*, 9, 107-128.
- Heimberg, R. G. (1991). *A manual for conducting Cognitive-Behavioral Group Therapy for social phobia* (2nd ed.). Unpublished manuscript, State University of New York at Albany, Center for Stress and Anxiety Disorders, Albany, NY.
- Heimberg, R. G., & Barlow, D. H. (1991). New developments in cognitive-behavioral treatment for social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, (11, suppl.), 21-30.
- Heimberg, R. G., Becker, R. E., Goldfinger, K., & Vermilyea, J. A. (1985). Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring, and homework assignments. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 236-245.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L., & Becker, R. E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23.
- Heimberg, R. G., Holt, C. S., Schneier, F. R., Spitzer, R. L., & Liebowitz, M. L. (in press). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. S., & Becker, R. E. (1990). DSM-III-R subtypes of social phobia: Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 172-179.
- Heimberg, R. G., Hope, D. A., Rapee, R. M., & Bruch, M. A. (1988). The validity of the Social Avoidance and Distress Scale and the Fear of Negative Evaluation Scale with social phobic patients. *Behavior Research and Therapy*, 26, 407-410.
- Heimberg, R. G., & Liebowitz, M. R. (1992, April). A multi-center comparison of the efficacy of phineltzine and cognitive-behavioral group treatment for social phobia. Paper presented at the 12th National Conference on Anxiety Disorders, Houston, TX.

- Heimberg, R. G., Mueller, G. P., Holt, C. S., Hope, D. A., & Liebowitz, M. R. (1992). Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: The Social interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behavior Therapy, 23*, 53-73.
- Heimberg, R. G., Salzman, D., Holt, C. S., & Blendell, K. (1993). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year follow-up. *Cognitive Therapy and Research, 17*.
- Herbert, J. D., Hope, D. A., & Bellack, A. S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 332-339.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1989, November). *Baseline predictors of group psychotherapy outcome for the treatment of social phobia*. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1989, November). *Baseline predictors of group psychotherapy outcome for the treatment of social phobia*. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1990, November). *Success from the outset: Predictors of cognitive-behavioral therapy outcome among social phobics*. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Francisco, CA.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 318-325.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G., Hope, D. A., & Liebowitz, M. L. (1992). Situational domains of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 6*, 63-77.
- Hope, D. A. (1993). Conducting exposure-based treatments with social phobics. *Behavior Therapist, 16*, 7-12.
- Hope, D. A., & Heimberg, R. G. (in press). Social phobia. In C. G. Last & M. Hersen (Eds.), *Adult behavior therapy casebook*. New York: Plenum Press.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Bruch, M. A. (1990, March). *The importance of cognitive interventions in the treatment of social phobia*. Paper presented at the annual meeting of Phobia Society of America, Washington, DC.
- Hope, D. A., Herbert, J. D., & Bellack, A. S. (1991, November). *Social phobia subtype, avoidant personality disorder and psychotherapy outcome*. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York.

- Hope, D. A., Holt, C. S., & Heimberg, R. G. (1993). Social phobia in T. R. Giles (Ed.) *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 227-251). New York: Plenum Press.
- Hope, D. A., Rapee, R. M., Heimberg, R. G., & Dombek, M. S. (1990). Representations of the self in social phobia: Vulnerability to social threat. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 177-189.
- Jerremalm, A., Jansson, L., & Ost, L.G. (1986). Cognitive and physiological reactivity and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 171-180.
- Klosko, J. S., Heimberg, R. G., Becker, R. E., Dodge, C. S., & Kennedy, C. R. (1984, November). *Depression, anxiety, and the outcome of treatment for social phobia*. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Philadelphia, PA.
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin, 9*, 371-375.
- Leary, M. R. (1988). A comprehensive approach to the treatment of social anxieties: The self-presentational model. *Phobia Practice and research Journal, 1*, 48-57.
- Leary M. R., Kowalski, R. M., & Campbell, C. D. (1988). Self-presentational concerns and social anxiety: The role of generalized impression expectancies. *Journal of Research in Personality, 22*, 308-321.
- Levin, A. P., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1989). Social phobia: Biology and pharmacology. *clinical Psychology Review, 9*, 129-140.
- Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, M. J., & Klein, D. F. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry, 42*, 729-736.
- Liebowitz, M. R., Schneier, F. R., Campeas, R., Hollander, E., Hatterer, J., Fyer, A., Gorman, J., Papp, L., Davies, S., Gully, R., & Klein, D. R. (1992). Phenelzine vs. atenolol in social phobia: A placebo-controlled comparison. *Archives of General Psychiatry, 49*, 290-300.
- Liebowitz, M. R., Schneier, F. R., Hollander, E., Welkowitz, L. A., Saoud, J. B., Feerick, J., Campeas, R., Fallon, B. A., Street, L., & Gitow, A. (1991). Treatment of social phobia with drugs other than benzodiazepines. *Journal of Clinical Psychiatry, 52*, (suppl.), 10-16.
- Marks, I. M., & Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating scale for phobic patients. *Behavior Research and Therapy, 17*, 263-267.
- Mattia, J. I., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1993). The revised Stroop color-naming task in social phobics: Diagnostic and treatment outcome implica-

- tions. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 305-313.
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1989). *Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety*. Unpublished manuscript.
- Mattick, R. P., & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260.
- Mattick, R. P., Peters, L., & Clarke, J. C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for severe social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 3-23.
- Mullaney, J. A., & Trippett, C. J. (1979). Alcohol dependence and phobias: Clinical description and relevance. *British Journal of Psychiatry*, 135, 563-573.
- Myers, J. K., Weissman, M. M., Tischler, C. L., Holzer, C. E., III, Leaf P. J., Orvaschel, H., Anthony, J. D., Boyd, J. H., Jr., Kramer, M., & Stolzman, R. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry*, 41, 959-967.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A Case formulation approach*. New York: W. W. Norton.
- Sanderson, W. C., DiNardo, P. A., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 308-312.
- Sank, L. I., & Shaffer, C. S. (1984). *A therapist's manual for cognitive-behavior therapy in groups*. New York: Plenum Press.
- Schlenker, B. R., & Leary, M. R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization and model. *Psychological Bulletin*, 92, 641-669.
- Schneier, F. R., Spitzer, R. L., Gibbon, D., Fyer, A., & Liebowitz, M. R. (1991). The relationship of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 1-5.
- Schwartz, R. M., & Garamoni, G. L. (1989). Cognitive balance and psychopathology: Evaluation of an information processing model of positive and negative states of mind. *Clinical Psychology Review*, 9, 271-294.
- Smail, P., Stockwell, T., Canter, S., & Hodgson, R. (1984). Alcohol dependence and phobic anxiety states: I. A prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 144, 53-57.
- Smith, T. W., Ingram, R. E., & Brehm, S. S. (1983). Social anxiety, anxious self-preoccupation, and recall of self-relevant information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1276-1283.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Borden, J. W., Stanley, M. A., & Jacob,

- R. G. (1991). Social phobia: Axis I and II Correlates. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 102-106.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Keys, D. J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 389-394.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia Anxiety Inventory. *Psychological Assessment, 1*, 35-40.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M., (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 326-331.
- Turner, S. M., McCanna, M., & Beidel, D. C. (1987). Validity of the Social Avoidance and Distress and Fear of Negative Evaluation scales. *Behavior Research and Therapy, 25*, 113-115.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 448-457.
- Widiger, T. A. (1992). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: A commentary on three studies. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 340-343.
- Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques*. New York: Pergamon Press.



الفصل الرابع
اضطراب القلق العام



الفصل الرابع

اضطراب القلق العام

تريسى أ. اوليرى
Tracy A. O'Leary

تيموثى أ. بروان
Timothy A. Brown

ديفيد هـ . بارلو
David H. Barlow

جامعة ولاية نيويورك في الباني

ترجمة

دكتور محمد نجيب أحمد الصبوة

قسم علم النفس جامعة القاهرة

يختص هذا الفصل بعرض طريقة أو أسلوب علاج اضطراب القلق العام ، وهو فصل جديد فى هذا المجلد . وقد يتعجب المرء من أن اضطراباً مركزياً مثل اضطراب القلق العام⁽¹⁾ شديد الذبوع والانتشار . ولم يفرد له فصل فى المجلد السابق . إن اضطراب القلق العام - بعد كل هذا - يعد اضطراباً أساسياً ، بمعنى أن القلق العام - وفقاً لتعريفه - يعد مكوناً من مكونات اضطرابات القلق الأخرى . ولكننا لم نبدأ فى البحث عن طبيعته إلا حديثاً جداً . كما أننا لم نبدأ كذلك فى تقييم العلاجات النفسية الفعالة لهذه المشكلة إلا حديثاً جداً ، فقد توفر لدينا دليل علمى فى غضون عدد قليل من السنوات الماضية يشير إلى أنه يمكننا علاج هذه المشكلة بنجاح . ولا يعد هذا العمل العلمى عملاً بسيطاً لأن اضطراب القلق العام اضطراب مزمن ، على الرغم من أنه يمكن وصفه بالتذبذب وعدم الاستقرار . فبعض المتخصصين ينظر إليه على أنه اضطراب فى الشخصية⁽²⁾ لأن بعض الأفراد

(1) Generalized Anxiety disorder (GAD) .

(2) Personality disorder .

الذين يعانون منه لا يستطيعون تحديد عمر معين لبداية المعاناة منه أو الإصابة به . زد على ذلك ، ملاحظتهم استمرار هؤلاء الأشخاص فى المعاناة منه طوال حياتهم . إن نتائج التحسن الناجمة عن العلاج بالأدوية^(١) نتائج ضعيفة بشكل يثير الدهشة (Barlow, 1988) ، على الرغم من أنها خضعت للاختبار فترة طويلة . ولهذا السبب ، فإننا نوصى بمزيد من الدراسات لخطط العلاج الجديدة .

إن الأسلوب العلاجي الذى يعرضه هذا الفصل - وهو الأسلوب الذى طورناه حديثاً فى مركزنا - يمثل إجراءات جديدة نسبياً للتخلص من «التعرض للانزعاج»^(٢) والوقاية من سلوك الانزعاج^(٣) . ولقد انبثقت هذه الإجراءات العلاجية عن مجموعة من الفروض والأطروحات النظرية الجديدة لاضطراب القلق العام . ولا بد أن نقرر أن هذه الإجراءات العلاجية لا تختلف بشكل جذرى عن أكثر المناحي الخاصة بعلاج اضطراب القلق العام ، وهى مناحى تقليدية إلى حد كبير .

د . هـ . ب

مقدمة :

ربما لانجد فئة من فئات الاضطراب النفسى قد طرأ عليها من التغيير والتعديل فى الاثنى عشر سنة الأخيرة مثلما طرأ على اضطراب القلق العام . فعند نشر الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث للاضطرابات النفسية (DSM-III) ، الصادر عن رابطة الطب النفسى الأمريكية (APA) عام ١٩٨٠ ، تغير اسم فئة القلق الفرعية من «عصاب القلق»^(٤) ، فى الدليل التشخيصى الثانى ليصبح اسمها «حالات القلق»^(٥) . ولقد احتوت هذه الفئة التشخيصية الفرعية على تشخيصين محددين جديدين هما : اضطراب الهلع^(٦) ، واضطراب القلق العام (هكذا مثلما حدث بالنسبة لتشخيص اضطراب الوسواس القهرى (OCD)) . وتقتضى المحكات التشخيصية الخاصة باضطراب القلق العام والتي عرض لها الدليل التشخيصى الثالث - (DSM-III) وجود قلق عام ودائم ، مع وجود ثلاثة

- (1) Drug treatments .
- (2) Worry exposure .
- (3) Worry behaviour prevention .
- (4) Anxiety neurosis .
- (5) Anxiety states .
- (6) Panic disorder .

أعراض على الأقل من بين فئات الأعراض الأربعة التالية: (١) الشد الحركي^(١) (مثل ذلك: آلام عضلية وأرق أو تملل ، و(٢) إفراط في النشاط الذاتي^(٢) (مثل ذلك: غزارة العرق ، والدوار ، وسرعة شديدة في ضربات القلب) ، و(٣) وتوقع الخوف أو الشر المستطير^(٣) (مثل ذلك: القلق ، والانزعاج والخوف) ، (٤) والتهيؤ^(٤) والإحاطة أو الفحص^(٥) (مثل ذلك: صعوبات التركيز ، والتهيج وشدة الاستثارة) . كما يقتضى تشخيص الشكوى من المزاج القلق^(٦) - كما حددته الأعراض السابقة - استمرارها لفترة لا تقل عن شهر واحد . ومع ذلك ، فقد ورد بالدليل التشخيصي الثالث ، إننا لا يمكن أن نقر بوجود اضطراب القلق العام - كتشخيص معتمد - إذا ما كانت المحكات تشير إلى اضطراب نفسى آخر . بمعنى آخر ، ينظر إلى اضطراب القلق العام على أنه فئة متبقية أو فئة من الفئات الدنيا الضعيفة إذا ما كان علينا أن نفاضل بين ترتيب يضم كل تشخيصات اضطرابات القلق المحتملة . فإذا ما اشتكى المريض من القلق العام ، والمخاوف الاجتماعية^(٧) ، يتم تشخيصه على أنه يعانى فقط من المخاوف الاجتماعية .

ولقد نتج عن النظرة المتدنية للقلق العام - جزئياً على الأقل - انخفاض معامل الثبات التشخيصي له (من خلال معدل الاتفاق بين معالين مستقلين) انخفاضاً ملحوظاً ، وفقاً لما أشارت إليه بعض الدراسات التى وردت فى الدليل الثالث لتصنيف الأمراض النفسية (cf. Barlow & Dinardo, 1991) . كما أنه نجم عن هذه النظرة المتدنية بعض الآثار العلمية المؤذية^(٨) ، أهمها تناول هذا الاضطراب النفسى - عند إجراء البحوث العلمية - تناولاً ضمناً ؛ أى من خلال دراسة الاضطرابات الأخرى ، كما لم يتم تحديد النسب المئوية الوبائية لهذا الاضطراب . أضف إلى ما سبق ، أنه بسبب الطبيعة الهلامية^(٩) للقلق العام ، فقد حظى بقليل من الاهتمام من حيث تطوير طرق علاجية فعالة له ، بالإضافة إلى طرق تقويم آثارها .

- (1) Motor tension .
- (2) autonomic hyperactivity .
- (3) apprehensive expectation .
- (4) vigilance .
- (5) scanning .
- (6) anxious mood .
- (7) Social phobia .
- (8) deleterious .
- (9) Amorphous .

وعلى الرغم من وجود محكات وقواعد محددة أوردها الدليل الثالث لتصنيف الأمراض النفسية ، لتشخيص اضطرابات القلق ، فإن الخبرة العيادية⁽¹⁾ أشارت إلى وجود بعض المرضى الذين يعانون بشكل أساسي من القلق العام ، كما أشارت إلى وجود مرضى آخرين يعانون من القلق العام باعتباره عرضاً ثانوياً مصاحباً لاضطراب نفسى أساسى آخر . ومن ثم فإن الاعتبار التشخيصى المهم فى هذه الحالة يكون مجرد التمييز أو التفرقة بين القلق العام ، والقلق المتوقع⁽²⁾ لأن هذا الأخير دائماً ما يأتى - وبشكل واقعى - مصاحباً لاضطرابات الهلع والمخاوف المرضية إلى حد ما . وهذه التفرقة يمكن الوصول إليها عن طريق تحديد ما إذا كان مركز الإدراك (مثل ذلك : التركيز على حالة الانزعاج وبورته يكون منصبا على عرض أو مظهر أساسى لاضطراب آخر ، كحالة الهلع أو المخاوف المرضية) ، أم منصبا على منطقة ما لا علاقة لها بهذا الاضطراب (الآخر; Barlow, Blanchard, Vermilyea, Vermilyea, & Dinarda, 1986; Barlow & Dinardo, 1991) . فمثلا إذا ما أظهر المريض معاناة شديدة من القلق المصاحب فقط لنوبة نالية من الهلع الكامن ، يكون التشخيص المعتمد فى هذه الحالة اضطراب الهلع فقط . أما إذا أظهر المريض معاناة أيضا من القلق ، ولكن قلقه كان مستقلاً عن المعاناة من أية اضطرابات نفسية أخرى ، وكان منصبا بشكل أساسى على أحداث حياتية يومية (مثل ذلك : قلق على أمور مالية أو كسب مادي .. الخ) ، يكون التشخيص المعتمد فى هذه الحالة هو القلق العام .

وتمشياً مع التغييرات السابقة ، فقد تغيرت كذلك المحكات التشخيصية التى كان يعتمد عليها فى تشخيص اضطراب القلق العام ، والتى وردت فى الطبعة الثالثة التى تم مراجعتها ضمن الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث للأمراض النفسية الصادر عن رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية (DSM III-R, APA, 1987) . ووفقاً للملاحظات العيادية المنصوص عليها مسبقاً ، فقد أعيدت صياغة زملة التوقع الإدراكي⁽³⁾ الواردة ضمن محكات تشخيص القلق العام فى الدليل الثالث لتصنيف الأمراض النفسية ، لتصبح عرضاً أساسياً واحداً فى الدليل الثالث المنقح (DSM-III-R) ، مؤداه : الشعور بالانزعاج الشديد وغير الواقعى أو

(1) Clinical experience .

(2) Anticipatory .

(3) The apprehensive expectation cluster .

الانزعاج غير الواقعي فقط ، وذلك في جانبين أو أكثر لا علاقة لهم باضطراب آخر للمحور رقم واحد . أضيف إلى ما سبق ، أنه قد تم مراجعة محكات الأعراض المصاحبة لانتظام وجود ستة أعراض على الأقل من بين ثمانية عشر عرضاً ، يشكلون فيما بينهم ثلاث زميلات هي ، التوتر الحركي والنشاط الذاتي المفرط ، والتنبه والفحص الدقيق أو الإحاطة . وأخيراً ، فقد ازداد محك مدة المعاناة من المرض - تأسيساً على اعتبارات تجريبية^(١) وعيادية - من شهر واحد إلى ستة أشهر (راجع مثلاً Breslau & Davis, 1985) . وضمن أسباب أخرى ، فإن وضع محك المعاناة من الانزعاج الشديد لفترة زمنية لا تقل عن ستة شهور أو أكثر قد يسر أمر التشخيص الفارق الذي يميز اضطراب القلق العام عن الأراجاع المؤقتة^(٢) لأحداث الحياة السلبية (مثل ذلك ، اضطرابات التوافق) .

أما الطبعة الرابعة التي صدرت عن رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية عام ١٩٩٣ ، للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية ، فقد راجعت محكات اضطرابات القلق العام مراجعة دقيقة ، بحيث جعلت هذه المحكات أكثر سهولة وقابلية للاستخدام ، وأكدت بشدة دور عملية التوقع الإدراكي (للانزعاج الدفين) (*DSM-IV; APA, 1993) . وفي طبعته النهائية تم تجاهل شرطاً أساسياً ، وهو الشرط الذي كان يطرح ضرورة المعاناة من نمطين أو أكثر من أنماط الانزعاج ومع ذلك يحدد الدليل الرابع لتصنيف الأمراض النفسية أنه لا بد أن تكون المعاناة منه شديدة وحادة (أنظر مثلاً : الشدة ، ومدة المعاناة ، وتكرار الانزعاج الدفين لا بد أن تزيد المعاناة منه عن الحدود المعروفة الناتجة عن تأثير الحدث المخيف) ويدركها الفرد على أنها غير محتملة ولا يمكنه ضبطها والسيطرة عليها . ولأسباب معينة تم الوقوف عليها مؤخراً ، فقد تم تخفيض الثمانية عشر عرضاً التي كانت تشكل فيما بينها محكات التشخيص - إلى ستة أعراض فقط ، ضمت أعراض زملة الشد الحركي ، وزملة التنبه والفحص الدقيق دون زملة

(1) Empirical .

(2) Transient reactions .

(* إن المحكات التي اقتبسناها لترد ضمن هذا الفصل من الدليل الأمريكي الرابع ، هي المحكات التي اعتمدها مجموعة العمل للاعتماد عليها في تشخيص اضطراب القلق العام . وربما تكون هذه المحكات قد تعرضت إلى مراجعات تحريرية بسيطة قبل نشر هذا الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع .

النشاط الذاتى الزائد . ويعرض الجدول رقم (١) التالى لمحكات تشخيص اضطراب القلق العام ، التى أوردتها دليل التشخيص الأمريكى الرابع للأمراض النفسية .

ونتيجة لإعادة الصياغة وإعادة التنظير لاضطراب القلق العام فى الدليل الأمريكى الثالث الذى تم مراجعته لتصنيف الأمراض النفسية الصادر عام ١٩٨٧ ، فإن البحوث التى أجريت على طبيعة الأعراض المميزة له (مثل ذلك : الانزعاج المزمن والأعراض الجسمية الدائمة) قد ذاع صيتها وازدادت انتشاراً بشكل جزئى (Rapee & Barlow, 1991) . وهذه الزيادة فى التساؤلات العلمية التى تدور حول اضطراب القلق العام ، تعد أمراً مهماً على ضوء ظهور عدد من النماذج النظرية لتفسير القلق واضطراباته . وتفترض هذه النماذج أن العمليات الأساسية المحددة لاضطراب القلق العام ، هى ذاتها العمليات التى تمثل جوهر كل أنواع اضطرابات القلق الأخرى (Barlow, 1988, 1991) . ولقد ترتب على ما سبق ، أننا نعرف اضطراب القلق العام على أنه اضطراب القلق «الأساسى»^(١) (أنظر مثلاً : (Barlow, 1988 & Rapee, 1991) ، وأطلقنا على هذه العملية الأساسية اسم «الفهم أو الإدراك القلق»^(٢) (Barlow, 1988) . وينظر إلى الإدراك القلق على أنه «حالة مزاجية موجهة مستقبلياً ، يصبح الشخص وفقاً لها مستعداً أو مهياً لمحاولة مواجهة أية أحداث سلبية . ويرتبط الإدراك القلق بحالة انفعالية سيئة شديدة وبحالة الاستثارة المزمنة والمرتفعة ، وبحالة الشعور بالعجز عن الضبط والتحكم ، وبتركيز الانتباه على المنبهات المهددة، (مثل ذلك ، الانتباه الحاد والتورط الذاتى والمعاناة من حالة اليقظة والتنبه الحاد لهذه المصادر المهددة) . وفى حين ينظر إلى عملية الإدراك القلق، على أنها موجودة فى كل اضطرابات القلق ، إلا أن مضمونها يختلف من اضطراب إلى آخر (مثل ذلك ، القلق المصاحب لنوبات الهلع من المستقبل كما يظهر فى اضطرابات الهلع ، أو القلق المصاحب للتقويم الاجتماعى السلبى للتفاعل الاجتماعى كما يظهر فى المخاوف الاجتماعية) . ولقد افترضنا فى موضع آخر (Balow, 1988, 1991) أن هذه العمليات (من قبيل : الشد والتوتر، والتيقظ ، والشعور بالعجز عن الضبط والتحكم) ، ربما تنتج عن خبرات الحياة المبكرة ، وربما تقوم مقام العوامل المهيئة للمعاناة من مدى واسع من الاضطرابات الانفعالية أو الوجدانية فى المراحل العمرية التالية .

(1) Basic .

(2) Anxious apprehension .

جدول (١ - ٤)

المحكات التشخيصية لاضطراب القلق العام طبقاً للدليل الأمريكى
الرابع لتصنيف الأمراض النفسية

أ - قلق وانزعاج شديد (توقع إدراكى) يدور حول عدد من الأحداث أو النشاطات (مثال ذلك نشاطات العمل أو الأداء المدرسى) يستمر حدوثه أياماً عديدة لا تقل عن ستة شهور .

ب - يجد الشخص أنه من الصعب السيطرة على انزعاجه .

ج - يرتبط القلق والانعراج - على الأقل - بثلاثة من الأعراض الستة الآتية (ظهرت فى فترة زمنية هى عبارة عن الشهور الستة الأخيرة):

(١) ملل أو شعور بالضيق وأنه على حافة الهاوية .

(٢) شعور بالإجهاد والتعب والإرهاق بسهولة .

(٣) صعوبة التركيز وأن العقل أصبح خاوياً .

(٤) التهيج والاستثارة الشديدة .

(٥) شد عضلى وتوتر .

(٦) اضطراب النوم (ضعف وخور فى الهمة والنشاط أو السكون بلا فعالية ، أو نوم ملول غير مشبع للراحة) .

د - إن التركيز على القلق والانعراج لا ينحصر فقط فى ملامح اضطراب المحور رقم (١) ، فهما عرضان من أعراض نوبات الهلع ، لا شك فى ذلك (كما هى الحال عند المعاناة من اضطراب الهلع) ، بل ويظهر فى الاضطرابات ذات الطابع العام (كما هى الحال عند المعاناة من المخاوف الاجتماعية) ، وهما عرضان لهما طبيعة الشوائب (كما هى الحال عند المعاناة من الوسواس القهرى) ، وهما ليسا بعيدان عن النظام الأسرى وأقارب الدرجة الأولى (عند المعاناة من اضطراب قلق الانفصال) ، ويتدخلان فى أمراض الوزن (كما هى الحال فى المعاناة من مرض فقدان الشهية العصبى) ، ويمثلان مرضاً أساسياً (كما فى مرض التوهم المرضى) ، ولكنهما لا يعدان جزءاً من اضطراب ما بعد الصدمة .

هـ - يتدخل القلق ، والانزعاج ، أو الأعراض الجسمية بطريقة جوهرية في حياة الشخص العادية أو في نشاطاته المعتادة ، أو يسببان تنغيصاً أو كرباً ملحوظاً .

و - ولا يرجع إلى الآثار المباشرة لمخدر أو عقار ما أو حالة طبية عامة ، ولا يحدث على سبيل الحصر أثناء المعاناة من اضطراب المزاج ، والاضطراب العقلي ، أو اضطرابات النمو والارتقاء .

نقلًا عن رابطة الطب النفسي الأمريكية (APA) ، عام ١٩٩٣ ، ،
وأعيد اقتباسه منها بتصريح خاص .

واتساقاً مع ما أكدناه مسبقاً ، ومن وجهة نظر عيادية تماماً ، يمكن أن نوكد مشاهدة مفادها أن المرضى الذين يعانون من اضطراب القلق العام دائماً ما يرتبط ذلك لديهم بوجود تاريخ طويل من القلق العام . فعلى سبيل المثال ، أشارت مجموعة عديدة من الدراسات إلى أن الغالبية العظمى من مرضى القلق العام لا يستطيعون تحديد عمر محدد لبداية المعاناة منه ، أو تحديد العمر السابق في الطفولة لبداية المعاناة منه (راجع مثلاً : Anderson, Noyes, & Crowe, 1986; Robson, & Gelder, 1991; Cameron, Thyer, Nesse, & Curtis, 1986; Noyes et al., 1992; Rapee, 1985; Sanderson & Barlow, 1990) وهكذا- وعلى العكس أو النقيض من كل اضطرابات القلق العديدة الأخرى - فإن اضطرابات من قبيل اضطراب الهلع ، تميل لأن تتسم ببداية متأخرة للمعاناة منها وتكشف عن أعراض حادة قد تحدث فجأة وتتصف بالتفاقم المستمر ولكنها قابلة للتحسن وذات مصير حسن . بينما تفترض الأدلة العلمية الحديثة ، ان اضطراب القلق العام له مظاهر وأعراضاً مختلفة تجعله يتسم بشخصية مستقلة عن كل اضطرابات القلق الأخرى (على الرغم من التذبذبات التي تطرأ على سير هذه الاضطرابات عند التكوين أو النشأة ، لأننا نلاحظ ارتباط نشوئه بوجود أو غياب أحداث الحياة وضغوطها) . وتتفق هذه المشاهدات العيادية مع ما سبق من أطر نظرية قد أرست أسس هذا الاضطراب باعتباره اضطراباً أساسياً يمثل في جوهره- وبشكل مجرد تماماً عملية الإدراك القلق التي يميزها بداية مبكرة للمعاناة غير

محددة المعالم وعوامل مهينة قد ينشأ عنها كثير من الاضطرابات الأخرى) . وفيما يتصل بالدراسات التي كشفت عن معدلات وأنماط الاضطرابات المشتركة^(١)، تبين أن اضطراب القلق العام يشكل أعلى معدلاً كتشخيص إضافي معتمد لدى المرضى الذين يعانون من القلق الأساسي أو يعانون من اضطرابات المزاج (راجع دراسات : Moras, Dinardo, Brown, & Barlow, 1992, Sanderson, Beck, & Beck, 1990). ومع ذلك ، فإنه في حين توفرت أدلة تشير إلى أن القلق العام ينظر إليه على أنه عرض منبئ (نذيري)^(٢) بنشأة وتطوير اضطرابات انفعالية أخرى مثل اضطراب الهلع لدى من يعانون منه (أنظر مثلاً : Garvey, Cook, & Noyes, 1988) ، فإن التساؤل التجريبي المهم الذي لا زال يدور حول النتيجة المعاصرة لظهور اضطراب القلق العام في علاقته باضطرابات انفعالية أخرى ترتبط به وتتفاعل معه لازالت تنتظر مزيداً من الفحوص والبحث والتحصيص . ورغم ذلك ، وعلى ضوء النتائج السابقة ، علينا ألا نندهش عندما نجد أن اضطراب القلق العام قد بدأت تظهر له صياغات وأطر نظرية في سياق اضطرابات الشخصية (Sanderson & Wetzler, 1991) .

ومنذ ظهور الدليل الأمريكي الثالث المعدل لتصنيف الأمراض النفسية ، عام ١٩٨٧ ، زاد عدد البحوث التي كانت تتناول بالدراسة طبيعة الانزعاج بشكل ملحوظ ، وبصفة خاصة تلك البحوث التي حاولت وصف الانزعاج الطبيعي^(٣) والانزعاج المرضي^(٤) . ولقد أشارت الدراسات التي تناولت طبيعة الانزعاج لدى مرضى القلق العام في مقابل مجموعات ضابطة من الأفراد غير القلقين ، إلى أنه على الرغم من أن هذه المجموعات ليست بينها وبين بعضها بعضاً فروق في محتوى الانزعاج بشكل أساسي ، فإن بينها فروقاً جوهرية في المؤشرات التي تعكس القدرة على التحكم في عملية الانزعاج^(٥) (من قبيل : مؤشرات فترات الانزعاج على مدار اليوم ، وتكرار حدوث حالة الانزعاج بشكل غير مفاجئ ، والإدراكات الذاتية للقدرة على التحكم فيه ، ومدى واقعية الانزعاج ، وعدد

(1) Comorbidity .

(2) Prodromal .

(3) normal worry .

(4) Pathological .

(5) the worry process .

حالاته ومجالاته^(١) (Barkovec, Shadick, & Hopkins, 1991, Craske, (١)
 (Rapee, Jackel, & Barlow, 1989; Dinardo, 1991) وقادتنا هذه النتائج -
 جزئياً - إلى مراجعة محكات الانزعاج المطروحة فى الدليل الأمريكى الرابع
 لتصنيف الأمراض النفسية الصادر عام ١٩٩٤ ، لتأكيد طبيعته والعجز عن التحكم
 فيه كعلمح أو كعرض أساسى لهذا الاضطراب . وعلى الرغم من أن البيانات
 محدودة فى هذا الموضوع ، وخاصة البيانات المرتبطة بالمقارنة بين المجموعات
 المرضية والطبيعية فى قدرتها على التحكم الذاتى فى عملية الانزعاج ، فإنه يبدو
 أن أدلة هذه الطبيعة - وهى أدلة قليلة - قد أمكنها التفرقة بين مرضى القلق العام
 ومجموعات مرضى القلق الأخرى . مثال ذلك ، ما وجده أندرسون Anderson
 وبارلو Barlow ، (١٩٩٠) ، من أن نسبة مئوية أكبر من مرضى القلق العام
 بالمقارنة إلى أقرانهم من مرضى اضطرابات القلق الأخرى (كمرضى المخاوف
 المرضية الاجتماعية ، واضطرابات الهلع ، والمخاوف البسيطة ، واضطرابات
 الوسواس القهرى) ، قد أقرروا بمعاناتهم الشديدة من الانزعاج بدرجة لا تطاق .
 وفى تحليل مشابه ، فحص ديناردو Dinardo (١٩٩١) ، القوة التمييزية بين
 استجابات مرضى القلق العام ومرضى القلق غير العام حول سؤال مؤداه : هل
 تقلق بشدة بسبب حدوث أمور بسيطة ؟ وهو أحد بنود قطاع من قطاعات قائمة
 تمثل مقابلة مقننة لاضطرابات القلق العام كنسخة معدلة^(٢) (Dinardo &
 Barlow, 1988) وكانت القوة التنبؤية الموجبة لهذا السؤال مقدارها ٠,٣٦ (أى
 معامل النوعية^(٣)) أو احتمالات تشخيص اضطرابات القلق العام على ضوء
 الاستجابات الإيجابية) ، وكانت القوة التنبؤية السلبية للسؤال نفسه مقدارها ٠,٩٤
 (أى معامل الحساسية^(٤)) ، أو احتمالات عدم تشخيص اضطراب القلق العام على
 ضوء الاستجابات السلبية) . وتشير هذه النتائج إلى أنه على الرغم من أن
 الاستجابات الإيجابية رداً على القلق الشديد لحدوث أمور بسيطة لا يستطيع
 تأييد التشخيص ، فإن الاستجابات السلبية تؤيد هذا التشخيص بما لا يدع مجالاً
 للشك .

(1) worry spheres .

(2) The Anxiety Disorders Interview Schedule Revised (ADIS-R)

(3) Specificity .

(4) Sensitivity .

ولقد حصلنا على فروق في الاستجابات رداً على عدد من البنود المتباينة في القائمة المشار إليها مسبقاً (ADIS-R) (مثال ذلك : أشعر بالقلق الشديد إزاء حدوث بعض الأمور البسيطة ، وأقضى معظم فترات اليوم في حالة من القلق) في دراسة كانت تقارن بين مرضى القلق العام ومرضى الوسواس القهري فقط (Brown, Moras, Zinbarg & Barlow, 1993). أضف إلى ما سبق ، أن مرضى القلق العام قد حصلوا على درجات أعلى جوهرياً بالمقارنة إلى أقرانهم في مجموعات أنماط القلق الأخرى - على الأقل في ثلاث دراسات - (بما فيهم مرضى الوسواس القهري) ، فضلاً عن مجموعة ضابطة من الأسوياء ، وذلك على استخبار حديث جداً طورته جامعة ولاية بين Penn لقياس الانزعاج⁽¹⁾ وعلى مقياس آخر يتسم بالصدق لقياس سمة القلق والانزعاج (Brown, Antony, & Barlow, 1992; Brown et al., 1993; Meyer, Miller, Mitzger, & Borkovec, 1990).

وتفترض أدلة جديدة تدور حول المكون الجسمي⁽²⁾ لاضطراب القلق العام ، أن الأعراض الأكثر ارتباطاً وبشكل متكرر بهذا الاضطراب هي تلك الأعراض التي تجمع بين زميلات الشد والتوتر الحركي والتيقظ والفحص الدقيق (أو الإحاطة) التي أوردها الدليل الأمريكي الثالث المنقح لتصنيف الأمراض النفسية (DSM-III-R) على شكل محكات مرتبطة به أيضاً . ومن المدهش حقاً ، أنه في دراسة حديثة متعددة الأهداف تناولت فحص تكرار وثبات ثمانية عشر عرضاً في مجال القلق لدى عينة مجمعة من مرضى القلق العام قوامها ٢٠٤ مريضاً ، تبين أن معظم الأعراض التي أقر بالمعاناة منها هؤلاء المرضى هي على التوالي : التهيج وسرعة الاستثارة ، والملل ، والقنوط ، والشد العضلي ، والقابلية للتعب بسهولة ، والشعور بالترفة : وصعوبات النوم ، وصعوبات التركيز (Marten et al., in Press). ومن العجيب حقاً ، أن المفحوصين لم يقرروا بوجود المعاناة من أى عرض من أعراض زملة النشاط الذاتى الزائد ، إذا كانت تكراراتها قليلة . وتتفق هذه النتيجة الأخيرة مع البيانات العملية التي تشير إلى أن مرضى القلق العام يستجيبون للضغوط النفسية بقليل من المرونة الذاتية⁽³⁾ ، إذا ما قورنوا بأقرانهم

(1) Penn State Worry Questionnaire (PSWA) .

(2) Somatic Component .

(3) autonomic inflexibility .

أفراد المجموعة الضابطة غير القلقين ، فقد أظهر مرضى القلق العام تجانساً واضحاً في استجاباتهم الذاتية (مثل ذلك ، معدل ضربات القلب ، ودرجة التوصيل الجلدي) رداً على التحديات النفسية التي قدمت خلال مواقف معملية (Hoehn-Saric & Mcleod, 1988; Hoehn - Saric, Mcleod, & Zimmeli, 1989; Lyonfields, 1991) .

وبالإضافة إلى معدلات الاتفاق العائنية التي أبدتها مرضى القلق العام في هذا الجانب (زمنة الأعراض الفيزيولوجية أو الجسمية) في بعض الدراسات (راجع مثلاً : (Marten et al., in Press; Noyes et al., 1992) فإن أعراض الشد الحركي أو التوتر النفسي ربما تعد ملمحاً مميزاً مهما للمعاناة من اضطراب القلق العام . فعلى سبيل المثال ، قد تبين أن أحد المقاييس النفسية الفيزيولوجية التي ميزت باقتدار بين مرضى القلق العام والأسوياء سواء أكان ذلك بدون التعرض للضغوط النفسية أم عند التعرض لها هو مقياس الشد العضلي (كما قيس باستخدام جهاز رسام العضلات الكهربي) (Hoehn- Soric et al., 1989) كما تبين أن درجاتهم على اختبار التحليل الذاتي لمعدل الشد العضلي (Iovibond, 1983) قد ميزت بين أداء مرضى القلق العام وكل بقية مجموعات القلق الأخرى التي وردت في الدليل الأمريكي الثالث المنقح (فيما عدا مرضى الوسواس القهري) فضلاً عن الأسوياء كمجموعة ضابطة (Broun, Antony, & Barlow, 1992) . كما تبين أن درجات مرضى القلق العام على مقياس الشد العضلي الفرعي من اختبار التحليل الذاتي كانت ذات ارتباط مرتفع جوهرياً بمقياس القلق أو الانزعاج المنبثق عن اختبار جامعة ولاية بين، للقلق ، بالمقارنة إلى كل المقاييس الفرعية الأخرى التي يشتمل عليها هذا الاختبار (من قبيل التقرير الذاتي والمعدلات الإكلينيكية للقلق والاكتئاب) ، مما يجعلنا نفترض أن الاتفاق والارتباط بين القلق والشد العضلي كان أقوى من الارتباط بين القلق وما يتصل به من أعراض أخرى (من قبيل : معدل الاستثارة أو الاكتئاب) .

أهداف العلاج (1):

تأسيساً على الأدلة التي تم مراجعتها في الفقرات السابقة ، نجد أن ثمة مكونين أساسيين هما اللذين يشكلان أهداف التدخل لعلاج اضطراب القلق العام

(1) Targets of treatment .

باستمرار ، هذان المكونان هما الانزعاج الذى لا يمكن للمريض ضبطه والتحكم فيه ، وما يصاحبه من استثارة مفرطة وشديدة بصفة دائمة (أو الشد والتوتر الذى يرتبط بأعراض الجهاز العصبى المركزى أساساً) . ولأن الدراسات السابقة التى راجعناها هنا قد أيدت الخلاصة السابقة ، فإن الملامح والأعراض المعرفية والجسمية للقلق العام كانت غالباً ما يتم علاجها بالعلاج المعرفى وأى أسلوب من أساليب الاسترخاء العضلى العميق بصفة أساسية . فضلاً عن ذلك ، فإن وجهات نظر جديدة تالية تدور حول طبيعة الانزعاج المرضى⁽¹⁾ ، (Borkovec & Hu, 1990; Rapee & Barlow, 1991) ترى أن فائدة مواجهة الانزعاج الناجم عن اضطراب القلق العام عن طريق التعرض لنموذج يمكن محاكاته قد بدأت تبرز للوجود كعلاج فعال لاضطرابات القلق العام (راجع مثلاً : Craske, Barlow, & O'Leary, 1992; O'Leary, Brown, & Barlow, 1992) فمثلاً ثمة منحنى نظرياً يرى أن الانزعاج عبارة عن مدعم سلبى يؤدي إلى تثبيط النشاط الفيزيولوجى للمعالجة الوجدانية⁽²⁾ (Borkovec & Hu, 1990) . وهناك منحنى آخر يرى أن الانزعاج ربما يؤدي إلى منع المعالجة العقلية للأفكار والصور الذهنية المضطربة ، وأن هذا غالباً ما يحدث أثناء توقعات المريض لشر مستطير لا يعرف له مصدراً . ولذا فإن العلاج المعرفى الذى أشرنا إليه مسبقاً يعد أمراً مهماً لمساعدة المريض على مواجهة الأفكار السلبية الناجمة عن إدراكه لهذا الحدث المخيف . وفى ظل هذا النوع من العلاج ، فإن المرضى قد يشعرون بمزيد من الراحة والأمان لأنه يتيح لهم مراجعة منطق أفكارهم القلقة وتأملها بعد أن كانوا يتلهون عنها ولا يلقون لها بالاً .

دراسات نتائج العلاج :

نظراً للطبيعة الباثولوجية المركبة والمتنوعة التى أشرنا إليها مسبقاً لاضطراب القلق العام وما يتسم به من خصائص واضطرابات متشابهة ، فقد أشارت الدراسات التالية إلى نتائج متواضعة تعبر عن ضعف كفاءة بعض الطرق العلاجية ، مثل العلاج السلوكى - المعرفى والعلاج الطبى النفسى باستخدام العقاقير النفسية . وهذا أمر مسلم به كذلك بالنسبة لكفاءة مثل هذه الطرق العلاجية

(1) Pathological Worry .

(2) emotional processing .

حتى عند تدخلها لعلاج اضطرابات القلق الأخرى (راجع مثلاً : Brown, Hertz & Borlow, 1992). أضف إلى ما سبق ، أنه إذا كانت معظم الدراسات قد أشارت إلى أن معظم العلاجات الطبية والنفسية التي تم مراجعتها قد أحرزت نتائج متواضعة من حيث مدى التحسن والتخلص من مشاعر الانزعاج والقلق إلى حد ما ، فإن الدراسات التي قارنت بين فعالية بعض الأساليب العلاجية للقلق لم تجد فروقاً دالة وواضحة بين نتائج هذه الأساليب . وهناك عامل آخر ربما يكون قد أسهم في إحراز هذه النتائج المتواضعة بالنسبة لطرق العلاج المختلفة ، هذا العامل يدور حول أنماط العلاج التي تم اختبار مدى فعاليتها . فنظراً لأن نظريات تفسير منشأ اضطراب القلق العام قد أعيد صياغتها بشكل يختلف تماماً عما سبق من نظريات ، بحيث أصبح أهم ما تتسم به هو قولها بوجود مظهر أو عرض تشخيصي أساسي (هو المعاناة الشديدة من الانزعاج ، والقلق) ، فإن معظم الدراسات قد فحصت واختبرت فعالية التدخلات العلاجية الطبية والنفسية غير محددة المعالم والنوعية إلى حد ما (مثال ذلك : التدريب على الاسترخاء العضلي العميق) . ويشبه هذا الموقف العلاجات الراهنة لأنماط اضطرابات القلق الأخرى التي تشتمل على عناصر حيكيت بشكل محدد لتلائم الملامح الأساسية للاضطراب محل التساؤل السابق . فعلى سبيل المثال ، إن علاج اضطرابات الهلع المعروفة باسم «العلاج بالتحكم في الهلع» تشتمل عناصره على إعادة التدريب على التنفس العميق ومزيد من التدريب على التعرض للمنبهات التي تثير الإحساسات الحشوية، مما يجعل هذه العناصر وكأنها مفصلة من أجل أن تلائم المعاناة من قلة التهوية والخوف الشديد من الإحساسات الحشوية التي تسببها نوبات الهلع (الفصل الأول من هذا المجلد Craske & Barlow, 1992). ومع ذلك ، وكما سيتضح في فقرات تالية من هذا الفصل ، فقد كشفت مجموعة من العلاجات الجديدة حديثاً ، أن هدفها بشكل محدد هو علاج العرض الأساسي الذي يعاني منه مرضى القلق ، وهو الانزعاج الشديد الذي لا يمكنهم ضبطه أو التحكم فيه . وقبل أن نسوق الخطوط العريضة لهذه العلاجات ، يحسن أن نقدم أولاً مراجعة للدراسات السابقة المتصلة بعلاج اضطراب القلق العام .

لقد اهتمت الدراسات المبكرة لعلاج اضطرابات القلق العام باختبار وتقييم مدى فعالية أو كفاءة العلاجات النفسية المتصلة بالاسترخاء العضلي العميق أو

بالرجع الحيوى لاستجابة القلق^(١) . وفى حين كانت الغالبية العظمى من هذه الدراسات المبكرة تجرى على عينات شبيهة^(٢) بمرضى القلق الكليينيكين ، (من قبيل طلاب الجامعة متوسطى القلق) . وأحرزت هذه الدراسات قدراً متواضعاً من النجاح فى تخليص الأفراد القلقين من القلق ، نظراً لاستخدامها الأسلوبان السابقان دون أية طرق علاجية أخرى . فقد أشار لوبوف ولودج ، (Le Bowf & Lodge, 1980) ، إلى أن أربعة فقط من ستة وعشرين مريضاً بالقلق أظهروا تحسناً طفيفاً كنتيجة لعلاجهم بالاسترخاء العضلى العميق فقط .

وظهرت قبل ست سنوات فقط مجموعة حديثة من الدراسات كان هدفها جميعاً تقييم مدى فعالية العلاجات النفسية لاضطرابات القلق العام ، وفقاً لمناهج صارمة للتقييم (منها مثلاً ، دراسات استخدمت مقابلات محددة ومقننة للتشخيص ، ودراسات اعتمدت على المقارنات الدقيقة بين المجموعات التجريبية (القلقة) والضابطة ، فضلاً عن التقديرات قصيرة وطويلة المدى فعالية العلاجات النفسية اعتماداً على مؤشرات عديدة للقلق يمكن تحديدها بدقة باستخدام اختبارات نفسية لكل مؤشر من هذه المؤشرات) . أما أنماط العلاجات الفعالة ، التى تصدت هذه الدراسات لتقييمها ، فقد شملت العلاج المعرفى^(٣) ، والتدريب على الاسترخاء العضلى العميق ، والتدريب على مواجهة القلق وإدارته^(٤) واحتوائه ، أو الجمع بين نوعين أو أكثر من الأنواع السابقة ، وتم مقارنة المجموعات التجريبية التى تخضع لهذه الأنواع من العلاج بمجموعات ضابطة من الأفراد المسجلين على قوائم الانتظار ولا يتلقون أى علاج نفسى بشكل مباشر . ونتج عن هذه المقارنات ، أن هذه العلاجات الفعالة أدت إلى تحسن دال لدى مرضى القلق العام بالمقارنة إلى أقرانهم المسجلين على قوائم الانتظار (راجع مثلاً : Barlow et al., 1984; Barlow, Rapee, & Brown, 1992; Blowers, Cobb, & Mathews, 1987; Butler, Cullington, Hibbert, Klimes, & Gelder, 1987; Lindsay, Gamsu, Mclaughlin, Hood, & Espie, 1987) ، كما أشارت نتائج هذه الدراسات إلى وجود أدلة على دوام التحسن لفترة تزيد على ستة شهور بعد انقطاع

(1) biofeed back .

(2) analog subject .

(3) Cognitive Therapy .

(4) anxiety management training .

العلاج ، مما يكشف عن فعالية هذه العلاجات النفسية وما تحزره من مكاسب (راجع دراسات : Barlow et al., 1992; Borkovec & Costello, in press; Borkovec & Mathews, 1988; Bueta., 1987, 199).

ومن النتائج المهمة الأخرى التي تم الخروج بها من هذه المجموعة من الدراسات ، فضلاً عن التحسن طويل المدى ، الانخفاض الشديد في استخدام مضادات القلق كعلاج طبي تقسي من قبل هؤلاء المرضى أثناء فترات المتابعة التي تمتد من ستة شهور إلى سنة ونصف السنة (Barlow et al., 1992 Butler et al., 1991; white, keenan, & Brooks, 1991) ، أن نسبة تتراوح بين ٣٣% إلى ٥٥% من هؤلاء المرضى كانوا يستخدمون أدوية البنزوديازيبينات^(١) قبل خضوعهم للعلاجات النفسية ، في حين أن جميع هؤلاء المرضى قد أوقفوا استخدامهم للأدوية الطبية خلال فترة المتابعة التي امتدت لعامين كاملين . وتبرز أهمية هذه النتيجة على ضوء حقيقة مؤداها ، أن أدوية البنزوديازيبينات بشكل خاص تنصف بمقارمتها لعمليات إيقافها من قبل المتعاطين لها (Schweizer & Rickels, 1991) ، كما تشير أيضاً إلى احتمال مؤداها ، أن العلاجات النفسية الاجتماعية قد يكون من طبيعتها - وفقاً لما أفاد به بارلوف وآخرون (١٩٩٢) - أنها تساعد هؤلاء المرضى في التغلب على المشكلات الناتجة عن إيقاف علاجهم بهذه الأنماط من الأدوية النفسية .

ومع ذلك ، وكما لاحظنا مسبقاً ، فإن معظم هذه الدراسات قد فشلت في الوقوف على أدلة علمية واضحة للكفاءة أو للفعالية التمييزية^(٢) (الفارقة) عند مقارنتها بين فعالية علاجين منها أو أكثر (Barlow et al., 1992; Borkovec & Mathews, 1988, Durham & Turvey, 1987; Lindsay et al., 1987) . على الرغم من وجود بعض الاستثناءات القليلة المخالفة لهذه النتيجة العامة أنظر مثلاً : (Butler et al., 1991) . وربما كان من دواعي اليأس وتثبيط الهمم أكثر وجود نتيجة أخرى كشفت عن اختفاء الفروق الجوهرية بين العلاج النفسي المعرفي والعلاجات غير المباشرة^(٣) أو نسب التحسن التلقائي (Blowers et al., 1987; Borkovec & Mothews, 1988, white et al., 1991) . ومع ذلك ،

(1) Bonzadiazepines .

(2) differential efficacy .

(3) nondirective treatments .

ثمة استثناء يخرج عن نطاق هذه النتيجة الأخيرة ، تبين العثور عليه ضمن دراسة حديثة تشير إلى وجود فروق جوهرية بينهما (راجع دراسة Borkovec & Castello, in press . ولكن بالرغم من ضعف الدليل العلمى الذى يشير إلى الكفاءة التمييزية الفارقة فى معظم هذه الدراسات ، فإن كلا من العلاجات النشطة الفعالة فى مقابل العلاجات غير المباشرة (أو غير الموجهة) قد حققت مكاسب جوهرية قوية (إذا ما قورنت نتائجها بنسب التحسن التلقائى لدى مرضى قوائم الانتظار) . ويرغم ذلك تشير النتائج بشكل عام إلى ضعف الكفاءة التمييزية بين العلاجات النشطة^(١) والعلاجات غير المباشرة مما يؤكد أهمية الاستمرار فى بحث فعالية آليات التدخل العلاجى بهدف تطويرها (Butler & Booth, 1991) .

وقبل وضع إطار نهائي لتطبيق أساليب محددة تلائم تقدير وعلاج اضطراب القلق العام ، يجدر بنا مراجعة بعض دراسات تقييم نتائج العلاج التى تستحق منا مزيداً من التفصيل والاهتمام (مثل تلك الدراسات التى توصلت لأدلة الكفاءة التمييزية بين العلاجات النشطة الفعالة ومكاسب العلاجات التلقائية غير المباشرة) . وأولى هذه السلسلة من الدراسات تلك الدراسة التى قام بها «بوتلر وآخرون» (١٩٨٧) بهدف تقييم مجموعة من اختبارات إدارة القلق^(٢) التى وضعت تأسيساً على أعمال مهمة فى هذا المجال قام بها «سوين وريتشارد سون» (Suinn & Richardson, 1971) لقياس اضطراب القلق العام . تكونت إجراءات العلاج من تعليم المرضى كيفية مواجهة جوانب عديدة لقلقهم عن طريق أساليب من قبيل إجراءات الاسترخاء التى ينفذونها بأنفسهم دون مساعدة ، وإجراءات اللهاو^(٣) التى تستهدف إلهائهم بعيداً عن الجوانب المعرفية للقلق . كما تم التعامل مع أنماط التجنب الدفينة لكل من الهاديات الموقفية والجسمية التى غالباً ما يعانى منها مرضى القلق العام ، وذلك بتشجيعهم على ضبط حياتهم وما يسود فيها من أفعال وفقاً لجدول للنشاطات السارة ، ومراجعة ذكرياتهم التى تدور حول ألوان من نجاحاتهم الماضية والمجالات والمواقف التى تفوقوا فيها وأثبتوا جدارة تسعدهم وعقدت مقارنات بين المرضى الذين عولجوا بأسلوب إدارة قلقهم (ن = ٢٢) ومجموعة ضابطة من مرضى قوائم الانتظار (ن = ٢٣) ، كانت نتائجها وجود

(1) active .

(2) anxiety managment package .

(3) distraction .

تحسن شديد الدلالة بينهما وفقاً لما كشف عنه الأداء على كل مقياس القلق (مثل مقياس تقدير القلق لهاميلتون ، وقائمة سبيلبرجر لحالة - سمة القلق) . وفي فترة المتابعة التي استمرت لمدة ستة شهور تالية على العلاج ، استمر التحسن بنفس معدلاته لدى بعض المرضى ، وازداد بشكل جوهري لدى بعضهم الآخر . فمثلاً ، قد أظهرت المجموعة التجريبية تناقصاً في معدلات القلق وفقاً لأدائها على مقياس هاميلتون للقلق تراوحت حول متوسط نسبته ٥٩% بعد انتهاء إجراءات العلاج مباشرة (بحيث تناقص متوسط الأداء على الاختبار من ١٦ درجة إلى ٦,٦) ، ووصلت معدلات التناقص إلى ٦٩% بعد انقضاء فترة المتابعة التي استمرت ستة شهور كاملة (أى تناقص المتوسط من ٦,٦ إلى ٥ درجات فقط) . وكما ذكرنا في موضع آخر ، فإن هذه النتيجة الأخيرة تشير إلى تفوق فعالية العلاجات النفسية بإدارة القلق بشكل شديد الدلالة إحصائياً بالمقارنة إلى فعالية علاج القلق العام طبياً بأدوية البنزوديازيبينات (Barlow, 1988; Brown, Hertz, & Barlow, 1992) ، وفقاً لأي دراسة من الدراسات التي تعرضت لتقدير الآثار قصيرة المدى لهذه الأدوية مقارنة إلى العلاجات النفسية . ومع ذلك فإن هذه المشاهدات والنتائج ينبغي النظر إليها على ضوء أن هذه الدراسات لم تقارن نتائجها بمجموعات مرضية كانت تعالج بالأدوية الطبية في مقابل مجموعات كانت تعالج نفسياً ، وأخرى ضابطة لم تتلق أى علاجات لا طبية ولا نفسية ، لأن معظم الباحثين كانوا يختارون عينات من بين المرضى الذين كانوا يعانون من القلق العام الحاد لمدة تقل عن سنتين ، مما ساعدهم على عزل واستبعاد مرضى القلق العام المزمن .

وفي دراستهم الثانية من هذه السلسلة ، قام الباحثون أنفسهم (Butler et al., 1991) بتقييم فعالية وأثار علاج معرفي مكثف وأشد صراحة لإدارة القلق من أفكار بيك وإمرى (١٩٨٥) ، حيث طوروا صيغة في شكل علاج لإدارة القلق تخلو من أى نوع من أنواع العلاج المعرفي . وكان هدفهم من تقييم فعالية العلاج المعرفي بهذه الصيغة يقف خلفه افتراض مضمونه أن هذا المنحى ربما يحقق نتائج مثيرة للغاية في علاج عرض الانزعاج الراسخ لدى كل مرضى القلق العام . وقد تم تشخيص المرضى وفقاً لمحكات الدليل الأمريكي الثالث المعدل لتصنيف الأمراض النفسية في شأن اضطراب القلق العام ، ولكن دون تطبيق محك أن تكون مدة المعاناة من المرض عامين فأقل كما حدث في دراستهم

الأولى السابقة . وتكونت إجراءات العلاج من جلسات أسبوعية تمتد على مدى ١٢ أسبوعاً ، بالإضافة إلى جلسات تعزيز تالية لفترة العلاج السابقة لمدة أسبوعين ، أو أربعة أو ستة أسابيع . وطبقت الصيغتان من العلاج (المعرفى مقابل إدارة القلق بلا أى عنصر من عناصر العلاج المعرفى) على مجموعتين تجريبيتين إحداهما تلقت العلاج المعرفى والأخرى عولجت بإدارة القلق ، فى مقابل مجموعة ضابطة من مرضى قوائم الانتظار . كشفت النتائج عن وجود دليل قوى جوهرى يشير إلى أن كلتا المجموعتين التجريبتين قد تحسنتا جوهرياً بالمقارنة إلى المجموعة الضابطة ، وأن المجموعة التجريبية التى تلقت العلاج المعرفى قد تحسنت بشكل جوهرى بالمقارنة إلى المجموعة التى خلّا علاجها من العلاج المعرفى (ن لكل = ١٩ ، ١٩ ، ١٨ على التوالى) ، وذلك كله وفقاً لأدائهم على مقاييس القلق قبل تلقي العلاج وبعده مباشرة ، وبعد مرور فترة المتابعة لمدة ستة شهور ، فقد استمر تحسن المجموعتين التجريبتين ، علماً بأن مجموعة العلاج المعرفى ازداد تحسنها جوهرياً بالمقارنة إلى مجموعة العلاج السلوكى . واتساقاً مع النتائج التى أشار إليها بارلو وزملاؤه فى عام ١٩٩٢ ، بشأن الأدوية الطبية ، فقد تبين أن هذا التحسن الضخم لدى هذه العيلة يرجع فى جزء منه إلى العلاج الطبى الذى كان يعالج به هؤلاء المرضى قبل خضوعهم لبرامج العلاج النفسى ، فقد كان ٤٠ ٪ منهم يعالجون بمضادات القلق مع مهدئات أو المهدئات فقط . ولكن بعد انتهاء إجراءات العلاج النفسى ، استمر ٢٤ ٪ فقط من كلتا المجموعتين فى تناول العلاج الطبى ، وهبطت هذه النسبة المئوية إلى ١٥ ٪ فقط بعد مرور ستة شهور على تحسنهم ، مع تقليل كل مريض على حدة لعدد الجرعات المعتادة .

وحاول بوتلر وزملاؤه (١٩٩١) تحديد دلالة التحسن العلاجى عيادياً عن طريق تطبيق محكات أشد صرامة للتوظيف النهائى لكل حالة^(١) (وذلك من خلال الوقوف على درجاتهم داخل معدل درجات الأفراد العاديين على ثلاثة مقاييس للقلق هى ، مقياس هاميلتون للقلق ، وقائمة بيك للقلق ، ومقياس ليدز للقلق) . وما بعد انتهاء العلاج ، كانت النسب المئوية للمرضى الذين صنّفهم أداءهم ضمن معايير الأفراد العاديين على المقاييس الثلاثة ، هى ٣٢ ٪ فى مقابل ١٦ ٪ لدى مجموعة العلاج المعرفى فمجموعة العلاج السلوكى على التوالى . وارتفعت نسبة مرضى العلاج المعرفى إلى ٤٢ ٪ بعد مرور ستة أشهر على تلقي العلاج ، فى

(1) end-state functioning .

حين انخفضت نسبة مرضى العلاج السلوكى بشكل جوهري إلى ٥% بعد مرور الفترة نفسها . وتظهر هذه النتائج المتواضعة لنتائج التحسن مرة ثانية ، أن اضطراب القلق العام يمكن أن يمثل مشكلة مزمنة وشديدة ، وأن ثمة متسعاً كذلك لمزيد من فرص التحسن والشفاء لدى هؤلاء المرضى المزمنين إذا ما خضعوا للعلاج النفسى بعامة والمعرفى منه على وجه الخصوص . أضف إلى ما سبق أنه فى حين تمثل دراسة بوتلر وزملاؤه (١٩٩١) واحدة من الدراسات النادرة التى أمدتنا بدليل علمى للتمييز الفارقى بين كفاءة علاجين من العلاجات الفعالة ، وهذا ما أيدته دراسة بوركوفيتش وكوستيللو (تحت الطبع) ، فإن كفاءة العلاج السلوكى أظهرت أدنى مستوى لها بالمقارنة إلى الدراسات الأخرى التى تصدت لتقييم فعالية العلاجات النفسية فى شفاء مرضى القلق العام . ولذلك إذا غضينا الطرف عن أسباب هذه الفعالية المحدودة لهذا النوع من العلاج ، فإن المكاسب البسيطة التى حققها العلاج السلوكى لدى هؤلاء المرضى يمكن أن تمدنا بمعيار عقلى حر لاكتشاف الفروق بين مجموعات القلق إذا ما خضعت لمجموعة متباينة من العلاجات النفسية الأخرى الفعالة ، فى مواجهتها للحياة الاجتماعية (فقد تبين مثلاً أن ٥% فقط من مرضى العلاج السلوكى هم الذين يستطيعون مواجهة أعباء محكات توظيف ما لديهم من مهارات على مدى ستة شهور من المتابعة) .

وفى دراسة حديثة أجراها بوركوفيتش وكوستيللو (تحت الطبع) بهدف المقارنة بين فعالية كل من العلاج بالاسترخاء ، والعلاج المعرفى - السلوكى والعلاج غير الموجه لدى عينة تتكون من ٥٥ مريضاً تم تشخيصهم بدقة وفقاً لمحكات تشخيص اضطراب القلق العام التى نص عليها الدليل الأمريكى الثالث المعدل للأمراض النفسية . ونظراً لأهمية هذه الدراسة ، سنصفها بشئ من التفصيل .

تكون العلاج بالاسترخاء التطبيقي من الآتى : تعليم المرضى الاسترخاء العضلى العميق مع التنفس ببطء . وانصب التدريب فى البداية على ستة عشرة مجموعة عضلية ثم انخفض ليشمل أربع مجموعات فقط ، فضلاً عن تعليمهم ضبط الاسترخاء عن طريق هادية معينة ، واستدعاء الاسترخاء بهدف تيسير انتشاره بسرعة وبشكل يسبق عملية تنشيط القلق . ويتضمن العلاج المعرفى - السلوكى جميع عناصر الاسترخاء التطبيقي السابقة ، كما يتضمن جميع مكونات

التعايش مع التطمين المنظم⁽¹⁾ فضلاً عن العلاج المعرفي . وتشتمل عملية التعايش مع التطمين المنظم بناء مدرج القلق إزاء المواقف التي تستثير لدى المرضى استجابات معرفية وجسمية محددة . وعندما يصل المرضى إلى درجة الاسترخاء بعمق شديد يعرض أو يقدم لهم المعالج هاديات القلق الخارجية والداخلية ، ويطلب منهم الاستمرار في تخيل أو تصور مواجهة هذه الهاديات المقلقة أثناء تخيلهم أيضاً الاستغراق في استخدام مهارات الاسترخاء التي تعلموها من أجل مواجهة مثل هذه الهاديات والمواقف المقلقة . وعلى المعالج أن يكرر عرض كل منظر يثير القلق على حدة عدداً كافياً من المرات بحيث يطمئن إلى أنه لم يعد في مقدوره استثارة القلق لدى المريض . وقد تم تقديم العلاج المعرفي كجزء من العلاج السلوكي بعد الإجراءات التي حددها «بيك وإمرى» (١٩٨٥) له بهدف توليد استجابات معرفية محددة لمواجهة ما ينجم عن هذه المواقف المقلقة .

وفي ظل العلاج غير الموجه ، كان المرضى يحاطون علماً بأن أهداف هذا النوع من العلاج هي تعزيز فهمهم لأنفسهم وزيادته ، وأن يكتشفوا بجهودهم الخاصة الأشياء والأمور التي يمكنهم فعلها بشكل مختلف بحيث يتوافقون مع ما يشعرون به . ولم يكن المعالجون يمدونهم بمعلومات محددة عن جوهر اضطرابات القلق العام ولا بنصائح مباشرة أو طرق لمواجهة القلق والتوافق معه ، بل كان كل دورهم يتجسد في إتاحة مزيد من الوقت لهم للتأمل الذاتي مع مساعدتهم في توضيح مشاعرهم وفهمها والتركيز عليها .

أشارت النتائج إلى أنه برغم ضعف الفروق بين العلاجات الثلاثة وبعضها بعضاً في قابليتها للصدق ، والتوقع المستقبلي ، وإدراك مريض القلق للعلاقة العلاجية ، فإنه بعد انتهاء إجراءات العلاجات الثلاثة ، تبين أن العلاج بالاسترخاء التطبيقي والعلاج المعرفي السلوكي كانا أكفأً جوهرياً من العلاج غير الموجه من حيث فعاليتها في تحسن المرضى وشفائهم من القلق . ظهر ذلك عند المقارنة بين المجموعات العلاجية ، وبين الأفراد داخل كل مجموعة على حدة ، فقد حقق مرضى مجموعتنا الاسترخاء والعلاج المعرفي السلوكي أعلى معدلات التحسن . وكانت الفروق في نسب التحسن بين المجموعات العلاجية الثلاثة بعد انقضاء إجراءات العلاج بصفة خاصة تستحق الاهتمام بها والوقوف عندها ملياً لأنها

(1) Coping desensitization .

أشارت إلى أن كل عناصر العلاج بالاسترخاء التطبيقي والعلاج المعرفى السلوكى قد اشتملت على كل معايير التقويم الموضوعى للتحسن بعيداً عن أى عوامل أخرى عشوائية وغير محددة . وعلى الرغم من عدم وجود دليل واضح يشير لوجود فروق فى التحسن وفى كفاءة العلاج بالاسترخاء والعلاج المعرفى السلوكى فى تخليص المرضى من القلق ، فإن نتائج فترة المتابعة التى امتدت لاثنى عشر شهراً قد أشارت إلى أنه ، بالإضافة لاحتفاظ المرضى بمكاسب كلا النوعين من العلاج واستمرار تحسنهم طوال فترة المتابعة ، فإن نسبة كبيرة من مرضى القلق الذين خضعوا للعلاج المعرفى السلوكى قد أحرزوا أعلى معدلات من التحسن والتخلص من المرض وفقاً لمعايير موضوعية بالمقارنة إلى أقرانهم الذين خضعوا للعلاج بالاسترخاء ، وكانت النسب على التوالى (٥٧,٩ % ، ٣٧,٥ %) . وعلى العكس من ذلك بالنسبة لمرضى العلاج غير الموجه ، فقد انتكس معظمهم أثناء فترات المتابعة ، بحيث لم يظل على تحسنه سوى ٢٦,٧ % منهم . (بينما احتاج منهم ٦١,١ % مزيداً من العلاج أثناء فترة المتابعة ، فى مقابل ١٦,٧ % ممن خضعوا للعلاج بالاسترخاء ، ١٥,٨ % ممن خضعوا للعلاج المعرفى السلوكى) . وفى حين لاحظ «بوركوفيتش وكوستلور» (تحت الطبع) من خلال دراستهما هذه ، أن كلا من العلاج بالاسترخاء والعلاج المعرفى السلوكى قد حققا أعلى معدلات الكفاءة من حيث تخليص المرضى من القلق العام وفقاً لنتائج تقويم كفاءة أنواع العلاج حتى الآن ، فإنهما قد أوصيا فى نهاية هذه الدراسة بأنه لأن هذين النوعين من العلاج قد أحرزا معدلات للتحسن والشفاء استمرت لدى ثلث أو نصف المجموعتين لما يزيد على عام بكامله كفترة متابعة ، أوصيا بضرورة تطبيق هذين العلاجين واستمرار البحث فيهما بهدف تطويرهما ورفع كفاءتهما وفعالتهما من أجل علاج اضطرابات القلق العام .

ولقد طورنا - حديثاً - منحنى علاجياً جديداً لعلاج اضطرابات القلق العام ، يوجه مباشرة لعلاج عنصر الانزعاج . هذا العلاج اكتسب مزايا عديدة من خلال معرفتنا بالتطورات الحادثة فى علاج اضطرابات الهلع داخل المركز الذى نعمل فيه . ففى دراسة أولية أجراها أوليرى وزملاؤه (O, Leary et al., 1992) قامت بتقييم مدى فعالية التعرض للانزعاج أو للقلق فى صورته المجردة (أى بدون عناصر علاجية أخرى من قبيل التدريب على الاسترخاء أو استخدام العلاج المعرفى) مستخدمة تصميماً تجريبياً داخل الأفراد ذا خط أساس متعدد . وكانت

تتم مقابلة ثلاثة من المرضى ، الذين تم تشخيصهم بأنهم يعانون من القلق العام وفقاً لدليل التشخيص الأمريكي الثالث المعدل ، كل منهم على حدة فى جلسات أسبوعية امتدت من ٨ إلى ١٢ أسبوعاً . وكان التعرض للقلق يحدث بشكل تام عن طريق التدريب عليه بين الجلسات وبعضها بعضاً وكذلك داخل كل جلسة على حدة . وكان المرضى يراقبون بأنفسهم يومياً مستويات القلق والمزاج ، ثم يجيبون عن هذه الاستخبارات أسبوعياً ، استخبار جامعة ولاية بن لانزعاج والقلق PSWQ ، ومقاييس الاكتئاب ، والقلق ، والانعصاب (DASS) ، واستخبار الضبط الانفعالى . (ECQ) (Papee, Crask, & Barlow, 1989)

أشارت النتائج إلى أن اثنين من المرضى الثلاثة قد أظهرنا انخفاضاً جوهرياً عيادياً فى المستويات اليومية للقلق والاكتئاب مع انخفاض مثير فى درجات استخبار بن لانزعاج . وعلى الرغم من أن المريضة الثالثة لم تظهر هذا الانخفاض الشديد فى مستويات الانزعاج والقلق ، فإن ارتفاع درجاتها على استخبار الضبط الانفعالى (ECQ) عبر فترة العلاج قد أظهرت انخفاضاً فى إدراكاتها الذاتية لضبط حالات الانزعاج والحالات الانفعالية الأخرى . أضف إلى ما سبق ، أنه بفحص المرضى الثلاثة من حيث معدلات القلق لديهم بعد توليد أسوأ معدل منه يمكن ملاحظته (حيث بلغ القلق ذروته^(١)) ثم بعد خلق بدائل لهذه النتيجة المخيفة أى مرحلة ما بعد القلق^(٢) ، كشف الفحص عن وجود آثار للتعود ، حيث أصبحت ذروة القلق أعلى بشكل متنسق من مرحلة ما بعد القلق ، مما يشير إلى أن التدخل كان له تأثير حقيقى كاستراتيجية لإعادة التشريط^(٣) وبما يتسق مع ما تم افتراضه مسبقاً .

وعلى أية حال ، لقد تم تكريس بقية هذا الفصل لوصف هذا العلاج ووصف منحاناً فى تقدير اضطرابات القلق العام وقياسها . وسيتم وصف إجراءات العلاج كوحدة واحدة متضمناً وصف التعرض للانزعاج^(٤) مثله فى ذلك مثل وصف العلاج المعرفى ، والتدريب على الاسترخاء ، فضلاً عن استراتيجيات أخرى (مثل الوقاية من سلوك الانزعاج^(٥) وحل المشكلات) .

(1) peak anxiety .

(2) post anxiety .

(3) deconditioning strategy .

(4) worry exposure .

(5) worry behaviour prevention .

سياق العلاج (١)

وصف مكان العلاج

تجرى جميع عمليات الفحص والتقدير النفسى وعلاج حالات اضطرابات القلق العام ، حتى اليوم ، داخل عيادة أمراض المخاوف والقلق التابعة لمركز أمراض المشقة النفسية والقلق . وعلى مدار العام يرد لهذه العيادة ما يزيد على ٣٥٠ حالة جديدة ، ويتم تشخيص ١٠٪ تقريباً من هذه الحالات بشكل أساسى تحت تصنيف أساسى^(٢) هو اضطراب القلق العام . وتعنى كلمة تشخيص أساسى ، أنه على الرغم من أن هؤلاء المرضى يكون قد وضعت لهم تشخيصات أخرى مشتركة^(٣) فإن معاناتهم من اضطراب القلق العام هى التى تسود بشكل واضح . ويخضع المرضى الذين يردون للعيادة لأول مرة ، ويكونون فى حاجة لتقدير نفسى أو تقدير وعلاج نفسى ، يخضعون لعملية فرز سريعة (عادة ما تتم عن طريق الهاتف) للتأكد من مدى حاجتهم لمثل هذه الخدمة النفسية المتخصصة (وتسمى هذه العملية بمدى ملاءمتهم للتقييم) . بعد ذلك يخضع هؤلاء المرضى لعملية تقييم للاتحاق بالعيادة أو دخول المركز^(٤) بحيث يتكون التقييم من تطبيق واحد أو اثنين باستخدام مقابلة مقلنة لتشخيص القلق العام ، ومجموعة من الاستخبارات (بطارية) ، وقد تتطلب بعض الحالات الأخرى إجراء تقدير نفسى فيزيولوجى^(٥) . وعندما تكون الحالة قد أكملت عمليات مقابلة أو تقييم الالتحاق ، وتحدد لها التشخيص الأساسى (الذى عادة ما يتم من خلال مقابلة جماعية من فريق العيادة الذين يتداولون فيما بينهم لتحديد تشخيصات اتفاقية) ، تلتحق بالعيادة ويتحدد لها أحد أعضاء الفريق الذى يقوم بفحصها باستخدام الصورة المعدلة من المقابلة التشخيصية المقلنة للقلق العام . ثم تعطى الحالة نتائج مقابلة الدخول وتقرير إحالتها للعلاج^(٦) . إن معظم الحالات التى يتم تشخيصها وفقاً لدليل التشخيص الأمريكى الثالث المعدل على أنها تعانى من اضطراب القلق العام كتشخيص أساسى ، تلتحق بأحد برامج علاج القلق العام التى تقدمها عيادتنا . وبعد

(1) context of therapy .

(2) principal diagnosis .

(3) Comorbid diagnoses .

(4) intake evaluation .

(5) psychophysiological assessment .

(6) treatment referral .

قبولها ضمن حالات البرنامج العلاجي ، تستكمل بعض عمليات الفحص والتقدير النفسى الإضافية تلقائياً لأغراض تطبيق برنامج العلاج النفسى الذى ستخضع له ، ومدى تمثيلها للتشخيص الأساسى (من قبيل المراقبة الذاتية قبل العلاجية للانزعاج والقلق) .

وفى الماضى ، كانت برامجنا لعلاج اضطرابات القلق العام تأخذ شكلين هما صيغة العلاج الفردى وصيغة العلاج الجمعى (لجماعات صغيرة يتراوح عددها بين ٤-٦ حالات) . وفى حين عرض هذا الفصل لوصف محدد لإجراءات كلا النوعين من العلاج اللذين كانا يتم تطبيقهما أو استخدامهما ، فإننا نرى - فى الوقت الحاضر - أنه من الأنسب تماماً التخلّى عن إحدى هاتين الصيغتين العلاجيتين لحساب صيغة العلاج الجمعى - من خلال جماعات صغيرة ، لأننا نفترض أن ثمة صعوبات عملية يشتمل عليها عنصر «التعرض للانزعاج» يمكن أن يتغلب عليها العلاج الجمعى دون العلاج الفردى . نحن لم ننتهت من التكامل بين الاسترخاء وعناصر إعادة تكوين البنى المعرفية - حول القلق - التى ينبغى أن تنهض بنائها وإعادة صياغتها صيغة الجماعة بشكل أساسى ، ولكننا وجدنا أن بعض الحالات - فى الواقع - تستفيد من بعض مزايا هذه الصيغة العلاجية اعتماداً على مدى تماسك الجماعة (مثال ذلك قدرة الجماعة على مساعدة الحالة فى إعادة صياغة البنى المعرفية) . ومع ذلك فإن المدى الذى يمكن لهذه الصيغة العلاجية أن تحقق وفقاً له نتائج ملموسة ، يعد منطقة لازالت تنتظر بحوثاً مستقبلية .

متغيرات الحالة (المريض) (١)

لقد أشارت فقرة المراجعة النظرية السابقة فى هذا الفصل إلى أن بعض خصائص حالات اضطراب القلق العام قد يكون لها تأثير على عملية العلاج . فبالإضافة إلى الأعراض والملامح المرضية التى تشكل فى مجموعها محكات هذا المرض حسب تصنيف الدليل الأمريكى الثالث المعدل ، ثمة خصلة بارزة بشكل أساسى تقف فى مواجهة عملية العلاج مؤداها المعدل المرتفع لنسب وجود أعراض مرضية متعددة بشكل واضح لدى حالات اضطراب القلق العام . وعلى الرغم من أن هذه منطقة من المناطق العلمية التى حظيت باهتمام بحثى تجريبى (٢) قليل (Brown & Barlow, 1992) ، فإن وجود اضطرابات نفسية ذات طبيعة

(1) client variables .

(2) empirical .

مترابطة ومتداخلة تحتم على أى معالج نفسى أن يأخذها فى اعتباره عند وضع تخطيط للعلاج . على سبيل المثال ، إذا ما أخذنا الارتباط التام بين القلق المعمم⁽¹⁾، والانزعاج⁽²⁾ ، والاكتئاب⁽³⁾ (Andrews & Borkovec, 1988, Zinbarg & Borlow, 1991) ، فإن درجة الاكتئاب التى يكشف عنها مريض القلق العام إما فى كل عرض واحد أو فى كل زملة من الأعراض لابد للمعالج أن يكون على علم بها ، لأن الاكتئاب يرتبط دائماً بالاستجابة الضعيفة جداً للعلاج من قبل مرضى القلق العام ، وذلك عند علاجهم بالعلاج المعرفى السلوكى (أنظر مثلاً : Barlow et al., 1992) . أكثر من ذلك ، إذا نظرنا إلى اضطرابات الهلع واضطرابات القلق العام ، سنجد أنهما غالباً ما يحدثان معاً (Moras et al., 1992) ومن ثم ينبغى أن يكون المعالج على علم بهذا الارتباط المرضى لهما ، لأن ذلك من شأنه أن يجعله يضع ضمن إجراءات علاج القلق العام ، والتدريب على الاسترخاء العضلى العميق للتغلب على مشكلة القلق الشديد التى تسببها حالة الهلع المصاحبة للقلق العام الذى يعانى منه المريض .

وثمة خصلة أخرى يتسم بها مريض القلق العام ، وقد يكون لها اتصال بنتيجة العلاج وفعاليتها ، مؤداها درجة انزعاج المريض بسبب نقص الشروط أو الظروف التى من شأنها يقل هذا الانزعاج ، وهو ما يمكن أن نطلق عليه مسمى «انهيار الأنا»⁽³⁾ . وقد ينظر إلى اضطرابات القلق العام على أنها اضطرابات فى السمات الشخصية⁽⁴⁾ (Sanderson & Wetzler, 1991) ، لوجود أدلة تؤيد هذه الوجهة من النظر ، منها أننا لاحظنا أن بعض مرضانا الذين يعانون من القلق العام قد يقاومون عند مواجهة أو عند محاولتهم تخفيض درجة انزعاجهم إلا بسبب أنهم يدركون انزعاجهم كسمة تكيفية (كان يدرك الانزعاج من قبلهم كمخفف بشدة لوقوع حدث سلبي ما) أو بسبب إدراكهم لانزعاجهم على أنه يعد فى جوهره جزءاً متكاملأ من ذواتهم بحيث يمكن التعبير عنه ويظهر بوضوح كسمة من سماتهم عندما لا يجدون فى واقع حياتهم ما يثير انزعاجهم . إن جزءاً من حياة هؤلاء المرضى أنهم يبدون كما لو كانوا يريدون العيش فى حالة من الانزعاج والشد

(1) generalized .

(2) worry .

(3) Ego Syntonic .

(4) Characterological disorder .

الدائم . ولذا فإن هؤلاء المرضى عادة ما يطلبون العلاج النفسى بهدف تلقى المساعدة لخفض الجانب الجسمى^(١) لهذا الاضطراب على الرغم من أنهم لا يرون إطلاقاً أن الانزعاج الذى يعانون منه له أى صلة بأعراض الشد والتوتر العصبى الدائم وفرط الاستثارة وشدة التهيج . هذه مجرد ملاحظات إكلينيكية نبديها من جانبنا ولا يوجد حتى الآن دليل علمى لاختبارها ، وتحديد مدى حدوثها وانتشارها كسمات وخصال شخصية منبئة بفعالية العلاج النفسى ومنبئة بنتائجه .

متغيرات المعالج (٢)

إن البحث فى مدى فعالية العلاجات المعرفية السلوكية للتخلص من اضطرابات القلق العام يمكن النظر إليها على أنها لا زالت فى مهدها ، لأنه لا توجد - حتى اليوم - بيانات علمية تكشف عن مدى تدخل خصال المعالج ومتغيراته فى تشكيل نتائج العلاج . وعلى الرغم من أن قليلاً يمكن أن يقال حول الأسس التجريبية لصفات المعالج ، فبالأكيد يمكننا أن نقنع فى هذه المرحلة بضرورة أن يتمتع المعالجون النفسيون بمجموعة من الصفات ، منها امتلاكهم لكل أسس استخدام أساليب العلاج المعرفى السلوكى ، بالإضافة إلى الفهم الكامل للنماذج النظرية المعاصرة التى تفسر نشأة الانزعاج واضطراب القلق العام . ولأن العلاج المعرفى يشكل واحداً من الأساليب الأساسية لعلاج اضطرابات القلق العام، فينبغى أن يتسلح المعالجون بالقدرة على تطوير أساليب فعالة لهذا النوع من العلاج (مثل استخدامهم للطريقة السقراطية^(٣) الاستنباطية ، وجمع الأدلة الواقعية ، ومساعدة الحالة على تحديد وصياغة الأفكار الآلية السلبية^(٤)) (راجع بيك Beck وإمرى Emery) (١٩٨٥) ، ويونج Young وبيك وواينبرجر Weinberger ، فى الفصل السادس من هذا المجلد) ، وينبغى أن يملكو مجموعة من الخصال التى يتضح من خلالها أنهم معالجون معرفيون مؤثرون (مثل ذلك : قدرتهم على التخاطب مع الحالات بثقة وفعالية ، والتعاطف الحصيف ، والدفع بلا تورط انفعالى ، والقدرة على تطويع مبادئ وأساليب العلاج المعرفى بما يتسق وحاجات كل حالة على حدة) .

(1) Somatic .

(2) Therapist variables .

(3) Socratic method .

(4) Automatic thoughts .

وفيما يتصل بالمكونات المتعددة التي تشكل في مجموعها إجراءاتنا العلاجية لاضطرابات القلق العام ، فقد تبين من خلال خبراتنا في هذا المجال ، أن أشد الصعوبات التي تواجه مرضانا تكمن في تعلمهم وقدرتهم على ممارسة الأساليب المعرفية بالطريقة التي تجعلها مفيدة لهم وأشد فعالية . كذلك فإن المعالجين الذين يطلب منهم تدريب هؤلاء المرضى على ممارسة هذه الأساليب المعرفية لازالوا في حاجة للإشراف عليهم وتوجيههم كيفية التعلم وتطويع هذه الأساليب بما يتفق وكل حالة على حدة . وفيما يتصل بتدريب كل من المعالج والمريض على السواء ، فإن أشد الصعوبات التي تقف في مواجهتهما تكمن في طرق تحديدهما أو مواجهتهما للأفكار والإدراكات ذات الطبيعة النشئية الوراثية⁽¹⁾ التي تثير قلقهم وانزعاجهم ، وهي المعارف والإدراكات التي لا تقبل التعلم والتطبيق والممارسة بشكل واضح (مثل ذلك : تطبيق وممارسة صياغة بعض الأفكار والإدراكات المضادة قبل القدرة على تحديد الأفكار الآلية السلبية الأكثر بروزاً ، وضعف المريض عن مواجهة هذه الأفكار عن طريق توليد حجج وبراهين عقلية مضادة غير ملائمة وبدائية) . وسنعود لمناقشة هذه القضية في فقرات لاحقة من هذا الفصل .

وأيضاً ، لقد لاحظنا مؤخراً في هذا الفصل ، أن الخلفية العلمية الدقيقة للنظرية المعرفية السلوكية والعلاج المنبثق عنها تعد مصدر قوة للمعالج عند تطبيقه لأحد مكونات الإجراءات العلاجية لاضطراب القلق العام المعروفة باسم «التعرض لمواقف الانزعاج» . سوف تساعد هذه المعرفة من التأكد من أن مؤشرات التعرض العلاجية الفعالة يمكن تطويعها على نحو متكامل لمصلحة المريض (مثل ذلك : إدراك وحماية الحالة من حيرتها وذهولها وتوفير مدى زمنياً واسعاً للتعرض من أجل تكوين عادات لدى مرضى القلق العام تمكنهم من التوافق مع الصور العقلية التي تسبب انزعاجهم وكيفية مقاومتها والتعامل معها) .

(1) Anxiogenic cognitions .

التقدير (١)

التصنيف والفرز (٢)

وفقاً للدليل الأمريكي التشخيصي الثالث المعدل لأمراض القلق واضطراباته، يظل القلق العام من بين أصعب اضطرابات القلق التي تفتقر إلى معاملات ثبات مرتفعة (راجع : ديناردو ، وموراس ، وبارلو ، وراي ، وبروان Dinardo, Moras, Barlow, Rapee & Brown) (تحت الطبع) . وبينما تشير المراجعات المطروحة في الدليل الأمريكي الثالث المعدل إلى أن المحكات التشخيصية المتصلة باضطراب القلق العام قد تحسنت معدلاتها التشخيصية إلى حد ما ، فإن دراستنا الراهنة قد اختبرت ثبات هذا الاضطراب - وفقاً للدليل الأمريكي الثالث المعدل - عن طريق تطبيق صورة مستقلة من المقابلة التشخيصية المقننة والمعدلة مرتين بينهما فاصل زمني ، بحيث حصلنا على معامل ثبات لاضطراب القلق العام - من بين كل اضطرابات القلق الأخرى ، مقداره (٠,٥٧) ، (ديناردو ، وآخرون Dinardo, et al) (تحت الطبع) . ولقد أدت النتيجة المتسقة التي تتصل بشدة انخفاض معامل ثبات هذا الاضطراب بالمقارنة إلى اضطرابات القلق الأخرى ، إلى دعوة عدد من الباحثين للمناقشة معا وبحث أسباب هذه النتيجة . وكانت الخلاصة التي انتهوا إليها هي ضرورة وضع محك أساسي عدد تشخيص مرضى القلق العام مؤداه التوصية بتطبيق مقابلتين للمريض ذاته عن طريق طبيبين مستقلين للوقوف على معامل اتفاق التشخيص . ولقد بدأ هذا الإجراء المنهجي في الظهور في الدراسات السابقة لهذا الموضوع . مثال ذلك ظهوره في دراسات بوركوفيتش وكوستيللو Borkovec & Costello (تحت الطبع) .

وكما نوهنا إلى ذلك في مواضع أخرى ، مثال ذلك : بروان وآخرون Brown et al (١٩٩٣) ، وديناردو وآخرون Dinardo et al ، (تحت الطبع) ، فقد تبين وجود عوامل عديدة يمكن أن تكون سبباً في مثل هذه المعدلات المنخفضة لمعاملات الاتفاق المتصلة بتشخيص اضطرابات القلق العام . من هذه العوامل مثلاً ، وجود نماذج نظرية حديثة تتعامل مع هذا الاضطراب على أنه نوع من القلق الأساسي لمجرد أن ملامحه تعكس العمليات الأساسية للقلق ، وهذه نظرة

(1) Assessment .

(2) Classification .

علمية عفى عليها الزمن ، راجع : بارلو Barlow ، (١٩٨٨) ، (١٩٩١) ، ورايى Rapee (١٩٩١) . فلو أن هذه النماذج تتسم بالصدق لكان على المرء أن يتوقع ، أنه ما دامت الأعراض متوفرة في هذا التشخيص ، فإنها ستكون ممثلة في كل اضطرابات القلق بكل تشخيصاته ، بقدر ما يمكن أن تكون موجودة في الاضطرابات المزاجية . أضف إلى ما سبق ، أن اضطراب القلق العام يمكن تحديده فقط عن طريق ما يتضمنه من عمليات داخلية تمثل ملامحه الأساسية (من قبيل الانزعاج الشديد ، وأعراض الشد أو الاستثارة الدائمة) . وهكذا ، يمكننا أن نخلص إلى أن غياب الملامح الأساسية^(١) الذى يحدد الاضطراب بوضوح ، يمكن أن يسهم أيضاً في انخفاض ثباته التشخيصى بالمقارنة إلى ارتفاع معدلات معاملات الاتفاق التشخيصية للاضطرابات التى تتوفر لها هذه الملامح الأساسية (مثال ذلك الأعراض القهرية في عصاب الوسواس القهرى ، وعرض التجنب الرهابى ، في اضطراب المخاوف البسيطة ، وفقاً لما أشار إليه ديناردو وآخرون Dinardo et al مثلاً (تحت الطبع) .

وهناك جوانب أو زوايا أخرى للنظر تتصل بالمحكات التشخيصية لاضطراب القلق العام ينبغى أن نأخذها في حسابنا عند فحص الأسباب والعوامل المحتملة التى تسهم في انخفاض ثباته التشخيصى . فقد انتهى الدليل الأمريكى الثالث المعدل على سبيل المثال ، إلى أنه لا يجب وضع تشخيص محدد لهذا الاضطراب (القلق العام) إذا ما وقعت الأعراض التى تحدده فقط أثناء المعاناة من اضطرابات المزاج^(٢) أو من الاضطراب الذهاني^(٣) . واستمر وجود هذا المحك ولا زال موجوداً في الدليل الأمريكى الرابع (راجع المحك ١٠ ، في الجدول ٤-١ السابق) . ويبدو أن هذا المحك التشخيصى قد تم تضمينه في دليل تشخيص هذا الاضطراب - جزئياً - من أجل الاقتصاد وتقليل التشخيصات (مثال ذلك ، نحن نمنع وضع التشخيصين أو عندما يكون ممكناً اتساع التشخيص ب للتشخيص أ بكل ما يشتمل عليه من أعراض و ملامح ، مما يضر بكلا التشخيصين معا ويزيدهما ضعفاً) . ومع ذلك فإنه في حالة المعاناة بصفة خاصة من اضطرابات المزاج (مثال ذلك ، الاكتئاب الأساسى ، أو الانقباض) ، يكشف عديد من

(1) Key feature .

(2) Mood disorder .

(3) Psychotic disorder .

المرضى بهما عن تاريخ عيادى مصحوباً بتفاقم مزمن لنوبات متناوبة أو متداخلة من الاكتئاب والقلق الدائم ، فيما أشار إليه زينبارج وبارلو Zinbarg & Barlow (1991) . وهكذا يصبح الاختصاصى العيادى فى وضع صعب إلى حد ما إذا ما حاول الاعتماد على التقارير الاسترجاعية لمرضاه والتي تتصل بوضعهم الراهن وبقاء نوبات القلق والاكتئاب ، من أجل تحديد ما إذا كانت تتوفر المحكات التشخيصية لاضطراب القلق العام رغم غياب اضطرابات المزاج .

وهناك تشابه واضح بين الدليل الأمريكى الثالث المعدل والدليل الأمريكى فى طبعته الرابعة فيما يتصل بمحكات تشخيص اضطرابات القلق العام ، إذ نص كلاهما على أن «بؤرة القلق والانزعاج لا تقتصر على أعراض وملاحض اضطرابات المحور التشخيصى الأول بمفرده» (راجع المحك د فى الجدول ١-٤ السابق) . ففى عدد كبير من الحالات ، يمكن أن تكون مسألة تحديد ما إذا كانت انزعاجات المريض تمثل مناطق من الخشية والتهديد المرتبط باضطراب آخر ، مسألة واضحة المعالم نسبياً (فمثلاً إذا كان لدينا مريض يعانى من تاريخ مشترك من القلق العام والهلع ، فإن استبعاد الانزعاج كملمح أساسى من ملاحض تشخيصه بالهلع لن يمنعنا مستقبلاً من توقع تشخيصه ومعاناته من القلق العام الذى تمثل الانزعاجات الجوهر الأساسى له) . ومع ذلك ، فإن التوصل إلى وضع تشخيصات فارقة بين اضطراب القلق العام واضطرابات القلق والمزاج الأخرى ، وذلك على ضوء الأدلة المتوفرة بصفة خاصة - عن معدل التشابه فى التاريخ المرضى بينهم ، يعد أمراً صعباً فى كثير من الأحيان ، وفقاً لما قرره موراس وآخرون Moras et al (1992) ، وساندرسون وآخرون Sanderson et al (1990) ، (فعلى سبيل المثال ، هل يمكن التفرقة بين الانزعاج الدائم الذى يرتبط بالخوف والخشية ، حتى إذا ما تأخر فى الظهور وإثارة المخاوف الاجتماعية ، وبين كونه يعد انعكاساً لميل عام تجاه عدد لا حصر له من الأمور التافهة التى يقلق إزاءها المريض بالقلق العام ؟ ، راجع ما ذكره بارلو وديناردو Barlow & Dinardo (1991) . أضف إلى ما سبق ، أن من يقوم بإجراء مقابلات دقيقة ربما يكون بحاجة ماسة لكشف النقاب عما إذا كانت منطقة الانزعاج التى ظهرت أمامه عند الفحص ترتبط فعلاً باضطراب القلق العام أم ترتبط باضطراب آخر أم بكلا الاثنين معاً (مثل ذلك ، هل الاهتمام بأداء العمل وبالأموال المالية أمر طبيعى متكرر بالنسبة لشخص ما ؟ ، أم أن هذه الاهتمامات تظهر فقط بعد بدايات نوبات

الهلع غير المتوقعة؟ أم أن المريض بدأ يعاني من القلق بسبب توقعاته التي تدور حول إمكانية حدوث نوبات الهلع أثناء قيامه بعمله؟ .

وعلى ضوء ما ورد في الدليل الأمريكي الثالث بالطبعة المعدلة ، يوجد مصدر آخر ممكن لضعف الثبات التشخيصي لاضطراب القلق العام ، يدور حول ما إذا كان لدينا مكونين للانزعاج والقلق أم مكوناً واحداً له . فقد لاحظ ديناردو وآخرون (Dinardo et al تحت الطبع) - في محاولة منه للتمييز بين مصادر ضعف ثبات تشخيص هذا الاضطراب - أن المشخصين يختلفون حول مسألة النظر إلى الانزعاج ما إذا كان له مصدر واحد أم مصدران يكونانه (مثال ذلك ، مقابل⁽¹⁾) يعتبر قلق المريض أو إنزعاجه وحزنه مصدره الحالة الصحية السيئة لزوجته ، ومرض أطفاله وأمنهم ، وبعد ذلك كله مصدراً واحداً يسميه «أمور عائلية» ، في حين ينظر مقابل آخر إلى هذه الأمور العائلية على أنها مصدرين أو مجالين مختلفين للانزعاج والقلق) . ولكن - وفقاً للدليل الأمريكي - الطبعة الرابعة - يبدو أن هذه القضية قد انتهت لأن المحكات الواردة في هذا الدليل لا تتطلب وجود هذين المجالين أو وجود مصدرين للانزعاج كل منهما منفصل عن الآخر (راجع المحك أ في الجدول ٢-٤) . ومع ذلك - ووفقاً للدليل الأمريكي - الطبعة الرابعة - لزال الحكم العيادي⁽²⁾ يطلب تحديد عدد الأحداث والنشاطات التي تشكل الانزعاج الشديد (المحك أ) .

وأخيراً لكي نحقق ثباتاً مرضياً لتشخيص اضطراب القلق العام ، يجب أن تيسر محكات التشخيص عملية التمييز بين القلق والانزعاج «الطبيعي» والقلق أو الانزعاج المرضي⁽³⁾ . ولكي نساعد في إمكانية التمييز بينهما ، فقد أقرت محكات القلق التي وردت في الدليل الأمريكي الثالث - الطبعة المعدلة ، أن مجالات القلق لا بد أن تحدث وبشكل مكثف على مدى ستة شهور أو أكثر ، يكون الفرد خلالها قد قلق وهاج أياماً عديدة بسبب أمور تافهة لا تسبب مثل هذا القلق الشديد (APA, 1987, p.252) . ولقد ظلت هذه المحددات باقية في هذا الدليل بل وامتدت للطبعة الرابعة منه ، وهي (من قبيل : الإفراط في القلق ، ومدة ستة شهور ، والحزن البادي ، والتشوش الواضح) . ولقد لاحظنا مسبقاً ، أن مدة الستة شهور قد تحددت

(1) interviewer .

(2) clinical judgment .

(3) pathological worry .

- جزئياً - للتمييز بين اضطراب القلق العام والأرجاع العابرة لمتغيرات المشقة النفسية الاجتماعية التي تميل أكثر لتشخيصها كشكل من أشكال اضطرابات التوافق. ولقد راجعنا أنفاً الدليل العلمي الذي يبرهن على القدرة على التفرقة بين القلق الطبيعي والقلق المرضى وفقاً لأبعاد من قبيل كمية الوقت في المعاناة من القلق والعجز عن التحكم في عملية القلق وإدراكها وترويضها وتوجيهها الوجهة الصحيحة ، وفقاً لما ذكره كل من بوركوفيتش وآخرين (١٩٩١) وكراسك وآخرين Carske et al (١٩٨٩) ، وديناردو (١٩٩١) . وعلى الرغم من وجود هذا الدليل فإن ديناردو وآخرين (تحت الطبع) قد لاحظوا أن التشويش الذي يحيط بالحكم غير الواقعي الشديد ومتطلباته ، يسهم في حدوث الاختلافات في تلك الدراسة التي وظفت المحكات التي وردت في الدليل الأمريكي الثالث - في طبعته المعدلة . ويحدونا الأمل أنه مع التغيرات التي طرأت على محكات القلق في الدليل الأمريكي - الطبعة الرابعة (المحكان أ ، ب) ، وهي التغيرات التي تؤكد الفعالية الشديدة للقابلية للضبط والتحكم وإدراك الانزعاج أكثر من طلب تحديد مجالات محددة له ، يحدونا الأمل في إزالة التشويش التشخيصي بشكل ملحوظ .

ومجمل القول ، أن القضايا سالفة الذكر تفترض أن فرص التوصل لتعريف مستقر وثابت لاضطراب القلق العام المتصل بأنماط عديدة من الانزعاج والحزن ، فرص ضعيفة جداً . وقد انتهت دراسات عديدة - على النقيض مما سبق - إلى أن مضمون وملامح اضطرابات القلق العام المرتبطة بالانزعاج الدفين يمكن أن تصل بنا إلى تحديد مستقر وثابت له ، وفقاً لما قرره بارلو وديناردو (١٩٩١) ، وبروكوفيتش وآخرون (١٩٩١) ، وكراسك وآخرون (١٩٨٩) ، وساندرسون وبارلو (١٩٩٠) . أضف إلى ذلك ، أن الباحثين قد لاحظوا عند مراجعتهم للمحكات التشخيصية الواردة في الدليل الأمريكي - الطبعة الرابعة ، احتمال التعرض لمشكلة على الحدود بين تشخيص اضطراب القلق العام واضطراب الوسواس القهري ، وفقاً لما أشار إليه تيرنر ، وبيادل ، وستانلي & Turner, Beidel & Stanley (١٩٩٢) . وقد ظهر هذا الأمر بعد ملاحظة مفادها أن ملامح اضطراب الوسواس القهري تتداخل مع ملامح اضطراب القلق العام (مثال ذلك : الانزعاج الشديد في مقابل الوسواس والعرض المميز لها) . وتشير نتائج دراسة كراسك وآخرين (١٩٨٩) إلى أن عدداً من انزعاجات مرضى القلق العام وأحزانهم ترتبط بتصرفات وأفعال سلوكية هدفها خفض القلق الذي تسببه هذه الآلام والأحزان

(الاطمئنان المستمر ومراقبة طفل أو ابنة تنتظر حافلة تُقلها للمدرسة) ، مما يعد مقدمة محتملة للتداخل مع الأفكار القهرية التي يتسم بها مريض الوسواس والأفكار الحوالية . ومع ذلك تشير نتائج دراسة براون وآخرين (١٩٩٣) إلى أن انخفاض الثبات التشخيصى لاضطراب القلق العام لا يرجع إلى المشكلة الحدية وتداخله مع اضطراب الوسواس القهرى . وقد أيد هذه الوجهة من النظر إجراء مقارنة بين ٤٦ مريضاً بالقلق العام ، و ٣١ مريضاً بالوسواس القهرى باستخدام مقابلة محددة مقننة ، واستجاباتهم على أحد الاستخبارات المعدة لهذا الغرض . وقد تبين أن ٥٥٪ من المرضى الذين أجروا - كل منهم على حدة - مقابلتين مستقلتين ، لم يتداخل تشخيص أى مريض للقلق العام مع تشخيصه بالوسواس القهرى ؛ بمعنى أنه لم يشخص بكلا التشخيصين ، مما يفترض بشدة أن اضطراب القلق العام فى مقابل اضطراب الوسواس القهرى لا يعانى من ضعف التشخيص الفارق وما يتصل به . زد على ذلك أن فحص الحالات المرضية المتشابهة من أمراض مختلفة ، قد أشار إلى أنه نادراً ما يصاب أى مريض بكلا النوعين من الاضطرابات فى وقت واحد ، وإذا ما حدث ذلك فإن نسب الإصابة تكون شديدة الانخفاض (٦,٥ فقط يعانون من اضطراب الوسواس القهرى مع اضطراب القلق العام ، فى حين أن ٢٪ فقط يعانون أساساً من القلق العام مصحوباً بمعاناتهم من اضطراب الوسواس القهرى) . ووفقاً لما لاحظناه مسبقاً ، فإن الدرجات على اختبار بن لحالة الانزعاج أو القلق ، ويضم ستة عشر بنداً لقياس سمة الانزعاج (ميير وآخرون Meyer et al ١٩٩٠) ، قد استطاعت التمييز بين مرضى القلق العام ومرضى الوسواس القهرى بوضوح . ومع ذلك ، وبرغم وجود دليل علمى أولى على تنوع بواعث الانزعاج ومصادره استطاع تمييز مرضى القلق العام عن مرضى أنواع القلق الأخرى التي وردت فى الدليل الأمريكى الثالث - الطبعة المعدلة (راجع مثلاً : براون ، أنتونى وبارلو ، ١٩٩٢ ؛ براون وآخرون ، ١٩٩٣ ؛ دينارود ، ١٩٩١ ، ميير وآخرون ، ١٩٩٠ ، وساندرسون وبارلو ، ١٩٩٠) ، فإنه يوجد الآن ندرة فى البيانات التي تجيب عن تساؤل محدد يدور حول ما إذا كانت مقاييس الانزعاج يمكنها التفرقة بين مرضى القلق العام ومرضى الاضطرابات المزاجية والانفعالية ، من قبيل الانطواء والاكئاب الأساسى ، كما أنه توجد فئات تشخيصية تسبب لنا ربكة شديدة كمشكلة حدودية يعانى منها اضطراب القلق العام شأنه فى ذلك شأن بقية اضطرابات القلق الأخرى .

وفى الدليل الأمريكى - الطبعة الرابعة ، قد تم مراجعة قائمة الأعراض المرتبطة بمحكات اضطراب القلق العام بدقة ، بحيث انخفضت بنودها من ١٨ ثمانية عشر عرضاً (كما وردت فى الدليل الأمريكى الثالث - الطبعة المعدلة) إلى ستة أعراض فقط (وهى الأعراض التى لا بد أن يظهر منها ثلاثة على الأقل حتى يمكن تشخيص القلق العام ، وهذا ما ورد فى المحك ج فى الجدول ١ - ٤ السابق) . ولأن الدليل السابق قد أشار إلى وجود صعوبة فى إيجاد تقديرات للأعراض التى وردت فى الدليل الأمريكى الثالث - الطبعة المعدلة تتسم بالثبات ، ووفقاً لما حدده بارلو وديناردو (١٩٩١) ، وفيير وآخرون Fyer et al (١٩٨٩) ، فإن البيانات الحديثة جداً تشير إلى وجود معاملات ثبات مرضية إذا ما حسبنا الاتفاق بين المقدرين حول وجود أو غياب هذه الأعراض ببساطة (الأمر الذى كان يجب أن يتم فى الدليل الأمريكى الثالث - الطبعة المعدلة) ، وهذا أفضل من التركيز على فحص معدلات الاتفاق بين المقدرين التى انصرفت لحساب معاملات ثبات تقديرات شدة الأعراض ، وذلك وفقاً لما انتهى إليه مارتن وآخرون Marten et al (تحت الطبع) . وعلى أية حال ، ووفقاً لما أشرنا إليه مسبقاً ، فإن مارتن وزملاءه قد لاحظوا أن الأعراض التى وردت فى الدليل الأمريكى الثالث بطبعته المعدلة وهى الأعراض التى ارتبطت بزملات أو تجميعات التنبه أو التيقظ والإحاطة أو الفحص والشد العصبى الحركى ، كانت أكثر الأعراض ثباتاً واستقراراً وكانت أكثر ظهوراً لدى مرضى القلق العام . وطبقاً لهذه النتائج ، فإن الأعراض الستة التى بقيت من هذه الزملات الثلاث فى الدليل الأمريكى - الطبعة الرابعة ، كمحكات لتشخيص القلق العام ما هى جميعاً إلا أعراض ترتبط بزملتين من هذه الزملات الثلاث .

وينبغى أن نكون حذرين عند تكوين هذه التقديرات التى تطلب للتحقق مما إذا كان العرض الذى أقر المريض بمعاناته منه ، عرض يرتبط بالانزعاج الشديد أم أنه يعزى لظرف مشترك (مثل ذلك : هل غالباً ما يعانى المريض من صعوبات التركيز عندما ينزعج لأمره المالية ، أم أن هذا العرض يحدث فقط عندما تهاجمه نوبات الهلع؟) . إن هذه المهمة لا تكون سهلة فى أحيان كثيرة ، خاصة إذا ما ناقشناها على ضوء الأدلة العلمية التى أفرت بوجود معدلات مرتفعة من الأعراض والاضطرابات المرضية المشتركة بين القلق العام واضطرابات القلق والمزاج الأخرى (راجع موراس وآخرون ، ١٩٩٢) . وتشير بيانات دراسة مارتن

وآخرين (تحت الطبع) إلى أن هذه الفروق يمكن أن تكون أيسر لتكوين تقديرات للأعراض التي بقيت في الدليل الأمريكي - الطبعة الرابعة ، وهي الأعراض المحكية ، لأن هذه الأعراض يمكن أن يتوفر لها أيضاً صدق تمييز ، على الأقل ، إذا ما قارناها باضطرابات القلق الأخرى التي وردت في الدليل الأمريكي الثالث - الطبعة المعدلة (راجع : بروان ، أنتوني وبارلو ، ١٩٩٢ ، وهيون - ساريك وآخرون Hoehn-saric ، ١٩٨٩) . ومع ذلك ، وكما هي الحال بالنسبة لأعراض الانزعاج الشديد ، فإن ما يتوفر لدينا من بيانات الآن يعد قليلاً إلى الحد الذي يجعل إمكانية وضع تقديرات للأعراض تميز وتفرق بنجاح بين اضطراب القلق العام واضطراب المزاج أمر لا زال صعباً ، وهذا ما أشار إليه مارتن وزملاؤه ، (تحت الطبع) .

المقابلة العيادية (١) :

يعرض الجدول ٢ - ٤ التالي قطاع الأسئلة المتصلة باضطراب القلق العام ضمن المقابلة العيادية المقننة لتشخيص اضطرابات القلق بكل أنواعه ADIS-R وهي المقابلة التي وضعها ديناردو وبارلو (١٩٨٨) . وفيما يتصل بمحكات اضطراب القلق العام التي وردت في الدليل الأمريكي - الطبعة الرابعة ، فهي لم تكن قد انتهت في الفترة التي كانت قد انتهت خلالها المراحل النهائية لإعداد هذا الفصل ، ولم تكن قد اكتملت أيضاً عملية مراجعة المقابلة المقننة الخاصة بتشخيص جميع أنواع أمراض القلق ، بحيث تعكس التغييرات التي طرأت على المحكات التشخيصية . ورغم ذلك ، فإن جميع الاعتبارات التشخيصية التي سنعرضها فيما يلي من صفحات ، والتي تقوم على استخدام المقابلة المعدلة لتشخيص اضطرابات القلق ترتبط واقعياً بتشخيص الدليل الأمريكي - الطبعة الرابعة لاضطراب القلق العام .

لقد أحاط القطاع أو الجزء السابق بقضايا عديدة وصعوبات محتملة يمكن أن يواجهها الطبيب المشخص على مدى محاولاته لتحديد تشخيص لاضطراب القلق العام . أما القضايا التي تتضمنها محكات زملة الانزعاج ، فهي تدور حول ما إذا كان : (١) الانزعاج يكون شديداً ومفرطاً ، (٢) ويكون متكرراً ومنفرداً (مثال ذلك : كالانزعاج حول عدد من الأحداث أو النشاطات) ، (٣) ويدرك الفرد

(1) clinical Interview .

الانزعاج على أنه صعوبة لا يستطيع ضبطها والتحكم فيها ، و(٤) إن بؤرة الانزعاج عبارة عن مجالات لا علاقة لها بالمحور الأول الذى يعرض لظروف أخرى . ويساعدنا البند الأول فى المقابلة التى يعرض لها الجدول (١-٤) ، على تحديد مجالات الانزعاج وتزويد الطبيب المشخص بالاستعلام عن الأشياء التى تثير انزعاجات المريض (١أ) وفترات استمرارها أو بقائها (١ب) ، كما يتضمن أسئلة للمتابعة ، إذا كان لك ضرورياً ، بهدف قيادة المريض لتحديد مجال الانزعاج مستقلة عن همومه المرتبطة باضطرابات القلق الأخرى (١أ١) . ويحيطنا البند الثانى علماً بوجود الانزعاج المرتبط بموضوعات وأشياء تافهة لأن هذا النمط من الانزعاج من الممكن أن يساعدنا فى وضع تشخيص فارق له علاقة باضطرابات القلق الأخرى (راجع براون وآخرون ، ١٩٩٣ ، ديناردو ، ١٩٩١ ، وساندرسون وبارلو ، ١٩٩٠) .

وكان الدليل الأمريكى الثالث ، الطبعة المعدلة ، يعانى من ضعف فى الخطوات الإجرائية لتكوين زملة الانزعاج غير الواقعى أو الانزعاج المفرط مما يتطلب من الطبيب بعض المهارات الخاصة لىستطيع القيام بهذا التحديد . وغالباً ما يتطلب هذا الأمر توجيه بعض الأسئلة مفتوحة النهاية من جانب الطبيب للمريض ، الأمر الذى يشتمل عليه البند الأول من مقابلة التشخيص المعدلة . وينبغى أن يلاحظ أنه لما كان أحد أسئلة هذا البند يسأل المريض «هل تعتقد أنك منزعج بشكل مفرط؟ ، فإن تمييز ما إذا كان الانزعاج مفرطاً أم لا أمر يعتمد على حكم الطبيب أساساً . وتبرز هذه النقطة بصفة خاصة على ضوء الملاحظة العيادية بأن بعض المرضى ربما يدركون انزعاجهم على أنه أمر تكيفى توافقى أو شيئاً محموداً أو بناءً ، ولذا فهو ليس مبالغاً فيه ولا زائداً عن الحد ، حتى برغم ارتباطه بالشد العصبى الواضح وبالتنبه (مثل ذلك ، همومه الزائدة عن الحد بالجوانب المالية فى حياته يدركها المريض على أنها نوع من الضمان أو التأمين مؤداه أن النقود سوف تكون دائماً متاحة لدفع الفواتير أو أى تكاليف غير متوقعة) .

جدول (٢-٤)

قطاع اضطراب القلق العام المنبثق من قائمة مقابلة تشخيص اضطرابات القلق - المعدلة (*)

تستخدم أسئلة هذا الجزء من القائمة لمعرفة مدى وجود الشد العصبي أو القلق الذي ليس له سبب ظاهر، أو القلق الذي له علاقة بالانزعاج على الأسرة، وأداء العمل، والأمور المالية، ... الخ، وبكل الموضوعات الهامشية التافهة. ولا يعد هذا الشد العصبي أو القلق جزءاً من، أو التوقع بأنه جزء من الهلع أو القلق الرهابي (المصحوب بمخاوف مرضية).

قدّم السؤالين الأول والثاني :

١ - أ - ما أنواع الأشياء التي تزعجك أو تثير انزعاجك؟ هل تعتقد أنك تنزعج بشكل زائد؟ بإفراط بشكل غير واقعي

إذا ما حدّد المريض القلق أو الشد العصبي على أنه أمر يسبق الهلع أو التعرض لمواقف الرهاب، مثال ذلك، أنزعج بسبب خوفي من أن تتتابني نوبة من نوبات الهلع؛ أنزعج وقتما أعرف أنني سوف أعبّر جسراً، كمصدر أساسي للقلق: أقوم بتوجيه السؤال التالي له:

هل يوجد أشياء أخرى غير _____ تجعلك تشعر بالشد، والقلق، والانزعاج؟

نعم () لا () إذا أجاب بنعم، أسأله، ما هي >

(*) نقلاً عن: قائمة مقابلة تشخيص اضطرابات القلق - المعدلة (ص ٨ - ١٠) التي وضعها ديناردو، وبارلو (١٩٨٨)، وأعيد طباعتها بإذن خاص من الناشر الآتي:

Albany. Ny : Graywind Copyright 1988 by Graywind publications .

١ - ب خلال الشهور الستة الماضية ، هل أقلقتك هذه الانزعاجات أياماً كثيرة أكثر من ذى قبل ؟

نعم () لا ()

٢ - هل أنت دائماً منزعج ؟ وهل تنزعج بشكل حاد لأشياء بسيطة ، من قبيل تأخرك عن موعد ، وعودتك للمنزل أو إصلاح السيارة .. إلخ ؟

نعم () لا ()

إذا ما تم اكتشاف مجالين من مجالات الانزعاج الشديد ، أو أجاب المريض عن السؤال الثانى بنعم ، استمر : إذا لم تحصل على مقاييس هاملتون للقلق (كاختيار أو كبديل) أو أحد مقاييس اضطراب ما بعد الصدمة .

٣ - وفقاً للمتوسط على طول الشهر الماضى ، ما المدى اليومى أو النسبة المئوية للوقت الذى تقضيه فى حالة من الشد النفسى أو العصبى ، والتوتر أو القلق ، والانزعاج ؟

٤ - فى الفترة الأخيرة ، هل شعرت بزيادة فى الشد ، والقلق ، والانزعاج (إلى جانب معاناتك من الهلع أو التعرض لبعض المخاوف) ، وماذا حدث حينئذ ؟ ، وما الذى كنت تفكر فيه ؟ .

متى _____

الموقف _____

الأفكار _____

٥ - منذ متى كان الشد ، والقلق ، والانزعاج يمثل مشكلة لك ؟

من _____ إلى _____

طول المدة بالشهر _____

ملاحظة: إذا جاءت إجابة المريض على مدى حياتى كلها ، تعمق أكثر بسؤاله مثلاً ، هل تستطيع تذكر تفاصيل هذه الخبرة أيام أن كنت بالمدرسة ؟ ، وفى أى صف كنت ساعتها ؟ .

٦ - إلى أى مدى كان هذا الاضطراب يتدخل في حياتك ، وفي عمالك ، وفي مناشط حياتك الاجتماعية ؛ مع الأسرة مثلا .. الخ ؟
* حدد أثر التدخل :

صفر ١ ٢ ٣ ٤

لم يتدخل نهائياً تدخل بسيط تدخل متوسط تدخل شديد تدخل لا يطاق

٧ - تقدير أعراض اضطراب القلق العام

الأعراض الدائمة نسبياً (ومستمرة على مدى ستة شهور على الأقل) .
ليس من بينها الأعراض التي تظهر فقط مع اضطرابات الهلع .

- خلال الشهور الستة الماضية ، هل غالباً كنت متضايق بسبب _____ ؟
وإلى أى مدى كان الضيق شديداً ؟

صفر ١ ٢ ٣ ٤

لا شئ بسيط الشدة متوسط الشدة شديداً شديد جداً . أو لا يطاق

أ - الشد الحركى (العصبى) .

- ١ - رعشة شديدة ، ينتفض ، شعور بالانهاك .
- ٢ - الشد العضلى ، ألم متواصل ، أو الأسى الشديد .
- ٣ - الأرق والملل .
- ٤ - يتعب بسهولة .

ب - الإفراط التلقائى فى النشاط .

- ٥ - قصور فى التنفس أو إحساس بالخمود .
- ٦ - الخفقان وتسارع دقات القلب بشدة .
- ٧ - تصبب العرق ، وبرود اليدين .
- ٨ - جفاف الفم والحلق .
- ٩ - دوار ودوخة وشعور بخفة الرأس .

- ١٠ - الغيظان ، والإسهال ، وآلام أخرى في البطن .
- ١١ - الشعور بحرارة وحمرة الوجه كالحمى أو الشعور بالقشعريرة الشديدة .
- ١٢ - كثرة التبول .
- ١٣ - صعوبة في البلع وآلام في الحنجرة .
- ج - التيقظ ، والفحص أو الإحاطة .
- ١٤ - يشعر بالإعياء وأنه على حافة الهاوية .
- ١٥ - شعور بالتهديد مبالغ فيه .
- ١٦ - مرهقاً ودائم النوم والسكون .
- ١٧ - صعوبة في التركيز ، أو تشعر أن ذهنك خالي من المعلومات بسبب القلق .
- ١٨ - شدة الاستثارة والانفعال .

ويدبغى أن تسهل المراجعات التي أجريت لمحكيات اضطرابات القلق في الدليل الأمريكي - الطبعة الرابعة ، هذا التحديد . فلم يعد من الضروري - مثلاً - أن يحدد الطبيب ما إذا كان انزعاج المريض واقعياً أم تخيلاً ، إذ تشير النتائج إلى أن مؤشرات العجز عن التحكم في مصادر الانزعاج أو ضبطها والمبالغة في تقدير آثارها تحقق أعلى معدلات الصدق التمييزي (مثل ذلك ، فالذى لديه أى اهتمام وواقعى، يمكن أن ينزعج بشكل مبالغ فيه بحيث يعجز عن ضبط مصادر الانزعاج والتحكم فيه) . ومع ذلك ، وفقاً لتشخيص الحالات على ضوء محكات الدليل الأمريكي - الطبعة الثالثة المعدلة ، فإن تساؤلات الحالة العديدة الإضافية ربما تساعد الطبيب في الحكم عما إذا كانت مصادر انزعاج الحالة شديدة ومبالغ فيها أم لا ، وهذا ما تم وضعه كمحكيات في الدليل الأمريكي - الطبعة الرابعة . ويتبع المنحى القمعى^(١) التوليدي الذي استخدمه نلسون وبارلو (١٩٨١) ، نجد أنهما بعد

(1) graduated funnel approach .

طرح مجموعة من الأسئلة العامة مفتوحة النهاية لتحديد مصادر انزعاج المريض وقلقه (البند ١١ من المقابلة السابقة) ، يقومان بتوجيه مجموعة من الأسئلة التفصيلية للتأكد من مضمون الانزعاج ، شدته وتأثيره على الحالة . وربما يأخذ هذا المنحى شكل التساؤل عما إذا كانت خبرات الانزعاج لدى الحالة تغطي أو تنسحب على كل المناطق والمجالات التي كشفت عنها تقارير مرضى القلق العام الآخرين (مثل أعضاء أسرته ، أو أصدقائه ، أو معاناته المزعجة في عمله) أو في تحصيله العلمي ، أو عند مروره بضائقة مالية ، أو السلطة الأسرية ، أو القلق على الصحة ، أو على المستقبل) . ويرغم كل ما سبق ، فإن مريض القلق العام النموذجي ربما لا يكون في حاجة لتوجيه كل هذه الأسئلة وتذكرته بها ، لأن مرضى القلق العام - في الغالب - تكون استجاباتهم مؤداها أنهم ينزعجون على «كل شيء» كرد على السؤال الذي يحدد مصادر الانزعاج ومجالاته ، كفرز وتصنيف أولى لها .

أضف إلى ما سبق ، أنه يمكن توجيه العديد من الأسئلة لمتابعة الحالة والمساعدة على تكوين حكم دقيق على الانزعاج الشديد غير القابل للضبط والتحكم فيه ، مثال ذلك :

(١) هل تجد أنه من الصعب عليك إيقاف عملية الانزعاج والقلق هذه ، أو إذا كنت في حاجة للتركيز على شيء ما ، فهل يكون في مقدورك عزل واستبعاد الانزعاج بنجاح بعيداً عن عقلك وتفكيرك ؟ .

(٢) إذا ما أردت محاولة التركيز على شيء ما مثل القراءة ، والعمل ، أو مشاهدة التلفاز ، فهل تجد أن مصادر الانزعاج والقلق - غالباً - ما تقتمح عقلك بحيث يصعب عليك التركيز في هذه الأمور ؟ .

(٣) هل تزعجك بعض الأمور التي تكون على وعى بأنها لا تزعج الآخرين ؟ .

(٤) عندما تكون الأمور على ما يرام ، تظل الأشياء ذاتها مزعجة لك ومقلقة ؟ .

(٥) هل نادراً ما يسبب قلقك وصولك لحل المشكلة التي كانت مصدراً لانزعاجك وقلقك ؟ .

وغالباً ما تكون في حاجة شديدة للعناية بالفرقة بين ما إذا كانت مصادر الانزعاج التي حددها المريض تمثل مجالات مستقلة عن السياق الذي يعيش فيه ،

أم أنها مختلطة به وموجودة في هذا السياق ، ومن ثم فيصبح التشخيص المناسب هو نوعاً آخر من القلق غير اضطراب القلق العام . وكما ذكرنا مسبقاً ، فإن هناك بعض المحكات التشخيصية الأكثر شيوعاً التي برزت في الآونة الأخيرة وأمكنها التمييز بين الانزعاج المرتبط باضطراب القلق العام وبين : (١) إدراك وفهم نوبات الهلع المخيف من المستقبل ، أو نتائجها المخيفة . (٢) واضطرابات الأفكار الوسواسية القهرية (٣) وإدراك التقويم الاجتماعي السلبي للفرد من قبل الآخرين . ولكن يكون من الصعب تماماً التمييز بين الانزعاج الشديد على الصحة العامة أو الخوف من الإصابة بمرض جسمي ، وبعض جوانب اضطراب التوهم المرضى . ولذا فإن عدداً من أسئلة المتابعة التي وردت في السؤال ١١ من المقابلة التشخيصية السابقة غالباً ما تكون مرشحة للتوصل لهذا التشخيص الفارق . ومن أهم العوامل في وضع هذه الفروق هو - بالطبع - إحاطة الفرد وعلمه الشامل البارع بالمحكات التشخيصية لكل الاضطرابات التي تقع على الحدود أو يكون لها مشكلة حدية من اضطراب القلق العام . وعلى الرغم من الصعوبة الشديدة أحياناً في تكوين قدر من التأكد يتسم بالثبات والاستقرار (عندما يكشف بعض المرضى بصفة خاصة عن تاريخ طويل ودائم من المعاناة من اضطرابين أو أكثر) من أن النتيجة الراهنة بعد بداية ظهور الأعراض يمكن أن تكون مفيدة لنا بحيث تساعدنا في تحديد ما إذا كانت مجالات الانزعاج الراهنة (كما هي الحال عند ارتباطها ببعض أعراض الأمراض الجسمية) ، قد ظهرت كاستجابة لاضطراب آخر ليس إلا . وتأسيساً على المحددات التي ذكرناها آنفاً ضمن المحكات التشخيصية لاضطراب القلق العام ، فإن المعلومات التي تتصل بالنتيجة الراهنة ، ومدة المرض تعد معلومات مهمة بصفة خاصة لمعرفة علامات اضطراب المزاج الذي يتعايش مع اضطراب القلق العام جنباً إلى جنب .

إن البند السابع في المقابلة التشخيصية السابقة ، والذي يتبع الجزء المختص بتشخيص اضطراب القلق العام ، يكشف عن مدى وجود ثمانية عشر عرضاً من الأعراض المرتبطة به . وبعد تعديل هذه المقابلة التشخيصية اعتماداً على المحكات التشخيصية للقلق العام في الدليل الأمريكي - الطبعة الرابعة ، انخفضت إلى ستة أعراض فقط . ومن ثم فقد أصبح ضرورياً أن يحدد المريض - على مدى الستة شهور الأخيرة من مرضه - مدى معاناته من ثلاثة أو أكثر من هذه الأعراض الستة باستمرار أكثر من مسألة كونها مرتبطة بانزعاجه أم غير

مرتبطة. إن مهمة إحراز هذه التقديرات أثناء إجراء المقابلة الإكلينيكية تعد مهمة أساسية ومباشرة. ومع ذلك، ينبغي أن نعتنى تماماً بحيث نضمن أن الأعراض التي حددناها تتسم بأنها (١) قد حدثت فعلاً في الستة شهور الأخيرة وعانى منها المريض (كأعراض مستقرة ودائمة) و (٢) لم تحدث باستمرار كأعراض لمرض آخر (أي كأعراض ناجمة عن نوبات لاضطراب الهلع، أو للقلق الاجتماعي العام، أو كنتيجة لتعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب).

في كثير من مواطن العمل العيادي، لا يكون استخدام قوائم المقابلات الشاملة، مثل قائمة المقابلة التشخيصية السابقة، استخداماً عملياً. ومع ذلك، فإن الأطباء قد يحتاجون لمراجعة بعض التشخيصات الأخرى لفرزها، ومن ثم فقد يستخدمون بدائل من مثل هذه المقابلات الشاملة، ليوفروا فرصاً أفضل لمرضى اضطراب القلق العام بحيث يكفلون لهم تشخيصاً دقيقاً لمرضهم الذي يعانون منه. أضف إلى ما سبق - فيما يراه براون وبارلو (١٩٩٢) - أنه على الرغم من ندرة البيانات المتصلة بهذه القضية حتى اليوم، فإن توفر العديد من الظروف المرضية المتشابهة يمارس تأثير شديداً على استجابة المرضى للعلاج. ولذا، ينبغي أن نحصل على تاريخ طبي مختصر لكل حالة، لتحديد ما إذا كانت الظروف الطبية الراهنة أو السابقة (أو العلاجات الطبية عموماً)، لها دور - أو حتى تكون مسؤولة عن - نشأة الأعراض التي يفصح عنها المريض عند فحصه عيادياً (مثل ذلك، الإفراط في إفراز هرمون الغدة الدرقية المعروف بأسم الثيروكسين أو الزملة المشتركة للأعراض الفكية المؤقتة^(١)). وينبغي أن يشجع المرضى - في الغالب - على الخضوع للفحوص الجسمية الطبية إذا كان قد مر على آخر فحص جسمي لهم ما يزيد على العامين. كذلك، ينبغي تقييم الآثار النفسية الناجمة عن أنماط المسكرات وتعاطي المخدرات، لأن هذه المواد المؤثرة في الأعصاب إذا تم تعاطيها وفق جرعات متزايدة، ينتج عنها أعراض شبيهة إلى حد كبير بأعراض اضطرابات القلق العام فضلاً عن أعراض القلق الأخرى (راجع شامبليس Chambless، وتشيرني Cherney، وكابوتو Caputo، وراينشتاين Rheinstein، ١٩٨٧).

(1) Temporomandibular joint syndrome ,

إن تطبيق مجموعة متنوعة من الاستخبارات التي تقوم على التقرير الذاتي، يمثل جانباً مفيداً للعملية العيادية، على ضوء كل من المساعدة في العملية التشخيصية المبدئية والتقدير العيادي الذي يتكرر على فترات متباعدة أثناء تقديم العلاج لتقويم مدى تقدم المريض نحو الشفاء أو التحسن. ونحن نطبق في عيادتنا بشكل معتاد بطارية من الاستخبارات كجزء من التقويم المبدئي للالتحاق بالعيادة. ولقد اخترنا هذه الاستخبارات لتقدير معدل وجود الملامح والأعراض الأساسية التي يطرحها الدليل الأمريكي الثالث المعدل لاضطرابات القلق والمزاج (مثال ذلك، الحساسية للقلق، والقلق الاجتماعي، والوسواس، والأفكار الحوазية، والانزعاج، وتجنب المخاوف، والمستويات الراهنة من الاكتئاب والقلق). وعلى الرغم من أن هذه البطارية الشاملة يتم تطبيقها لتحقيق بعض أغراض البحث العلمي ولو جزئياً، فإننا قد انتقينا استخباراتاً لتقدير أبعاد عديدة من الاضطرابات المزاجية التي يكون لها نفع شديد في الأعمال والأهداف العيادية. فعلى سبيل المثال، تعكس نتائج الأداء على هذه الاستخبارات ألوان التفاقم في أبعاد القلق والاكتئاب أو المزاج، فضلاً عن التفاقم في بعض الأبعاد التي تشكل في مجموعها شكوى المريض الأساسية التي قد يكون لها نتائج وتضمينات مهمة في كيفية تقديم برامج العلاج المناسبة (راجع، براون وبارلو، ١٩٩٢). ويعد ذلك أمراً حقيقياً بالنسبة لعلاج اضطرابات القلق العام بصفة خاصة، وهي الاضطرابات التي غالباً ما يصاحبها حدوث متكرر لاضطرابات أخرى، مثل اضطراب الهلع، والمخاوف الاجتماعية (موراس وآخرون، ١٩٩٢).

ولقد ناقشنا في هذا الفصل عدداً قليلاً من هذه المقاييس التي وجدنا أن لها فائدة في تقدير اضطرابات القلق العام بصفة خاصة. ولقد عرضنا مسبقاً لاستخبارات جامعة ولاية بن لاندزاج كمقياس يتم استخدامه بشكل متكرر في أعمالنا مع مرضى القلق العام. وقد قام بتطويره بوركوفيتشن وزملاؤه في جامعة ولاية بن لاندزاج والحاجة لتطبيقه بسهولة، وهو مقياس صادق لسمة الانزعاج. ووفقاً لهذا المقياس الذي يتكون من ١٦ بنداً فقط، فإنه يمكن تطبيقه بشكل مريح على كل المرضى حقاً (ويتراوح مدى الدرجات عليه من ١٦ درجة إلى ٨٠ درجة). ولقد وجد هؤلاء الباحثون عند تقديمهم هذا المقياس لأول مرة من خلال دراسة استطلاعية له، وجدوا أن له ثباتاً ذاتياً متسقاً داخلياً مرتفعاً وثباتاً مرتفعاً عبر

الزمن وصدق تقديري وتمييزي معقول ، ولا يرتبط بالمرغوبية الاجتماعية (كبير وزملاؤه ، ١٩٩٠) . وفي دراسة أجريناها في عيادتنا على عينة ضخمة من مرضى اضطراب القلق (ن = ٤٣٦ مريضاً) و٣٢ كعينة ضابطة لأفراد لا يعانون من القلق ، (براون وأنتوني وبارلو ، ١٩٩٢) توصلنا للنائج التي توصل إليها ماير وزملاؤه مسبقاً (١٩٩٠) ، وانتهت دراستنا إلى أن هذا الاستخبار له خصائص سيكومترية معقولة . وكانت إحدى أهم النتائج المشجعة في هذه الدراسة ، أن الدرجات على هذا الاستخبار ميزت بين مرضى القلق العام (ن = ٥٠ مريضاً) ومجموعات اضطرابات أنواع القلق الأخرى ، بما فيهم مجموعة من مرضى اضطراب الوسواس القهري . وكان متوسط القلق العام عند الأداء على هذا الاستخبار هو ٦٨,١١ (بانحراف معياري ٩,٥٩) ؛ وكانت المتوسطات والانحرافات المعيارية للمجموعات المرضية الأخرى على التوالي كالاتى : اضطراب الهلع المصحوب بالرهاب من الخلاء أو الأماكن الواسعة هو ٥٨,٣٠ ($\pm 13,65$) ، والمخاوف الاجتماعية = ٥٣,٩٩ ($\pm 15,05$) ، واضطراب الوسواس القهري = ٦٠,٨٤ ($\pm 14,55$) ، والمجموعة الضابطة = ٣٤,٩٠ ($\pm 10,98$) .

وعلى الرغم من أن هذا المقياس قد يكون أقل شهره من مقاييس أخرى من نوعه ، فإن هناك مقاييس أخرى قد أثبتت جدارة في عملنا العيادي مع مرضى اضطراب القلق العام ، هذه المقاييس هي مقاييس الاكتئاب والقلق والانصباب أو المشقة (DASS) (لوفيبوند ولوفيبوند ، ١٩٩٢) . وهي تعد البديل الراهن لاستخبار التحليل الذاتى (SAD) . لوفيبوند ، ١٩٨٣) ، الذى ذكرناه مسبقاً فى أول هذا الفصل عند مراجعتنا للدراسات السابقة فى هذا المجال . ويتكون هذا الاستخبار من ٤٢ بنداً تنقسم فيما بينها إلى ثلاثة مقاييس فرعية متميزة سيكومتريا بحيث تعكس الأعراض الراهنة للقلق العام التى لم يمر عليها سوى أسبوع واحد . ونجد من بين هذه المقاييس الثلاثة مقياساً واحداً للمشقة (وهو تطوير لمقياس الشد فى استخبار التحليل الذاتى السابق) هو الذى يمكن أن يساعدنا فى تقدير اضطراب القلق العام . فمثلاً قد استطاع هذا المقياس ، فى دراسة براون وأنتوني وبارلو (١٩٩٢) ، أن يميز أداء مرضى اضطراب القلق العام عن أداء كل مجموعة من مجموعات اضطرابات القلق التى أوردها الدليل الأمريكى الثالث المعدل ، باستثناء أداء مرضى اضطراب الوسواس القهري . وطبقاً للأعراض التى كشفت عنها مقاييسه الفرعية (مثل الاستخبارات والتقديرية العيادية للقلق

والاكتئاب ، والمشقة/ الشد) وحساب الارتباطات فيما بينها وبين بعضها بعضاً فى هذه الدراسة ، ارتبطت فقط درجة مقياس الشد من اختبار التحليل الذاتى جوهرياً بالدرجة على اختبار الانزعاج لجامعة ولاية بن لى مجموعة مرضى اضطراب القلق العام . لاحظ أننا قد أشرنا مسبقاً إلى أن هذه النتيجة تتفق والبيانات الأساسية الأخرى التى تفترض أن أعراض الشد الدائمة (مثل الإستثارة الذاتية) ربما تتسم بالصدق التمييزى الذى تتسم به مقياس اضطراب القلق العام .

المراقبة الذاتية^(١) :

إن المراقبة الذاتية ، كما سيتضح فيما بعد فى هذا الفصل ، تعد جزءاً تكملياً لبرنامجنا العلاجى لاضطراب القلق العام . فعندما يتم تدريب المريض أو الحالة على الاستعمال الأمثل وتكملة نماذج المراقبة الذاتية ، فإن البيانات التى نحصل عليها من هذه الطريقة من طرق التقدير العيادى يمكن أن تصبح من بين أفضل المعلومات قيمة من حيث استخدام المعالج لها فى وضع وتقييم برنامج العلاج الملائم . ومن بين الأسباب التى تكشف أهمية طريقة المراقبة الذاتية للحالة نعرض لما يلى : (١) لى نحدد استجابة المريض للعلاج عن طريق حصولنا على معلومات دقيقة عن المتغيرات العيادية المرتبطة بالعلاج . (من قبيل : المستويات اليومية للقلق ، والاكتئاب ، والشعور الإيجابى ، وكمية الوقت الذى ينقض مع الانزعاج) ، (٢) وللمساعدة فى إحراز التحليل لقلق المريض الذى يحدث بطريقة طبيعية ونوبات الانزعاج (من قبيل : العوامل الموقفية أو العوامل المهيئة ، وطبيعة الإدراكات والمعارف والأفكار الناتجة عن القلق ، والمناهج أو ضروب السلوك المسئولة عن تخفيض معدلات الانزعاج أو القلق) . و(٣) ولتقدير التكامل والمطابقة وتنفيذ الواجبات المنزلية المطلوبة فيما بين الجلسات . وكمثال لإحدى الصيغ التى نرى أنها ملائمة للاستخدام فى علاج حالات اضطراب القلق العام ، تلك الصيغة التى يعرضها الجدول ٢-٤ .

ومنذ اللحظة الأولى التى يبدأ فيها العلاج ، نقوم بتقديم نموذج المراقبة الذاتية لتدريب الحالة عليه ، وذلك لأنه يمثل جزءاً أساسياً من عملية العلاج . ولإزكاء روح الواقعية التعاونية ، وفقاً لما ذكره يونج وبيك وواينبرجر فى الفصل السادس من هذا المجلد ، تحاط الحالة علماً - سواء أكانت ذكراً أم أنثى - بأنها

(1) Self - Monitoring .

والمعالج سيعملان معا منذ اللحظة الأولى للتوصل للفهم الدقيق للعوامل التي سببت حدوث القلق والشد والانزعاج لها بشكل طبيعي . وطبقاً لذلك ، فتعرض على الحالة طريقة المراقبة الذاتية بأنها واحدة من أفضل طرق الحصول على أدق المعلومات التي تدور حول هذه العمليات ، لأنه إذا ما اعتمد كل من المعالج والحالة على الاستدعاء الاسترجاعي لتاريخ الأعراض التي تعاني منها الحالة ، فإن كثيراً من المعلومات المهمة يمكن أن يفقد أو يشوه .

ونقدم هذه النماذج للمراقبة الذاتية للحالة بهدف التحديد المبدئي لنمط المعلومات التي سنحاول جمعها (مثل : مساعدة الحالة لتمييز القلق عن الاكتئاب) . وبمجرد أن يتم شرح النموذج وتوضيحه بدقة ، فغالباً ما نقوم بعدها بمساعدة الحالة في توليد عينة من عينات تدوين الواجبات المنزلية على مدى يوم كامل أو تدوين نوبة قلق راهنة/انزعاج ، معتمدين على نمط النموذج الذي قمنا بتقديمه لها . وتعد هذه الخطوة مهمة عندما نقدم نماذج المراقبة الذاتية للحالة لأول مرة ، ولكنها أيضاً تساعدنا في تكرار المراقبة على فترات متباعدة أثناء العلاج لمنع الانحراف عن أهداف العلاج .

عرض العلاج وخطواته :

إن خطة علاجنا لاضطراب القلق العام تستغرق في المتوسط من ١٢ - ١٥ ساعة على مدى الجلسات التي تعقد أسبوعياً بشكل نمطي ، على أن تعقد الجلسات الأخيرتان من العلاج كل أسبوعين أو كل نصف شهر . ووفقاً لما ذكرناه من أسباب مسبقاً ، فإنه على الرغم من أن علاجات اضطراب القلق العام قد كانت فعالة ومؤثرة عند تقديمها بصيغة جمعية لمجموعات صغيرة من المرضى (راجع الجزء السابق عن دراسات نتائج العلاج) ، فإنه حتى هذه المرحلة من تطوير خطة علاجنا لاضطراب القلق العام ، نحن نفضل الصيغة التي تقدم لكل حالة مرضية منفردة على حدة .

ووفقاً لما تقدمه الآن (راجع كراسك وآخرون ، ١٩٩٢) ، فإن خطتنا لعلاج اضطراب القلق العام ذات عناصر عديدة تنصب على كل جانب من الجوانب الثلاثة للقلق : (١) الجانب الفيزيولوجي - للتدريب على الاسترخاء العضلي ، (٢) والبناء المعرفي وإعادة تكوينه على نحو إيجابي ، و(٣) الوقاية السلوكية من الانزعاج السلوكي ، وحل المشكلات ، وإدارة الوقت . إن جوهر خطة علاجنا

الجديد لاضطراب القلق العام هو التعرض للانزعاج ، الأمر الذي يتم التركيز عليه بحيث يقضى المريض فترة محددة من زمن العلاج يومياً (فى حدود الساعة) لمعالجة محتوى انزعاجاته .

الاسم كبير ، ت

قبل أن تذهبي للنوم كل مساء ، نرجو أن تقومى بعمل التقديرات الآتية ، مستخدمة المقياس التالى :

(١) مستواك المتوسط من القلق (أرجو أن تأخذى فى حسابك الاهتمام بكل الأشياء) .

(٢) مستواك الشديد من القلق الذى شعرت به اليوم .

(٣) مستواك المتوسط من الاكتئاب .

(٤) مستواك المتوسط من السرور .

(٥) النسبة المئوية لليوم الذى شعرت فيه بالانزعاج ، مستخدمة المعدل من صفر - ١٠٠٪ حيث يعنى الصفر عدم وجود أى انزعاج على الإطلاق ، وتعنى الدرجة ١٠٠ المعاناة طوال اليوم من الانزعاج .

مستوى القلق / الاكتئاب / مشاعر السرور

٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	صفر
بأشد ما يمكنك	كثيراً	معتدل	خفيف	لا يوجد				
تخيله								إطلاقاً

النسبة المئوية لأوقات الانزعاج	سرور متوسط	اكتئاب متوسط	قلق شديد	قلق متوسط	التاريخ
٪٦٠	٢	٤	٦	٤	٩/١٧
٪٦٠	٣	٤	٥	٥	٩/١٨
٪٦٥	٣	٣	٥	٤	٩/١٩
٪٧٥	٢	٤	٦	٦	٩/٢٠
٪٨٠	١	٥	٨	٦	٩/٢١
٪٩٠	١	٥	٨	٧	٩/٢٢
٪٧٥	٢	٤	٧	٥	٩/٢٣

وعلى حين تتوفر بعض الأدلة التي تشير إلى احتمال مؤداه أن العلاجات النفسية متعددة المكونات ، ربما تؤدي إلى أو ينتج عنها - في الحقيقة - أثر ضعيف قد يرجع إلى تخفيف حدة عناصرها العلاجية الأساسية (بارلو وزملاؤه ، ١٩٩٢) ، فإنه علينا أن نحفظ بهذا النوع من العلاج متعدد العناصر ، لمجموعة من الأسباب (منها ، وجود أدلة علمية مسبقة تشير إلى النجاح المحدود للعلاجات ذات المكون الواحد أو العلاجات أحادية المكون ، والأسس النظرية التي وضعها الدليل الأمريكي الرابع لاضطراب القلق العام من حيث أنه اضطراب نفسي متعدد الأبعاد) . كذلك ، نجد أنه لما كان تخفيف الأثر يمكنه بالتأكيد تليل أو تفسير قلة النتائج التي رصدت ضعف كفاءة العلاجات متعددة المكونات ، فإن هذا العامل ربما لا يكون له أية أهمية ما دمنا سنقوم بتقديم علاجات متعددة العناصر في المواقف العيادية دون تدخل من القيود المنهجية والزمنية التي تعد جزءاً أساسياً من أجزاء دراسات تقييم نتائج العلاج المضبوطة .

عملية العلاج :

الجلسات المبدئية :

يعدنا الجدول ٣ - ٤ بإطار عام لبرنامج علاج اضطراب القلق العام متعدد المكونات . وتعد الجلسات المبدئية من أهم الجلسات على الإطلاق لأنها تعدنا بأساس العمل العلاجي وتضع لنا صورة دقيقة وتفصيلية لما يجب علينا عمله واتباعه أثناء تنفيذ البرنامج العلاجي . ويجب أن تتضمن الجلسات الأولى

العناصر التالية : (١) وصف لتوقعات الحالة وتوقعات المعالج ، (٢) ووصف لعناصر القلق الثلاثة (الفيزيولوجية ، والمعرفية ، والسلوكية) ، وتطبيق النموذج النظرى ثلاثى الأنساق على الأعراض النفسية التى تبدىها الحالة (مثل ، مناقشة أعراض القلق الجسمية التى تشكو منها الحالة ، ومحتوى الانزعاج ، وسلوكيات الانزعاج) ، (٣) ومناقشة طبيعة القلق (التى منها القلق التوافقى وغير التوافقى ، والأعراض الطبيعية غير المرضية) ، (٤) ووصف منطق العلاج ومكوناته ، (٥) وتعليمات استخدام نماذج المراقبة الذاتية .

إن حضور الجلسات بشكل منتظم ومتابعة القيام بكل الواجبات المنزلية التى يقدمها المعالج للحالة بين الجلسات أمر ينبغى التأكيد عليه لأنه فى غاية الأهمية بل ويمثل جوهر علاج القلق والاكتئاب . ويقدم المعالج للمرضى فكرة عامة لما يتوقعونه على ضوء استجاباتهم للعلاج فيما يلى من أسابيع (مثال ذلك ، إن التحسن لا يحدث بشكل سريع ومباشر ، ومن المحتمل أن تحدث زيادة مبدئية بسبب تخوف الحالات من طبيعة العلاج ، ولكن سرعان ما تنقص وتزول) .

جدول (٣ - ٤) يعرض

إطار خطة علاج اضطراب القلق العام

الجلسة الأولى :

- * تحصل الحالة على وصف القلق والانزعاج .
- * يحيط المعالج للحالة علماً بطبيعة القلق والانزعاج .
- * يصف لها نموذج القلق النظرى ثلاثى الأنساق .
- * يزودها بعرض للعلاج (من قبيل عرض أهمية المراقبة الذاتية ، والواجبات المنزلية ، والحضور المنتظم) .
- * يزودها بمنطق العلاج .
- * يحدد لها الواجب المنزلى ، الذى تعكسه عمليات المراقبة الذاتية .

الجلسة الثانية :

- * مراجعة عمليات المراقبة الذاتية .
- * مراجعة طبيعة القلق ، والنموذج النظرى ثلاثى الأنساق .

* مناقشة المكون الفسيولوجي للقلق .

* مناقشة العوامل التي تسبب استمرار المعاناة من اضطراب القلق العام .

* تحديد الواجب المنزلي : وتعكسه عمليات المراقبة الذاتية .

الجلسة الثالثة :

* مراجعة نماذج المراقبة الذاتية .

* مناقشة منطوق المجموعات العضلية الست عشرة التي تخضع للاسترخاء العضلي العميق .

* ممارسة تمرين الاسترخاء خلال الجلسة مع الاستعانة بشريط تسجيل عند ممارسته في المنزل .

* تحديد الواجب المنزلي : مراقبة ذاتية ، وتمارين الاسترخاء العضلي .

الجلسة الرابعة :

* مراجعة نماذج المراقبة الذاتية ، وممارسة تمارين الاسترخاء .

* ممارسة الاسترخاء العضلي للمجموعات العضلية الست عشرة وفق تدريب يميز بين الشد والاسترخاء .

* تعريف الحالة بدور المعارف والإدراكات في استمرار القلق (مثل التحدث عن طبيعة الأفكار الآلية ، مع ضرب أمثلة مما تذكره الحالة) .

* وصف وحساب احتمالات صدور معارف وإدراكات وأفكار الحالة المبالغ فيها .

* تعريف الحالة بصيغة المراقبة المعرفية لأفكارها .

* تحديد الواجب المنزلي : مراقبة ذاتية (قلق ، ومراقبة معرفية ، ومقاومة الأفكار) ، وتمارين الاسترخاء .

الجلسة الخامسة :

* مراجعة : للمراقبة الذاتية ، ونتائج ممارسة الاسترخاء ، ومقاومة احتمالات المبالغة في التقدير .

* درّب ثمانى مجموعات عضلية وفق تدريب يميز بين الشد والاسترخاء .

- * صف المعارف والإدراكات الأساسية وكيفية مقاومتها .
- * حدد الواجب المنزلي : مراقبة ذاتية (للقلق ، والمراقبة المعرفية ، وطرق مقاومتها) ، وتمارين الاسترخاء .

الجلسة السادسة :

- * مراجعة : مراقبة ذاتية ، نتائج تمارين الاسترخاء ، ومقاومة الأفكار السلبية (احتمالات المبالغة فيها ، وتقليل أثر الانزعاجات بوضعها في حجمها الحقيقي) .
- * درّب ثمانى مجموعات عضلية وفق تدريب يميز بين الشد والاسترخاء ، وقدم تعميماً للممارسة .
- * راجع ضروب وأنواع المعارف المسببة للقلق وطرق مقاومتها .
- * حدد الواجب المنزلي : مراقبة ذاتية (قلق ، ومراقبة معرفية ، ومقاومة مضادة) ، وتمارين الاسترخاء .

الجلسة السابعة :

- * مراجعة : مراقبة ذاتية ، ونتائج ممارسة الاسترخاء ، والمقاومة المضادة للأفكار السلبية .
- * درّب أربع مجموعات عضلية على الاسترخاء العضلي العميق .
- * عرف الحالة بكيفية التعرض وتصور الانزعاج (كالتدريب على التخيل ، وترتيب مجالات الانزعاج ومصادره ، وذلك خلال جلسة للتدريب على تخيل مصادر الانزعاج ومجالاته) .
- * حدد الواجب المنزلي : مراقبة ذاتية (قلق ، ومراقبة معرفية ، وطرق مواجهة الأفكار السلبية ومقاومتها) ، وممارسة تمارين الاسترخاء ، والتعرض لمصادر الانزعاج يومياً .

الجلسة الثامنة :

- * مراجعة : مراقبة ذاتية ، ونتائج ممارسة الاسترخاء ، والمواجهة والمقاومة المعرفية ، وتمارين التعرض للانزعاج .

* عرّف الحالة بكيفية الاسترخاء باستحضاره ذهنياً (وليس من خلال الممارسة البدنية الفعلية) .

* راجع منطق التعرض للانزعاج .

* درّب الحالة على التعرض للانزعاج خلال الجلسة .

* حدد الواجب المنزلي : مراقبة ذاتية (قلق ، ومراقبة معرفية ، ومقاومة للأفكار السلبية) ، وتمارين تعرض للانزعاج ، واستحضار الاسترخاء ذهنياً .

الجلسة التاسعة :

* مراجعة : مراقبة ذاتية ، ومقاومة مضادة معرفية ، والتعرض للانزعاج ، واستحضار الاسترخاء ذهنياً .

* مارس الاسترخاء ذهنياً .

* عرّف الحالة كيفية الوقاية من سلوك الانزعاج (مثل ذلك ، المنطق ، وتوليد قائمة من سلوكات الانزعاج ، وتطوير تمارين ممارسات الوقاية السلوكية) .

* حدد الواجب المنزلي : مراقبة ذاتية (قلق ، ومراقبة معرفية ، ومقاومة للأفكار السلبية) ، وتعرض للانزعاج ، والوقاية السلوكية من الانزعاج ، واستحضار الاسترخاء ذهنياً .

الجلسة العاشرة :

* مراجعة : مراقبة ذاتية ، ومقاومة معرفية ، وتعرض للانزعاج ، ووقاية سلوكية من الانزعاج ، واستحضار الاسترخاء ذهنياً .

* عرّف الحالة كيفية الاسترخاء والتحكم فيه وضبطه بهادية من الهاديات .

* حدد الواجب المنزلي : مراقبة ذاتية (قلق ، ومراقبة معرفية ، ومقاومة) ، وتعرض للانزعاج ، ووقاية سلوكية من الانزعاج ، واسترخاء وفق هادية تضبطه .

الجلسة الحادية عشرة :

- * مراجعة : مراقبة ذاتية ، ومقاومة معرفية ، وتعرض للانزعاج ، ووقاية سلوكية ضد الانزعاج ، واسترخاء بإشارة أو بهادية .
- * مارس الاسترخاء الموجه بهادية .
- * عرف الحالة بكيفية إدارة الوقت ، وحل المشكلات .
- * حدد الواجب المنزلي : مراقبة ذاتية (قلق ، ومراقبة معرفية ، ومقاومة) ، وتعرض للانزعاج ، ووقاية سلوكية ضد الانزعاج ، واسترخاء موجه بهادية .

الجلسة الثانية عشرة :

- * مراجعة : مراقبة ذاتية ، ومقاومة معرفية ، وتعرض للانزعاج ، ووقاية سلوكية ضد الانزعاج واسترخاء موجه بهادية .
- * عمم أساليب الاسترخاء .
- * مارس إدارة الوقت ، وحل المشكلات .
- * حدد الواجب المنزلي : مراقبة ذاتية (قلق ، ومراقبة معرفية ، ومقاومة) ، وتعرض للانزعاج ، ووقاية سلوكية ضد الانزعاج ، واسترخاء موجه بهادية ، وإدارة الوقت ، وممارسة حل المشكلات .

الجلسة الثالثة عشرة :

- * مراجعة : مراقبة ذاتية ، ومقاومة معرفية ، وتعرض للانزعاج ، ووقاية سلوكية ضد الانزعاج واسترخاء موجه بهادية ، وإدارة الوقت وممارسة حل المشكلات .
 - * مارس الاسترخاء الموجه بهادية .
 - * راجع المهارات والأساليب .
- ناقش طرق التطبيق المستمر لكل الأساليب التي يشتمل عليها برنامج علاج اضطراب القلق العام .

انتبه : تم تعديل هذا البرنامج العلاجي من البرنامج الذى نشره كوت Cote وبارلو (١٩٩٢) .

العلاج المعرفي :

يمثل العلاج المعرفي أحد مكونات علاجنا الخاص باضطرابات القلق العام . ويتسق المكون المعرفي في برنامجنا العلاجي ، من وجوه عديدة ، مع الإجراءات العلاجية المعرفية التي وضعها بك Beck وإمرى Emery (١٩٨٥) . وفي بداية العلاج ، تزود الحالة بعرض واف لطبيعة المعارف والإدراكات المسببة للقلق (من قبيل ، مفهوم الأفكار الآلية ، وطبيعة المواقف النوعية للتنبؤات المقلقة ، والأسباب التي تقف خلف المعارف المهلهلة المسؤولة عن استمرار القلق بدون توقف عبر الزمن) ولأن جزءاً من المقدمة تنصب على الأسس والمعتقدات التي يتصدى لها العلاج المعرفي ، فإن عناية خاصة توجه للحالة بحيث نضمن أنها قد فهمت أن هذا النوع من العلاج يتم استخدامه مع القلق غير المناسب وغير التوافقي ، وأن تأويلات الشخص للمواقف وإدراكه لها ، وليست المواقف الطبيعية في حد ذاتها ، هي السبب أو هي المسؤولة عن الخبرات الوجدانية والمزاجية السلبية كاستجابة لهذا الموقف . ولذلك ، فإنه من خلال المواقف التي يعرضها المعالج ، مثلها في ذلك مثل المواقف التي يوردها المريض ويعيد عرضها عليه المعالج بطريقة مغرية ، تتشكل الخطوة الأولى من خطوات العلاج المعرفي بل وأهم خطواته على الإطلاق ، لأنها تساعد المرضى في إدراك أنهم لا بد أن يكونوا قادرين على تحديد التفسيرات والتنبؤات المحددة التي يتوصلون إليها بأنفسهم لكي يكونوا في مكان ومكانة تمكنهم من إيقاف هذه الإدراكات والمعارف والأفكار السلبية بشكل مؤثر وفعال .

ووفقاً لما يقوم به بك وإمرى (١٩٨٥) ، نحن نباشر مهمة تحديد الأفكار الآلية عن طريق مجموعة متباينة من الأساليب وخلال الجلسة العلاجية ، يمكن أن تتضمن استخداماً لأحد هذه الأساليب أو كلها جميعاً ، وهي كما يلي : أسلوب تساؤلات المعالج (مثل ذلك : ما الذي حدث في هذا الموقف بحيث جعلك مشدوداً عصبياً ومتوتراً ؟) ؛ وأسلوب التصور أو التخيل العقلي (كأن تطلب من الحالة أن تتخيل الموقف بكل تفاصيله كوسيلة لتزويدنا بمزيد من الهاديات الإضافية من أجل استرجاع الأفكار الآلية التي حدثت في هذا الموقف) ؛ ولعب الأدوار . ومع بداية أول جلسة من جلسات العلاج المعرفي ، يتم تدريب المرضى على استخدام جداول المراقبة الذاتية المعرفية للأفكار (راجع الشكل ٢ - ٤ التالي) ليعرفون مستقبلاً أو فيما بعد كيف يراقبون أنفسهم وأفكارهم ، ويسجلون أفكارهم المتصلة بالقلق . وكما لاحظنا آنفاً ، فإن المشكلة التي يعاني منها كلا من المرضى

والمعالجين في هذا الصدد مؤداها ، أن عملية استنباط المعارف والإدراكات والأفكار التي تسبب القلق قد تكون عملية مبهضة أو زائفة وغير واقعية إلى حد كبير (مثال ذلك : اقتصار عملية التساؤل على جزء واحد من الحياة الفكرية والمعرفية للمريض بحيث لا تغطي كل الأفكار المسببة لقلقه ، ويحدث كل ذلك بشكل فج وقيل تحديد الأفكار المسئولة بشكل أساسي عن إثارة هذه المشاعر والعواطف السلبية) .

أضف إلى ما سبق ، أن المعالج غالباً ما يكون في حاجة لمساعدة المرضى له على تحديد الأوقات الملائمة لإحداث تدخلات وتعديلات على صيغة المراقبة الذاتية المعرفية وجداولها . فمثلاً إن أحد الاقتراحات التي نعرضها على المرضى في هذا الموضوع هو استخدام أى زيادة في مستوى قلقهم كعلامة لضرورة تطبيق المراقبة الذاتية (كأن يذكر المريض أن مستوى قلقه قد زاد من درجتين إلى ست درجات في الآونة الأخيرة ، فما الذي يمكنني التفكير فيه لكى أعرف سبب هذه الزيادة ؟) . (وتعد التقلبات المزاجية التي تطرأ على المريض ويلاحظها المعالج من أفضل الفرص لمساعدة المريض في استنباط عدد من الأفكار الآلية) .

الأسم/ كلير ت .

الحدث الشير	الفكرة الآلية أو التلقائية	مستوى القلق من (صفر-8)	درجة الاحتمالية (صفر-100٪)	مؤشر البدائل المحتملة من الأفكار التلقائية	الاحتمالات الواقعية في هذه الأفكار (صفر-100٪)	مستوى القلق من (صفر-8)
اليوم مباراة في كرة القدم للفريق الذي يلعب له أبني	نه ربما يصاب بأذى أو ربما يحدث له شلل	6	70٪	ربما يحدث له التواء فقط في كاحل قدمه ، وربما لا يحدث له أي أذى ، وربما يكون نوع من الأذى الخفيف ، وربما يكون لاعباً ممتازاً وقوي الشكيمة ، مثل والده، وربما لا يلحق به أذى شديداً	10٪	3

شكل (٢-٤) جدول المراقبة الذاتية المعرفية (تدوين مستوى الانزعاج والقلق)

وفيما يتصل بمشكلة تحديد الأفكار الآلية التي تكون مسئولة بصفة أساسية عن حدوث نوبات القلق لدى المرضى ، فنحن نشجعهم على تحديد ما إذا كانت الأفكار التي طرحوها مسبقاً يمكن أن تكون محكاً يمكن الاعتماد عليه لصدور الانفعالات والمشاعر ذاتها لدى أى إنسان آخر إذا ما قدم التفسيرات ذاتها لما حدث في الموقف نفسه . إن هذا أيضاً دليل مهم للمعالجين للتقيد به عند حثهم المرضى على تحديد هوية أفكارهم الآلية أثناء الجلسات العلاجية .

بعد أن عرضنا لمسألة طبيعة الأفكار المسببة للقلق وطرق تحديد هذه الأفكار ، يحدد المعالج نمطين من التشويشات المعرفية المتضمنة في حالة القلق الشديد ، هما : (١) المبالغة الشديدة في المعاناة ، و (٢) والتفكير المأساوى . ويمكن تحديد الأفكار التي ينتج عنها مبالغة في تقدير آثارها السلبية على أنها الأفكار التي تحيط بحدث سلبي يمكن للمريض أن يتصور وقوعه باحتمالات عالية (وهو الحدث الذي لا يمكن تصديق احتمالات حدوثه واقعياً) . مثال ذلك ، المريض الذي يقلق من إمكانية إنهاء عقده أو تسريحه من وظيفته أو عمله ، فعلى الرغم من كونه لا يمكن التفريط فيه بسبب إنتاجه الممتاز فيه ، فإنه للأسف ربما يستسلم لهذه الفكرة الخاطئة مما يجعله يبالغ في التنبؤ بفقدان عمله ومهنته ووظيفته بشدة . وبعد إمداد المريض بكل هذه الأمثلة الشارحة لنماذج من الأفكار التي نبالغ في تقدير آثارها السلبية ، يصف المعالج بعض الأسباب التي تقف خلف استمرار مثل هذه الأنماط من الأفكار لفترة طويلة حتى على الرغم من تكرار إثبات عدم صحتها (كالاتقاد بأن الحظ أمر بعيد المنال ، والاتقاد بأن الانزعاج وما يرتبط به من سلوكيات سئظل نعاني منه ولن نستطيع توقي حدوثه ، والميل الشخصى للتركيز على الآثار السلبية للأحداث عادة دون فحص للبدائل الأخرى) .

ويتم تحديد التفكير المأساوى بأنه ميل لإدراك حدث ما على أنه حدث لا يمكن تحمله ، ولا يمكن إدارته والسيطرة عليه ، وبأنه يتخطى حدود قدرة المرء لمواجهته بنجاح ، فى حين أنه فى واقع الأمر يعد حدثاً سطحياً وليس له أى معنى «مأساوى» . وبالإضافة إلى الأفكار المأساوية المرتبطة بإدراك الحالة على أساس أنها عاجزة عن مواجهة مثل هذه الأحداث السلبية ، وبغض النظر عن مدى إمكانية حدوثها فعلاً (راجع الحوار بين المعالج النفسى والمريضة كليير) فإننا سنضع أيضاً تحت فئة التفكير المأساوى ، الأفكار التي تتضمن التوصل لاستنتاجات فكرية متطرفة ، وعواقب وخيمة حول أحداث بسيطة لا أهمية لها

(كأن يفشل طفلي في امتحان ما ، فهذا معناه أنني فشلت كأب) . وتعكس هذه الإدراكات حاجة المريض وقلقه الشديد لبلوغ الكمال ، أو تعكس المسؤولية الشخصية (كما تعكس خلوصه لنتائج وعواقب سلبية لكونه شخصاً غير كامل وغير مسئول عن حدوث مثل هذه الأمور) ، إن هذه الإدراكات جديرة بإدراجها ضمن هذه الفئة من الأفكار السلبية .

وغالباً ، ما يجد المرضى صعوبات من نوع ما للتمييز بين احتمالات المبالغة الشديدة في تقدير الآثار السلبية للأفكار والأفكار المساوية . ومن ثم ينبغي أن يطرح عليها المعالج أمثلة لتأكيد قدرتهم على التمييز بينهما إنطلاقاً من أبعاد الترجيح بين (احتمالات المبالغة في تقدير الآثار) وعجز المدرك عن المواجهة أو الميل لاعتزاء العواقب شديدة الألم لأحداث بسيطة (تفكير مأساوي) . فضلاً عما سبق ، ينبغي أن يلاحظ المعالج أن كلا النمطين من الأفكار غالباً ما يرتبطان ببعضهما بعضاً ضمن سلسلة انزعاج المريض وقلقه .

المعالج : ذكرت أنك منذ ليلتين كان من الصعب جداً عليك أن تستغرق في النوم . المريضة كليير : نعم ، ودائماً ما يكون ذلك صعباً عليّ ، ولكن في هذه الليلة لم أستطع الاستغراق في النوم حتى الثالثة والنصف صباحاً .

المعالج : هل لديك فكرة عن سبب صعوبة هذه الليلة بصفة خاصة ؟

كليير : دق جرس الهاتف حوالي الساعة الحادية عشرة والنصف ، وكما تعلم ، فإن هذا الهاتف اللعين يعد دائماً مصدراً لقلقي . ولكن ، في هذه الساعة والتوقيت ، لقد انزعجت ظناً ملي أن ثمة شيئاً ما خطأ وتبين بعد ذلك أن الرقم المطلوب رقماً خاطئاً ، ولكن بعد أن قلت ...

المعالج : ما الذي فكرت فيه ودار حول موضوع المكالمة أو ما يمكن أن يكون موضوعاً للمكالمة ؟

كليير : حسناً ، أنت تعرف إن الإنسان يمكن أن يفكر في أخبار سيئة من أي نوع ، كأن يموت أو يتوفى شخص ما أو أي خبر من هذا القبيل . وبعد زيارتي لوطني هذا الصيف ، انتابني قلق على والدي لأنه يتقدم في العمر شيئاً فشيئاً ، فهو سيتجاوز الخامسة والخمسين من عمره في شهر يونيو ، وهو في الحقيقة الذي ينظم لنا كل شيء . حسناً ، بعد ذلك سافرت

إلى ألبانى Albany ، ولم أر معظم أقاربي مثلما أفعل في كل مرة .

المعالج : ووفقاً لما أشرت ، عندما دق جرس الهاتف ، هل انزعجت أن شيئاً ما ربما يكون قد حدث لوالدك ؟ .

كلير : لم أفكر في ذلك الأمر لأننى رفعت سماعة الهاتف بأسرع ما يمكن ، ولكنه رن بطريقة قد أثارت الرعب داخلي . ولكن بعد ما أنهيت المكالمة ، لا أدري بل تعجبت لماذا كنت شديدة القلق ، وأدركت أنه لا بد أن يكون قد انتابنى نوع من التفكير أن شيئاً ما قد حدث له . ولحظة أن خالجنى هذا النوع من التفكير ، انزعجت وقلقت عليه ، وظللت بقية الليل شديدة القلق عليه .

المعالج : إذا ما رجعنا إلى ما ذكرته قبل قليل عن صحة والدك وأنها جيدة إلى حد ما ، أليس هو كذلك بصحة جيدة ؟

كلير : نعم هو بصحة جيدة ، وله صديق من حيوانات الخلد mole يلازمه كظله ويتحرك معه حيثما ذهب . ولكن لأن عمله يتطلب منه أن يعمل خارج البيت طوال حياته ، فينتابنى قلق من أن تعرضه مدداً طويلة لأشعة الشمس ربما يصيبه بسرطان الجلد يوماً ما .

المعالج : ما الذى تتصورين حدوثه إذا ما مات والدك ؟

كلير : ماذا تعنى ؟ أتعلى ماذا سأفعل ؟ نحن لا ينبغي حتى مجرد التحدث في هذا الأمر ما لم يكن لديك رغبة أن ترانى فى حالة طبيعية ... أتعرف ما أقصد ، الإنسان مجرد طفل فقط والجميع ..

المعالج : من الواضح أن التفكير فى هذا الموضوع يصيبك بالاضطراب ويقلقك .

كلير : حسناً ، وأنا بالفعل قلقة بما فيه الكفاية . شئ ما من هذا القبيل سوف يجعلنى فعلاً على حافة الهاوية والانهيال . إننى أعنى حقيقة أن قلقى هذا كما رأيت لا يمكننى من التوافق ومواجهة كثير من المواقف . أنا أتصور ، إذا ما مات والدى ، أننى سأنهار تماماً ، وسأكون عاجزة عن مواجهة أى شئ ، وهذا ما لا أريده أن يحدث .

وعلى الرغم من أن المعالج فى هذا المثال الإيضاحى الشارح وجب عليه أن يذهب بعيداً ليوضح طبيعة تنبؤات المريض المأساوية المرتبطة بفقدان الوالد ، فقد

كانت هناك نقطة جيدة وقفت عندها الحالة لتوضح الفرق بين احتمالات المبالغة في التقدير (كالمبالغة في احتمالات وفاة الوالد الذي يتمتع بصحة جيدة ، والمبالغة في تقدير الاستهداف للموت نتيجة لتعرضه لفترات طويلة لأشعة الشمس) ، والتفكير المأساوي (كالتنبؤ بأن وفاة الوالد ربما تسبب للحالة انهياراً دائماً في مشاعرها وفي عجزها عن المواجهة) وكيف أن هذين النمطين من الأفكار مرتبطين ببعضهما ضمن سلسلة انزعاج الحالة وقلقها .

ولما كان من الملائم حتى هذه النقطة أننا قد قدمنا مراجعة لأكثر الأمثلة شيوعاً لاحتمالات المبالغة في تقدير الآثار السلبية للمواقف والأحداث من وجهة نظر الحالة ، في مقابل الأفكار المأساوية التي أقر بها مرضى القلق العام ، فيجب ملاحظة أن قليلاً من الدراسات التي فحصت طبيعة انزعاجات مرضى القلق العام ومصادرها (أنظر مثلاً : بوركوفيتش ، وآخرون ، ١٩٩١ ؛ كراسك وآخرون ، ١٩٨٩ ؛ ساندرسون وبارلو ، ١٩٩٠) قد وجدت أن محتوى هذه الانزعاجات التي انتهوا إليها باستخدام المقابلات المقننة (من قبيل المقابلة التشخيصية الشاملة للقلق) لم تقع بشكل دقيق ضمن الفئات الأولية التي استخدمت هنا من قبل (مثل : مرضى/صحة ، أفعال أو شئون أسرية ، عمل / مدرسة) . وفي الحقيقة ، فإنه في كل دراسة على حدة من الدراسات التي أوردناها في الفقرة السابقة مباشرة ، كانت فئة «أنواع أخرى متفرقة» من بين أكثر الفئات شيوعاً في تمثيل معظم مجالات الانزعاج . وهكذا ، وبخلاف ما وجدناه من نتائج تتصل بطبيعة الإدراكات المسببة للقلق التي أقر بها مرضى اضطرابات الهلع (كما ذكر ذلك كراسك وبارلو ، في الفصل الأول من هذا المجلد) ، والتي وفقاً لها يمكن تصنيف محتوى معظم معارف وإدراكات هؤلاء المرضى نسبياً ضمن فئات نهائية (من قبيل : الخوف من الموت ، والخوف من الجنون ، أو فقدان السيطرة على أنفسهم) ، كما لا يوجد مثل هذا الدليل الذي يشير إلى محتويات لاضطراب القلق العام شبيهة بما أقره مرضى اضطرابات الهلع فيما يتصل بمصادر انزعاجهم . ومع ذلك ، فلكى تكرار النتائج التي راجعناها مسبقاً ، فإن البيانات الموجودة فعلاً والتي تتكى على هذه المسألة تفترض أن طبيعة الانزعاج في اضطراب القلق العام تعكس إفراطاً في العملية نفسها (وفي المحتوى) الموجودة لدى الأفراد غير الإكلينيكيين ، وأن مؤشر عجز القدرة على ضبط عملية الانزعاج تعد الملمح الأساسي الذي يميز الانزعاج المرضى من الانزعاج غير المرضى (أنظر ، بارلو ، ١٩٩١ ؛ وبوركوفيتش وآخرون ، ١٩٩١) .

وكما فى حالة تحديد المعارف المسببة للقلق ، فإن المعالج لا يستطيع أن يؤكد بما فيه الكفاية أهمية دور الشخص بشكل تام ومنظم فى مقاومة هذه الأفكار . إن المعالج لا يقدم خطة مضادة لكى يحل الأفكار الإيجابية محل الأفكار السلبية (إذ لا يوجد مثلاً شئ ما يزرع بسببه ، وأن كل شئ سيكون على ما يرام) . والبديل لذلك أن المقاومة المضادة تقدم كجزء من عملية فحص واختبار مدى صدق التأويلات والتفسيرات / التنبؤات التى يقدمها المريض ولكى يستبدل المعارف المشوهة بالأخرى الواقعية ، وبعد ذلك نوعاً من الدليل على صحة هذه العملية . إن أهمية المقاومة المضادة والمتكررة والمنظمة قد تأكدت عن طريق ملاحظة أنه فى حين أن الأفكار المسؤولة عن القلق الشديد يمكن أن تصبح شبيهة بالعادة الفكرية ، ويصعب تدميرها ، إلا أن مثل هذه الأفكار يمكن أن تكون حقاً غير مكتسبة ويمكن أن تحل محلها معارف أكثر دقة عن طريقة الممارسة والتطبيق المتكرر لأسباب المقاومة المضادة .

أضف إلى ما سبق ، أن المريض يُعطى تعليمات بأن المقاومة المضادة للمعارف المسببة للقلق تشتمل على المعالم الآتية : (١) التعامل مع الأفكار على أنها فروض (أكثر من كونها حقائق) يمكن أن تؤيد أو ترفض وفق أدلة محددة ، (٢) والاستفادة من كل الأدلة المتاحة ، فى الماضى والحاضر ، لاختبار مدى صدق الاعتقاد ، (٣) واكتشاف وتوليد جميع التنبؤات الممكنة أو تأويلات كل حدث أو موقف . وفى حالة مقاومة احتمالات المبالغة فى تقدير الآثار السلبية للأفكار ، فإن هذه المعالم يمكن توظيفها والاستفادة منها فى تقويم الاحتمالات الواقعية (كالأحداث والمواقف الواقعية) لما يقع مستقبلاً من أحداث سلبية .

ولمقاومة الأفكار المأساوية ، فيطلب المعالج من المريض أن يتخيل أقصى ما يمكن أن يترتب من نتائج مخيفة على حدوث مواقف حقيقية مزعجة ، ثم يطلب منه أن يقيم بنظرة نقدية مدى قسوة أثر هذا الحدث أو الموقف . إن ذلك يستتبع تقديم لقدرة المريض المدركة على مواجهة الحدث إذا ما وقع فعلاً . ويضاف إلى ذلك ، أنه عند مقاومة التفكير المأساوى ، يكون مفيداً جداً أن نجعل المريض يولد العديد من البدائل الجيدة للنتائج السيئة التى يمكن أن تحدث إذا ما وقع الحدث فعلاً ، ويقوم بتوليد هذه البدائل بقدر ما يستطيع . وربما يلاحظ مدى الصعوبة التى يعانيتها المريض فى توليد هذه البدائل الفكرية الإيجابية مثلما هو حال مرضى القلق العام الذين يكشفون عن تحيزات سلبية فى تركيز الانتباه ،

ولا بد أن يؤكد المعالج أن مقاومة الأفكار المأساوية وتفتيتها لا يستلزم محاولة المريض للنهوض لكي يدرك الحدث السالب كحدث موجب أو حتى حدثاً محايداً (ولكن كل المطلوب في الحقيقة هو أن تكون درجة قلقه مثل معظم الناس الذين يموت أبواؤهم) . بل وأكثر من ذلك عن طريق تقييمه النقدي لأثر الحدث السلبي بشكل دقيق وموضوعي ، فسوف يدرك أن أثره السلبي أمر وقّتي وأنه قابل للتحكم فيه والسيطرة عليه .

التعرض للانزعاج :

استرشاداً بالأطر لنظرية الجديدة لطبيعة الانزعاج المرضى التي تم مراجعتها مسبقاً (بوركوفيتش وهو Hu ، ١٩٩٠ ، رابى وبارلو ، ١٩٩١) فإن التعرض للانزعاج (كراسك وآخرون ، ١٩٩٢) يستلزم الوقوف على الإجراءات الآتية : (١) تحديد وتسجيل اثنين أو ثلاثة من مجالات الانزعاج الأساسية لدى المريض (مرتبة حسب أقلها درجة في إثارة الانزعاج لديه ، (٢) وممارسة التدريب التصوري (باستخدام الصور العقلية) عن طريق تخيل المناظر السارة ، (٣) وممارسة الاستدعاء الحر لأول مجال من مجالات الانزعاج في الترتيب السابق عن طريق تركيز المريض على أفكاره المقلقة أثناء محاولته تخيل أسوأ احتمالات النتائج الناجمة عن هذا المجال من مجالات الانزعاج (فمثلاً إذا كانت لدينا مريضة بالقلق انزعجت لتأخر زوجها عن ميعاد رجوعه من العمل ، ففي هذه الحالة عليها أن تتخيل أسوأ الاحتمالات وهو أن زوجها قد فقد الوعي وسقط من مكان مرتفع بعد أن اختلت عجلة القيادة في يده) ، (٤) وفي اللحظة التي يكون فيها المريض قادراً على استحضار الصور العقلية بشكل حى ، استخدم أسلوب التعارض للتعرض للانزعاج أو نقطة من النقاط الحرجة التي تسبب الانزعاج للمريض ، بحيث تقتضى إحياء هذه الأفكار والصور العقلية التي تدور حولها بحيث تستمر ناصعة وشديدة الوضوح في الذهن على الأقل من ٢٥ - ٣٠ دقيقة ، (٥) بعد مرور من ٢٥ - ٣٠ دقيقة ، وجه المريض بحيث يولد بدائل من الصور العقلية بقدر ما يستطيع عن أسوأ احتمالات النتائج ، إذا تأخر زوجي في العمل ، فربما يكون قد تعب في العمل ، أو عطلته إشارات المرور ، أو ربما ذهب للسوق لشراء بعض الحاجات) . وكما أشرنا إلى السجل اليومي الذي يعرض له الشكل ٤-٤ والذي يتصل بصيغة التعرض للانزعاج ، وعند الانتهاء من مرحلة توليد بدائل الانزعاج وممارسة التعرض إليها ، يسجل المرضى مستويات قلقهم ومدى حيوية

الصور الذهنية المتصلة بنقاط متباينة من التعرض (كأعلى درجة من درجات القلق أثناء التعرض للانزعاج فترة تتراوح بين ٢٥ - ٣٠ دقيقة أو مستويات القلق بعد توليد بدائل لأسوأ نتيجة محتملة) .

وبعد مرور ٣٠ دقيقة أو أكثر قضاها المريض في معالجة المجال الأول من مجالات الانزعاج طبقاً للإجراءات السابقة ، يعطى المرضى تعليمات لتكرار هذه الخطوات غالباً بالنسبة للمجال الثانى من مجالات الانزعاج وفقاً للترتيب السابق . وبعد ما يتأكد المعالج أن المريض قد أتقن تنفيذ أسلوب التعرض للانزعاج بشكل مناسب خلال الجلسة العلاجية ، يقوم بتنفيذ هذا التدريب فى منزله يومياً حتى موعد الجلسة القادمة . ويعطى المرضى تعليمات مفادها أنه عندما لا يتمكن أسلوب التدريب على التعرض من إثارة القلق بشدة بحيث لم يعد يزيد مستواه عن المستوى البسيط له (أى درجتان أو أقل على مقياس لشدة القلق يتكون من ثمانى درجات) ، برغم المحاولات العديدة من جانب المريض لتخيل الانزعاج المرتبط بمواقف معينة بشكل حى ، عليهم أن يمارسوا التدريب على المجال الأعلى من مجالات الانزعاج وفقاً للترتيب السابق .

وبالطبع هناك خطوة مبدئية مهمة فى تطبيق أسلوب التعرض للانزعاج هى تجهيز المريض وإعداده وتهيئته نفسياً بشكل كفاء قبل ممارسته هذا التدريب ، وذلك بتزويده بوصف شامل لمنطق وأهداف هذا التدريب . إن ذلك الأمر يتطلب ، فى مستوى ما من مستوياته ، مناقشة لمفهوم التعود وأسباب أن التعود لا يمكن أن يحدث بشكل تلقائى برغم التعرض المتكرر لهذه الانزعاجات على مدى الزمن (كالميل الطبيعى للتحويل والانتقال بسرعة من مجال للانزعاج إلى آخر داخل السلسلة المتدرجة فى شدتها) . بالإضافة إلى أن التعرض للانزعاج ينبغى أن يمدنا بفرص إضافية لتطبيق استراتيجيات تم تعلمها إلى حد كبير أثناء خطة العلاج (كإعادة البنية المعرفية ، وربما ممارسة الاسترخاء) . وربما يرغب المعالج فعلاً فى ملاحظة أن التعرض المتكرر للفكرة المزعجة نفسها أو للصورة الذهنية المرتبطة بها ، عملية أسهل بالنسبة للمريض لتطوير منظور أو فكرة موضوعية عن مصدر الانزعاج الذى يعانى منه ، ومن ثم يزيد من اليسر أمام المريض عند تطبيق الأساليب المعرفية المضادة للأفكار السلبية المسببة للقلق .

وربما تظهر صعوبات عديدة محتملة أثناء تطبيق أسلوب التعرض للانزعاج . وعلى المستوى النظرى (Foa & Kozak, 1986) يجب أن ينعكس

التعرض العلاجي للأفكار والصور الذهنية والمواقف المزعجة بصفة عامة عن طريق النماذج الآتية : (١) تسبب التعرضات المبدئية لمواقف مزعجة مستويات متوسطة من القلق على الأقل ، (٢) وينشأ عن التعرض الطويل لهاديات مزعجة أثناء جلسة التدريب ، انخفاض مستويات القلق العليا التي تولدت في بداية فترة التعرض (خلال جلسة التعود) ، (٣) وعبر محاولات التعرض العديدة والمنفصلة ، تنخفض مستويات القلق القصوى التي استثارتها التعرض ، لدرجة أن الهاديات المزعجة لم يعد في إمكانها إثارة أى درجة من القلق يمكن ملاحظتها (بين جلسات التعود) .

إن إحدى المشكلات المحتملة مؤداها أن التعرض للانزعاج سوف يفشل في إثارة مستوى من القلق يزيد عن حدود التوسط والاعتدال أثناء محاولات التعرض المبدئية . ويمكن أن تسهم أسباب متعددة في إحداث هذه الظاهرة ، منها الآتى : (١) أن الصور الذهنية حول المواقف المزعجة لا تكون حية بالقدر الكافي ، (٢) وقد تكون الصور الذهنية عامة جداً ، وبذلك توقف أو تمنع تركيز المريض على معرفة أسوأ النتائج ، (٣) إن الصور الذهنية لم تبرز في مجال انزعاج المريض ، أو أن مجال الانزعاج ذاته لم يسهم بوضوح في نشأة أعراض القلق العام الذي يعانى منه المريض ، (٤) وقد يستخدم المريض أساليب مواجهة المواقف المثيرة للانزعاج (كإعادة البنية المعرفية ، والاسترخاء المنضبط) أثناء فترة التعرض للانزعاج الممتدة من ٢٥ - ٣٠ دقيقة . (٥) وقد يتجنب المريض بشكل خفي مضمر مسألة معالجة هاديات الانزعاج الأكثر وضوحاً في المجال عن طريق التلهي بالأفكار والصور الذهنية المحايدة .

وهناك صعوبة أخرى محتملة قد تواجه أسلوب التعرض مؤداها أن أمارات القلق والانزعاج التي يظهرها المريض داخل وبين جلسات التعود على القلق تكون أمارات تافهة ولا تلفت النظر رغم محاولات التعرض المتكررة . ومرة أخرى هناك أسباب عديدة تقف خلف هذه المشكلة تشتمل على ما يلي : (١) التجنب الخفي عندما يبدأ في الشعور بالمستويات العليا من القلق ، (٢) والفشل في الاحتفاظ بحيوية الصورة الذهنية ذاتها خلال جلسة التعرض (كالميل للتحويل والانتقال باستمرار من صورة ذهنية مزعجة إلى أخرى) ، ومن ثم يقلل عملية التعود على هذه الصورة الذهنية ، (٣) وقصر وقت التعرض (بحيث يقل زمن التعرض والاحتفاظ بصورة الموقف المزعج عن ٢٥ دقيقة ، أو أن فترة ٢٥ - ٣٠ دقيقة لا تكون كافية في بعض الحالات للاحتفاظ بالصور الذهنية للمواقف المزعجة بصفة خاصة) .

وكما لوحظ عند مناقشة متغيرات المعالج التى تسهم فى تشكيل نتائج العلاج، ومن ثم فمن المهم أن يملك المعالج الفهم الكامل للمؤشرات النظرية المتصلة بالتعرض العلاجي لمواقف الانزعاج والقلق . وتبعاً لذلك ، فعليه أن يتبين أهمية جمع بيانات منظمة وملسقة عن معدلات قلق مرضاه أثناء تعرضهم للمواقف المثيرة للانزعاج (فى كل جلسة من جلسات العلاج وأثناء التدريبات المنزلية) ، لأن هذه المعدلات سوف تكون شديدة الفائدة كمؤشرات على التحسن والتقدم نحو الشفاء ولاكتشاف بعض المشكلات المحتملة .

وأحياناً ، يشير المرضى إلى صعوبات فى توليد بدائل لأسوء النتائج المثيرة للقلق والخوف والقلق . وربما تعكس هذه الصعوبة مرونة المرضى المحدودة عند تطبيقهم لأساليب الهجوم والمقاومة المعرفية المضادة للأفكار السلبية (وهى الأساليب التى أشرنا إليها آنفاً عند عرض أسلوب التعرض لمواقف الانزعاج ضمن برنامج علاج اضطرابات القلق العام) أو ربما تشير إلى اعتقادات وإيمان راسخ له ارتباط بمجال القلق والانزعاج محل العلاج . وفيما يتصل بهذه المشكلة ، سوف يلاحظ المعالج أحياناً أن معدلات قلق مرضاه لا تنخفض بعد توليدهم بدائل لأسوء النتائج المثيرة للتهديد والانزعاج . وعند ملاحظة المعالج مشكلات لها هذه الطبيعة ، عليه أن يسأل مرضاه عن وجهة نظرهم وآرائهم عن أسباب عدم انخفاض القلق . وطبقاً للمخاطر الشائعة فى العلاج المعرفى (كالفشل فى اختبار التنبؤات المسببة للقلق بشكل تام مع طرح حجج وبراهين عقلية مضادة) ، وربما يكون المعالج مبدئياً فى حاجة لمساعدة المريض على توليد البدائل . وطبقاً لخبرتنا فى هذا المجال سيبدأ انخفاض القلق فى الحدوث مع تزويد المرضى بالعائد ومردود العلاج ، وذلك بالتوازي مع استمرار التدريب على التعرض لمواقف الانزعاج (كالتعويد على تخيل الهاديات المزعجة المرتبطة بأسوأ النتائج المخيفة مما يقلل بطريقة موضوعية من تورط المريض الانفعالي فى المجالات التى تسبب له القلق والانزعاج ، إلى جانب أنها تسهل إعادة تكوين البنية المعرفية للقلق) .

كذلك لاحظنا آنفاً ، أن التحريف والتشويه المعرفى يمثل إحدى القضايا التى يجب مواجهتها بشكل متكرر فى علاج اضطرابات القلق العام . وربما لا يحاول المرضى التفكير - بصفة خاصة - فى أسوء النتائج المحتملة فى إثارة التهديد والانزعاج ، أو ربما يسمحون لأفكارهم أن تهيم على وجهها وتسرح أثناء العلاج . ويحتاج المعالج أن يخلص إلى أنه على الرغم من أن الانحراف عن الأفكار المقلقة والمشاعر ربما يخفف من حدة القلق على المدى القريب ، فإن هذه

استراتيجية طويلة المدى غير فعالة بالأساس لإدارة علاج القلق ، وفي الحقيقة ، ربما يدعم التشويه وجهة نظر المريض في أن ثمة أفكاراً وصوراً ذهنية محددة ينبغي تجنبها . وفوق ذلك ، ربما لا يدخل التشويه المعرفي في حساب التقييم المناسب من قبل المرضى للمعارف والإدراكات المسببة للقلق ويمنعها من الظهور في مستوى القلق اللازم للمعالجة الوجدانية الملائمة للانزعاج (فوا وكوزاك ، ١٩٨٦) . ولذلك ، على المعالج أن يكون يقظاً بصفة خاصة لمظاهر وأدلة التشويه التي يبديها المريض ، مشيراً إلى أن هذه المظاهر يجب التركيز عليها ، ويفند للمريض أسباب هذا السلوك الذي ليس له أي فائدة على المدى الطويل في خفض القلق .

الاسم : كليز ، ت . التاريخ : ١١/١٥

بداية الجلسة : الساعة الثالثة بعد الظهر .

نهاية الجلسة : الساعة الخامسة بعد الظهر .

(دائرة) القلق/التصور العقلي صفر ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨

لا شيء خفيف معتدل شديد شديد جداً

الأعراض أثناء التعرض :

الارتجاج/مرعوب	الدوار/آلام في البطن
الشد العضلي	حمرة الوجهة / الفشعريرة
التململ أو الأرق	التبول المتكرر
التعب	آلام في البلع أو كظم الألم
ضيق في التنفس	الشعور بالإعياء / أو أنه على حافة الهاوية
خفقان القلب/حيويته	يتهدد بسهولة / متقلب
يتصبب عرقاً/بارد اليدين	التركيز بصعوبة
جفاف الفم أو الحلق	النوم المضطرب
دوار/شعور بخفة الرأس	شدة الاستثارة

الانزعاج / : المضمون : زارتنى صديقتى عرضاً - ورأت منزلى غير المرتب، وصدمت فى . وسخرت منى ، ورأت أنه لا قيمة لى عندها ولا أهمية .

أسوأ نتيجة مزعجة محتملة : نتصل بالأصدقاء والآخريين وتحكى لهم وتصف ما رأته ، وهم كذلك سيسخرون منى ، ولا يحترمونلى بعد ذلك .

القلق (صفر - ٨) ٧ درجات التصور الذهنى (صفر - ٨) : ٧ درجات .

البدائل الممكنة : لم تعد تهتم بى إطلاقاً ، قد تحاول رؤيتى من بعيد ، ولكن ليس بمنزلى . ربما لم تعد تشاهد البرامج الترفيهية معنا ، ولو حدث فعلت ذلك ، فربما لا تفكر إطلاقاً فى الاهتمام بالاتصال بكل فرد من الأصدقاء لتخبره بهذا العرض . وربما تكون شديدة السرور لأنها لن ترانى حتى لو تغيرت وأصبحت نظيفة .

القلق (صفر - ٨) : درجتان التصور الذهنى (صفر - ٨) : درجتان

شكل ٤ - ٤ السجل اليومى للتعرض للانزعاج والقلق

تدريبات الاسترخاء :

لا يختلف أسلوب التدريب على الاسترخاء فى برنامجنا العلاجى الحالى لاضطراب القلق العام عن نظيره الذى كنا نستخدمه كجزء من هذا العلاج فى الماضى (راجع : بارلو ، كراسك ، سيرنى Cerny ، وكلوسكو Klosko ، ١٩٨٩ ؛ وبارلو وآخرون ، ١٩٩٢) . إن هذا الأسلوب الاسترخائى الذى نستخدمه الآن وضع إجراؤه بـبيرنشتاين وبروكوفينش (١٩٧٣) . وتبدأ الإجراءات بالتدريب على الاسترخاء العضلى لمجموعات محددة (١٦ مجموعة عضلية) ، ويسمى هذا الإجراء بالتدريب التمييزى^(١) . ويقتضى هذا التدريب تعليم المريض أن يميز بين إحساسات الشد والاسترخاء فى كل مجموعة عضلية أثناء ممارسة التدريب .

(1) Discrimination training .

والهدف النهائي من التدريب التمييزي هو زيادة قدرة المريض على اكتشاف مصادر الشد العضلي وعلاماته مبكراً ، بجانب تيسير انتشار الاسترخاء سريعاً لكل هذه المجموعات العضلية . وبعد الانتهاء من تدريب كل مجموعة عضلية على حدة على ممارسة الاسترخاء ، تستخدم أساليب تعميق الاسترخاء⁽¹⁾ أثناء عمليات التأثير والإيحاء ، متضمنة التنفس البطيء (مثل ذلك : التنفس البطنى البطيء ، مع تكرار كلمة «استرخ» بهدوء مع خروج الزفير) .

ويعرض المعالج على مرضاه منطق التدريب على الاسترخاء العضلي العميق ، بأنه يهدف إلى تخفيف الأعراض المرتبطة بمكون القلق الفيزيولوجي ، جزئياً عن طريق قطع الرابطة المكتسبة بين الاستثارة العصبية الذاتية الشديدة والانزعاج . ويستغرق تدريب الاسترخاء للمجموعات العضلية الستة عشر وقتاً يدور حول متوسط قدره نصف الساعة (ثلاثون دقيقة) . وفى العادة يقوم المعالج خلال الجلسة العلاجية بتدريب المريض على الاسترخاء ، ويعطى المريض شريطاً مسجلاً عليه إجراءات أداء تمرينات الاسترخاء ليسترشده به المريض عند أدائه هذا التدريب مرتين يومياً بالمنزل . وبالإضافة إلى توصية المريض بأداء التمرين على الشريط الصوتى المسجل ، فنحن نلتزم ونلزمه بمراعاة كل الجوانب التى تساعد على إنجاح هذا التمرين (مثل ذلك ، نصدر توصيات للمريض بأن يؤديه فى أماكن هادئة ومريحة ، وألا يؤديه قبل النوم مباشرة) .

وبعد ما يتقن المريض تدريب المجموعات الست عشرة (على مدى فترة تمتد لما يزيد على الأسبوعين) ، فنقوم بتخفيض التدريب من ست عشرة مجموعة إلى تدريب ثمانى مجموعات ثم أخيراً إلى أربع فقط وبالتدرج (كتدريب البطن والمعدة ، والصدر ، والذراعين ، ومقدمة الرأس) . وأثناء إعطاء المريض هذا التدريب المختصر ، يجب على المعالج أن يوازن عند توجيهه المريض لأداء التمرين ، بأن يراعى التركيز على أعضاء الجسم التى يشكو منها المريض ، ومن ثم عليه أن يدخل ضمن المجموعات العضلية الأربع التى تخضع للتدريب ، المجموعة التى يشكو منها المريض حتى يؤتى التمرين ثماره .

وبالطبع ، فإن منطق تخفيض مجموعات العضلات التى تخضع للتدريب على الاسترخاء (من ١٦ مجموعة إلى ٨ مجموعات إلى أربع مجموعات) هو

(1) Deepening relaxation .

إتاحة الفرصة لانتشار الاسترخاء من مجموعات التدريب إلى المجموعات العضلية التي لم تخضع له بسرعة ، لدرجة أن المريض يمكنه فعل ذلك بسرعة وفي أي وقت يشاء . ولذا ، فإنه بعد ما يتقن المريض ممارسة الاسترخاء للمجموعات العضلية الأربع ، يتعلم أسلوب الاسترخاء بالاستدعاء⁽¹⁾ أو باستحضاره . ويتكون أسلوب استدعاء الاسترخاء أو استحضاره بالتركيز على كل مجموعة من المجموعات العضلية الأربع التي خضعت للتمرين حتى هذه المرحلة من العلاج ، وذلك بأن يخلصها من الشد الذي فيها عن طريق استحضار مشاعر الاسترخاء التي تراكمت لديه بتعلمها من التدريبات السابقة . ولذا فإن هذا الأسلوب لا يستلزم ممارسة استحضار الشد العضلي كما كان الحال في السابق ، ولكنه يقتضى فقط استحضار خبرة استرخاء العضلات دون شدها (مثال ذلك : نوجهه بالتعليمات الآتية : كما كنت في السابق ، تركز على عضلات بطنك ، فعليك الآن أن تترك التفكير في كونها مشدودة ، وما عليك إلا أن تشعر بدفء الاسترخاء الذي تعودت عليه عضلات بطنك وتستحضره ذهنياً) . وكما كان الحال عند ممارسة تمرين الاسترخاء العضلي كاملاً ، يوجه المرضى بأن على كل منهم عند ممارسة استدعاء الاسترخاء ذهنياً أن يمارسوا أيضاً التنفس العميق المنظم البطيء ، وأن يكرروا كلمة «استرخ» سراً مع كل زفير . وعلى المرضى ، خلال هذه المرحلة ، ممارسة تمارين الاسترخاء الذهني ، والاستمرار في ممارستها يومياً في أماكن هادئة مريحة ، ويشجعوا كذلك على البدء في ممارسته بشكل مختصر في مواقف أخرى (كممارسته في العمل ، وفي المكتب مثلاً ، أو في السيارة) .

وبعد اتقان المريض للاسترخاء الذهني أو بطريقة استحضارة ذهنياً ، يبدأ في ممارسة الاسترخاء الموجّه بالهاديات⁽²⁾ . ووفقاً لهذا النوع من الاسترخاء ، يكون من الضروري في الخطوة الأولى من خطوات إجراءاته الأساسية ، أن يقوم المريض بالتنفس البطيء عدداً قليلاً من المرات (حوالي أربع أو خمس مرات) ويكرر كلمة «استرخ» مع كل زفير يخرج به . وعند الزفير ، يوجه المعالج له تعليمات مؤداها ، أن يتخلص من كل الشد العصبي المنتشر في جسمه ، ويخرجه من عضلاته ، عن طريق التركيز على استحضار مشاعر الاسترخاء في موقف ما . وهكذا ، فإن الاسترخاء الموجّه بالهاديات أو المواقف يعد من أحسن أساليب

(1) Relaxation - by recall .

(2) Cue - controlled relaxation .

الاسترخاء التي تنشره في كل أجزاء الجسم بلا تدريب فعلى ، ومن ثم يجب أن يوجه المريض لاستخدامه في العديد من المواقف بصفة عامة ، وفي المواقف التي تثير القلق والشد والانزعاج لديه بصفة خاصة ، ويشكل متكرر (مثال ذلك/ مواقف العمل ، وفي البيت ، وعند الانتظار ، وعند التحدث في الهاتف ، وعند قيادة السيارة) . وبالإضافة إلى ذلك ، نشجع مرضانا ، بين الحين والآخر على ممارسة تمرينات الاسترخاء العضلي العميق للمجموعات الست عشرة لأسباب عديدة (منها، أن يظل محتفظاً بالتدريب التمييزي لمجموعات محددة من العضلات ، وأن يقوى رابطة الهادية أو كلمة «استرخ» بمشاعر الاسترخاء .

ويتباين المرضى فيما بينهم فيما يحتاجونه من وقت لتعلم المراحل المختلفة للتدريب على الاسترخاء . وعندما يتم تنفيذ هذا الأسلوب في المواقف أو الجلسات العيادية (بدون قيود البرنامج العلاجي التي تشيع في درجات تقييم نتائج العلاج المضبوطة) ، يجب على المعالج ألا ينصح المريض بتنفيذه بمراحله الثلاثة بسرعة شديدة حتى ينقله تماماً (بحيث ينخفض من تدريب ١٦ مجموعة إلى ثمانى إلى أربع بسرعة) لأن نجاح المرضى في تنفيذ ما يليه من أساليب ومراحل (مثال ذلك أسلوب استحضار الاسترخاء ذهنياً ومرحلة تطبيق أسلوب الاسترخاء الموجه بالهاديات) ربما يعتمد إلى حد كبير على إتقانهم لكل استراتيجيات وخطط العلاج السابقة (كالتدريب التمييزي بممارسة الاسترخاء العضلي للمجموعات) .

وبالإضافة إلى الصعوبات العملية العديدة التي تكون قد ارتبطت بتدريب المرضى على الاسترخاء (كعدم تنفيذ المريض لواجبه المنزلي الذي يرجع لعدم توفر الوقت الكافي لأداء تمارين الاسترخاء أو مشكلاته في الاحتفاظ بدرجة كافية من تركيز الانتباه أثناء أداء التمرين) ، فقد لاحظنا وجود مشكلة في الدراسات السابقة المتصلة بمراحل تطبيق هذه الأساليب العلاجية يشار إليها بأنها مشكلة الاسترخاء المسبب للقلق^(١) . ويبدو أن القلق الناتج عن الاسترخاء ذاته يرتبط بدوره بالحساسية العميقة للهاديات الجسمية الداخلية (كالمشاعر الغائمة أو المشاعر الذاتية بفقدان التحكم ، التي تحدث عنها بوركوفيتش وآخرون ، ١٩٨٧ ، وهاید Heide وبيوركوفيتش ، ١٩٨٤) . وللبهنة على العلاقة المحتملة لهذه الظاهرة بالنتائج العيادية ، قام بوركوفيتش وآخرون ١٩٨٧ بدراسة قارن فيها العلاج المعرفى بالعلاج غير الموجه لدى مرضى تلقوا استرخاء عضلياً عميقاً كجزء من

(1) Relaxation - induced Anxiety .

برنامجنا العلاجي ، وانتهى إلى أن الاسترخاء المسبب للقلق يرتبط سلبياً وبشكل جوهري بالتغير في الأداء على مقاييس هاميلتون للقلق والاكتئاب .

ولذا ، فإن المعالج ينبغي أن يكون يقظاً لحدوث العلامات الدالة على حدوث القلق بسبب الاسترخاء ، وبصفة خاصة لدى مرضى القلق المصحوب باضطرابات الهلع (Cohen, Barloe, & Blanchard, 1985) ومن ثم يشجع استخدام تشخيص إضافي لدى المرضى الذين كان لهم تشخيص أساسي هو اضطراب القلق العام (Moras et al., 1992) . وعندما يتم ملاحظة القلق الناتج عن الاسترخاء ، يجب على المعالج أن يطمئن مريضه بأن هذا القلق ناتج عن استجابة ذاتية مؤقتة ترجع غالباً إلى نمط متعلم من الاستثارة الذاتية الشديدة وأن هذه المشاعر المقلقة عادة ما تضعف مع الاستمرار في ممارسة التمرين .

الوقاية من سلوك الانزعاج :

كما لاحظنا سابقاً في هذا الفصل ، أن كراسك وآخرون (1989) ، قد وجدوا أن ما يزيد على نصف مرضى القلق العام ، كانت انزعاجاتهم التي سجلوها عن طريق مراقبتهم لأنفسهم مرتبطة بتنفيذ بعض أنواع السلوك الصحيح ، والوقائي أو ببعض أنواع السلوك الطقوسي⁽¹⁾ . ولذا ، فإنه وفقاً لما يحدث في حالة تكرار بعض الأفكار الوسواسية لدى مرضى الوسواس القهري ، فإن سلوك الانزعاج والقلق لديهم تدعم سلبياً لدى مريض ما ، فإنها لدى آخر عادة ما ينتج عنها انخفاض مؤقت في حدة القلق (Brown et al., 1993) . وتشمل أمثلة سلوكيات الانزعاج الاتصال الهاتفى المتكرر بين العشاق في العمل أو في المنزل ، ورفض قراءة صفحات النعي أو أى أحداث أخرى مقلقة في الجريدة اليومية ، والعمل المجهد الذى ينوه الشخص بحمله . وكما هي الحال في علاج مرضى الوسواس القهري (الفصل الخامس من هذا المجلد Riggs & Foa) يكون من المفيد جداً عند علاج مرضى القلق العام استخدام الوقاية المنتظمة من الاستجابات التي تتعلق بالأحداث المسببة للانزعاج وظيفياً .

وربما لأن المرضى لا يرون مدى إسهام أنواع السلوك هذه في استمرار قلقهم ، فيكون من المفيد بالنسبة للمعالج أن يقترب من هذه المنطقة كفرصة لاستخراج معتقدات المرضى بأن هذه السلوكيات قد تمنع واقعياً وقوع كثير من

(1) ritualistic behaviour .

النتائج أو العواقب الوخيمة (وتسمى هذه الفنية باختبار التنبؤات^(١)). وتبدأ إجراءات هذا الأسلوب بقيام المعالج بمساعدة المريض على توليد قائمة سلوكيات الانزعاج الشائعة لديه . وبمجرد تحديد هذه السلوكيات ، غالباً ما نجعل المريض يقوم بمراقبة ذاته ويسجل تكرارات حدوث كل سلوك على مدى الأسبوع . أما الخطوة الثانية ، فتتمثل في إعطائه تعليمات بأن يحجم عن التورط في سلوك الانزعاج ، أو الانشغال به ، بل يشغل باستجابة أخرى منافسة له لتحل محله (مثال ذلك ، أن يفتح مذياع السيارة على محطة الأخبار أثناء عودته من العمل للمنزل أو عند ذهابه للعمل بدلاً من تحويل المؤشر بعيداً عن هذه المحطة لكي يتجنب سماع تقارير حوادث المرور) . ويسبق أداء تمرينات الوقاية من حدوث سلوك الانزعاج ، تسجيل تنبؤات المريض التي تدور حول نتائج أو عواقب الوقاية ومنع حدوث الاستجابة ، وبعد أن يكتمل التدريب على الوقاية ضد سلوك الانزعاج ، يقوم المعالج بمساعدة المريض بمقارنة نتائج ممارسة هذا التمرين بنتائج تنبؤات المريض (مثال ذلك : تكرارات سلوكيات الانزعاج المتورط فيها المريض لا ترتبط باحتمالات وقوع أحداث سلبية في المستقبل) . وكما هي الحال عند علاج حالات اضطرابات الهلع (راجع كراسك وبارلو ، الفصل الأول من هذا المجلد) ، فإن اختبار تنبؤات المريض يمكن أن يكون مفيداً في مساعدتنا على إعادة بنائه المعرفي حول هذه التنبؤات . ويعرض الشكل ٥ - ٤ صيغة كاملة للوقاية من سلوك الانزعاج .

إدارة الوقت (٢) :

يقر عدد كبير من مرضى القلق العام بالمعاناة من الربكة الشديدة التي يشعرون بها بسبب كثرة الالتزامات والتعهدات التي لا بد أن يلجؤونها خلال زمن محدد ، فضلاً عن الأحداث والمشاحنات اليومية التي تثير المشقة . وبسبب طبيعة اضطراب القلق العام (الذي يتسم بالخشية والتهديد القلق) فإن هؤلاء المرضى غالباً ما يكونوا ميالين لتضخيم نتائج المشاحنات اليومية ، وبيالغون في نتائج الآثار المترتبة على أحداث الحياة التي تثير أقداراً تافهة من المشقة . وطبقاً لما سبق ، فإن المهارات اللازمة لإدارة الوقت وتحقيق الأهداف تعد عوامل مساعدة ومفيدة للغاية في علاج اضطرابات القلق العام ، لأن هذه الأساليب ربما تساعد

(1) Predictions testing .

(2) Time management .

المرضى على تركيز جهودهم على الأعمال المطلوب منهم إنجازها الآن أكثر من التركيز على مصادر القلق والانزعاج ، ومنها قلقهم على إنجاز أعمال مستقبلية .

وتتضمن استراتيجيات إدارة الوقت ثلاثة مكونات أساسية هي : المسؤولية النيابية (1) ، والتوكيدية ، (كأن ترفض بعض الأعمال قائلاً «لا») ، والالتزام بجدول أعمال يومي محدد . وفيما يتصل بالمسؤولية النيابية أو التفويض المسئول ، فلحن غالباً ما نلاحظ على مرضانا أن ميولهم ونزعاتهم الكمالية (2) ربما تمنعهم من السماح للآخرين أن ينوبوا عنهم في أداء كثير من الأعمال والمهام التي كان عليهم القيام بها . هذا بالإضافة إلى أن مرضى القلق العام كثيراً ما يقاومون رغبتهم في رفض المطالب غير المتوقعة أو غير الواقعية التي يلقيها الآخرون على عاتقهم ، مما يمنعهم من إتمام نشاطاتهم المخطط لها من قبل (يحدث ذلك بصفة خاصة لدى مرضى القلق العام الذين يشكون من المخاوف الاجتماعية ، كتشخيص إضافي) . وعادة ما نتجه مباشرة للقضايا التي تتصل بتفويض المسئوليات للآخرين والتوكيدية عن طريق توظيف الوقاية ضد سلوك الانزعاج وممارسة تمارين اختبار التنبؤ التي عرضنا لها آنفاً . مثال ذلك ، إن ذلك قد يقتضى منا أن نطلب من المريض أن يكلف مساعديه بإنجاز الأعمال البسيطة لاختبار تنبؤاته المرتبطة بنشاط ما من النشاطات التي يجب عليه القيام بها (كأن يتنبأ بأن كيف العمل وجودته ستقل ، إن ذلك سيأخذ منى وقتاً طويلاً حتى يتضح لمساعدى ما ينبغي أن يقوم به بدلاً منى بالمقارنة بما ساستغرقه من وقت إذا ما أنجزته بنفسى ، وربما أدرك أو يرانى الآخرون على أننى شخص مهمل فى عملى ومقصر فى أداء وتحمل مسئولياتى) .

ويجب أن نبدأ الالتزام بالبرنامج اليومي (الأجندة) مع بداية مراجعتنا النشاطات اليومية التي يقوم بها المريض (ونقوم بهذه المراجعة للبرنامج اليومي على مدى أسبوع من المراقبة الذاتية من قبل المريض لنفسه عند تنفيذ هذا البرنامج) . ويمكن للمعالج فيما بعد ، أن يساعد المريض فى تكوين أو بناء استراتيجية منظمة للالتزام بتنفيذ جداول الأعمال اليومية دون إضافة أعباء أخرى وبناء نشاطات يومية لا تتخطى تلك النشاطات شديدة الأهمية التي لا يستطيع أحد

(1) delegating responsibility .

(2) perficionistic tendencies .

غيره إنجازها . ويمكن تحقيق هذا الهدف عن طريق توليد قائمة من الأهداف الثابتة^(١) التي تنبثق عنها النشاطات اليومية بحيث توضع في فئات على النحو التالي : (أ) أعمال ونشاطات شديدة الأهمية ويجب إنجازها في ذات اليوم . (ب) مهمات مهمة جداً لا بد أن تلجز حالياً ، ولكن من الممكن ألا يكون ذلك في اليوم نفسه ، (ج) ومهمات وأعمال مهمة تكون في حاجة لإنجازها ولكن برؤية لأنها غير مؤثرة . ويمكن للمعالج ، بعد ذلك ، مساعدة المريض في تخصيص أوقات كافية لتكملة كل نشاط على حدة . وربما مضاعفة الوقت لنشاط بعينه إذا ما برهن المريض على أهمية هذا النشاط ، أو كانت له توقعات غير واقعية تتصل بطول الوقت اللازم لإنجاز أعمال محددة) .

الإسم / كليرت

التاريخ	نشاط التمرين	مستوي القلق قبل النشاط (صفر-٨ درجات)	مستوي القلق بعد أداء النشاط (صفر-٨ درجات)
١١/٢٧	طلبت من زوجي الاتصال بي فقط عند عودتي من العمل ، وليس قبل ذلك .	٤	٣
١١/٢٨	» » » » » » » »	٣	٣
١١/٢٩	» » » » » » » »	٣	٢
١١/٣٠	» » » » » » » »	٣	١
١٢/١	» » » » » » » »	٢	٢
١٢/٢	» » » » » » » »	٢	صفر
١٢/٣	» » » » » » » »	١	صفر

وبعد ما نكون قد فرغنا من تحديد الوقت اللازم لكل عمل أو مهمة ، يعطى المريض تعليمات مفادها أن يضع لكل عمل من الأعمال أ ، ب ، ج الوقت المحدد لكل منه على حدة في مكانه بالبرنامج أو الجدول اليومي . ولو تصادف أن واجه المريض يوماً مكثراً بالأعمال لدرجة لا تطاق بحيث أصبحت استراتيجية تنظيم الوقت حسب الجدول غير ملائمة ، يوجه المرضى - كل منهم على حدة - أن يضعوا قائمة بثلاثة أعمال رئيسية هي أ ، ب ، ج ، ويشطبون بقية الأعمال

(1) goal - setting list .

الأخرى من السجل اليومي للأعمال . وعلى الرغم من أن ذلك أمر لم يقيم وفقاً للخطوات العلاجية المحكمة حتى يومنا هذا ، فإن خبرتنا العيادية تفترض أن استراتيجيات إدارة الوقت هذه يمكن أن تكون مفيدة فى تخفيض مستويات الضغوط النفسية اليومية للمرضى فى مقابل زيادة قدرتهم بالسيطرة والتحكم فى حياتهم يوماً بيوم .

حل المشكلات :

يعد مكون حل المشكلات آخر عناصر برنامجنا العلاجي لاضطراب القلق العام . ووفقاً لكل من مايكينباوم Meichenbaum وجارمكو Jaremko (١٩٨٣) ، نقوم بتقديم هذا الأسلوب للمرضى مع ملاحظة أن الأفراد غالباً ما يواجههم نمطين من الصعوبات عند حلهم لأية مشكلة ، هما : (١) رؤية المشكلة وإدراكها بطرق مأساوية ، وغامضة وعمامة ، (٢) والفشل فى توليد أية حلول ممكنة . ونواجه الصعوبة الأولى عن طريق تعليم المريض تحديد مشكلاته فى مصطلحات محددة ، وأن يقسمها إلى مشكلات أصغر ، أى أجزاء تكون سهلة التناول (وهى أجزاء المشكلة التى تم مواجهتها بالفعل أثناء ممارسة العلاج أو شيئاً شبيهاً بذلك) . أما الصعوبة الثانية فيتم مواجهتها عن طريق تعليم المريض (أو المرضى) أن يقدحوا زناد أفكارهم والعصف الذهنى لوضع حلول للمشكلة التى تواجههم . فعلى سبيل المثال ، يشكو بعض المرضى من المتاعب التى يعانون منها عندما تكون الإصلاحات اللازمة لسياراتهم غالية الثمن ومكلفة . ويمكن للمعالج مساعدة المريض على توليد عدد كبير من الحلول الممكنة لهذه المعضلة ، بحيث تكون كلها حلولاً منطقية وقابلة للتنفيذ على وجهها الصحيح (مثال ذلك ، يشتري المريض سيارة أخرى مستعملة ، أو يشتري سيارة جديدة ، يتوجه لميكانيكى آخر ، وأن يثمنها بهدوء أو يأخذ قسيمة تأمينها) . وبعد انتهائنا من توليد جمع كبير من الحلول الممكنة ، يتم تقييم كل حل منها على حدة لتحديد أى منها هو الحل العملى ، ويمكن تحديد الهدف النهائى لاختيار الحل الملائم للمشكلة والتصرف على أساسه (وهو حل أغلب الظن أنه لم يكن حلاً متصوراً من قبل القيام بعملية المفكرة) . ونذكر للمرضى أنه مع كثرة الممارسة والتدريب ، فإن توليد الحلول المفكرة يمكن إنجازها بشكل أكثر كفاءة (يتبدى ذلك من خلال حاجتنا لوقت ومجهود أقل من السابق) .

وبالإضافة إلى تيسير التوصل لحل للمشكلة المطروحة ، فثمة فائدة أخرى يقدمها لنا هذا الأسلوب مؤداها أنه ينمي قدرات المرضى على التفكير والبحث عن حلول بشكل مختلف في حياتهم ويمكنهم من التركيز على الحلول الواقعية أكثر من تركيزهم على الحلول المأساوية التي تجلب لهم القلق . وبهذا المعنى ، يمكن أن تتشابه فائدة حل المشكلات بآلية الحركة أو الفعل والنشاط التي نفترض أنها تكون مسئولة جزئياً عن كفاءة أسلوب أو عنصر التعرض للانزعاج .

دراسة حالة :

يمثل الحوار الذي يجري بين المعالج النفسي ، والمریضة «كلير» جوهر برنامج علاج اضطرابات القلق ، وهو برنامج علاجي متعدد المكونات . وهو برنامج يقدم للمرضى ، كل منهم على حدة ، على مدى ثلاث عشرة جلسة ، مدة كل منها ساعة واحدة . ولأن كلا من المرضى والمعالجين المبتدئين تواجههم أشد الصعوبات في تطبيق الاستراتيجيات المعرفية ، فإننا سنكثف الضوء على وصف هذه الأساليب بشدة من خلال صيغها الدقيقة التي سترد في الجلسات العلاجية .

الجلسة الأولى :

تتصرف الجلسة الأولى للتعارف وبناء العلاقة بين المريض والمعالج ، بقدر ما توظف لاستعراض برنامج العلاج وإحاطة المريض به .

(المعالج النفسي) : لقد أعدنا هذا البرنامج العلاجي لمساعدتك في تعلم مهارات مواجهة القلق العام وتطويرها ، فضلاً عن تدريبك على مهارات مقاومة القلق الشديد . ولأن البرنامج يتضمن كلا من التعلم والتدريب على بعض المهارات التطبيقية ، فسيكون هناك بعض التمرينات التي سنكلفك بإتقانها وممارستها في جلساتنا العلاجية وفي البيت . وسنرتب لك الآن ثلاث عشرة جلسة ، يستغرق كل منها في حدود الساعة . وبعد انتهائها ، سنلتقي دورياً على مدى اثني عشر شهراً من المتابعة لنراقب مدى تحسنتك ونحافظ على مكاسبك العلاجية ، ونحاول منع أى انتكاس لك . ونود يا سسيدتى «كلير» أولاً ، أن نستمع منك لضروب المشكلات التي تعاني منها بحيث دفعتك للحضور للعيادة طلباً لهذا العلاج النفسي المتخصص .

دائم السفر لمسافات طويلة لأن هذه هي طبيعة عمله ، ولكن بعض هذه السفريات تتم بالسيارة ، وكثير منها يتم بالطائرة . ولأنه يعمل في منطقة تقع على ساحل البحر الشمالي الشرقي ، ودائماً ما يسافر في الشتاء إليها ، فيكون مصدر انزعاجي وقلقي عليه هو الخوف من مواجهته للمناخ والطقس السيء مما قد يسبب له حادثة بالسيارة ، أو يحدث له مكروه لاسمح الله ، كسقوط الطائرة . ولدى هلع شديد عليه ، فما بالك بهلعي على ابني ، فهو قد بدأ ممارسة اللعب مع فريق كرة القدم الممثل لجامعته ، ومن ثم فهو معرض للإصابة في أي وقت . ويصيبني انهيار عصبي عند مشاهدته يلعب مع فريقه ، لدرجة أنني توقفت عن الذهاب مع زوجي لمشاهدة مباريات فريقه ، علماً بأنني متأكدة من أنه سيحبط لعدم مشاهدتنا إياه أثناء اللعب ، ولكن ذلك ببساطة أمر شديد الوطأة على نفسي إذا ما فعلته ، وهذا هو عذري الوحيد .

المعالج : لقد ذكرت كذلك أنك تنزعجين لأتفه الأسباب ولأمور لا قيمة لها ، فأرجو أن تذكر لي بعض هذه الأمور النافهة .

كلير : مثلاً ، عندما يغادر ابني غرفته ويتركها غير مرتبة ، أو عندما يترك حذاء زوجي بعض الآثار في المنزل . فإن مثل هذه الأمور تغضبني وتزعجني جداً ، أنا أغبط نفسي على ترتيب بيتي ونظافته ، ونظافة حوائطه التي نستطيع الأكل عليها دون خوف من تلوثه . ولذا عندما لا يحرصان على نظافته مثلي أثور وأهيج عليهما ، وأتركهما دون تبرير ذلك .

المعالج : ما ذكرتيه يتفق تماماً مع الأعراض التي يعاني منها الأفراد الذين يصابون باضطراب القلق العام . فأسمح لي أولاً أن أقدم لك عرضاً لطبيعة القلق .. القلق واحد من المشاعر الانفعالية التي تعاني منها كل الكائنات الحية ، ومن ثم فهذا أمر طبيعي ، ويمثل جانباً ضرورياً من جوانب حياتنا . ونحن كبشر نمر بخبرات القلق عند مواجهة بعض المواقف الخطيرة ، والمهددة ، أو التي تتحدانا وتهدد استقرارنا النفسي بطريقة أو بأخرى . فعلى سبيل المثال ، إذا كنت تتنزهين في إحدى الغابات وسمعت حفيف أوراق الأشجار خلفك بصوت مرتفع ، فماذا

عساك تفكرين ؟ .

كلير : قد أتصور وجود أسد أو نمر جاء فجأة خلفي . ربما أحاول الاستمرار في الوقوف مكاني والإنصات للتأكد من الصوت .

المعالج : حسناً ، من الناحية الجسمية ، قد تشعرين أحياناً بأن نبضات قلبك تدق بسرعة شديدة ، وأن التنفس أقصر وأسرع وأعمق ، وظهور بعض العرق . ويكون الجسم في هذه الحالة وكأنه يستعد لمعركة ولقتال ضار أو كأنه يهرب من شر مستطير أو يتجنب خطراً محتملاً . إن نبضات القلب ودقاته تكون شديدة وسريعة لدرجة أن الدم سيتدفق سريعاً وينتشر في مجموعات جسمك العضلية الأساسية في الذراعين والفتحين . وتزداد سرعة التنفس عند استغراقك مع الحدث المزعج لدرجة أنك تحاولين إنقاذ نفسك من الإجهاد عن طريق الهروب أو الجري أو العراك . إن تصبب العرق الذي يسبق حالة القلق الشديدة أو الذي يتزامن معها قد ينبؤك بأن موجة الانزعاج الشديد ستقع . وهذا هو سبب نشأة الحالة التي نطلق عليه اسم استجابة الهروب أو الهجوم . كذلك فإنه يبدو أنك عندما تتصورين حدوث شيء سيء مسبقاً ، فإنك تكونين في وضع يسمح لك بالاستعداد للخطر القادم . عموماً كيف تكون استجابتك ، إذا استبدلت تفكيرك في أن أسداً أو نمراً سيهجم عليك من الخلف ، بتفكير آخر مؤداه ، أن هذا الصوت مصدره سقوط فرع من فروع الأشجار ؟ .

كلير : ربما لا أشعر بالخوف أو التهديد على الإطلاق .

المعالج : إذن ، أنت تستطيعين أن تدركي الآن إلى أي مدى تكون أفكارك مسئولة عن تحديد مستوى قلقك . إن القلق يمكن أن يكون قلقاً منتجاً وقوة دافعة في المواقف العادية . فمثلاً عندما كنت بالتعليم الجامعي ، كيف كنت تستعدى للامتحان ؟ .

كلير : كنت أدرس وأستذكر دروسي كما لو كنت استذكر بجنون قبل أسبوع من بدء الامتحانات ، وكنت أستمر في مراجعة مذكراتي مرات عديدة لدرجة أنها تطبع تماماً في ذهني .

المعالج : لماذا ؟ .

كسليير : بسبب الخوف من الفشل ، كما أعتقد . أو ربما بسبب خوفاً من هبوط معدلي الأكاديمي عن تقدير ممتاز .

المعالج : إذا لم تكوني على هذه الدرجة من القلق عند الاستذكار ، أو إذا لم تكن لديك هذه المعاناة من القلق ، كيف يكون حال تفكيرك ، وما كم الدروس ودرجة الاستعداد التي كنت ستكوين عليها .

كسليير : أعتقد أنني كنت سأكون مثل معظم أصدقائي في ظرف الامتحانات ، فهم يكونون راضين تماماً عن الاستذكار ليلة واحدة قبل حلول موعد الامتحان ، ويكون المعدل المرضي لهم ما بين جيد جداً وجيد على الأكثر .

المعالج : إذن ذلك مثال جيد يوضح لك إلى أي مدى يمكن أن يكون القلق مساعداً لنا على إنجاز الأهداف والمهام التي نصبوا إليها . أما عندما يكون القلق شديداً فسوف يكون معوقاً ، لأنه سيتدخل ويمنع الاسترخاء الذي تريدينه ، ويجعلك مشدودة عصبياً دون مبرر كاف ، ويجعلك تشعرين بالتهديد دونما مصدر لذلك . سنركز في تقديم العلاج على إزالة هذا القلق الشديد ، إزالة القلق الذي تعززه مصادر الإزعاج ، والقلق الذي يولد هذه الأعراض الجسمية التي تشعرين بها وتسيطر عليك طوال الوقت .

نحن نرى أن القلق ما هو إلا رد فعل لمنبه يمكن أن يكون داخلياً أو خارجياً . ومن أمثلة هذه المنبهات ، أفكارك الداخلية ، وإحساساتك الجسمية ، وأحداث ومواقف خارجية معينة ... وهكذا . ولأن القلق مجرد رد فعل لهذه المنبهات ، فيمكنك تعلم ضبطه والتحكم فيه عبر مجموعة من المهارات والتمرينات التي نصممها لمساعدتك في إدارة نوبات القلق الشديدة التي تتناوبك في أوقات محدودة . ووفقاً لرأينا بأن القلق مجرد رد فعل ، سنقوم أيضاً بتجزئته إلى ثلاثة مكونات منفصلة ، وهي : المكون الجسمي ، والمكون المعرفي ، والمكون السلوكي . وقبل شرح كل مكون ، دعيني أسالك إذا طلب منك شخص ما أن تسترخي وتوقفى الانزعاج والقلق في أي وقت كدور من العلاج لقلقك . فهل تستجيبين ؟

كلير : نعم بكل تأكيد . فهذا الخط العلاجي يفضله زوجي على الدوام .

المعالج : وهل تجددين ذلك أمراً معيناً لك ويساعدك على التغلب على القلق؟

كلير : إطلاقاً ، لم يساعدني على إيقاف القلق . والسبب ببساطة أن زوجي لم يعلمني كيف أسترخي ، أو كيف أوقف خبرة الانزعاج .

المعالج : هذا هو السبب الفعلي . إذا تعاملنا مع القلق بهذه النظرة العامة ، يكون من الصعب جداً إمكانية ضبطه أو التحكم فيه . ولذا فمن الضروري شرح قلقك وفقاً لمكوناته الثلاثة لأن ذلك سيكون مفيداً لك ، لأن كل مكون سيتم علاجه على حدة . فالمكون الجسمي لقلقك ستكشف عنه إحساساتك الجسمية التي تحدث أثناء القلق والانزعاج . وفي حالتك سيظهر هذا المكون في صورة اضطرابات في المعدة ، وشد عصبي ، وقابلية شديدة للتهيج والعصبية .. الخ . ويسمى المكون الثاني بالمكون المعرفي ، وتعكسه أفكارك التي تثور لديك أثناء القلق أو الانزعاج ، وينعكس المكون السلوكي - الثالث والأخير - في سلوكيات محددة تصدر أثناء معاناتك من القلق أو تالية لحدثه . من أمثلة هذه التصرفات ، مغادرتك البيت مبكراً جداً حرصاً على مواعيد العمل ، وسرعة المشي ، والنقر السريع على الطاولة بالأصابع أو بالأقدام على الأرض ، ومحاولة بلوغ الكمال في كل شيء ، والمثالية المفرطة ، والتسويق ، وتأجيل الأعمال ، والنظافة ، ومراجعة مفاتيح الأمن والسلامة ، وصكوك الأمن والسلامة ، والتأمين على الحياة .. وما أشبه . ومع الاستمرار في الجلسات العلاجية سيكون من السهل علينا تحديد بعض هذه السلوكيات . وتميل هذه التصرفات لتخفيض مستوى القلق على المدى القصير ، ولكنها في الحقيقة تعمل على دعمه وتقويته والاستمرار في المعاناة منه على المدى الطويل . ومن زوايا متعددة للنظر ، فإن هذه التصرفات تشبه أفكارك المقلقة . ويمرور الوقت ، ومع تكرار ممارستها وترددها عليك ، تكتسب طبيعة أخرى ، هي الطبيعة الآلية التلقائية بالنسبة لك .

ويعد الانزعاج ظاهرة خطيرة جداً . فنحن كبشر نزعج لدرجة أننا نستعد بجدية وكأننا مستقبلاً سنكون أمام خطر أو تهديد عظيم . الانزعاج في حدوده المعتدلة يساعدنا على حل المشكلات ، وربما

بالصدفة تحدث الأشياء التي تهددنا الآن في المستقبل . وبالتفكير في كل ما يعن لنا من أشياء تثير انزعاجنا ، يمكننا التوصل إلى عدد متباين من الحلول وعدد من البدائل المناسبة لما كنا قد تنبأنا به في هذا الموقف . وإذا لم نسمح لأنفسنا بالتفكير في كل هذه الأشياء التي تسبب انزعاجنا ، ونتصور أسوأ الاحتمالات التي ستترتب على كل منها مستقبلاً ، فإن مستوى الانزعاج والقلق سيظل في زيادة مستمرة ومطرده . وأنت يا كليير كنت قد ذكرت أنفاً أنك كنت تنزعجين على أوقات المحاضرات ومواعيدها وبقائك فيها في تعليمك الجامعي . فلماذا كان يحدث ذلك ؟ .

كليير : السبب أن المحاضرين كانوا أشدء ومنضبطين جدا ، وقد يسجلونك مع الغائبين ويرسلون لك الانذارات إذا ما أتيت متأخرا عن بداية المحاضرة ، وقد يهدرون بعض الدرجات مقابل الغياب أو التأخير .

المعالج : وما الضرر الذي سيقترتب على ذلك بالنسبة لك ؟

كليير : تدنى المعدل الأكاديمي بالنسبة لزملاء الفصل أو الفرقة . وأنا كنت أحاول عدم التأخير حتى أتفادى إهدار بعض الدرجات من معدلي لأحفظ دائماً بالمستوى الممتاز .

المعالج : وماذا يحدث إذا ما وصلت للمحاضرات متأخرة عدداً من المرات ؟

كليير : كانت معدلاتي ستنخفض وكنت سأخرج بدون حصولي على تقدير ممتاز مع مرتبة الشرف ، وكان والداي سيصابان بخيبة أمل في ابنتهما .

المعالج : وما الذي سيقترتب على ذلك ؟

كليير : لست متأكدة ولا أدري ماذا كان سيحدث . ربما لا يدفعان لي مصاريف ورسوم التحاقى بالكلية ولا رسوم تعليمي أو شيء من هذا القبيل . وبدورى لم أكن لأستطيع تسديد الرسوم ، وربما كنت سأفقد فرصة الالتحاق بالتعليم الجامعي ، وهذا يعد شيئاً فظيماً بالنسبة لى . وربما لم أكن قد التقيت بزوجى الحالى نهائياً ، أو حصلت على وظيفتى الحالية ، وعجزت عن دفع مصاريفى الراهنة .

المعالج : على ضوء توقعاتك ، أنا أشعر الآن إلى أى مدى أنت تعانين من

الانزعاج والقلق ، ولكن أعتقدين حقا أن والدك كانا لن يدفعنا لك رسوم العليم إذا قل معدلك الأكاديمي عن تقدير ممتاز ؟ .

كسليير : على ضوء ما حدث في الماضى أيام أن كنت فى التعليم الجامعى ، ربما لم يحدث لأن إخوتى البنات كن لا يحصلن على هذا التقدير خلال تعليمهن الثانوى ، وكان والدائ يدفعان لهن رسوم التعليم .

المعالج : وفقا لتجنبك التفكير فيما يترتب على هذه المواقف من احتمالات سيئة ، ولم تتساءلى عن أسوأ الظروف التى يمكن أن تترتب على هذه الأحداث ، فكانت النتيجة مزيد من دعم الأفكار التى تسبب لك الانزعاج ، بحيث شغلتنك أثناء الدراسة . ولكن مع استمرار الجلسات العلاجية ، سنختبر مصادر انزعاجك بالطريقة نفسها ، وعليك أن تستثيرى الأفكار التى تسبب لك القلق والانزعاج بطريقة منظمة لدرجة أنك تتغلبين عليها ، لكى تتعلمين الاقتراب منها ومناقشتها والسيطرة عليها دون تجنبها . وسوف تتعلمين أيضاً تحديد هذه الأفكار وإيقافها لأنها مثيرة للقلق ، كما تتعلمين كيفية الاسترخاء جسدياً وعضلياً للسيطرة على جسمك بالكامل ، وتتعلمين أخيراً تغيير بعض أنماط الأفكار المثيرة لقلقك وانزعاجك والمتصلة فى الوقت نفسه بأنماط السلوك وتستبدليها ببعض الأفكار الإيجابية التى يكون لها تأثير على المدى الطويل فى تقليل قلقك . هل اتضح لك البرنامج العلاجى ؟ .

كسليير : نعم ، ممتاز جداً .

المعالج : حسن . ثمة عنصر آخر مهم فى هذا البرنامج العلاجى ، ألا وهو المراقبة الذاتية والواجب المنزلى ، ستسمح لك عملية المراقبة الذاتية لمستويات قلقك وانزعاجك أن تكونى مراقبة أشد دقة لخبراتك وأفكارك . فأحيانا يذكر لنا بعض مرضانا أنهم يشعرون بالقلق باستمرار ، ولكن عندما يبدأون فى مراقبة أنفسهم ، نكتشف أن بعضهم خلال بضعة أيام الأسبوع يكون أحسن أو أسوأ من بعضهم الآخر من حيث الشكوى من القلق . وهناك ميزة أخرى لعمليات المراقبة الذاتية تتمثل فى قدرتها على تزويدك أو إمدادك بفهم أكثر موضوعية لقلقك . وسوف تشعرين أنك لست ضحية ولا مثل الضحية للقلق ولكنك ستشعرين أنك مثل العالم

الذى يحاول تحديد مستوى قلقك واختباره وفحصه . وعن طريق مراقبتك لدرجة تحسنتك ، نستطيع تقويم مدى فعالية البرنامج العلاجي الذى قدمناه لك وإدخال أى تعديلات عليه نرى أنها ضرورية لعلاجك خلال ما سيأتى من جلسات . وأخيراً ، لأننا سوف نحدد لك بعض الواجبات المنزلية باستمرار ، فسوف تتعلمين الاستراتيجيات السابقة بشكل سريع جداً إذا ما راقبت نفسك بطريقة متسقة . ربما تعانين من زيادة مؤقتة فى مستوى قلقك عندما تبدئين لأول مرة فى مراقبة ذاتك وعندما تحاولين إنجاز الواجب المنزلى ، وهذا أمر طبيعى جداً لا تخافينه . وربما يكون سبب هذه الزيادة المؤقتة أنك تواجهين قلقك بجدية لأول مرة فى حياتك . وهذه أيضاً علامة جيدة على أننا نسير فى الخط الصحيح للعلاج وتحديد مستوى قلقك وكيفية مواجهته [أعطينا المريضة تعليمات محددة لكيفية استخدام سجلات القلق والاكتئاب الأسبوعية وملء جدول المراقبة الذاتية] .

الجلسة الثانية :

فى هذه الجلسة يبدأ المعالج إجراء مراجعة مختصرة للمراقبة الذاتية على مدى الأسبوع الماضى ، ويكرر ذكر منطق العلاج الذى شرحه فى الجلسة الأولى السابقة .

المعالج : دعينا نبدأ جلسة اليوم بمراجعة الجداول أو سجلات الواجبات والمراقبة الذاتية الأسبوعية . يبدو أنه على الرغم من أن مستوى قلقك قد انخفض قليلاً فى الأيام من عشرين وحتى الثانى والعشرين ، فإنك قد خبرت معدلات مرتفعة له تقع ما بين ست وسبع درجات (راجع الشكل ٤-٢) .

كلير : نعم ، تلك الأيام كانت متعبة لى . فقد سافر زوجى سفرًا طويلاً من أجل عمله لمدة يومين ، وكنت شديدة القلق عليه بسبب سفره الطويل هذا . فكما تعلم ، أن هذا الأمر يقلقنى جداً رغم تجربتى له كثيراً وأنه دائماً يأتى معافى تماماً ، ولكن قلقى عليه يكون بسبب سوء الأحوال الجوية أو بسبب الحوادث . فهو بالطبع يعود للبيت بسلام ، ولكن الصعوبة تكمن فى وداعه عند سفره فى كل مرة . ولذا باستمرار يتصل بى هاتفياً عند

وصوله للفندق وقبل نومه كل ليلة طوال أيام السفر ، لكى أهدأ وأشعر
بالاطمئنان إلى حد ما .

المعالج : أنا مسرور لأنك ذكرت أنك تجعلين زوجك يتصل بك مرات عديدة
خلال سفره ، فهل يتصل بك بانتظام أثناء إنجاز العمل ؟

كلير : نعم ، هو يفعل ذلك لأنه يعلم أن ذلك يجعلنى أفضل ويسبب تحسن
حالتى . ولكنى أعتقد أن ذلك يسبب له بعض الإنزعاج والغضب
كزوجة مريكة له .

المعالج : على العموم ، هذه معلومات مفيدة لنا لتأمل الموقف كاملاً ، ونراقب
أنماط السلوك التى يكون عليك القيام بها للتخلص من قلقك قريباً جداً .

لمراجعة بعض النقاط التى ذكرناها فى الجلسة السابقة . أذكرك بأن
البرنامج العلاجى سيستمر لمدة سنة . تستغرق الجلسات الثلاث عشرة خمسة عشر
أسبوعاً بواقع جلسة لكل أسبوع ماعدا الجلستين الثانية عشر والثالثة عشر بواقع
جلسة كل أسبوعين . ومن الضرورى أن تمارسى بانتظام الاستيراتييجيات التى
شرحناها لك مسبقاً طوال الجلسات التالية لدرجة التمكن ، وحتى تحل الأفكار
الإيجابية محل الأفكار السلبية ، ولكى تتخلصى من الأفكار المتعلقة وأنماط السلوك
التي تسبب لك هذه المستويات الشديدة من القلق والانزعاج . فأنت مثلاً عندما
تراجعين طبيب الأسنان لفحص محدد ، فإن تتوقفى عن تنفيذ نصيحته باستمرار
استخدامك لفرشاة الأسنان ، صحيح وحق أم لا ؟ فنحن نوظف المبدأ نفسه هنا ،
بأن التثبيت التام لهذه المهارات يستغرق وقتاً وممارسة يومية .

وكما ذكرت لك فى الأسبوع الماضى ، فإن الانزعاج والقلق ما هما إلا
استجابات طبيعية للخطر والتهديد . ومن ثم فإن الوظيفة الأساسية للقلق هى حماية
الجسم والاستعداد من أجل البقاء والبدء إما فى الهرب أو الهجوم . إن الجانب
الجسمى من القلق مسئول عن تنشيط إحساسات محددة بشكل آلى وذلك بهدف
إعداد الجسم وتجهيزه لمواجهة مصادر التهديد . وتعد استجابات الهروب أو الهجوم
جزءاً من نشاطات الجهاز العصبى المستقل الذى يتكون من شقيه التعاطفى
واللاتعاطفى . ومهمة الجهاز العصبى المستقل بشقه التعاطفى النشاط لمواجهة
الأخطار ، وكونه مسئولاً عن إرسال نبضات عصبية للغدة الأدرينالية . وتقوم
الغدة الأدرينالية بإطلاق بعض الهرمونات ذات الطبيعة الكيمائية العصبية

كالأدرينالين والنورأدرينالين ، وهما الهرمونان اللذان يقومان بإرسال نبضات عصبية للجسم كإشارة لإعداده للتصرف ومواجهة أية أخطار . ومن ناحية أخرى ، تتمثل مهمة الجهاز العصبى المستقل بشقه اللاتعاطفى فى إعادة التوازن للجهاز العصبى الذاتى ، وإرجاع الجسم لحالته الطبيعية الهادئة . فأنت عندما تكونين قلقة ، فإن جهازك العصبى الذاتى يحرك ويحفز مجموعة متباينة من المنظومات الجسمية ، مثل الجهاز القلبي الوعائى ، وأجهزة التنفس ، والأجهزة الهضمية . ومن ثم فإن دقات قلبك ونبضاته مثلاً ربما تشعرى بقصر قليل فى التنفس ، وربما ترتبك عمليات الهضم مما قد ينتج عنه مشاعر بالدوخة والدوار والقلق والاختلاط .

إن المكون أو العنصر الثانى من عناصر تصورنا النظرى للقلق هو المكون المعرفى . ويشير هذا المكون إلى أفكارك المحددة وتنبؤاتك المصاحبة للموقف عندما تبدأ استجابات التجنب والهروب أو الهجوم . وبعد الانزعاج بسبب موقف ما مجرد محاولة لحل مشكلة تتصل بتهديد أو خطر مستقبلى يشعر الفرد أنه أمر وشيك الوقوع . فإذا ما قلقت أو انزعجت ، فإن بؤرة تركيز انتباهك تنصرف إلى مصادر التهديد المحتملة ، ومن ثم فإنه سيكون من الصعب حينئذ التركيز على أشياء أخرى تحيط بك من كل جانب لدرجة أنك لا تستطعين إيقاف الشعور بالتهديد والقلق من الخطر المحتمل . ولأن تركيزك قد اضطرب ، فإنك قد تمرين أو تخبرين النسيان وضعف الذاكرة . ولكن ذلك لا يعنى إطلاقاً أنك فقدت عقلك أو ذهنك أو قدراتك العقلية . بالإضافة إلى ما سبق ، فإن قلقك وانزعاجك يتداخل مع قدراتك الخاصة بالانتباه لمصادر المعلومات التى ترد إلى ذهنك اللهم إلا تركيزك على مصادر الخطر والتهديد التى تظنين أنها ستقع لك فى المستقبل المنظور . وهذا العجز فى تركيز الانتباه على المهمات المطلوب إنجازها عجز وقائى ، بمعنى أنك عندما تواجهين بتهديد أو خطر حقيقى ، تكونين بحاجة للتركيز التام على ما يمكن أن يجرى حولك من مواقف وأحداث .

ومن الناحية السلوكية ، عندما تكونين قلقة ، ربما تصدر منك أنماط سلوكية محددة تحرصين عليها لتخفيض أو لتزويد مستوى قلقك . وتسبب الحركات التلقائية التى تحدث بشكل متكرر كقطع الشقة أو الغرفة ذهاباً وإياباً ، أو حركات القدم ، أو الطرق بالأصابع ، أو النقر المتواصل بها إلى آخره من هذه الحركات اللاإرادية ، كالتنظيف المستمر للمكان ، تسبب إطلاق مزيد من الطاقة مما يساعد

على تشتيتك وعدم السيطرة على أفكارك بالدرجة الأولى . وبالطريقة نفسها يتم التسوية وتأجيل الأعمال ، وهذه إحدى الطرق الشائعة التي يحاول من خلالها مرضى القلق تجنب الشعور بالقلق إزاء المهمات التي لم تنجز بحجة أنهم لا يستطيعون التركيز . وربما ينشأ عدم التركيز من الخوف من الفشل أو الخوف من العجز عن إنجاز عمل ما بشكل متقن . لقد ذكرت لنا آنفاً أنك غالباً ما تشعرين بالقابلية للإثارة وشدة الغضب وسرعة التهيج ، مما يعد مظهراً آخر من مظاهر القلق السلوكية الشائعة . وكذلك عندما نكون قلقين قد نفعل أشياء أخرى لتساعدنا على تخفيض مستويات قلقنا وانزعاجنا . وبالنسبة لك ، فإن الذي يدفع زوجك للاتصال بك عدداً كبيراً من المرات تليفونياً هو قلقه عليك ، وهو حينما يفعل ذلك يسعى لتخفيض قلقه عليك والتأكد من أنك في أمان ومساعدتك في تخفيض قلقك عليه . ومثال آخر ذكرته لنا قبل قليل هو توقعك وامتناعك عن الذهاب لمشاهدة مباريات كرة القدم التي يشارك فيها ابنك بسبب قلقك أثناء مشاهدته وهو يلعب توقعاً منك بما قد يقع له من إصابات . وعلى الرغم من أنك قد تشعرين شعوراً مؤقتاً بأن حالتك أحسن نظراً لعدم مشاهدة مبارياته ، فإنك تدعمين اعتقادك القلق في الوقت نفسه بأن شيئاً ما خطراً سيحدث لابنك في ميدان رياضة كرة القدم .

كلير : إنك على حق تماماً في كل ما قلته ، ولكني لن أتحمّل مطلقاً رؤية أبنى وهو مصاب ، أو يؤذى . إن ذلك يربكني ويزعجنني تماماً ، ولذا فإن من الأيسر على تجنب الذهاب لمشاهدة المباريات حتى إذا ما وقع له أي مكروه أو إصابة ، يكون ذلك بعيداً عن رؤيتي لها وهي تحدث .

المعالج : إنك تبدين تماماً وكأنك مقتنعة بأن ابنك سوف تحدث له إصابة أو أذى محقق لا مفر منه مادام يمارس رياضة كرة القدم ، مع العلم بأن الأخطار المحتملة في هذه الرياضة قليلة جداً بالنسبة لغيرها . إن إجهامك عن الذهاب للمباريات معناه أنك فعلاً تصدقين نفسك بأن الأخطار المحيطة بابنك مبالغ فيها وتعد أكثر من حقيقتها الفعلية في هذا الميدان . وتبدين أيضاً وكأنك تدبأت بأنك ستكونين عاجزة تماماً عن رؤية ابنك مصاباً لأي سبب من الأسباب . ألم ترين على مدى حياتك شخصاً ما قد أصيب أو حدث له أذى ؟

كلير : فترة صمت ثم قالت نعم ، لقد اصطدم زوجي بمدافع من الفريق المنافس أثناء مباراة للكرة مما عرضه للإصابة وعولج بمجموعة من الغرز في جبهته .

المعالج : وهل كنت ساعتها قادرة على تحمل رؤيته مصاباً ؟

كلير : بشق الأنف تحاملت على نفسي حتى أصل به إلى المستشفى لإسعافه ، ولكنني قد انهرت تماماً بعد وصولي هناك بالسيارة .

المعالج : النقطة الأساسية هنا في الموضوع أنك على الرغم من قلقك الذي لا يطاق إزاء هذا الموقف ، استطعت حقيقةً مواجهته وأنقذت زوجك من الإصابة . سنعود لمناقشة بعض هذه المفاهيم في جلسة أخرى متأخرة .
والآن أريد أن أوضح لك كيف يمكن أن يتفاقم الانزعاج الشديد والقلق .

كلير : حتى يكون من السهل عليك التعامل مع حالتني ، أود أن أخبرك ببعض الأمور . إن والداي كلاهما ينزعج ويقلق لأتفه الأمور التي يفكران فيها ولو لمدة خمس دقائق فقط ، ويظنان دائماً في حالة من القلق الدائم . وكان عليّ الاتصال بهما هاتفياً إذا ما خرجت في أي وقت لأطمئنهما عليّ أو كان عليّ الاحتفاظ بحجرتي نظيفة جداً ، وكنت أحياناً أكذب بعض الكذب الخفيف الذي لا يتصل بشيء مخيف لمعرفةي بأن إثارة بعض الأمور التافهة ستقلقهم تماماً عليّ ، مثال ذلك كنت أريد اللحاق بمكتب حجز تذاكر السفر قبل أن يغلق أبوابه ، فكان عليّ قيادة سيارتي بسرعة تزيد عشرة أميال عن السرعة المحددة ، وإلا لن أحصل على تذكرة سفر ، وكانت لي رخصة قيادة . وبالطبع لو كنت أخبرتهم بأنني قد زدت سرعة السيارة إلى هذا المدى ، كان قلقهما الشديد وانزعاجهما من هذا الأمر جعلهما يمنعاني من قيادة السيارة تماماً مرة ثانية . ولذلك فقد ذكرت لهما أنني ذهبت للمكتبة العامة لإعادة بعض الكتب . إن ذلك أمر هزلي مضحك ، ولكن منذ ذلك اليوم ، لم أزد السرعة عن حدودها ، ولكن عند مشاهدتي لدوريات السيارات أثناء قيادتي لسيارتي تبدأ أقدار متزايدة من القلق في التسرب لي .

المعالج : إنه أمر حقيقي أن تعاني من القلق لأنك نشأت مع والدين يعدان نموذجاً للقلق وفي أسرة تحيطك بأنماط من السلوك القلق من كل جانب . ولكن

وجود والدين قلقين ليس معناه بالضرورة أن تكون ابنتهما قلقة خاصة بعد بلوغها سن الرشد . إن عوامل عديدة تتداخل لتسهم في إنتاج القلق والانزعاج الشديد . وتشمل هذه العوامل الاستجابية الجسمية⁽¹⁾ أو الاستثارة العامة الشديدة لكل أنواع الأحداث الإيجابية والسلبية . هل أنت من النمط الذي تقلقه أو تثيره الأحداث بسهولة ، مثلاً عندما تشاهدين فليماً مأساوياً أو تحضرين حفلة زفاف أو عرس ؟ .

كـلـير : بالتحديد فعلاً .

المعالج : نحن نشير إلى هذا الميل أو الاستعداد على أنه استعداد للاستثارة الشديدة أو على أنك « ذات تكوين عاطفي ، ويبدو أن جزءاً من هذا الاستعداد للاستثارة الشديدة يعد جزءاً فطرياً موروثاً ، بينما يتم اكتساب الجزء الآخر منه من خلال تعلمك من بيئتك الاجتماعية . وربما توجد عوامل أخرى تكون مسؤولة عن القلق والانزعاج الشديد وتمثل استعداداً لإدراك الفرد للعالم من حوله كعالم خطر ومكان مثير للتهديد ، متزامناً مع استعداد للشعور بالحاجة للتحكم في الأشياء التي تحدث في حياتك .

وطبقاً لهذه العوامل ، يمكن لخبرات الحياة ومثيرات المشقة أن تسبب مزيداً من القلق الشديد والانزعاج . فمن الممكن في حالتك يا كلير ، أن تكون الخبرات التي مررت بها في المرحلة الثانوية والتعليم الجامعي ومن زملاء الدراسة والأصدقاء .. من الممكن أن تكون كلها مثيرات للمشقة وترفع معدلات القلق لديك منذ البداية ، ولأن هذه المثيرات لم تعد - بالطبع - في الصورة ، فسنبداً في تحديد المثيرات الراهنة والعوامل المسببة لاستمرار قلقك وانزعاجك .

وهناك عوامل عديدة تسبب القلق الشديد . أحدهما هو الاستعداد لمحاولة مقاومة الانزعاج أو لمحاولة صرف النظر والانتباه عن مصدر الانزعاج من دون وضع حل نهائي للأفكار التي تتردد في الذهن . هل وجدت نفسك مرة من المرات تحاولين التفكير في شيء ما آخر عندما تبدأين رحلة القلق والانزعاج ؟ .

كـلـير : بالتأكيد طوال الوقت ، باستمرار أحاول أن أكون مشغولة مما يساعدنني أحياناً على صرف وتحويل انتباهي ودفعة تفكيرى بعيداً عما يقلقني .

(1) Physical responsivity .

المعالج : وعامل آخر يرجع إلى التدخل في القدرة على حل المشكلات بفعالية مؤداه الاستثارة الانفعالية الشديدة . ولأنك تعانيين من حالة قلق متكررة نسبياً ومن شدة الاستثارة الانفعالية ، فربما تركزين على كل الأشياء السلبية المحتملة بطريقة لا يمكن تحملها ، بينما لا تعيرين أى انتباه للأمور الأكثر واقعية والبدائل الأقل تهديداً وغير المشحونة انفعالياً . ومن الممكن أيضاً أن يقوم الانزعاج أو القلق بوظيفة خرافية⁽¹⁾ لدى بعض الأفراد الذين يقلقون بشدة لدرجة أنهم يعتقدون أن القلق إشارة أو علامة على الشخص حتى الضمير .

وفقاً لبرنامجنا العلاجي ، نحن نستهدف علاج المكونات الثلاثة للقلق مستخدمين خططا تم تصميمها بشكل محدد لكل مكون منها على حدة . أول هذه الاستيراتيجيات التي يجب تعلمها تسمى أسلوب الاسترخاء العضلي التصاعدي⁽²⁾ مستخدمين خلاله الشد العصبى وتخليص عضلاتك منه بالاسترخاء لتقليل قلقك الجسمانى . وبلى ذلك ، تعليمك طرقاً صممت للهجوم المضاد لتنبؤاتك السلبية ولتطوير أفكار واقعية خلال المعاناة من القلق . وسوف تتعلمين أيضاً فك الرابطة المكتسبة والتلقائية بين الاستثارة الانفعالية الشديدة والأفكار أو الصور الذهنية التي تستثير قلقك . وسيتم إنجاز كل هذه الأساليب بتعلمك إياها بشكل منظم حتى تواجهين قلقك بشكل منظم ومضبوط . وأخيراً ، سيكون عليك تطوير القدرة التي تكفل لك ممارسة بعض أنماط السلوك أو النشاطات التي تجعلك تتحاشين مواجهة القلق ، وتغيير السلوك الذي يدعم قلقك ، لدرجة أنك تستطيعين اختبار بعض تنبؤاتك السلبية لمصادر القلق الخارجية إذا ما أردت ذلك بحيث لا تستحوذ على مشاعرك .

خلال هذا الأسبوع ، من المهم أن تنتبهى بشدة لأنماط الأفكار التي تشغلك عندما تقلقين أو تنزعجين وتوجهين انتباهاً خاصاً للإحساسات الجسمية وأنماط السلوك التي تصاحب هذه الأفكار المقلقة أو المزعجة .

(1) Superstitious function .

(2) progressive Muscle relaxation .

الجلسة الثالثة :

المعالج : اليوم ، سنتعلم الاسترخاء العضلي التصاعدي . أولاً : حدثيني عن قلقك وانزعاجك خلال الأسبوع الماضي .

كلير : كان شديداً تماماً . لقد كُسرت ساق أحد زملاء ابني الذين يمثلون فريق كرة القدم في مشاجرة عنيفة قبل بدء المباراة . فكسرت ساقه في مكانين مختلفين ، ومن ثم سيظل بعيداً عن المشاركة طوال الموسم الرياضي . وهذا سبب عقدي من هذه الرياضة وأكتملت دائرة القلق الشديد بداخلي . وكان ابني واقفاً خلف زميله إلى اليمين منه قليلاً عندما حدث له ذلك . وحتى تبلغ الأمور ذروتها ، قمت بزيارة زميل ابني أثناء علاجه في نهاية الأسبوع ، وعلى غير المتوقع أصبحت كالحالة المشلولة الميلوس منها ومن ثم حاولت أن أشغل نفسي بعد عودتي من الزيارة بإعداد وجبات شهية حتى أستعد لاستقبالهما - ابني وزميله - حتى أشعرهما بكل الرضا والسعادة . وبشكل طبيعي ، عندما عاد زوجي ووجد أمامه مثل هذه الأحداث وهذا الكم من الانزعاج ، بدأت تثيريه وتضايقه مشاعر القلق ، وبدأ ينشغل بعيداً عنا . ولذا فقد أمضيت ثلاثة أيام شديدة القلق ، ومكثت أكتب عن قلقي ومشاعري بما يعادل ٧٥٪ من اليوم ، وهذا ما سجلته لك في السجلات الأسبوعية التي أعطيها لي ، كما أنني لم أحرز إلا قدراً يسيراً من المراقبة الذاتية لأنها تحتاج إلى أوقات محددة بعيداً عن الجدول اليومي لما أنجزه من أعمال . لكن على كل الأحوال أنا لم أهملها كلية فقد حققت قدراً بسيطاً من التحكم في القلق . إنه مما يثير الشفقة والشجن أنني أضعت عطلة نهاية الأسبوع في القلق حول أشياء غبية مثل تناول العشاء داخل البيت ، ومطالعة القوانين وذلك في حجرة الضيوف ، وفقاً لما دونته لك في جدول الأفكار والإدراكات .

المعالج : شيء عظيم جداً أنك راقبت نفسك بشكل منتظم ، إن كم الوقت الذي أنفقتيه في المراقبة وممارسة المهارات سيرتبط مباشرة بكم الفائدة التي ستحصلين عليها من هذا البرنامج العلاجي .

استحضري صور الشد العصبي العام والاستثارة الشديدة التي سببت قلقك الشديد والتي ربما يكون قد نشأ عنها الانزعاج المفرط . وعن طريق تعلم كيفية استرخاء عضلاتك الجسمية ، يمكنك إيقاف قلقك ليتخذ سبيلاً آخر ، وتستطيعين مساعدة نفسك للشعور بالتحسن في أحوالك الجسمية . ويتضمن تمرين الاسترخاء العضلي التصاعدي شد العضلات عصبياً وإرخائها حتى يتبدد هذا الشد . وسنبداً بعدد وافر من المجموعات العضلية التي يتم تدريبها على الاسترخاء ، ونقل هذه المجموعات كلما ازدادت مهاراتك في الاسترخاء . وسنبداً التمرين على ست عشرة مجموعة عضلية ، تنخفض مع تقدم مهاراتك في الاسترخاء إلى ثمانية ، فأخيراً التدريب على أربع مجموعات فقط ، وسيستغرق التمرين في بداياته الأولى ثلاثين دقيقة . وبالتدريج ستحتاجين إلى وقت أقل حتى تستغرقين في الاسترخاء تماماً . وتذكرى أو انتبهى ، أنه لأن الاسترخاء مهارة ، فلكي تتعلمها وتتقنها لا بد من تفريغ بعض الوقت لممارستها حتى تصبحي خبيرة فيها . ومع ذلك عند ممارسة الاسترخاء الآن ، سوف تشعرين ببعض الآثار مباشرة الآن .

كلير : أعرف أنه لا بد من تفريغ بعض الوقت للواجب المنزلي ، ولكن ثلاثين دقيقة تبدو لي وكأنها وقتاً طويلاً .

المعالج : يبدو أن الإحساس بالوقت يمثل نوعاً من الضغط يضاف إلى شعورك بالقلق . ولكي يخف هذا الشعور فكّري فيه على هذا النحو ، على أن أمارس الاسترخاء يومياً ، لأننى أفعل شيئاً مهما سيساعدنى على التخلص من القلق الجسمى والانفعالى . إن كل الأشياء الأخرى التي ستستمر في حياتك وعليك إنجازها خلال جداول زمنية محددة يمكن أن تؤجل قليلاً . ومع ذلك إذا ما حاولت أداء تمرينات الاسترخاء بهدف إتقانها ، يمكنك أداءها في الأوقات ما بين إنجازك للأعمال الأخرى وفقاً لجدول الانجاز اليومي ، ومن ثم لن يمثل هذا الوقت أى ضغوط عليك ، ولكن إن لم تفعل ذلك لن تتقنى الاسترخاء على الإطلاق . ومن المفضل أن تؤدى تمرينات الاسترخاء في الأوقات الهادئة نفسياً ، وحيث لا تكونى تحت ضغط المسئوليات الأخرى .

ويبدأ الإجراء بالشد العصبي في العضلات ثم استرخائها أو تفريغها من الشد والتوتر . وعن طريق الشد والتوتر ، تستطيعين إبراز الشعور بالراحة والاسترخاء مثلما تميزين على مدى اليوم بين نوبات الشد التي تتسرب بلا وعى

لعضلاتك الجسمية . إن شد العضلات عصبياً لا يسبب أى آلام فيها ، ولكنه مجرد إحساس بالتوتر أو الضغط العصبى . وعليك أن تبدأى التمرين بالشد ثم الراحة والاسترخاء لعضلات أسفل وأعلى الذراعين ثم أسفل وأعلى الساقين ، فعضلات البطن ، والصدر ، فالكتفين ، فالرقبة ، والوجه ، ثم العينين ، وأخيراً أسفل وأعلى الجبهة .

لتكونى حريصة تماماً على ممارسة التمرينات منذ البداية فى أماكن هادئة ولا تثير التشتيت . إن التركيز عنصر أساسى فى تعلم كيفية الاسترخاء ، لأنك ستكونين بحاجة لوجودك فى بيئة يمكنك فيها تركيز انتباهك تماماً على إحساسات الشد العصبى وتفريغته وتخليص عضلاتك منه . وهذا معناه استبعاد كل من الهاتف والتلفاز ، والمذياع ، أو الأطفال الرضع من حولك أثناء ممارسة تمارين الاسترخاء . وربما يساعدك التمدد على سريرك أثناء أداء التمرين بشرط التأكد من اليقظة وعدم الاستسلام للنوم . ويجب خلع الملابس الضيقة أو فكها ، وكذلك النظارات ، والعدسات اللاصقة ، والأحذية ، والأحزمة ، وما أشبه . يجب عليك ممارسة هذا التمرين مرتين يومياً لمدة ثلاثين دقيقة لكل مرة ، وذلك طوال الأسبوع القادم . والآن سأقوم بتشغيل مذياع مسجل وأقوم بتسجيل إجراءات تمارين الاسترخاء التى ستقومين بها بصوتى أثناء الجلسة . ويمكنك بعد ذلك الاستعانة بهذا الشريط المسجل عند ممارستك التمرينات بالمنزل . [وبدأ المعالج بعد ذلك فى تسجيل إجراءات الاسترخاء للمجموعات الست عشرة ثم أعطى الشريط المسجل للمريضة فى نهاية الجلسة] .

المعالج : (بعد الانتهاء من جلسة الاسترخاء) ، سأل المعالج المريضة ، كيف حالك؟

كلير : حالى . بخير وعظيم . لا أريد النهوض من مكانى . الآن أشعر وكأنى تأخذنى سنة من النوم . وأنه شىء مهدد إلى حد ما أن أفتح عينى الآن وأغادر مكان العلاج .

المعالج : إن ذلك أمر يمكن أن يحدث عند ممارسة الاسترخاء لأول مرة . وأحياناً ما يجد الأفراد أن الإجراءات وما تثيره من رعب يرجع إلى الشعور بأنهم لا يستطيعون السيطرة على مشاعرهم ، من قبيل الحرص على اليقظة وعدم النوم والاستئفال والعجز عن الحركة . وكلما تم ممارسة

الاسترخاء ، قلت هذه المشاعر وتم السيطرة عليها . [أعطيت المريضة تسجيلاً لإجراءات الاسترخاء ، وجدولاً لتمرينات المراقبة الذاتية ، وملاحظة أية مشكلات في التركيز أو في الاسترخاء] .

الجلسة الرابعة :

نبدأ بمراجعة الواجبات المنزلية وتمارين الاسترخاء على مدى الأسبوع الماضي ، لكل المجموعات الست عشرة والتأكد من مدى إتقان تمييزها بين حالات الشد العصبي وحالات الاسترخاء وبعد مراجعة المعالج والمريضة إجراءات هذا الأسلوب ، تبدأ إجراءات علاج المكون المعرفي للقلق .

المعالج : أود العودة الآن لتوضيح المكون المعرفي للقلق . فلتتذكرى أن أفكارك عبارة عن وسيلة لتحديد عواطفك وانفعالاتك من قبيل القلق . وفيما يتصل بالانزعاج الشديد والأفكار المثيرة للقلق ، فإن السؤال الأساسي الذي ينبغي أن تطرحينه على نفسك هو ما إذا كان حكمك على مصادر القلق والخطر والتهديد حكماً صادقاً ؛ بمعنى أنه حكم تؤيده أدلة واقعية ومتاحة بالفعل . ففي عديد من الحالات ، نجد أن كثيراً من نتائج الاحتمالات المخيفة التي يسوقها المرضى نتيجة لما يعانونه من انزعاج لا أساس لها من الصحة . عند انشغالك بانزعاجاتك وأفكارك المثيرة للقلق ، انتبهى إلى مجموعة من المبادئ الأساسية . أولاً : إن انشغالك بأفكارك لا يعنى أنك تفكرين تفكيراً إيجابياً . والبديل لذلك أنك عندما تنشغلين بإدراكاتك المقلقة ، يجب أن يكون تفكيرك واقعياً بحيث ينصب على المواقف المثيرة للقلق . ثانياً : لأن التفكير - فى الغالب - عملية تلقائية وآلية ، سيكون صعباً عليك فى البداية تحديد هذه الأفكار عندما تكونين قلقة . عودى للتفكير من جديد فى الفترة الأولى التى كنت تتعلمين خلالها قيادة السيارة . هل كانت سهلة ؟ .

كلير : بالعكس كانت فترة صعبة إلى حد كبير . ومع ذلك كنت مستمتعة بها ، وكان على التركيز على قيادة السيارة وإيقافها عندما بدأت التعلم .

المعالج : وعندما تقودين السيارة الآن ، هل تفكرين ثانية فى كل هذه الأشياء .

كلير : إطلاقاً . أنا لا أركز انتباهى على قيادتى للسيارة . إنما عادة ما أفكر فى كم الوقت الذى أحجاجة للوصول ، وأقصر الطرق التى توصلنى لغايتى .

المعالج : هذا حدث لأن القيادة أصبحت أمراً معتاداً وتلقائياً بالنسبة لك . أنت لازلت تفكرين أثناء القيادة ، ولكن قُدت السيارة مرات لا حصر لها ، فإن أفكارك تكون سريعة وتلقائية عند جلوسك خلف عجلة القيادة . يمكنك تطبيق الفكرة ذاتها على أفكارك المثيرة للقلق . فإنك عايشت مستوى مرتفعاً من القلق فترة طويلة ، فتولد لديك مجموعة كبيرة من الأفكار الآلية المرتبطة به . وسوف يتركز أو ينصب جانباً كبيراً من العلاج على تحديد وتفديد هذه الأفكار المثيرة للقلق لكي نعمل على تخفيض أو تقليل انزعاجك وقلقك . من الآن فصاعداً يجب أن تكون أفكارك محددة ما أمكن ، ومهم جداً أن تفعل ذلك كلما قلقت أو انزعجت . حاولي أن تتخيلي ما يجعلك قلقة أو عصبية .

إن إحدى الأفكار التي طرحتها علينا نتيجة لمراقبتك الذاتية لأفكارك الأسبوع الماضي ، وما دونتيه بشأن خوفك وقلقك على ابنك عند اشتراكه في مباريات كرة القدم الأمريكية . فما هو بالتحديد الأمر الذي يثير قلقك في هذا الموضوع ؟ .

كلير : ما يمكن أن يتعرض له من إصابات وأذى شديداً لا يحتمل . إن فريقه قد لعب على مستوى المسابقات التي نظمتها الولاية العام الماضي . وكما تعلم فإن هؤلاء الشباب ذوى أجسام ضخمة وقوية . إن ابني مثلهم ، ولكنه لم يمارس هذه اللعبة مثلهم سنوات وسنوات .

المعالج : وما الذي تتخيلين أن يحدث له من إصابات على وجه التحديد ؟

كلير : أن يصاب بكسور أو أذى في ظهره أو في رقبته ، مما قد يتسبب في إصابته بالشلل أو قد يسبب له الموت . إن ذلك قد حدث بالفعل لاثنتين من لاعبي إحدى الفرق الأمريكية ، ونشرت الصحف هذا الخبر في العام الماضي ، أتتذكر هذا الأمر ؟

المعالج : وماذا حدث لابنك منذ أن بدأ ممارسة هذه الرياضة وحتى الآن ؟

كلير : حقيقة ، لاشيء . لقد عاد للبيت بعد ظهر اليوم ويشكو فقط من آلام في إبهامه ، ولقد انتهى هذا الألم بعد فترة قصيرة . وحكى لنا أنه عند محاولته تسجيل بعض الأهداف اعترضه بعض أعضاء الفريق المنافس فسقط أرضاً وتأثر أصبعه . وأنا أعتقد أنه قد لعب بشكل جيد جداً .

المعالج : حسناً ، ولكن الذى ذكرتيه هو تدبثوك بأنه قد يصاب بأذى أثناء المباراة ، ولكن ذلك لم يحدث . ونحن عندما نكون قلقين ، نميل إلى ارتكاب خطأ معرفى عام يسمى احتمالات المبالغة فى تقدير الأمور^(١) . وبمعنى آخر ، نحن نبالغ فى تقدير احتمالات وقوع حدث لا نرغبه ونصدق إمكان حدوثه . وعندما تكونين منزعجة أو قلقة ، ما درجة الاحتمال الذى تخيلينه ذهنياً لإصابة ابنك علماً بأن التقدير يتراوح بين صفر و ١٠٠٪ ؟ .

كلير : حوالى ٧٥٪ .

المعالج : والآن ، ما احتمالات إصابته بأذى عند لعبه كرة القدم مستقبلاً ؟ وما تقديرك لذلك ؟ .

كلير : حسناً ، بعد مناقشة هذا الأمر ، يدور التقدير حول ٥٠٪ لاحتمالات الإصابة .

المعالج : بهذا التقدير نكون أمام حقيقة مؤداها أنه كلما لعب ابنك مبارتين من مباريات كرة القدم ، سيصاب فى واحدة منهما لا محالة . هل هذا صحيح ؟ .

كلير : لا «بعد فترة من التفكير» ، لم أفكر أن احتمالات الإصابة ستكون مرتفعة بهذا الشكل . ولذا يكون تقدير احتمالات إصابته فى حدود ٣٠٪ .

المعالج : وهذا معناه أيضاً أنه كلما لعب ثلاث مباريات سيصاب فى واحدة منها بأذى . إنك لكى تقدرى ميلك للمبالغة فى تقدير الأمور وتضخيمها ، واحتمالات وقوع أحداث سلبية فى المستقبل ، مما يساعدك على معرفة هذه المبالغات هو أن توجهى لنفسك سؤالاً مفاده ، ما الدليل الذى يمكن العثور عليه من خبراتك الماضية ويؤيد هذا الاعتقاد المقلق . فما الدليل الذى استنبطته من تاريخ ممارسة ابنك لكرة القدم ، وكون أو أنشأ لديك اعتقاداً بأنه سيصاب بأذى بالغاً فى مباراة من بين كل ثلاث مباريات ؟ .

كلير : لا يوجد أى دليل . لقد أصيب فقط فى الصيف الماضى بالتواء فى مفصل قدمه ، وشفى منه .

(1) Overestimation.

المعالج : إذن على النحو المشار إليه ، فإنك لا تملكين أى دليل إطلاقاً لتثبتى من خلاله أن ابنك سيصاب فى المباريات بنسبة ٣٠٪ .

كلير : حقيقة أنا لم أفكر فى هذا الأمر قبل ذلك إطلاقاً بهذه الطريقة .

المعالج : وما أسوأ بدائل الإصابة التى وقعت بالفعل لابنك طوال ممارسته لعب كرة القدم ؟ .

كلير : ربما لم يصب بأذى شديد مطلقاً حتى الآن . ولكننى أعرف أنه لا بد أن يعانى من بعض الآلام نظراً لكثرة الكدمات التى تغطى ذراعيه وساقيه . ولكنه ابن رزين مثل والده تماماً رواقى لا يفعل .

المعالج : ما البدائل الأخرى التى تفكرين فيها أو تتخيلينها كبديل لإصابته بأذى شديد ؟

كلير : أن يصاب بأذى بسيط ، كالتواء المفصل أو الكاحل أو شئ ما من هذا القبيل .

المعالج : حسناً ، وماذا عساه أن يكون الاحتمال المتخيل إذا ما أصيب ابنك بأذى بسيط فى مقابل إصابته بأذى شديد ؟ .

كلير : سترتفع نسبة إصاباته البسيطة لتصبح ما بين ٦٠٪ أو ٧٠٪ .

المعالج : لنعود إلى قلقك وانزعاجك الأسمى ، ما تقديرك لاحتمال إصابته بأذى شديد أثناء لعبة كرة القدم ؟ .

كلير : تقدير منخفض يدور حول ١٠٪ .

المعالج : هذا معناه أن ابنك سيصاب بأذى شديد عند لعبة كرة القدم مرة واحدة من بين كل عشر مرات . فكم عدد المرات السابقة التى لعب فيها فعلاً كرة القدم ؟

كلير : لقد انضم لتوه هذا العام لفريق منتخب الجامعة ، ولكنه لازال مبتدئاً فيه أو شبلاً . ولكنه منذ أن التحق بالتعليم الجامعى منذ ثلاث سنوات يكون مجمل عدد المباريات حوالى ٢٥ مباراة .

المعالج : وكم عدد المباريات التى حدثت له فيها إصابات شديدة على مدى هذه السنوات الثلاث ؟

كلير : ولا مرة . لقد وقفت الآن على ما تريد توصيله لى عقلياً . إنه من الحمق بالنسبة لى أن أعتقد فى مثل هذه الأفكار اللاعقلانية وغير المنطقية .

المعالج : حسن ، أعتقد أنه قد أصبح مفهوماً لديك الآن أن تنبؤاتك حول المستقبل كانت متحيزة للاحتتمالات السلبية . فنحن عندما نكون فى حالة القلق الشديد ، يكون من الطبيعى التركيز على الاحتمالات الأكثر سلبية للاستعداد لها كما لو كانت احتمالات حقيقية . ولأنك تنزعجين بشدة ، فإن أفكارك ستكون أكثر سلبية تجاه الأحداث المستقبلية . وهذا هو السبب فى أنك ستواجهين بانتظام بالميل لهذه الاحتمالات المبالغ فى تقدير آثارها فى كل مرة تعانين من الانزعاج والقلق . فى جدول المراقبة الذاتية لأفكارك المعرفية ، أشرت إلى أن مستوى قلقك يساوى ٦ درجات من ٨ درجات عندما فكرت فى الإصابة المحتملة لابنك . ما تقديرك الآن لمستوى قلقك بعدما تعلمت مواجهة المواقف المثيرة له ؟ .

كلير : أكثر انخفاضاً ، يدور حول ثلاث درجات فقط . ولكن لا زال بعض التفكير يراودنى من أنه ربما يصاب بشلل ، وذلك يزعجنى كثيراً رغم تأكدى من بعد هذا الاحتمال ، ولكننى سأعد نفسى انفعالياً حتى لو حدث ذلك فعلاً .

المعالج : دائماً نواجه بهذا الاحتمال ولو لمدة دقيقة . ومع ذلك ، فى كل وقت تفكرين فيه ، بأن هذا الاحتمال من الممكن حدوثه، يمكنك استبعاده بفعالية من خلال الأدلة التى ترفض هذا الحدث ، أو ترفض هذا الاعتقاد . كما أنك تحدثين نفسك بأن احتمالات إصابة ابنك الشخصية بالشلل الأكثر بدلالة واضحة بالمقارنة إلى أى عضو من أعضاء فريق كرة القدم . فلكى تواجهى هذا الميل وتقاوميه ، تذكرى أن احتمالات إصابته بأذى شديد كل يوم هى ذاتها نفس الفرص التى ستعرض لها كل حالة من حالات أو كل عضو من أعضاء الفريق .

أضيفى إلى ما سبق ، أن انزعاجك لحدث مستقبلى لن يغير أى شئ من إمكانية أو من احتمالات وقوعه ، ومن ثم فلا داعى للقلق أو الانزعاج . وما ننزعج لحدوثه ، سيحدث مما يجعلك أكثر شعوراً بالقلق والارتباك ، ويعطيك إحساساً مزيفاً ومصطنعاً بالتحكم فى المستقبل .

وعليك أن تبدئي خلال هذا الأسبوع في تسجيل انزعاجاتك في سجل المراقبة الذاتية للأفكار والإدراكات المعرفية [راجعى الشكل ٣ - ٤] . وكما ذكرنا آنفاً ، دونى أو سجلى باختصار الأفكار التى ترد على ذهنك فى كل وقت تشعرين فيه بالقلق المتوسط ، أو انزعاجك بسبب فكرة محددة أو لحدوث شئ ما .

عليك تحديد المثير أو الحدث الذى سبب الانزعاج أو القلق فى العمود الأول، ثم اكتبى أسفله الفكرة الآلية المحددة وضعى تقديراً لقلقك يتراوح بين صفر وثمانى درجات . وضعى فى العمود الثانى النسبة المئوية لاحتمالات حدوث هذه الفكرة الآلية علماً بأن المدى يتراوح من صفر إلى ١٠٠٪ . ومع ذلك ، عليك من الآن فصاعداً مواجهة هذه الفكرة الآلية بأن تتساءلى ، «ما الدليل على صحة اعتقادى أو تنبؤى بحدوث هذا الأذى الشديد ؟ وهل توجد احتمالات أخرى بديلة يمكننى التفكير فيها ؟ وبعد مواجهتك لهذه الفكرة ، أعيدى تقدير احتمالية حدوث الفكرة الآلية وتقدير مستوى القلق لديك . وتساءلى أو أسألى نفسك قائلة ما أسوأ نتيجة محتملة يمكن أن تترتب على هذه الفكرة الآلية ، واكتبها فى أسفل الجدول . إذا ما ظل مستوى القلق لديك متوسط (أى ٤ درجات أو أعلى من ذلك على مقياس تتراوح الدرجات عليه من صفر إلى ثمانى درجات) - ارجعى مرة ثانية للعمود الأول وكررى الإجراء نفسه ، مستخدمة أسوأ النتائج المحتملة والمخيفة التى كتبتها أسفل العمود المسجل فيه المثير أو الحدث الذى بعثها . واستمرى على النحو حتى يصبح مستوى القلق ثلاث درجات أو أقل (راجعى الشكل ٣ - ٤) . وفى الجلسة التالية ، سنتحدث عن استراتيجيات معرفية أخرى لمواجهة انزعاجك وقلقك .

الجلسة الخامسة :

تبدأ الجلسة بمراجعة الأحداث التى واجهتها المريضة فى الأسبوع الماضى ، ومراجعة تمارين الاسترخاء كواجب منزلى ، ونقدم لها تمارين الاسترخاء لثمانى مجموعات فقط من العضلات الجسمية لكى نبدأ فى جعل استراتيجيات الاسترخاء أكثر قابلية للتطبيق بشكل واقعى فى المواقف الطبيعية فى الحياة . وعند تخفيض عدد المجموعات العضلية ، على المعالج أن يعطى المريض تعليمات بالاستمرار فى تمرين أى مجموعة عضلية من المجموعات التى لازالت تعاني من الشد العصبى (مثال ذلك : فإذا ما ظل المريض يذكر أن عضلات الفك أو الأسنان لازالت تعاني من الشد والتوتر ، على المعالج أن يعطى له تعليمات لقضاء وقت إضافى للتركيز على تدريب هذه العضلات عند أداء التمارين) . وبعد تسميع

هذه التمرينات ومراجعتها ، تتم مراجعة نتائج المبالغة في تقدير نتائج الاحتمالات ونقض الأفكار المأساوية ونتائج محاولات المريض للتخلص منها .

المعالج : في الأسبوع الماضي شرحت لك مفهوم المبالغة في تقدير الاحتمالات المترتبة على حدوث مثير أو موقف أو حدث ما . فحدثيني الآن بلغتك ما معنى هذا المفهوم من وجهة نظرك ؟

كلير : إذا لم تخنى الذاكرة ، فهو يعنى أنني عندما أكون قلقة بشكل حاد ، سأنتبأ بحدوث نتائج سلبية محتملة مستقبلاً مبالغاً فيها أكثر من اللازم أو أكثر من حقيقتها الفعلية .

المعالج : هذا صحيح تماماً . فهل رصدت أى نتائج مبالغاً فيها هذا الأسبوع عندما حاولت تقدير الاحتمالات المترتبة على وقوع حدث سلبي ما ؟

كلير : بالطبع . كان على زوجي أن يقضى رحلة عمل إضافية غير متوقعة ليلاً لأن زميله أصيب بإنفلونزا ، وأمطرت السماء بشدة وهو يقود سيارته في منطقة بعيدة جداً ، ومن الطبيعي قد افترضت وتنبأت بوقوع شيء سيء جداً وهو احتمال إصابته في حادثة بالسيارة .

المعالج : كم كان تقديرك للنتيجة الاحتمال المترتب على وقوع هذا الحدث السلبي ؟

كلير : كان تقديري لاحتمالات حدوثه ٨٠٪ ، بسبب مرور كثير من القطط والكلاب على الطريق . وهناك كثير من السائقين غير الحريصين على تفادي مثل هذه الحيوانات بالليل مثلي ومثل زوجي مما قد يتسبب في وقوع مثل هذه الحوادث الليلية .

المعالج : هل في مقدورك استحضار خبراتك الماضية بحيث تسترجعي منها دليلاً مضاداً لاعتقادك بأن زوجك سقع له حادثة ما ؟

كلير : وفقاً للحقيقة والواقع ، إن زوجي لم تقع له أية حادثة من قبل طوال حياته . إنه سائق ممتاز ، وحذر جداً مثلي ، ولا يقود بسرعة . وتذكرت من خلال خبراتي أيام دراستي بالجامعة أن معظم الحوادث سببها التسرع والسرعة والقيادة تحت تأثير السكر والكحوليات . وذلك جعلني أشعر أن حالتي أفضل من ذي قبل .

المعالج : هل كان بمقدورك التفكير فى أية بدائل أخرى تترتب على وقوع حادثة لزوجك فعلاً ؟

كلير : وكتبت فى الجدول أنه ما وقعت له حادثة فعلاً ، قد يحدث له التواء أو جرح خفيف مثلما يحدث عادة فى غالبية الحوادث الأخرى ، أو أنه فى كل الأحوال سيصل إلى الفندق من دون وقوع أية حادثة له ، أو إذا كان الجو سيئاً لدرجة لا يستطيع معها القيادة ، فإن سيوقف السيارة حتى تمر هذه العاصفة وإن زوجى له عقل راجح يقيه من الدلل . إن هذا التمرين جعلنى أتوقع ألا أعطيه وزناً كبيراً .

المعالج : إذا ملنا لتصديق ما كتبتيه من أدلة وبدائل مضادة للأفكار السلبية ، ما تقديرك للنتائج الاحتمالات السلبية المترتبة على وقوع أى حادثة لزوجك وهو يقود سيارته ؟ .

كلير : تقدير منخفض جداً . يمكن أن أضع تقديراً منخفضاً إلى حد كبير ، ١٠٠٪ مثلاً ، بسبب الطقس العاصف شديد القسوة . ولكنه فعلاً معدل منخفض .

المعالج : وماذا عن معدل قلقك عندما فكرت بهذه الطريقة ؟

كلير : بشكل عملى لا شيء ، درجة أو اثنتان من ست درجات .

المعالج : عظيم ، ولكن تمشياً مع مفهوم المبالغة فى تقدير الاحتمالات ، ثمة خطأ معرفى آخر يشيع ارتباطه بالقلق ويسمى «النظر إلى الحدث على أنه كارثة أو اختراع المأسى» أو التفكير المأساوى^(١) . ويشير هذا المفهوم إلى الميل إلى اعطاء الأمور وزناً لا يتسق وحجمها الطبيعى أو الميل إلى «بناء جبال من الغبار الجليدى» أو جعل من الحبة قبة كما يقولون . إن استخدام تعبيرات من قبيل، لا أستطيع تحمل كذا ، وشيء مروع ومخيف ، وشيء لا يطاق وفظيع ، أو شيء لا يمكن تحمله ، أو شيء رهيب وكريه لدرجة لا تطاق ، لوصف الأحداث السلبية مستقبلاً يمثل واحدة من طرق التفكير المأساوى . وثمة طريقة أخرى تتمثل فى التوصل إلى خلاصة شديدة التطرف أو نهاية مأساوية من

(1) Catastrophizing .

حدث غير مهم أو لا يتعلق بموضوع الحدث ذاته . فمثلاً ، عندما تتأخرين عن مواعيدك عدداً من الأسابيع رصدتها الممرضة ، ماذا سيكون تفكير الممرضة عنك ، وما حكمها عليك .

كلير : ربما تعتقد أنني لا أحترم المواعيد ، ولا ضمير عندي . إن اهتمامي بعلاجي اهتمام تافه لدرجة أنها اعتقدت بأنني لا أتحمّل المسؤولية ، وربما بسبب اعتقادها هذا أو فكرتها عني ، لا توافق على أخذك شخصي (١) مقابل حسابي للعلاج ، لأنني في نظرها شخصية لا يمكن الوثوق بها أو الاعتماد عليها .

المعالج : لكي تتخلصي من هذا التفكير المأساوي ، لابد أولاً من تخيل أسوأ النتائج المترتبة على وقوع حدث ما سبب كل هذا الكم من الانزعاج أو القلق ، وبعد ذلك يجب عليك أن تقدرى شدته الواقعية . ويغلب على كثير من الأفراد الذين يعانون من قلق مزمن ، أنهم يبالغون في عجزهم عن مواجهة الأحداث السلبية المستقبلية والتوافق معها . ويميلون أيضاً للاعتقاد بأن الحدث ربما يستمر وقوعه لأبد الأبد ، كأن يظل الآخرون يعتقدون مثلاً بأنك شخص لا يمكنهم الاعتماد عليه . مما يدعم تفكيرك الذهني بأن الأحداث لا يمكن استمرارها إلى الأبد . وحتى إذا ما وقع لك حادث سلبي جداً ، من قبيل فقد شخص عزيز عليك أو المعاناة من مرض خطير ، فيجب أن نكون قادرين على مواجهته والتوافق معه ، برغم شعورنا بأننا لا نستطيع ذلك . فالكيفية التي نشعرين بها وما يجب عليك عمله أمران شديداً الاختلاف . فربما تتذكرى وتشعرين بكل قوتك أنك عاجزة عن مواجهة هذا الحدث السلبي ، ولكن الحقيقة أن السمة المميزة للإنسان أنه يملك قدرة لا حدود لها في التوافق مع كل ما يحيط به من أحداث ومواقف .

كلير : بالتأكيد ، ولكن كيف أقنع نفسي بهذا الأمر ؟ حقيقة إنني لا أعتقد أنني أستطيع مواجهة مجرد فكرة فقد زوجي أو ابني . هذا الأمر يرعبني لدرجة أنني أكره حتى مجرد التحدث فيه .

(1) Personal check .

المعالج : أيا كان الأمر ، فكان لابد من مناقشة أسباب مخاوفك المحتملة ، لأن معظمها ينصب على أمان زوجك وابنتك . فما الذى يحدث إذا فقدت ابنتك ؟

كلير : سأدمر تماماً . إن هذا الأمر بالنسبة لى سيكون فظيماً . لن أتغلب عليه أبداً . وربما أنهار تماماً وألتحق بأى عنبر أو مستشفى للأمراض النفسية أو شيئاً من هذا القبيل . عموماً أنا لا أعرف على وجه التحديد ماذا سيحدث لى ، ولكنه فى كل الأحوال سيكون شيئاً سيئاً .

المعالج : كيف تعرفين أنه سيكون أمراً سيئاً ؟ وما الدليل على صحة اعتقادك هذا بأنك لن تستطيعي التغلب أبداً على فكرة موت ابنتك ؟

كلير : حسنٌ ، ليس لدى أية أدلة ، ولكن الأطفال لا يموتون قبل والديهم عادة . والآن أنا مثل الإنسان المحطم عصبياً بالفعل مما يضعنى على حافة الهاوية .

المعالج : مرة ثانية ، أنت تستخدمين مشاعرك القلقة كبرهان أو كدليل على صحة اعتقادك . ونحن نشير إلى هذا الأمر على أنه «استدلال انفعالي» . فعليك أن تقدمى لى بعض البدائل التى تشير إلى إنك ستنهارين أو ستدخلين مستشفى للأمراض النفسية .

كلير : سأواجه الأمر ، حسب تخمينى ، ولكنى حقيقة لا أستطيع أن أعرف تماماً كيف سأقوم بهذه المواجهة ، أو حتى التوافق معه .

المعالج : هل لم تحدث وفاة لشخص ما على مدى حياتك ؟

كلير : بالتأكيد . عندما كان عمري سبع عشر سنة ، مات صديقى قتلاً فى حادث دراجة نارية . وكان ذلك صعباً بالفعل على نفسى . وعند مستوى معين لم أكن أتغلب بالفعل على هذا الأمر . وأحياناً ما كنت أحلم بهذه الحادثة المروعة . لقد كان فتى عظيماً ، ولقد ذاقت أمه أهوال موته بمفردها بعد مماته . ولا أريد أن أمر بتجربتها أبداً .

المعالج : بالفعل لابد أنه كان ظرفاً عصبياً عليك ، فإن خبرة مؤلمة مثل هذه على فتاة فى السابعة عشر من عمرها تعد أمراً صعباً . ومن الطبيعى جداً أن تحلمى بمن تحبينه بعد موته ، خاصة إذا كان موته ذا طبيعة بشعة بهذا

الشكل . أخبريني شيئاً ما عن انفعالاتك التي كابديتها في ذلك الوقت .

كلير : لقد كابدت كثيراً من المشاعر ، منها : الغضب ، والنكران والحجود ، والقلق ، والشعور بالوحدة النفسية ، والألم . لقد كان وقتاً عصيباً بالنسبة لي . فقد مات في الصيف الذي أنهينا فيه معاً دراستنا الثانوية ، وكنا متفان للالتحاق معاً بالدراسة الجامعية .

المعالج : وهل لازلت تشعرين بهذه الانفعالات ؟

كلير : لا ولكن ليس بالشدة ذاتها . أحياناً أشعر بالغضب عندما أرى درجات نارية على الطريق ، وبالطبع أقلق جداً . ولكن الآن ، عندما أفكر فيه ، أحاول التفكير في الذكريات السعيدة . فقد كان فتى مميزاً وجميلاً ، وكنت محظوظة لعلاقتي به لوقت طويل . إنه ينعم في الفردوس الأعلى الآن ، إنني متأكدة من ذلك ، وإنه يبحث عني ، فهذا ما كان يردده علي قبل موته . ولقد التقيت بزوجي بعد وفاة «تود Todd» صديقي بعدة شهور عندما كنت طالبة بالجامعة ، وشعرت وكأنني التقيت شخصاً ما يعد توأماً لصديقي «تود» ، أو أخاً له . وبدون زوجي «جيم Jim» لا أدري كيف كنت سأتغلب على فاجعة موت تود .

المعالج : كلير ، على الرغم من مرورك بخبرة موت «تود» غير المتوقعة ، فإنك تعايشت معها . لقد مررت بكل الخبرات الانفعالية التي يمر بها غالبية الناس عندما يفقدون شخصاً عزيزاً عليهم ، وأرى أنك لازلت قادرة على معاشة هذه المواقف المثيرة للمشقة دون درجة شديدة من القلق ، هل هذا صحيح أم لا ؟

كلير : نعم لدى القدرة ، ولكن عندما قُتل «تود» ظلت لمدة شهرين أستيقظ مبكراً وأصرخ كل يوم فترات طويلة وكنت على شفا الانهيار .

المعالج : ماذا تعتقدين أنه يمكن أن يحدث إذا ما فقدت زوجك أو ابنك ؟

كلير : ربما يحدث الشيء نفسه عندما فقدت «تود» ، ولكنني يمكن أن أكون أشد توتراً وعصبية . ولكنك مع ذلك ستكونين على ما يرام لأن الشد له سبب موضوعي . نعم ، أنت محق كمعالج ويجب أن أكون قادرة على مواجهة هذه المواقف ومعاشتها . إنها مهمتي التي يجب إنجازها ، وأود

أن أفعل ذلك ، ولا سيما أنني محظوظة ، فلدى أسرة حميمة شديدة التماسك ، هذا بالإضافة إلى عائلتي التي دائماً ما تكون إلى جانبي في الشدائد .

المعالج : دعينا نعود إلى مثال آخر من أفكارك المساوية . لقد ذكرت منذ قليل أنك إذا أتيت متأخرة للعيادة ، فإن الممرضة ربما تعتقد أنك شخصية لا يمكن الاعتماد عليها ، وأنها قد لا تقبل منك أن تكون وسيلة الحساب هي صك شخصي مقابل جلسات العلاج . ماذا يمكن أن يحدث بعد ذلك ؟ .

كلير : على أن أقوم بتسديد الحساب ، مع أنني كنت أريد تأخير السداد فترة معينة .

المعالج : هل ثمة شيء آخر ؟

كلير : لا ، ولكنها المعاناة من الضعف والارتباك .

المعالج : ولماذا تعتقدين أن ذلك شيئاً سيئاً ؟

كلير : لأنني أكره أن أكون ضعيفة أو مرتبكة أمام أى شخص . وربما يأخذ الناس على فكرة سيئة مثل هذه الفكرة ، مما يفقدهم احترامى .

المعالج : وماذا سيحدث بعد ذلك ؟

كلير : بعد ذلك ربما أشعر بالضيق والحزن والتعاسة مما يؤدي إلى أن وجودى يصبح لا قيمة له .

المعالج : حدثيني عن مدى قدرتك على معايشة هذه الأفكار المحتملة ومدى قدرتك على مواجهتها ، مع وضع تقدير يتراوح بين صفر ومائة بالمئة ، علماً بأن الصفر معناه العجز التام عن المواجهة ؟ .

كلير : ٥٪ .

المعالج : والآن حاولي التفكير في بعض الطرق التي تمكنك من معايشة هذه الفكرة ومواجهتها .

كلير : أول هذه الطرق على الإطلاق ، صديق صدوق لم يفقد احترامه لى بسبب شيء ما متواضع مثل الصك الشخصي للحصول على أموال سائلة أدفع منها فاتورة الزيارة . ولكن إذا لم أجد أصدقاء يقومون لى بمثل هذا

الواجب البسيط ، فأنى لى بمثل هذا النوع من الأصدقاء ؟ أيضاً ، بمقدرى استخدام بطاقة الحساب فى البنك لأسحب ما أريده وأسدّد منه الفاتورة أو أذهب للبنك وأخذ ما أريده من أموال إذا لم يوافق المعالج على استخدام بطاقة الحساب .

المعالج : هل تعتقدين أنك ستظلين بائسة وحزينة بقية حياتك ؟ .

كلير : أوه ، أبداً ، على الإطلاق . ربما أشعر بضيق بعض الوقت ، ولكنه يتبدد مع مرور الوقت .

المعالج : وإلى أى مدى يكون هناك احتمال يمكن تصديقه بأن كل أصدقائك يمكن أن يتذكروا حدثاً نافها مثل «دفع فاتورة الحساب» نعدد من السنوات المقبلة ؟ .

كلير : إن ذلك أمر غير محتمل حدوثه إطلاقاً .

المعالج : هل حدث لك كثير من مثل هذه المواقف التى تثير ضيقك قبل ذلك ؟ .

كلير : مرات كثيرة جداً يصعب حصرها .

المعالج : ما كم الوقت الذى كنت تقضينه فى المتوسط فى كل خبرة من خبرات الحزن والضيق السابقة ؟

كلير : فى الغالب بضع دقائق معدودات . يعنى بعض المرات القليلة جداً ، ولكنها فى العادة لا تكون طويلة .

المعالج : إذن ، كلير ، كما ترى ، فإن هذه الصور الذهنية المأساوية يمكنها أن ترفع مستوى قلقك . ولذا لكى تقاومى أفكارك المأساوية ، دونى أفكارك المثيرة للقلق كتابة فى سجل المراقبة المعرفية كما كنت تفعلين ذلك بالنسبة لسجل المبالغة فى تقدير الاحتمالات . وأسألى نفسك بعد ذلك ، ما أسوأ نتيجة يمكن أن تحدث ؟ وإذا ما حدثت ، فماذا تعنى بالنسبة لك ؟ ولماذا ندركها على أنها نتيجة سيئة ؟ وما مدى احتمالية حدوثها . وكيف يمكننى التعايش معها ومواجهتها إذا كان متوقفاً حدوثها ؟ ينبغى ملاحظة الانخفاض المتزايد فى مستوى قلقك عند توظيفك لاستراتيجياتك المعرفية بانتظام عند مناقشة كل فكرة مأساوية على حدة وعند مناقشة كل فكرة أو صورة ذهنية مثيرة للقلق أو للانزعاج .

الجلسة السادسة :

قبل مراجعة أنماط الأفكار المعرفية المولدة للقلق أو المسببة له (كالمبالغة في تقدير الاحتمالات ، والتفكير المأساوي) ، وطرق مقاومتها ، نقوم بمراجعة الاسترخاء العضلي العميق للمجموعات العضلية الثمانية لإدماجه ضمن التدريب التمييزي . أضف إلى ذلك القيام بتحديد التمرينات المطلوب ممارستها عموماً .

المعالج : عن طريق ممارستها للاسترخاء أكبر عدد ممكن من المرات ، نرجو أن تكوني قد دعمت مهارتك في ممارسة هذا الأسلوب ، ووجدتيه مساعداً لك فعلاً في التقليل من التوتر والشدة وإخماده عند ثورته . وفقاً لما أشرنا إليه مسبقاً ، أود الآن أن تبدأ في تطبيق إجراءات الاسترخاء في مواقف أكثر تشتيقاً وأشد تحدياً . وبهذه الطريقة يمكنك أن تجعل عملية الاسترخاء أكثر قابلية للتنفيذ ، فأنت تستطيعين الآن البدء في تطبيق الاسترخاء حينما تكونين في إشارة للمرور ، وعند الانتظار ، وعند مشاهدة التلفاز بالبيت ، وفي محل البقالة . مضبوط ، لماذا لم تراجع بعض تسجيلاتك المدونة في سجل المراقبة المعرفية ؟ لقد سجلت أسفل الجدول أنك لم تنته بعد من غسل الملابس وكيها حتى العاشرة مساءً ، كأحد المثيرات التي تسبب لك القلق الشديد ، وأن الفكرة الآلية مؤداها أن عليك الاستمرار في إنجازه حتى وقت متأخر من الليل . ووضعت تقديراً للقلق الناجم عن هذه الفكرة مقداره ست درجات من ست . فلماذا تنظرين إلى هذا الأمر على أنه شديد الإثارة للقلق لديك ؟ .

كلير : لأنني بالفعل أحتاج كل ليلة لتسع ساعات نوم ، وإذا لم أحصل على هذه الكمية من النوم ، أشعر بالإرهاق والإنهاك في اليوم التالي ، ويكون من الصعب على النشاط لإنجاز أي شيء إطلاقاً بسبب انخفاض طاقتي لأدنى مستوى لها .

المعالج : وماذا سيحدث إذا ما تم ذلك ؟ .

كلير : حسن ، سيتأخر إنجازي لمعظم واجباتي الأخرى التي أحتاج للانتهاء منها بالمنزل ، وربما سأعجز عن عمل ما هو مطلوب مني جميعه .

المعالج : وماذا سترتب على ذلك ؟ .

كسليير : ستتراكم الأعمال ، وسوف تعيش أسرتى فى مكان وضيع قذر كزربية الخنازير . وهذا أمر يثير اشمئزازى وأفكر فيه دائماً .

المعالج : وماذا سيحدث بعد ذلك ؟

كسليير : ربما يغضب زوجى بسبب ذلك خاصة إذا جاء معه ضيوف للمنزل مما يثير حنقه على .

المعالج : ثم ماذا يمكن أن يحدث ؟

كسليير : وربما يفكر فى هجرى . فى بعض الأحيان ، نقيم حفلة ما فى منزلنا ، ويكون من المهم بالنسبة لى ولزوجى أن نترك فيها انطباعاً جيداً ، فإذا لم يكن المنزل فى أروع صورة ممكنة ، فإن زملاءه ورؤساءه سيقبل احترامهم له ، وتقل منزلته لديهم ، وهذا كله بسبب عجزى عن أداء عملى كرية بيت صالحة .

المعالج : هل رأيت كيف خلقت سلسلة متصلة الحلقات من أفكارك المثيرة للقلق تداخلت معاً لدرجة أن نتيجتها النهائية جاءت بالفعل سلبية إلى حد كبير؟ إن ذلك يتفق بوضوح مع مسلك الأفراد الذين يعانون من القلق العام . إن هذا الأمر يحتم علينا تحديد هذه الأفكار تحديداً نوعياً مفصلاً حتى نستطيعين مواجهة كل فكرة منها على حدة ، وهى الأفكار المثيرة للانزعاج والقلق لديك ، دعينا نبدأ بالفكرة الآتية الأولى التى تدور حول خوفك من السهر حتى وقت متأخر مما يقلل ساعات نومك مما يجعل من الصعب عليك فى اليوم التالى إنجاز ما هو مطلوب منك . ما مدى احتمالية حدوث هذا الأمر من وجهة نظرك ، من صفر إلى مائة بالمائة ؟

كسليير : أوه ، احتمال حدوثه ٧٥٪ .

المعالج : ما دليلك على صحة اعتقادك وتقديرك العالى لحدوث هذا الاحتمال بأنك إذا لم تنامى تسع ساعات كاملة لن تستطيعى إنجاز أعمال اليوم التالى ؟

كسليير : بمجرد سهري حتى الرابعة من فجر اليوم التالى لطهى بعض الفطائر لحفل العشاء ، يكون هذا اليوم قد انتهى بالفعل . وأكون قد أنهكت تماماً لدرجة أننى أطلب من زوجى أن ينظف الكراسى ويرتب السفارة ويلتقط

سريعاً باقات الورد من بائع الزهور لحفلة اليوم التالى .

المعالج : وهل يتم ترجمة ذلك بالضرورة بأنك عاجزة عن أداء هذه الأشياء ؟

كلير : حسن ، لا ، ولكننى شعرت أننى بحاجة إلى قسط كاف من النوم إذا ما أردت أن أكون شديدة الوعى والانتباه للحوار الذى يدور أثناء تناول طعام العشاء .

المعالج : عظيم ، إذن تستطيعين الذهاب إلى بائع الورد وتعددين طاولة الطعام إذا ما أردت فعل ذلك . هل هذا صحيح ؟

كلير : نعم .

المعالج : كم عدد المرات التى كان عليك فيها أن تسهرى حتى الرابعة بعد منتصف الليل سابقاً ؟

كلير : هى مرة واحدة فقط بالفعل .

المعالج : وكم كان عدد المرات التى أقمتى خلالها حفلات عشاء ؟

كلير : أوه ، حوالى عشرين مرة أو أكثر .

المعالج : هل هذا يعنى أن سهرتك الذى أمتد إلى الرابعة قبل الفجر والذى حدث مرة واحدة من المرات العشرين جعلك لا تستطيعين إنجاز أى عمل لإعداد حفلة العشاء ، وأن هذا يرجع لاختيارك الإرادى . هل هذا صحيح ؟

كلير : إذا ما رأيت الأمر على هذا النحو ، تكون الإجابة نعم .

المعالج : والآن ، نعود إلى الفكرة التى بين أيدينا ، ما الوقت الذى عليك استغراقه ليلاً فى السهر لكى تنتهى من غسل الملابس ؟

كلير : حتى منتصف الليل .

المعالج : وماذا حدث فى اليوم التالى ؟

كلير : لم يحدث شىء ملفت للنظر . لقد شعرت بحاجة قليلة للنوم ، وكان على أن أحتمل حتى أسهر حتى التاسعة مساءً ، وهو موعدى المفضل للنوم .

المعالج : هل ترين أنك بالمقارنة إلى الأخريات من ربات البيوت ، قد تخلفت عن أداء مسئولياتك ولم تؤد أعمالك بهمة ونشاط ؟ .

كلير : إطلاقاً لا ، بل فى الحقيقة إننى جعلت من يوم أمس يوماً منتجاً جداً ، بحيث وظفت كل دقيقة فيه لإنجاز ما أردته . واستطعت أن أوفر وقتاً طويلاً للذهاب مع زوجى للسينما فى المساء ، كما سطرت خطاباً لوالدتى هذا المساء .

المعالج : معنى ذلك أن الأشياء لم تتراكم عليك ولم تصبح أكواماً من القمامة . فهل تعتقدين الآن أن زوجك ستندنى منزلته بين أصدقائه لمجرد وجود بعض أوراق القمامة بالمنزل ؟ .

كلير : أنت ليست لديك أى فكرة عن شركته التى يعمل بها ! أوه ، أذكر لك شيئاً سابقاً حدث فى بداية زواجنا . كان علينا الذهاب أو العودة إلى شقتنا الجديدة ، وكانت الأشياء لازالت بحاجة إلى تفريغ وترتيب ؛ أى أنها كانت مكدسة . أخذنا بعض الصناديق ووضعناها فى أحد الأركان ، وأذكر أنه كان لدينا بعض الأصدقاء سعدنا بهم إلى أعلى ، وبدلاً من تعليقهم على الصناديق ، دار تعليقهم حول دهشتهم من السرعة التى تمكنا بها من الاستقرار فى بيتنا . ورغم بهجتى التى عبرت عنها بصرخة فرح ، فإننى حقيقة ركزت على الجانب السلبى من الموقف وهو كومة الصناديق غير المنظمة . هذه هى مشكلتى .

المعالج : حدثينى عن بعض بدائل تنبؤك بأنه إذا ما تراكمت بعض الأشياء كالقمامة مثلاً فى بيتك ودعى بعض زملاء زوجك لحفلة عشاء ، فإن زوجك ستندنى منزلته لديهم بسبب هذه المسألة .

كلير : ربما لم يلاحظوا شيئاً مثل أصدقائنا الذين لم يلاحظوا شيئاً فى بداية زواجنا . أو ربما يهتئوننا على بيتنا الجديد ، لأن هذا هو ما يفعلونه معنا بأى طريقة . وربما ينصب اهتمامهم على تناول الوجبة الشهية وقضاء وقت ممتع ، ولا يهتمون بأى شئ آخر . وربما يلقون بعض المزج والنكات ويتبادلونها مع زوجى فى العمل بحيث تدور حول منزلنا الذى به بعض القمامة ، لأنهم يعرفون مدى حرصنا على تنظيف المنزل وترتيبه ، ولكن ظروف الحفلة حالت دون تنظيفه جيداً كالمعتاد . وأعتقد

أن الأمر لن يكون سيئاً بالطريقة التي أفكر بها .

المعالج : وتنبؤك الأخير بأن زوجك ربما يهجرك إذا ما تدنت منزلته بين زملائه في عمله . ماذا عنه ؟ ، هل لديك بدائل للنتيجة المترتبة عليه ؟ .

كلير : لا ، إنه لا يمكنه تركي بمفردي ، فهو يحبني جداً ، ومن ثم ساعتها قد يحصل على تقاعد مبكر من هذه الشركة لأجلى أو يبحث عن عمل آخر في مجال آخر ، وهو يضع في اعتباره دائماً إمكانية تغيير العمل ، وهو دائم القول لي والنصح بأن أخفف عن نفسي وألا أقضى أوقاتاً طويلة في تنظيف البيت .

المعالج : انطلاقاً من كل هذه الأدلة والبدايل التي أمكنك طرحها وتوليدها ، ما تقديرك لاحتمالات حدوث عدم الانتهاء من غسل الملابس وكيها ، وضرورة السهر من أجل إنجاز هذا العمل حتى ساعات متأخرة من الليل ، وما سيترتب على ذلك من عدم إنجاز بعض الأشياء في اليوم التالي ، وما سيترتب على ذلك من نتائج ؟ تذكرى أن تقديرك السابق للنتائج السلبية المترتبة على هذه الاحتمالات كان ٧٥ ٪ .

كلير : بالنظر لهذه الاحتمالات بالطريقة التي تناولتها بها ، يدور تقديري للنتائج السلبية المحتملة حول ٢ ٪ .

المعالج : أعتقد أنك تستطيعين الآن إدراك مدى أهمية تحديد الأفكار المثيرة للقلق لديك بدقة ، لأنك إن لم تفعل ذلك ، ستشكل سلسلة شديدة الترابط تثير فزعك وانزعاجك باستمرار وتصبح بنية أو مجالاً للانزعاج الدائم . ولكن عن طريق تفتيتها إلى عناصر فردية وتفريقها ، يمكنك مقاومتها وموا جهة كل ما يترتب عليها من قلق وانزعاج بكفاءة شديدة وفاعلية مؤثرة . والآن ما تقديرك لشدة القلق الناجم عن فكرة عدم حصولك على قسطٍ وافٍ من النوم ؟ .

كلير : سيكون تقديراً شديداً الانخفاض فعلاً ، يدور حول ٢ أو واحد فقط . لا أحب الشعور بأنني بحاجة دائمة للنوم ، لأن ذلك يجعلني أشعر بأنني لست مسيطرة على كل أمورى الحياتية إذا ما ذهبت للنوم متأخرة ، ولكنني عرفت الآن أن السبب في عدم نمومي هو قلقى الذي تزيد معدلاته لدى بسبب طريقتي التي أتبعها في التفكير .

المعالج : هذا صحيح . أحياناً يمكننا مساعدة أنفسنا بدراسة مشاعرنا والأفكار التي أثارها بدقة ، ووضع تأملات ومعايير لأنفسنا عند فحصها ودراستها . وقد يكون من المفيد أن نسجل أسفل كل فكرة مميزاتها وسلبياتها ، وأن تسألني نفسك بعد ذلك هل تقسين على نفسك أكثر مما ينبغي بالمقارنة إلى الأشخاص الآخرين . ويمكن صياغة هذا التساؤل على نحو آخر ، هل تفكرين في صديقة ما بطريقة سيئة لمجرد أنها لم تنجز كل شيء يجب عمله وكانت بالفعل تريد أداءه خلال يوم محدد ، أو لمجرد أنها تأخرت عن موعد نومها ليلاً واستيقظت مجهددة في اليوم التالي ؟ .

كلير : أوه ، لا ، ولكن هذه هي عين الحقيقة بالنسبة لي ، لأنني أتبنى هذه المعايير الصارمة التي غرستها في نفسي منذ الطفولة المبكرة ، ولذا فربما يكون من الصعب تفتيتها الآن والقضاء عليها مرة واحدة ، إذا ما أدركت ما أقصده تماماً . ولكن من المستحب أن أتعلم كيف أكون أقل قسوة على نفسي .

المعالج : عظيم ، سنناقش في الجلسة التالية بعض التمرينات ، تسمى تمرينات الوقاية ضد سلوك الانزعاج⁽¹⁾ ، تم تصميمها خصيصاً لتحدي ومقاومة بعض الافتراضات غير الواقعية التي تدور حول معاييرك الصارمة ، وتدور حول ما يمكن أن يحدث أو لا تودين أن يحدث ، أو إذا لم تتحمل نتائج حدوثهم .

الجلسة السابعة :

إن الهدف الأساسي من الجلسة السابقة هو تقديم وحفظ وإعادة برنامج التعرض للانزعاج . ومع ذلك ، سنبداها بمراجعة تمرين الاسترخاء العضلي لأربع مجموعات من العضلات (هي عضلات البطن والمعدة ، وعضلات الصدر، وعضلات الكتفين ، وعضلات الجبهة) ، وينبغي أن يذكر المعالج - من خلال تمرينات الاسترخاء - مريضه أو يلبهه بأن إتقانك لهذا التمرين ينعكس في مدى قدرتك على جعل الاسترخاء أكثر قابلية للحمل والتعميم في مواقف الحياة ، مع عدم نسيان استمرار المريض إضافة تدريب أية مجموعة عضلية يشعر أنها لازالت مشدودة أو متوترة .

(1) Worry behaviour prevention exercises .

المعالج : علينا اليوم تغطية أحد أهم المكونات الأساسية في برنامجنا العلاجي ، ألا وهو التعرض المنظم للأفكار المزعجة لك أو للمشكلات المزعجة لك . وتذكرى أن مصدر انزعاجك هو عبارة عن محاولة لحل مشكلة عادة ما تكون مهددة لمستقبلك أو تمثل موقفاً خطيراً بالنسبة لك . وغالباً ما يتم علاج الانزعاج الشديد من خلال الحل الفعال لمشكلة ما . وهنا نجد أن الفرد لا يركز على الحلول الواقعية بل يركز على المعاناة والإرهاق من القلق ، ويركز على التنبؤات السلبية التي تستخدم فقط في زيادة مستوى القلق . إن المنهج الذي سأقدمه لك الآن سيساعدك على زيادة الإحساس بالتحكم في مصادر الانزعاج والسيطرة عليها ، وسيساعدك كذلك في إدارة حركتها بحيث تصبحين أكثر قدرة في السيطرة على هذه المصادر بالمقارنة إلى ما تفعلينه الآن . إن السبب في استمرار وجود مصادر الانزعاج هذه يكمن في أنك ربما لم تفكرين فيها مطلقاً ، أو ربما لم تتصدى للتفكير فيها ومعالجتها واقعياً نهائياً . وقد تكونين قد عرضت نفسك للتشتيت عند المعاناة من هذه الأفكار بأن تتلفظي بأشياء من قبيل «أوه ، لا أستطيع التفكير فيها الآن» ، أو بالإلتفاء في عمل ما تشغلين به نفسك وتحولين به الانتباه من هذه الأفكار . وربما تضطرين أيضاً للقول «بأنك لا تستطيعين التفكير في هذه الأمور على الإطلاق» ، لأن مثل هذه الأفكار شديدة الإثارة للقلق وتزعجنى جداً؛ إنه من الطبيعي جداً ألا يحب الإنسان التفكير في شيء ما يجعله قلقاً ولكنه في الوقت نفسه، إذا ما قال له شخص ما لا تفكر في الأفيال ذات اللون الوردى الأحمر (القرنفلى) ، فإن أول فكرة ستطرا على مخيلتك هي التفكير في هذا النوع من الأفيال قرنفلية اللون ! . وهذا هو سبب الصعوبة الشديدة في تجنب التفكير في مصادر الانزعاج بطريقة ناجحة ، لأنك لم تعط لنفسك الفرصة للتفكير في طبيعة هذه المصادر حتى تثير لديك كل هذا الرعب والهلع والقلق . لقد صممنا هذا الأسلوب ليساعدك في التغلب على ما نشير إليه على أنه نمط من أنماط «المنحى - التجنبى أو منحى التحاشي»⁽¹⁾ ، والتفادى . ولسوف تتعلمين التفكير في طبيعة مخاوفك ومصادر انزعاجك بطريقة تختلف تماماً عن الطريقة التي

(1) approach - avoidance pattern .

تتبعينها عند التفكير في مثل هذه الأمور . والآن سأطلب منك التفكير في مصدر من مصادر الانزعاج التي حددناها على أنها تحدث منذ نصف ساعة وتكرر يومياً . أنت لن تفعل شيئاً محدداً ، ولكن اجعلي تركيزك ينصب على مصدر انزعاجك وفكري في طبيعته لمدة نصف ساعة . وبهذه الطريقة ، يمكننا تخفيض الفترة الزمنية التي تعانين فيها من الانزعاج بحيث لا يصبح اليوم كاملاً ، أو معاناة ١٠٠٪ طوال اليوم ، كما أفصحت عن ذلك عند مقابلتى لك أول مرة ، بل تقل فترة الانزعاج إلى نصف الساعة يومياً فقط . عليك القيام بتوليد أسوأ النتائج المخيفة التي تترتب على مصدر من مصادر الانزعاج التي يمكنك تخيل وقوعها أو حدوثها ، ثم بعد ذلك اطرحي أمام هذا المصدر بدائل عديدة لأسوأ النتائج التي يمكنك التفكير فيها (راجعى الشكل ٤ - ٤) .

دعينا نستعمل أحد الأمثلة التي دونتها في سجل المراقبة المعرفية لنشرح عملياً من خلاله عملية التعرض المنظم لأي مصدر من مصادر الانزعاج . لقد ذكرت هنا أن إحدى صديقاتك اتصلت بك هاتفياً لتقول لك أنها ستأتى لزيارتك خلال نصف ساعة ومن دون سابق إنذار . فما أسوأ الصور الذهنية التي يمكن أن تتخيلها إذا ما حضرت صديقتك إليك فجأة ودون استعداد من جانبك ؟ .

كلير : والسجاجيد والبسط غير المرتبة وتسوف تسخر منى ، وربما عند عودتها لمنزلها تتحدث لكل من يقابلها من المعارف عما شاهدته عندي ، وترى أنني سيدة لست نظيفة أو أم لا تتحمل مسؤولياتها . وتسوف أفقد احترامهم لى ، ولربما أصبح أضحوكة لكل من هب ودب .

المعالج : ما مدى لمعان وشدة وضوح هذه الصور الذهنية فى ذلك ، على بعد تتراوح عليه الدرجات من صفر إلى ثمانى درجات ؟ .

كلير : حوالى خمس درجات .

المعالج : أريد أن تتخيلي أنك تشاهدين نفسك فى فيلم سينيمائى . يمكنك بهذه الطريقة أن ترين بوضوح تام الصدمة ، ثم ترين بعد ذلك الضحك المضمهر على وجه صديقتك عندما دخلت شقتك . سترين أيضاً استخدامها للهاتف مستدعية إحدى صديقاتها الأخريات لتحدثها بالتفصيل عما بدا لها من عدم نظافة بيتك ، وترين وتسمعين ضحكها

الوحشى . فما تقديرك لدرجة نضوع هذه الصورة الذهنية ؟ .

كلير : واضحة جداً ، وتقديرى لها يدور حول سبع درجات .

المعالج : جيد . الآن سيطرى على هذه الصورة الذهنية واحتفظى بها على الأقل لمدة خمس أو عشر دقائق أخرى . واجعلى تركيزك ينصب على ما رأيته وما سمعته فى الموقف . إنك على الرغم من ذلك ، ستشعرين وتلمسين ما يمكن أن يحدث حولك . فما هو مستوى القلق لديك الآن ؟ .

كلير : حوالى سبع درجات .

المعالج : استمرى فى الاحتفاظ بالصورة (لمدة تتراوح بين خمس إلى عشر دقائق أخرى) ، وما مستوى قلقك الآن ؟ .

كلير : لازال حوالى سبع درجات .

المعالج : والآن استمرى فى السيطرة على هذه الصورة فترة أطول (لا تزيد عن خمس دقائق أخرى) ، فما هو مستوى القلق لديك الآن ؟ .

كلير : تقريباً خمس درجات .

المعالج : جيد جداً ، والآن يا كلير ، أريد منك أن تبدأ فى استخدام استراتيجياتك المعرفية لمقاومة هذه الصورة المأساوية القابعة فى ذهنك . فما هى البدائل الممكنة لهذه الصورة ، وما هو أول بديل سيظهر فى فكرك على الإطلاق ؟

كلير : إن صديقتى هذه لن تهتم بالحالة التى عليها بيتى ، فهى قد جاءت فقط للإطمئنان على . وربما لا تلاحظ حتى مجرد أننى لم أرتب الفرش والبسط والسجاجيد ، ولم أمسح أرضية المطبخ . وربما تلاحظ ، ولكنها لم تهتم ، ولم تفكر إطلاقاً فى التحدث هاتفياً لكل الآخرين بما هو عليه حال بيتى . إن بيتى ليس فذراً بالمقارنة إلى كثير من بيوت صديقاتى الأخريات ، فإن بيتى يعد تحفة نادرة بأى حكم وبأى معيار كان إذا تمت هذه المقارنة ، وربما تفكر فى أننى ربة بيت دائماً نظيفة وأحرص على نظافة بيتى وجماله ، وربما تكون مسرورة ومرتاحة لأنها رأت أننى لم أنظفه هذه المرة كنوع من التغيير .

المعالج : عظيم . فما تقديرك لمستوى قلقك الآن .

كلير : واو ، لقد نزل إلى حوالى درجتين أو درجة واحدة ، ولكننى أشعر بالتنغيص وعدم الرضا عند أداء التمرين للتعرض للانزعاج . إن معدتى تتغير وترتبك إلى حد ما عندما تطلب منى أن أتصور أسوأ النتائج ، ولا أدرى ما إذا كنت سأقدر على تنفيذ هذا البرنامج فى بيتى .

المعالج : من المتوقع حدوث بعض التغييرات الانفعالية والجسمية التى يمكنك الشعور بها عند تنفيذك تمرين التعرض للانزعاج . وما يجب عليك أدائه بالفعل هو مواجهة كل الأفكار التى كنت تتجنبها ومقاومتها لأنه بسببها كانت تتولد داخلك المشاعر والانفعالات المصاحبة لها . وشأن هذا التمرين شأن أى مهارة أخرى تريد التدرّب عليها لاكتسابها ، فيجب ممارستها ، وهذا يستغرق وقتاً وجهداً . وإذا كنت قلقة بشدة من الاستمرار فى التعرض للانزعاج أثناء تخيل أسوأ الصور الذهنية ، استمرى فى محاولة تخيل صورة ذهنية بعينها على قدر المستطاع . ومن ثم سينخفض مستوى قلقك ، كما رأيت فى الجلسة العلاجية الراهنة ومن الضرورى جداً أن تخصصى وقتاً يراوح بين ٢٥ - ٣٠ دقيقة على الأقل للتركيز على أسوأ الصور الذهنية المحتملة لانزعاجك وتخيّلها . وب تخصيص هذا الوقت الكافى ، يمكنك مساعدة نفسك فى التعود على معاشة مثل هذه الصور الذهنية السلبية بحيث لم تعد تثير قلقك . إن مستوى القلق لديك سيصل إلى أقصى مدى ثم بعد ذلك يعاود الانخفاض إلى أدنى مستوياته ، خاصة عندما تتأقلمين مع هذه الصور الذهنية السلبية المصاحبة له . تذكرى استخدام الاستراتيجيات المعرفية بعد تخيلك لما هو أسوأ . هذا بالإضافة إلى كونك تستطيعين استخدام الاسترخاء بعد تخيل أسوأ النتائج ، إذا ما حدثت ، أى توترات جسمية استجابة منك لإجراءات تمرين التعرض . وعليك فعل ذلك بشكل محدد أثناء التعرض ذاته ، ولا تسمحين بأى شىء يمكن أن يشتتك عن تخيل أسوأ النتائج والصور الذهنية المترتبة على الانزعاج .

الجلسة الثامنة :

نبدأ الجلسة بمراجعة تمرينات التعرض للانزعاج وتسميحه ، ثم يتم تقديم إجراءات الاسترخاء واستحضاره ذهنياً .

المعالج : لقد قمت بعمل ضخم من خلال الواجبات المنزلية ، وبصفة خاصة تلك الأعمال اليومية المتصلة بجزء التعرض للانزعاج ، يمكننا القول بأنه انجاز كبير ، ولكن لا تنسى أنه يمثل تراكم مفيداً لك على المدى الطويل ، ويمثل نوعاً من الاستثمار يفيدك في البرنامج العلاجي .

كلير : نعم . أعرف ذلك وأدركه ، لأن مستوى قلقي قد انخفض تماماً إلى أدنى مستوياته بالمقارنة إلى مستواه عندما قدمت لأول مرة للعبادة . أشعر الآن بأني أكثر استرخاء ، وعلى الرغم من أنني مازلت أعاني من الانزعاج كثيراً ، فإنه لم يعد يربكني كما كان الحال في السابق ، وقبل توظيفي لإجراءات التعرض له .

المعالج : إن جهودك التي تقومين بها وتبذليها هي محل اعتبار وتقدير ، فإن ذلك البرنامج المكثف يتطلب من المريض درجة عالية من الدافعية ورغبة أكيدة لتغيير كل أنماط التفكير السلبية لديك شأنها في ذلك شأن أنماط السلوك المرتبطة بمصادر الانزعاج . ما موقفك من تمرينات الاسترخاء الآن ، وما مدى إتقانك لها ؟ .

كلير : جيد جداً . أمارسها كل يوم ، على مدى اليوم . أحياناً أؤديها الآن عند الاستحمام وأثناءه ، أو عند قيادتي للسيارة ، وأحاول أداءها قبل نهوضي صباحاً من السرير . ولازلت ينتابني شعور مرعب عند الاستيقاظ ، وأثناء استقبالي لأحداث اليوم ، هذا مجرد تخمين . ولكن هذا الشعور أصبح ضئيلاً بحيث لا يمكن ملاحظته .

المعالج : هذا الذي أسمعه شيء حسن . ولأنك الآن تبدين مسيطرة على ممارسة الاسترخاء ، فأعتقد الآن أنه يكون من المناسب أن تبدأ ممارسة تمرينات الاسترخاء الذهني ، أو باستحضارها كخبرة ذهنية . ويتضمن هذا الإجراء استحضار مشاعر الاسترخاء دون أداء فعلي لها . فبدلاً من عملية بعث الشد العصبي للعضلات وقبل تحريرها من هذا الشد ، يمكنك الآن ببساطة إرخاء العضلات وتحريرها من الشد عبر قوة التركيز

والاستدعاء . يمكنك التركيز على مجموعة من المجموعات العضلية الأربع التي كنت تقومين بتدريبها مسبقاً على الاسترخاء ، ويجب أن ينصب تركيزك على تحرير هذه المجموعات العضلية من الشد والضغط حتى تشعرى بالراحة والاسترخاء فى كل جزء من أجزاء جسمك . واحرصى على الاحتفاظ بنمط منتظم من التنفس السلس الهادىء البطىء عند ممارسة الاسترخاء باستحضاره ذهنياً ، مثلما كنت تمارسينه فعلاً بأشكاله الأخرى السابقة . وحاولى ممارسة هذا الإجراء فى مناخ مشتمت ، كله صخب وضجيج ، وحتى خلال المواقف المثيرة للمشقة النفسية ، حتى يصبح الاسترخاء مهارة تقبل التعميم فى كل المواقف بشكل حقيقى ، ومن ثم يمكنك استخدامها حيثما كنت ، ومهما كانت الظروف المحيطة بك .

الجلسة التاسعة :

بالإضافة إلى مراجعة المهارات التى تم تعلمها فى الجلستين السابقتين (كالتعرض لمواقف الانزعاج ، واستحضار الاسترخاء ذهنياً) ، يتم تقديم إجراءات الوقاية ضد سلوك الانزعاج فى هذه الجلسة .

المعالج : كما ذكرنا مرات عديدة فى مقابلاتنا المسبقة الأولى معاً ، فإن جزءاً من برنامجنا العلاجى يتضمن تحديد سلوكات ونشاطات محددة ، التى كنت - أغلب الظن - إما تحرصين على فعلها أو تتجنبينها لكى تتخلصين مؤقتاً من المعاناة من القلق . وما يحدث فى كل الأحوال أن هذه السلوكات واقعياً يتم دعمها بهذا الشكل ، كما أنها تقوم بدعم انزعاجك وقلقك على المدى الطويل حتى أنها تصبح نتاجاً مضاداً . وأود اليوم أن أضع قائمة من هذه الأنماط السلوكية التى تقومين بها ، أو النشاطات التى تتجنبين فعلها ، بسبب شعورك بالقلق والانزعاج . من أمثلة هذه الأنماط السلوكية والنشاطات ، تجنب قراءة أجزاء محددة من الجريدة ؛ كقسم أخبار الصحة ، أو أخبار النعى ، وتنظيف البيت مرات عديدة ، والاستيقاظ مبكراً للحاق بمواعيد العمل إلى آخره . ودعينا الآن نأخذ منك بعض هذه النماذج السلوكية يا كليز .

كلير : أعتقد أن أبرز أنماط سلوكي وضوحاً هو تجنبى الذهاب لمشاهدة مباريات كرة القدم التي يكون فريق ابني طرفاً فيها . وبسبب القلق أصبح ابني يتوسل إلى للمكوث بالبيت لمشاهدة المباريات فيه ، وأكون بالفعل ميالة لفعل ذلك ، ولكن حتى المشاهدة لهذه المباريات في التلفاز أتجنبها ، بحيث يصبح يوم المباراة أطول يوم في حياتي رغم ما فيه من مواكب ومهرجانات كروية تبعث على البهجة ، المهم أنه يكون عسيراً على فعل هذا الأمر ، لأننى متأكدة من ذلك .

المعالج : عموماً هذا نشاط واحد فقط . وماذا عن مستوى قلقك الناتج عن فكرة ذهابك لمشاهدة المباراة . على مقياس يتراوح من صفر إلى ثمانى درجات ؟ .

كلير : حوالى سبع درجات .

المعالج : وما الأشياء الأخرى التي يمكن وضعها في هذه القائمة من النشاطات وأنماط السلوك التجنبى ؟ وماذا عن عدم قيامك بنظافة البيت عدداً قليلاً من الأيام ؟ .

كلير : أوه ، حوالى ست أو سبع درجات .

المعالج : وماذا عن نومك متأخرة ؟ أو عدم ترتيبك لحجرة النوم بعد الاستيقاظ صباحاً ؟ .

كلير : حوالى أربع درجات .

المعالج : وماذا عن عدم تنظيفك للحمام مرة واحدة يومياً بدلاً من روتين التنظيف اليومي له مرتان أو ثلاثة ؟ .

كلير : حوالى ثلاث درجات فقط . أما إذا لم أستطع تنظيف الحمام يوماً كاملاً إطلاقاً ، قد يرتفع مستوى قلقى إلى خمس درجات .

المعالج : وماذا عن اتصال زوجك بك هاتفياً من العمل ؟ ماذا يحدث إذا مر يوماً واحداً دون اتصال ؟

كلير : ربما يصبح مستوى القلق ست درجات .

المعالج : وماذا يحدث إذا لم يتصل حتى يعود إلى البيت ؟

كـاير : أوه . هذا غير معتاد وبعد وقتاً طويلاً بالنسبة لى إذا لم يتصل على الأقل مرة واحدة ، عموماً لن يكون ذلك شيئاً سيئاً للغاية ، ومن ثم فربما يكون مستوى قلقى درجتان .

المعالج : لدينا عدد قليل من النشاطات التى يمكن من خلالها تكوين قائمة أنماط من السلوك ، وهى : الذهاب لمشاهدة المباراة (سبع درجات) . عدم التنظيف لعدة أيام (٦ إلى ٧ درجات) . عدم اتصال الزوج هاتفياً (٦ درجات) . عدم تنظيف الحمام يوماً كاملاً مطلقاً (خمس درجات) . عدم ترتيب حجرة النوم ذات صباح (أربع درجات) . نظافة الحمام فقط مرة واحدة فى اليوم (٣ درجات) . اتصال الزوج هاتفياً فقط قبل مغادرته العمل عائداً للبيت (درجتان) .

خلال هذا الأسبوع ، يمكنك البدء بأخر بند فى القائمة ، والمسمى اتصال الزوج هاتفياً فقط قبل مغادرته العمل عائداً للبيت . ضعى تقديراً لمستوى قلقك على مدى اليوم كاملاً كل أسبوع عندما تعرفين أنه لم يتصل بك هاتفياً إلا متأخراً، ثم ضعى تقديراً لمستوى قلقك بعد اتصاله الهتفى . ودعيني أعرف النتيجة بعد ذلك . فإذا ما وجدت نفسك منزعة عليه أثناء النهار ، عليك استخدام استراتيجياتك المعرفية واستحضار الاسترخاء ذهنياً ليساعدك على التحكم فى درجة انزعاجك وتخفيض مستوى قلقك (راجعى الشكل ٥ - ٤ السابق) .

الجلسة العاشرة:

فى الجلسة العاشرة ، يقوم المعالج بالتركيز على مراجعة إجراءات التعرض للانزعاج والمقاومة المعرفية ، واستحضار الاسترخاء ذهنياً ، وتمارين الوقاية ضد سلوك الانزعاج . وعلى المعالج كذلك أن يعين البند التالى فى شدة استثارته للانزعاج ، ضمن القائمة التى تم تحديدها فى الجلسة التاسعة ، حتى يعالجه ، معتمداً على قدرة المريض الجيدة فى إتقان التمرين وممارسة إجراءات الوقاية ، لتحديد ما إذا كانت هناك أية مشكلات فى الممارسة . وأخيراً ، يتم مناقشة إجراءات الاسترخاء الموجه بالهاديات .

الجلستان الحادية عشرة والثانية عشرة :

يتم تكريس هاتين الجلستين لمراجعة كل مكونات البرنامج العلاجى التى تم تقديمها للمريض بالتوازى مع تقديم فكرة واضحة عن كيفية إدارة المريض لوقته ،

ومدى تمكنه من مبادئ حل المشكلات والاستراتيجيات المعرفية . والسبب في ذلك أن هذه الأساليب العلاجية غالباً ما تتداخل مع بعض الاستراتيجيات المعرفية التي عرضنا لها مسبقاً ، ولا زال بعضها الآخر لم نعرض له في الجلسات السابقة .

فعلى سبيل المثال ، إذا وجد المريض أنه يصعب عليه أن يفسح مجالاً لكل شيء يقابله يومياً من أحداث الحياة أو كان لديه مشكلات في تحديد مواعيد المقابلات النهائية ، ينبغي أن يقوم المعالج بفحص ودراسة معايير المريض الذاتية غير الواقعية التي يكبل نفسه بها بلا حدود ، وهي المعايير المثالية التي يجب أن يحققها أداءه ، كما يناقش النتائج السلبية غير المنطقية إذا لم ينجز كل شيء كما يريد . وتعد المقاومة المعرفية من أفضل أساليب التدخل لتفرض الأفكار السلبية السابقة ، عندما يوظفها المريض بالتوازي مع تعليم المريض كيفية الالتزام بالجدول اليومي وتنفيذه مع تخصيص متسع من الوقت لإنجاز مكونات هذا البرنامج العلاجي .

وبالطريقة ذاتها ، إذا ما قرّر المريض أنه يعاني صعوبة في اتخاذ القرار مصدرها خوفه من أنه لن يصل للقرار السليم أو الاختيار الصائب ، على المعالج أن يشرح لمريضه ضروب الأخطاء وأنواع الخسارة التي سيتعرض لها إذا لم يواجه هذا الخوف المفتعل بواقعية ، ومن ثم سيتولد كثير من النتائج السلبية مستقبلاً بسبب طغيان تفكيره المأساوي واحتمالات تضخيم نتائج هذا التفكير السلبي . ومن أفضل الأساليب العلاجية في هذه الحالة ، عملية المفارقة بهدف توليد أكبر عدد من البدائل الممكنة للعجز عن اتخاذ القرار أو لأية مشكلة يعانيها المريض ، بالإضافة إلى الممارسة المنظمة للتعرض للانزعاج وأشكال المراقبة المعرفية الذاتية .

الجلسة الثالثة عشرة

بالإضافة إلى مراجعة المهارات التي تم تعليمها للمريض على مدى الجلسات الاثنتي عشرة السابقة ، ومدى التحسن الذي أحرزه ، فإن ثمة هدفاً أساسياً تختص به الجلسة الثالثة عشرة ألا وهو تزويد المريض بجدول أعمال طويل المدى يجب عليه تنفيذه بكل دقة والاستمرار في الالتزام به وتطبيق كل الأساليب العلاجية التي مارسها مع المعالج حتى يتخلص من القلق .

المعالج : كلير - لقد قدمنا لك مجموعة كبيرة من المعلومات تدور حول القلق العام ومهارات مواجهته والتعايش معه . ولأن هذه ستكون جلستنا العلاجية الأخيرة معاً وقبل استمرارك فى ممارسة كل الأساليب العلاجية بمفردك بعد ذلك ، فمن الجدير بنا أن نركز جهدنا على مراجعة بعض المهارات التى ستمارسينها وحدك بكل دقة وأمانة ، ويكون من المفيد التحدث عن المستقبل .

كلير : إن ذلك أمر يبعث على طمأنتى ويثبت الأمن داخلى ، لأننى أشعر الآن بقليل من الشد والعصبية بسبب توقف العلاج .

المعالج : ولماذا برزت هذه المشاعر القليلة ؟

كلير : حسن ، أخشى أننى إذا لم أتردد بانتظام على العيادة ، أن يكون ذلك سبباً فى فقدى لكل المكاسب التى حققتها ، ومن ثم أعود لنقطة الصفر التى بدأت منها وهى الدمار العصبى والتعاسة فى الحياة ، أنا لا أريد العودة مرة ثانية لهذا الطريق .

المعالج : حدثينى عن بعض الأسباب التى تجعلك تفقدين بعض مكاسبك العلاجية .

كلير : إننى لئن أراك بانتظام وربما يكون ذلك سبباً فى نسيان ممارسة بعض التمرينات ، ولا أعرف كيف أسيطر على أفكارى ومشاعرى .

المعالج : وإلى أى مدى أنت متأكدة من حدوث ذلك ؟ .

كلير : لست متأكدة ، ولكنه مجرد خوف يملكنى بشدة الآن . وأظن أن ذلك نوع من الاستنتاج العاطفى⁽¹⁾ أو التفكير الانفعالى نشأ داخلى بسبب مساندتك لى وتوجيهى علاجياً فترة طويلة . لدى الآن شعور مؤداه أننى لا أتمنى أن تكون هناك أية نهاية للمساندة ولا للجلسات .

المعالج : قد يكون ذلك صحيحاً ، ولكن كيف يمكنك تحقيق ذلك ؟ وهل هذا تفكير واقعى ؟

(1) Emotional reasoning .

كلير : عن طريق ممارسة التمرينات ومحاولة تغيير نفسي ، وهو الأمر الذى على إتقانه إلى حد بعيد .

المعالج : وأين سيكون عليك أن تقومى بمثل هذه التمرينات بهدف تغيير نفسك ؟

كلير : بالمنزل ، وبنفسى ! والآن عرفت طريقى جيداً ، ولن أعطى نفسى أى تقدير من أجل عمل يجب على فعله .

المعالج : كما لا يجب أن تقللى من أهمية مسئوليتك عن التغيير المطلوب . وعندما نلتقى فإن جلساتنا ستوجه نحو تقديم نصيحة محددة أو لمراجعة واجباتك العلاجية المنزلية ، وستأخذ شكل علاقة الأستاذ بتلميذه ، فيما عدا أننا لن نعطى لك شهادة تشير إلى انتقالك لصف جديد ، ولكنها مجرد ارجاع استجابية لما قمت به من جهد وإنجاز وما حققته من مكاسب ، وجوانب الضعف التى ستوجه انتباهك للتركيز عليها . كلير : إذا كان عليك أن تمرى بخبرة البعث والولادة من جديد فيما يتصل بخبرة القلق والانزعاج الشديد ، فما الذى يجب عليك فعله إزاء هذه الخبرة ؟ وإذا ما استطعت أن تكتبى خطاباً لنفسك فى المستقبل حيثما كان ذلك ممكناً ، فماذا ستقولين فيه ؟

كلير : سأقول أنه لا ينبغى أن أدع أى أثر ولو بسيط للهزيمة والانتكاس بحيث يلون وجهة نظرى الكاملة عن نفسى ، وأنى أستطيع دائماً البدء فى أداء ساعة من الممارسة لأسلوب التعرض المكثف لمصادر القلق والانزعاج حتى أكون عادة عدم الخشية والخوف منها ولا أبالغ فى تضخيم حجم آثارها السلبية مستقبلاً ، ويجب ممارسة الاسترخاء ، وتنفيذ بعض سجلات المراقبة الذاتية المعرفية ، والآن ، أنا أعرف كيف أقوم بكل ذلك كما كنت أفعل من قبل إنهاء الجلسات . ولا بد أن أذكر نفسى باستمرار - كما كنت تذكر لى كثيراً - أنك على ما يرام ، وأنه لأمر طبيعى أن تشعرى بالقلق أحياناً ، وأن هذا لا يعنى بالضرورة أن هنالك شيئاً ما خطأ بالنسبة لى . أعرف أنه من السهل الآن التحدث إليك فى كل هذه الأمور لأنك معى وتساندنى ، ولكن فى بعض الأحيان يجب على أن أكافح بشدة إذا ما أردت فعل التمرينات بالبيت فضلاً عن تخيل مواقف الانزعاج ومصادره . سوف أتقدم وأتحسن وأحصل على مكاسب - لا

شك في ذلك - ولكنه سيكون أمراً شديداً الصعوبة عند الإقدام على تنفيذه .

المعالج : وأنا أويديك في كل ما تتوقعينه ، لأن كل الذى فعلناه معا بالفعل هو مجرد تغيير في بعض طرق التفكير ، والشعور ، والتصرف حينما تكونين قلقة بشدة ، وأن هذه الأرجاع يجب أن تصبح تلقائية بالنسبة لك حيناً من الدهر . ولأنك ستستمرين في استخدام الاستراتيجيات وتوظيفها ، فسوف تقفين على بعض التغيرات في الطريقة التى تفكرين بها فى الأحداث ، والطريقة التى تتصرفين بها فى المواقف التى تثير القلق وتكرسه . فهل ثمة دليل لما لديك تظهرين من خلاله أنك لن تقضى على أية تغييرات جديدة شريطة أن تستعملى هذه الأساليب بانتظام ؟ .

كلير : لا ، بالطبع ليس لدى أية أدلة . إنه بالتأكيد خوفي من الحصول على ما هو أفضل صحياً بالنسبة لى . أنا أعرف أننى أستطيع أن أجعل هذا الأمر برمته رهن إشارتى وأمرى .

المعالج : دعينا الآن نناقش باختصار بعض الاستراتيجيات . أولاً : لقد علمت شيئاً كثيراً عن طبيعة القلق والانزعاج ، وكيف يمكن الاحتفاظ به والمعاناة منه وقتاً طويلاً . وبعد ذلك تعلمت الاسترخاء ، والآن تستطيعين أن تحررى جسمك من الشد العصبى والتوتر حتى فى أشد المواقف إثارة للمشقة وتشتيتاً للانتباه ، مثل مواقف قيادة السيارة وعند التسوق . ولقد أنفقنا وقتاً طويلاً لتعلم كيفية تحديد أفكارك السلبية المقلقة بتحديدتها ومقاومة المبالغة فى تضخيم النتائج المحتملة المترتبة عليها وعلى التفكير المأساوى . وتلى ذلك ، تعلمك لأسلوب التعرض للانزعاج ، حيث كنت تقضين ساعة فى اليوم تتعرضين خلالها بشكل منتظم للمصادر التى تثير انزعاجك كخوف على ابنك وخوفك على زوجك من حوادث الطريق والطائرات عند الحل والترحال ، كما كنت تتخيلين هذه المواقف بإرادتك الواعية على شكل صور بصرية ذهنية وكذلك أفكارك ثم تقومين بمهاجمة كل الاحتمالات الناشئة عنها . ولقد أتبعنا هذا الأسلوب بتمرينات الوقاية ضد سلوك الانزعاج عندما أتممت بالتدريج أعمالاً ومهمات كانت تسبب لك العصبية والانرفزة والانزعاج لأنها عبارة عن تنبؤات سلبية والنتيجة الإيجابية أنك أصبحت قادرة حتى

على الذهاب لمشاهدة إحدى مباريات الفريق الذي يلعب له ابنك في ناديه الأسبوع الماضي ، أليس ذلك صحيحاً ؟ .

كلير : نعم ، وهذا ليس أمراً سيئاً على الإطلاق . لقد لعب ابني بشكل حسن ، وكان له دائماً فِصْبُ السبق في العدو والمنافسة ، وأثار إعجاب مديره الفني حتى أنه هنا ومدحه أمام كل أعضاء الفريق بعد انتهاء المباراة . لقد كنت فخورة جداً بنفسى . فى البداية كان قلقى شديداً جداً - حوالى ست درجات - ولكنه بدأ ينخفض تدريجياً مع مرور الوقت وكنت أمارس الاسترخاء ذهنياً وأستعمل الاستراتيجيات المعرفية طوال وقت المباراة . ولقد كان ذلك محل كثير من السعادة بالفعل لكلينا زوجى وأنا ، لأننا ذهبنا معا وجلسنا مع أصدقاء حميمين جداً يلعب ابنهم أيضاً ضمن أعضاء فريق ابنى .

المعالج : هذا عظيم . بعد ذلك تحدثنا عن كيفية إدارة الوقت وحل المشكلات بحيث لم يعد ذلك يمثل لك أى نوع من أنواع الصعوبات .

سوف نلتقى مرة ثانية بعد شهر من الآن لمراقبة تقدمك وللقضاء على أية مشكلة أو أية صعوبة تواجهك . وبعد ذلك ، سوف نلتقى مرة ثانية خلال الشهر التالية لمناقشة مدى تحسنتك ساعتها . وإذا ما واجهتك أى صعوبات خطيرة خلال هذه الفترة ، تستطيعين بالتأكيد الاتصال بى هاتفياً . وعليك التركيز من الآن على الأساليب العلاجية التى تعلمتها . وواجبك أن تحققى تقدماً شديداً يا كلير ، وتذكرى أنه ليس لديك أى دليل يشير إلى أنك ستعجزين عن الاستمرار فى ممارسة الأساليب العلاجية بمفردك .

مدى تحسن حالة كلير :

وفقاً لبرنامجنا البحثى العلمى ، وكما هو معتاد بالنسبة لمرضانا الذين يnehون برنامجنا العلاجى للقلق فى عيادتنا ، فقد خضعت كلير لتقديرات عيادية بهدف تقييم نتائج التدخل العلاجى وفترة المتابعة ، مما استلزم تطبيقاً للمقابلة المقننة - النسخة المعدلة ، وبعض استخبارات التقرير الذاتى . واستمر انخفاض مستوى القلق والانزعاج لدى كلير فى فترة ما بعد العلاج وفترات المتابعة . وعندما سألتها عن المكونات العلاجية التى وجدتها مفيدة لها بصفة خاصة فى تزويد قدرتها على معاشة قلقها ومواجهته ، ذكرت أن التعرض اليومي لمصادر الانزعاج وإعادة

تكوين المراقبة المعرفية كانا هما الأسلوبين المفيدتين لى بصفة خاصة ، وكانا يمثلان الاستراتيجيتين اللتين كنت أستخدمهما بانتظام . وبالإضافة إلى ما سبق فقد أقرت كثير أن معظم المشكلات التي كانت تعاني منها معدتها قد توقفت عن الحدوث ، وأنها شعرت بتحسن أكبر فى السيطرة على انزعاجها وقلقها ، معرفياً وجسماً . ولقد احتفظت كثير بكل هذه المكاسب على الرغم من أنها لازالت تعاني بعض خبرات الانزعاج على فترات يومية متقطعة ، ومع ذلك تشعر بمزيد من التحكم والسيطرة على هذه المشاعر . أضف إلى ذلك ، أنها قد أقرت بأنها لاحظت أن حل مشكلتها الذاتية يكمن فى مواجهتها للانزعاج ومقاومته بدلاً من تجاهله والانهاء عنه كما كان يحدث لسنوات طويلة مضت .

وبمقارنة تشخيصها المبدئى بأنها تعاني من قلق عام وفقاً للدليل الأمريكى الثالث المعدل ، بما حصلت عليه من درجات على المقابلة المقننة المعدلة تمثل معدل شدته العيادية (ست درجات) ، فقد تلقت كثير علاجاً نفسياً بعد تشخيصها بالقلق العام نتج عنه تحسناً جزئياً حيث انخفض معدل القلق إلى درجتين فقط ، كما حدده معالج مستقل لا يعرف عن تشخيصها شيئاً ، بمقياس تتراوح الدرجات عليه من صفر إلى ثمانى درجات . وعلى مدى عام كامل من المتابعة ، تحسنت كثير تحسناً كاملاً وفقاً لتشخيصها بأنها تعاني من اضطراب القلق العام طبقاً للدليل الأمريكى الثالث المعدل .

الخلاصة :

وفقاً لطريقتنا فى العلاج ، كنا نقابل المرضى مرات عديدة ؛ بواقع مقابلة شهرياً تقريباً لمتابعة حالتهم الجيدة عن كثب ، ولمتابعة مدى التزامهم بتطبيق الأساليب العلاجية أو لمساعدتهم فى معالجة وإدارة أى انكسارات تحدث لأى منهم . وكما لاحظنا خلال مراجعتنا للدراسات العلاجية السابقة فى هذا الموضوع، كان جميع المرضى الذين أكملوا برنامج العلاج النفسى الاجتماعى للتخلص من اضطراب القلق العام ، يمكنهم - وفقاً للأدلة العلمية - الاحتفاظ بمكاسبهم العلاجية . أضف إلى ذلك ، أن العلاج الطبى (مثل مضادات القلق) كان يقل استخدامه أو يتوقف تناوله تماماً لدى كثير من الحالات (Barlow, et al., 1992) ومع ذلك لم يحصل عدد كبير من المرضى الذين خضعوا لهذه البرامج العلاجية إلا على قدر من التحسن لايزيد عن المتوسط . وربما كان أحد أسباب هذه النتيجة

- جزئياً - حداثة هذا النوع من العلاج الذي وُضع خصيصاً لعلاج الجوهر أو العنصر الأساسي لاضطراب القلق العام ، الذي يسمى بالانزعاج الشديد غير القابل للضبط والسيطرة عليه . وينبغي أن نعرف - على مدى السنوات التالية - ما إذا كانت هذه البرامج العلاجية شديدة التخصص سينجم عنها ألوان من التحسن الأساسي الدائم الثابت لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق العام أم لا .

REFERENCES

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1993). *DSM-IV draft criteria as of 3/1/93*. Washington, DC: Author.
- Anderson, D. J., Noyes, R., & Crowe, R. R. (1984). A comparison of panic disorder and generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, *141*, 572-575.
- Andrews, V. H., & Borkovec, T. D. (1988). The differential effects of inductions of Worry, somatic anxiety, and depression on emotional experience. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *19*, 21-26.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (1991). The nature of anxiety: Anxiety, depression, and emotional disorders. In R. M. Rapee & D. H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression* (pp. 1-28). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Blanchard, E. B., Vermilyea, J. A., Vermilyea, B. B., & DiNardo, P. A., (1986) Generalized anxiety and generalized anxiety disorder: Description and reconceptualization. *American Journal of Psychiatry*, *143*, 40-44.
- Barlow, D. H., Cohen, A. S., Waddell, M., Vermilyea, J. A., Klosko, J. S., Blanchard, E. B., & DiNardo, P. A. (1984). Panic and generalized anxiety disorder: Nature and treatment. *Behavior Therapy*, *15*, 431 - 449.
- Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A., & Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, *20*, 261 - 282.
- Barlow, D. H., & DiNardo, P. A. (1991). The diagnosis of generalized anxiety disorder: Development, current status, and future directions. In R. M. Rapee & D. H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety - depression* (pp. 95 - 118). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Rapee, R. M., & Brown, T. A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, *23*, 551 - 570.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Bernstein, D. A., & Borkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training*. Champaign, IL: Research Press.
- Blowers, C., Cobb, J., & Mathews, A. (1987). Generalized anxiety:

- A controlled treatment study. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 493 - 502.
- Borkovec, T. D., & Costello, E. (in press). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Borkovec, T. D., & Hu, S. (1990). The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 69 - 73 .
- Borkovec, T. D., & Mathews, A. M. (1988). Treatment of nonphobic anxiety disorders: A comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 877 - 884 .
- Borkovec, T. D., Mathews, A. M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R., & Nelson, R. (1987). The effects of relaxation training with cognitive therapy or nondirective therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 883 - 888 .
- Borkovec, T. D., Shadick, R., & Hopkins, M. (1991). The nature of normal and pathological worry In R. M. Rapee & D. H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety - depression* (pp. 29 - 51). New York: Guilford Press.
- Breslau, N., & Davis, G. C. (1985). DSM-III generalized anxiety disorder: An empirical investigation of more stringent criteria. *Psychiatry Research*, 14, 231 - 238.
- Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1992). Psychometric properties of the Penn state Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 33-37.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 835-844.
- Brown, T. A., Hertz, R. M., & Barlow, D. H. (1992). New developments in cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders. In A. Tasman (Ed.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (Vol. 11, pp. 285-306). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Brown, T. A., Moras, K., Zinbarg, R. E., & Barlow, D. H. (1993). Diagnostic and symptom distinguishability of generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 24, 227-240.
- Butler, G., & Booth, R. G. (1991). Developing psychological treatment for generalized anxiety disorder. In R. M. Rapee & D. H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression* (pp. 187-209). New York: Guilford Press. ~

- Butler, G., Cullington, A., Hibbert, G., Klimes, I., & Gelder, M. (1987). Anxiety management for persistent generalized anxiety. *British Journal of Psychiatry, 151*, 535-542.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive-behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 167-175.
- Cameron, O. G., Thyer, B. A., Nesse, R. M., & Curtis, G. C. (1986). Symptom profiles of patients with DSM-III anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 143*, 1132-1137.
- Chambless, D. L., Cherney, J., Caputo, G. C., & Rheinstein, B. J. G. (1987). Anxiety disorders and alcoholism: A study with inpatient alcoholics. *Journal of Anxiety Disorders, 1*, 29-40.
- Cohen, A. S., Barlow, D. H., & Blanchard, E. B. (1985). The psychophysiology of relaxation-associated panic attacks. *Journal of Abnormal Psychology, 94*, 96-101.
- Graske, M. G., Barlow, D. H., & O'Leary, T. A. (1992). *Mastery of your anxiety and worry*. Albany, NY: Graywind Publications.
- Craske, M. G., Rapee, R. M., Jackel, L., & Barlow, D. H. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and nonanxious controls. *Behaviour Research and Therapy, 27*, 189-198.
- DiNardo, P. A. (1991). *MacArthur reanalysis of generalized anxiety disorder*. Unpublished manuscript.
- DiNardo, P. A., & Barlow, D. H. (1988). *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R)*. Albany, NY: Graywind Publications.
- DiNardo, P. A., Moras, K., Barlow, D. H., Rapee, R. M., & Brown, T. A. (in press). Reliability of the DSM-III-R anxiety disorder categories using the Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised. *Archives of General Psychiatry*.
- Durham, R. C., & Turvey, A. A. (1987). Cognitive therapy vs. behavior therapy in the treatment of chronic general anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 25*, 229-234.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*, 20-35.
- Fyer, A. J., Mannuzza, S., Martin, L. Y., Gallops, M. S., Endicott, J., Schleyer, B., Gorman, J., Liebowitz, M. R., & Klein, D. F. (1989). Reliability of anxiety assessment: II. Symptom agreement. *Archives of General Psychiatry, 46*, 1102-1110.
- Garvey, M. J., Cook, B., & Noyes, R. (1988). The occurrence of a prodrome of generalized anxiety in panic disorder. *Comprehensive Psychiatry, 29*, 445-449.

- Heide, F. J., & Borkovec, T.D. (1984). Relaxation-induced anxiety: Mechanisms and theoretical implications. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 1-12.
- Hoehn-Saric, R., & McLeod, D. R. (1988). The peripheral sympathetic nervous system: Its role in normal and pathological anxiety: *Psychiatric Clinics of North America*, 11, 375-386.
- Hoehn-Saric, R., McLeod, D. R., & Zimmerli, W. D. (1989). Somatic manifestations in women with generalized anxiety disorder: Psychophysiological responses to psychological stress. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1113-1119.
- LeBoeuf, A., & Lodge, J. (1980). A comparison of frontalis EMG feedback training and progressive relaxation in the treatment of chronic anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 137, 279-284.
- Lindsay, W. R., Gamsu, C. V., McLaughlin, E., Hood, treatments for generalized anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 3-15.
- Lovibond, S. H. (1983, May). *The nature and measurement of anxiety, stress, and depression*. Paper presented at the meeting of the Australian Psychological Society, University of Western Australia.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1992). *self-report scales (DASS) for the differentiation and measurement of depression, anxiety, and stress*. Unpublished manuscript.
- Lyonfields, J. D. (1991, November). *An examination of image and thought processes in generalized anxiety*. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York.
- Marten, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H., Borkovec T. D., Shear, M. K., & Lydiard, R. B. (in press). Evaluation of the ratings comprising the associated symptom criterion of DSM-III-R generalized anxiety disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- Meichenbaum, D. S., & Jaremko, M. E. (Eds.). (1983). *Stress reduction and prevention*. New York: Plenum Press.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Moras, K., DiNardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1992). *Comorbidity and depression among the DSM-III-R anxiety disorders*. Manuscript submitted for publication.
- Nelson, R. O., & Barlow, D. H. (1981). Behavioral assessment: Basic strategies and initial procedures. In D. H. Barlow (Ed.), *Behavioral assessment of adult disorders* (pp. 13-43). New York: Guilford Press.
- Noyes, R., Clarkson, C., Crowe, R. R., Yates, W. R., & McChesney, C. M. (1987). A family study of generalized anxiety

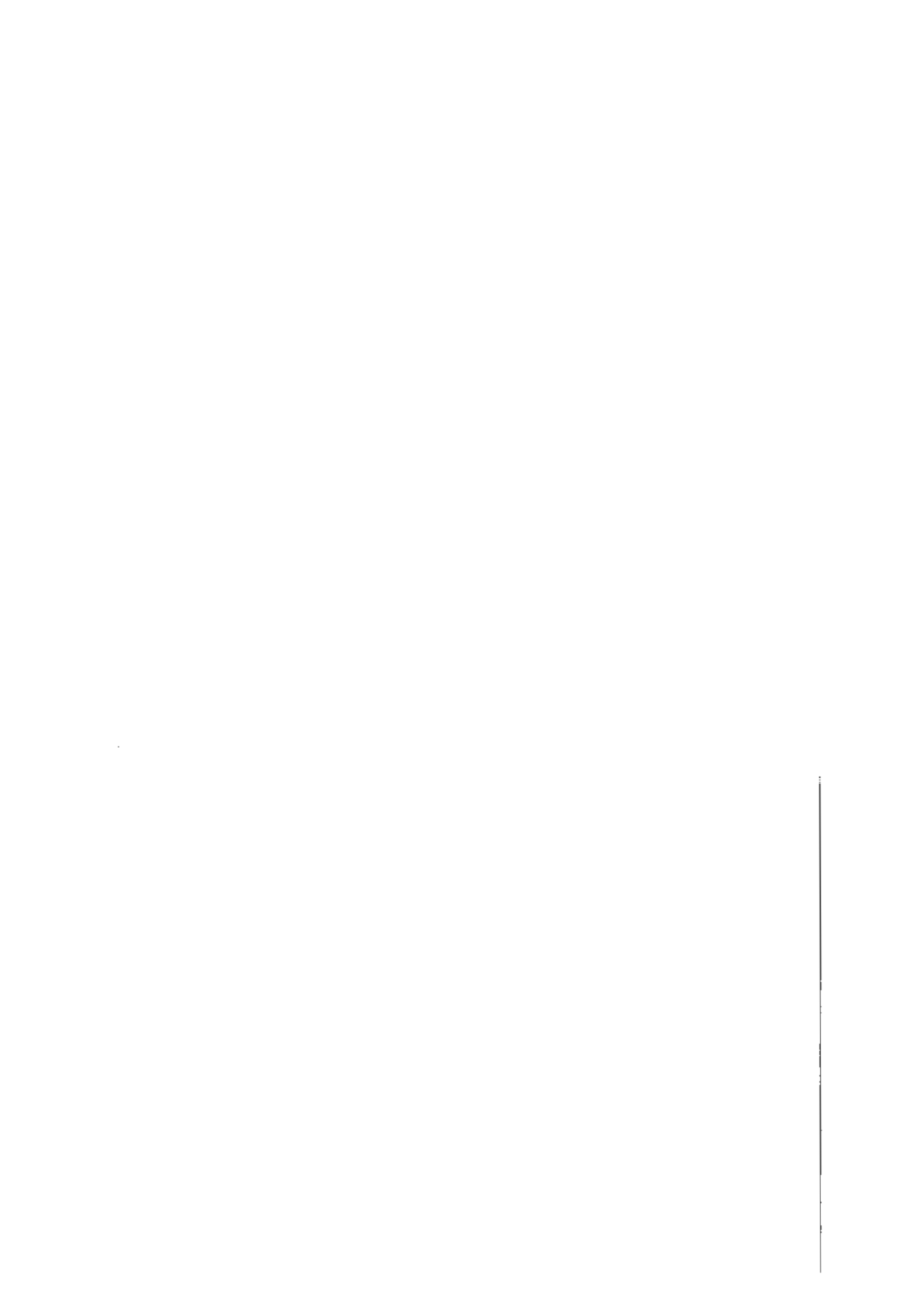
- disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1019-1024.
- Noyes, R., Woodman, C., Garvey, M. J., Cook, B. L., Suelzer, M., Clancy, J., & Anderson, D. J. (1992). Generalized anxiety disorder vs. panic disorder: Distinguishing characteristics and patterns of comorbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 369-379.
- O'Leary, T. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1992, November). *The efficacy of worry control treatment in generalized anxiety disorder: A multiple baseline analysis*. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston, MA.
- Rapee, R. M. (1985). The distinction between panic disorder and generalized anxiety disorder: Clinical presentation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 19, 227-232.
- Rapee, R. M. (1991). Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. *Clinical Psychology Review*, 11, 419-440.
- Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (Eds.). (1991). *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression*. New York: Guilford Press.
- Rapee, R. M., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1989, November). *The Emotional Control Questionnaire*. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.
- Sanderson, W. C., & Barlow, D. H. (1990). A description of patients diagnosed with DSM-III-R generalized anxiety disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 588-591.
- Sanderson, W. C., Beck, A. T., & Beck, J. (1990). Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: Prevalence and temporal relationships. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1025-1028.
- Sanderson, W. C., & Wetzler, S. (1991). Chronic anxiety and generalized anxiety disorder: Issues in comorbidity. In R. M. Rapee & D. H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression* (pp. 119-135). New York: Guilford Press.
- Schweizer, E., & Rickels, K. (1991). Pharmacotherapy of generalized anxiety disorder. In R. M. Rapee & D. H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression* (pp. 172-186). New York: Guilford Press.
- Sunn, R. M., & Richardson, F. (1971). Anxiety management training: A nonspecific behavior therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy*, 2, 498-511.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Stanley, M. A. (1992). Are obsessional thoughts and worry different cognitive phenomena? *Clinical Psychology Review*, 12, 257-270.
- White, J., Keenan, M., & Brooks, N. (1991). *Stress control: A con-*

trolled investigation of large group therapy for generalized anxiety disorder. Unpublished manuscript.

Zinbarg, R. E., & Barlow, D. H. (1991). Mixed anxiety depres-

sion: A new diagnostic category? In R. M. Rapee & D. H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and Mixed anxiety-depression* (pp. 136-152). New York: Guilford Press.

الفصل الخامس
اضطراب الوسواس القهري



الفصل الخامس

اضطراب الوسواس القهري

إدنا ب . فوا

Edna B. Foa

دافيد . س . رجز

David S. Riggs

كلية بنسلفانيا الطبية / معهد الطب النفسي شرق بنسلفانيا فيلادلفيا

ترجمة

دكتورة هبة إبراهيم

قسم علم النفس جامعة المنيا

لن أذهب بعيداً بالقارئ لأبين له أن العلاج الناجح لاضطراب الوسواس القهري يختلف بشكل كبير من حيث التكوين والمحتوى عن الطرق العلاجية المعتادة . ولهذا السبب فإن هناك القليل من المعالجين يشعرون بالرضا النفسي عند تطبيق هذا العلاج . وهذه المعلومة الواردة في هذا الفصل بالتفصيل يجب أن تكون كافية لأي متخصص متمرن في الصحة العقلية لتطبيق تلك العلاجات ، خاصة إذا توافرت بعض وجهات النظر الأخرى ، فبالنسبة للمتاعب الناتجة عن اضطراب الوسواس القهري يمكن أن تكون غير عادية ، ولكن حتى بالمحاولات العلاجية غير الدقيقة يمكن أن نخفف كثيراً من تلك المتاعب . ويشرح هذا الفصل بالتفصيل جلسات يومية مكثفة للعلاج بالتخيل أو التعرض الحى ، كما أنه لمن الجدير بالملاحظة البراعة المطلوبة من المعالجين في صياغة الأسئلة (مثل أين يمكنك أن تجد الحيوانات؟) . وأهمية اشراك ، الأشخاص الآخرين المهمين مهمة تعد استمراراً للموضوع الأول الذى تم شرحه فى الفصل الأول (Craske & Barlow, this volume) حيث يصبح الأزواج أو الأشخاص الآخرين القريبين من الفرد صاحب المشكلة بمثابة جزءاً مكتملاً للعلاج، وأخيراً فإن هذا الفصل يحتوى على تنقيح حديث للوضع الحالى للمناحي العلاجية النفسية والفارماكولوجية لاضطراب الوسواس القهري .

د . ه . ب

مقدمة :

قام أسكويزرول فى عام ١٨٣٨ لأول مرة بشرح زملة أعراض الوسواس القهرى ، الذى أعتبر لأعوام عديدة أحد أعقد الأمراض النفسية . وقد أدى التقدم فى العلاجات السلوكية والفارماكولوجية فى العقدين الأخيرين إلى تحسن مآل المرضى . وفى هذا الفصل ، سنناقش القضايا التشخيصية والنظرية لاضطراب الوسواس القهرى وعرض العلاجات المتاحة . وسنقوم الآن بشرح الإجراءات التقويمية ونوضح بالتفصيل كيفية تطبيق العلاج السلوكى المكثف لاضطراب الوسواس القهرى . وخلال هذا الفصل ، سنعرض للتفاعلات التى تحدث بين المعالج والمريض .

تعريف :

عبر سنوات عديدة تعرض مفهوم زملة أعراض الوسواس القهرى إلى تغييرات مهمة . ففي البداية عرف مرضى الوسواس القهرى بأنهم يشكون من وجود أفكار مقتحمة مثيرة للكدر وسلوكيات متكررة غير مرغوب فيها ولكنهم يقومون بها بصورة قهرية .

وقد تم تعريف الوسواس القهرى فى الدليل التشخيصى والاحصائى الأول (APA, 1952, DSM I) ، والثانى (APA, 1968, DSM II) بأنه زملة أعراض قصيرة وغير محددة .

أما الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث (APA, 1980, DSM III) والثالث المعدل (DSM III R., APA, 1987) فقد حدد محكات معينة لاضطراب الوسواس القهرى . وقد تم تعريف الوسواس والدفعات القهرية كل على حده .

ويعرف الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث المعدل (DSM III R) الوسواس كالاتى :

أفكار ثابتة أو نزعات أو خيالات ، يخبرها الشخص على الأقل على أنها غير مرغوبة وليس لها معنى . ويحاول الشخص أن يتجاهل أو يكبح هذه الأفكار أو النزعات أو يحاول تخفيفها بأفعال وأفكار أخرى . ويعرف الشخص أن أفكاره الوسواسية هى نتاج عقله وليست مفروضة عليه من خارجه (p. 245) .

أما الدفعات القهرية فهى :

سلوكيات متكررة هادفة وعن قصد ، تتم كاستجابة وطبقاً لقوانين معينة أو

بشكل نمطي . وخطط هذا السلوك لمنع أو لتقليل عدم الراحة أو بعض الأحداث أو المواقف الخيفة ، إلا أنه إما أن النشاط غير مرتبط بطريقة واقعية مع ما خطط لمنع ، أو أنه مبالغ فيه بشدة . ويدرك الشخص أن سلوكه مبالغ فيه وغير معقول (p. 245) .

وقد لاحظت فوا وكوزاك (1991) Foa and Fozak أن تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث يعكس تأثير ثلاث جهات نظر تقليدية لاضطراب الوسواس القهري:

- ١ - الوسواس أحداث عقلية والدفعات القهرية أحداث سلوكية .
- ٢ - قد تحدث الوسواس والدفعات القهرية معا أو منفصلة عن بعضها البعض .
- ٣ - يدرك الأفراد دائما أن أفكارهم الوسواسية ودفعاتهم القهرية ليس لها معنى .

وقد حبذت فوا وتيلمانس (1980) Foa and Tillmanns نظرية ارتباط الوسواس والدفعات القهرية وظيفيا . وقد اقترحا تعريف الأفكار الوسواسية والدفعات القهرية على أساس علاقتهما الوظيفية بالقلق أو الكرب ، وليس على أساس الشكل الذي يعبر به عنهما (عقلية أو سلوكية) . وطبقاً لهذا تعرف الوسواس بأنها أفكار أو تخيلات أو نزعات تولد القلق أو الكرب . وتعرف الدفعات القهرية بأنها أفعال ظاهرة (سلوكية) أو غير ظاهرة (عقلية) تتم ك محاولة للتخلص من الشعور بالكرب والقهر ، الذي تسببه الوسواس (الأفكار الوسواسية) وتتساوى الدفعات القهرية السلوكية ، مثل : تكرار غسل اليدين والتأكد من إطفاء الموقد . (من ناحية علاقتها الوظيفية بالوسواس) بالأفعال العقلية ، مثل : تكرار عبارات أو أرقام ذهنياً (في صمت) ، والمراجعة الليلية لكل ما يصدر عنها وحولها من أنشطة . ويمكن القيام بالدفعات القهرية لمنع الضرر أو استعادة الطمأنينة أو تقليل الشعور بالكرب . ويعكس محك الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل (DSM III- R)

* محطات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المقتبسة في هذا الفصل هي تلك التي اعتبرت المحكات النهائية بواسطة لجنة العمل الخاصة باضطرابات القلق للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (APA, 1993) وقد تتعرض هذه المحكات لقدر ضئيل من التعديل في الصياغة عند المراجعة قبل نشر الدليل التشخيصي الرابع .

النموذج الوظيفي للأفكار الوسواسية والدفعات القهرية ، وتدعمه نتائج دراسة ميدانية أجريت حديثاً ونشرت في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع - (DSM - IV. APA, 1993) ، وتشير إلى أن ٩٠٪ من الدفعات القهرية ترتبط وظيفياً بالوساوس في نظر مرضى الوسواس القهري ، وأن ١٠٪ فقط منها تعد غير مرتبطة (Foa & Kozak, in press) .

ويتضمن النموذج الوظيفي لاضطراب الوسواس القهري أن الدفعات القهرية لا يمكن أن توجد دون أفكار وسواسية ، ولكن الوسواس من الممكن أن توجد دون دفعات قهرية (وساوس خالصة) .

تشير نتائج الدراسة الميدانية في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي إلى أن الغالبية العظمى (أكثر من ٩٠٪) من مرضى الوسواس القهري تظهر لديهم وساوس ودفعات قهرية سلوكية ، وعند إضافة الدفعات القهرية العقلية إليها ذكر ٢٪ فقط من العينة وجود وساوس فقط دون دفعات قهرية (Foa & Kozak, in press) ، ولأن الوسواس الخالصة موجودة - وإن كانت نادرة - يوضح الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع أن تشخيص اضطراب الوسواس القهري يمكن أن يتم في غيبة دفعات قهرية .

وقد تغير الرأي الذي عرضه الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل - الخاص بأن مرضى الوسواس القهري يعرفون أن أفكارهم الوسواسية لا معنى لها ، وأن دفعاتهم القهرية غير معقولة وقد عرف الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل (DSM III R) المشكلة بتسمية مرضى الوسواس القهري ، الذين لا يرون أن أعراضهم ليس لها معنى بأنهم أشخاص لديهم أفكار مبالغ في قيمتها (أي لديهم اعتقاد قوي أن أفكارهم الوسواسية ودفعاتهم القهرية معقولة ولها معنى) وترى الدراسات الحديثة أن الأفراد من ذوى الوسواس القهري أكثر قرباً للنظر إلى أعراضهم باعتبارها بلا معنى أو غير مبرره (Insel & Akiskal 1986; Lelliott, Noshirvani, Basoglu, Marks & Monterio 1988) . وطبقاً لهذا فإن متصل الاستبصار، أو «قوة الاعتقاد، يمثل الصورة الإكلينيكية ، أفضل من فكرة أن مرضى الوسواس القهري يرون أن أعراضهم معقولة أو ليس لها معنى .

ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل إلى أن الأفكار المبالغ في تقييمها تطورت من وساوس ادركت سابقاً باعتبارها بلا معنى . وفي الحقيقة

أن الدراسة الميدانية للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع أسفرت عن أن الأفراد الذين كان ينقصهم الاستبصار في وقت التقويم ، ذكروا أنه كان لديهم هذا الاستبصار في وقت ما سابق . كما أن الملاحظات الإكلينيكية توحي أن المرضى يتناوبون بين فترات من الاستبصار وفترات من المعتقدات القوية . وهذا التذبذب يحدث من دقيقة إلى أخرى ، بناء على الحالة المزاجية للفرد والظروف المحيطة به . وكثيراً ما يتعرف مرضى الوسواس القهري أن أعراضهم ليس لها معنى وغير معقولة عند مناقشتها معهم في عيادة المعالج ، ولكنهم يفقدون هذا الاستبصار عندما يواجهون بموقف يثير وساوسهم ؛ ولذلك يجب أن يسمح المحك التشخيصي بتشخيص الأفراد الذين ليس لديهم استبصار بعدم معقولية أعراضهم بأنهم مرضى باضطراب الوسواس القهري . واشتراط أن يتوفر لدى الأفراد هذا الاستبصار - حالياً - قد يؤدي إلى خطأ التشخيص ، وهذا بدوره قد يؤدي إلى علاج غير ملائم .

وقد أدت مناقشة الموضوعات أعلاه إلى التغييرات المقترحة لمحك تشخيص اضطراب الوسواس القهري في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع . وطبقاً لهذا يتطلب التشخيص وجود إما وساوس أو دفعات قهرية ، وتعرف الوسواس بأنها أفكار مقاومة أو معتقدات أو دفعات قهرية يخبرها الشخص على أنها مقترحة وغير ملائمة ، وتسبب قلقاً ملحوظاً أو شعوراً بالكرب . وللتمييز بين الوسواس والقلق ، يحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع أن الوسواس ليست مجرد قلق مفرط حول مشكلات الحياة اليومية ، ويحاول الشخص أن يكبح أو يتجاهل الوسواس أو يحايدها بأفكار أو تصرفات وأفعال أخرى . ولتمييز الوسواس عن العمليات الذهنية ، يحدد مثل هذا المحك أن الشخص يتعرف أن أفكاره الوسواسية هي نتاج عقله .

ويعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع الدفعات القهرية بأنها سلوكيات متكررة (مثل تكرار غسل اليدين) ، أو أفعال عقلية (مثل تلاوة الصلاة في صمت) يجد الشخص نفسه مدفوعاً لأدائها ؛ استجابة لوسواس أو طبقاً لقواعد متصلبة . وتهدف الدفعات القهرية منع أو تقليل الشعور بالكرب ، أو منع المواقف المخيفة ، إلا أن الدفعات القهرية تكون إما غير واقعية أو مبالغاً فيها بشكل واضح .

ويتناول المحك ب، في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع - (DSM - IV) ، لاضطراب الوسواس القهري مسألة تعرف الشخص أن أعراضه بلا معنى .

ويوضح هذا المحك أنه «عند نقطة معينة في مسار المرض يدرك الشخص أن الوسواس أو الدفعات القهرية مبالغاً فيها وغير معقولة ، مع ملاحظة أن هذا قد لا ينطبق على الأطفال» (APA, 1993) . وتوجيه انتباه المعالج إلى احتمال غياب الاستبصار في النوبة الحالية ، يشترط الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع تحديد إذا ما كان الشخص في معظم الوقت خلال النوبة الحالية «ضعيف الاستبصار» ؛ (أى إن الشخص لا يدرك أن الوسواس والدفعات القهرية مبالغ فيها وغير معقولة) .

وهناك شرط آخر - موجود أيضاً في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل - وهو أن تكون الوسواس والدفعات القهرية شديدة لدرجة تسبب شعوراً ملحوظاً بالكرب ، وأن تستهلك وقت الشخص وتتداخل مع نشاط الشخص المعتاد . وإذا وجد اضطراب آخر على المحور الأول (Axis I) ، فإن الوسواس والدفعات القهرية لا يمكن قصرها على محتوى هذا الاضطراب (على سبيل المثال: الانشغال بالطعام في وجود اضطرابات الأكل) .

الصورة الإكلينيكية

ديبي سيدة متزوجة في السادسة والثلاثين من العمر ولم تزرُق بأولاد . وقد أوضحت في جلسة العلاج الأولى أنها تعاني من المخاوف الوسواسية والطقوس منذ خمسة عشر عاماً ، وأنها كانت تخاف في الماضي من ارتكاب الأخطاء أو نسيان الأشياء أو الإضرار بالآخرين بدنياً أو معنوياً ؛ مما نتج عنه قضاء وقت طويل في مراجعتها لكل ما يصدر عنها من أنشطة . وكانت مخاوف ديبي في وقت تقدمها للعلاج تتركز في الخوف من التلوث «بجراثيم» غير محددة ونقل هذا التلوث إلى الآخرين ، مما سيسبب مرضهم وموتهم ، وأنها ستصبح هي المسئولة عن موتهم . وقد تطورت هذه المخاوف أثناء عملها كمرضة عمليات جراحية . وأصبح يقلقها تلوث حجرة العمليات أثناء إجراء الجراحة وأن يؤدي هذا إلى عواقب وخيمة للمريض . وفقدت القدرة على العمل بسبب أعراض مرض الوسواس القهري ، وكانت تقضى جزءاً كبيراً من وقتها في غسيل وتنظيف الأشياء المحيطة ببيتها . وأصبحت تتجنب التعامل مع أى شئ تظن أنه يحمل الجراثيم ، بما في لك الحمامات ومنتجات غذائية معينة والمستشفيات . بالإضافة إلى أنها أخذت تتجنب التعامل مع بقية الناس وخاصة الأطفال ؛ خوفاً من أن تنقل الجراثيم إليهم .

مدي انتشار ومسار اضطراب الوسواس القهري

كان مرض الوسواس القهري يعد نادراً نسبياً في وقت ما ، ولكن يقدر انتشاره الآن بحوالي ٢,٥% (Karno, Golding, Sorensen & Burnam, 1988). وقد أسفرت الدراسات عن أن أكثر من النصف قليلاً من مرضى الوسواس القهري من الإناث (Rasmussen & Tsuang, 1986). ويتراوح متوسط العمر لبداية ظهور الاضطراب بين المراهقة المبكرة ومنتصف العشرينات ، كما أنه يظهر نمطياً في سن مبكرة بين الذكور (١٣ - ١٥ سنة) ، عنه بين الإناث من (٢٠ - ٢٤ سنة) (Rasmussen & Eisen, 1990) وتكون بداية ظهور اضطراب الوسواس القهري تدريجية ، غير أنه توجد تقارير حول بدايات حادة في بعض الحالات . والاضطراب مزمن في أغلب الأحوال مع أعراض تتذبذب ارتفاعاً وانخفاضاً في الشدة . وعلى الرغم من ذلك فقد لوحظت نوبات ودورات من التدهور لدى حوالي ١٠% من المرضى (Rasmussen & Eisen, 1989) .

وكثيراً من مرضى الوسواس القهري يعانون لعدة سنوات قبل أن يسعون إلى طلب العلاج . وظهر من أحد الدراسات أن مرضى الوسواس القهري يتكتموا أعراضهم ولم يمثلوا للعلاج إلا بعد مرور سبع سنوات من المعاناة من الأعراض ذات الدلالة (Rasmussen & Tsuang, 1986) . وقد يسبب هذا الاضطراب إعاقة وظيفية ؛ مما قد يؤدي إلى فقد الوظيفة وسوء العلاقات الزوجية والبيئ الشخصية . وقد أقر حوالي ٥٠% من مرضى الوسواس القهري المتزوجين معاناتهم من الكرب الزوجي (Emmelkamp, de Haan & Hoogduin, 1990; Krggs, Hrss & Foa, 1992) .

الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري

يصاحب اضطراب الوسواس القهري عادة أمراض أخرى وشكاوى ، مثل : الاكتئاب والقلق ومخاوف التجنب (Tynes, White & Stekette, 1990; Karno et al., 1988; Rasmussen & Tsuang, 1986). وقد أسفرت نتائج الدراسات الوبائية عن أن حوالي ٣٠% من مرضى الوسواس القهري يعانون أيضاً من نوبة اكتئاب اساسي (Karno et al., 1988) . وقد وجد أن حوالي ٤٠% من مرضى الوسواس القهري يعانون من اضطرابات النوم ، ووجود الاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري مسألة مهمة لأن بعض الدراسات أسفرت عن أن الاكتئاب

الشديد قد يعوق كفاءة العلاج السلوكي للوسواس القهري (Foa, 1979; Foa & Grayson & Sketcc, 1982).

كما أن تزامن وجود اضطرابات القلق مع اضطراب الوسواس القهري مرتفع أيضاً ، وقد أسفرت نتائج دراسة راسموسين وتسونج Rasmussen and Tsuang (1986) عن أن نسبة حدوث المخاوف البسيطة والمخاوف الاجتماعية واضطرابات الهلع لدى مرضى الوسواس القهري خلال فترة ما من حياتهم ، هي : ٣٠٪ ، ٢٠٪ ، ١٥٪ على التوالي .

كما تشير نتائج الدراسات إلى وجود ارتباط بين اضطراب الوسواس القهري واضطرابات الأكل . وقد وجد أن حوالي ١٠٪ من مرضى الوسواس القهري لديهم تاريخ مرضي لفقدان الشهية العصبي (Kasviskis, Tsakiris, mark, Basoglu & Noshirvani, 1986) ، وأكثر من ٣٣٪ من مرضى الشره العصبي لديهم تاريخ مرضي للوسواس القهري (Hudson, Pope, Yurgelun - Todd, Jones & Frankenburg, 1987; Laessle, Killi, Fichter, wittchen & Pirke, 1987).

كما يظهر أن اضطرابات اللوازم مثل زملة أعراض توريت مرتبطة باضطراب الوسواس القهري فقد أقر حوالي ٢٠ - ٣٠٪ من مرضى الوسواس القهري أن لديهم تاريخاً مرضياً حالياً أو سابقاً لاضطرابات اللوازم (Pauls, 1989) . وتشير الإحصائيات إلى أن نسبة وجود أعراض مشتركة لزملة أعراض توريت تتراوح بين ٣٦٪ إلى ٥٢٪ (Leckman & Chittenden, 1990; Paul, 1986) . كما يعتقد أن نسبة ٥٪ إلى ٧٪ من مرضى الوسواس القهري يعانون من زملة أعراض توريت (Rasmussen & Eisen, 1989).

التشخيص الفارق

كثيراً ما يجعل التزامن العالي لاضطراب الوسواس القهري مع اضطرابات أخرى التشخيص الفارق صعباً . ووجود الاكتئاب مع الوسواس القهري قد يتطلب التمييز بين اجترار الافكار الاكتئابى المتعلق بمشكلات أو ظروف الحياة غير السارة والوسواس الحقيقية . فاجترار الافكار شائع لدى مرضى الاكتئاب ، وبعد متوافقاً مع المزاج الاكتئابى . وعلى العكس من مرضى الوسواس القهري الذين يحاولون

أن يتجاهلوا أو يكبحوا وساوسهم ، لا يحاول الأفراد المكتئبون أن يكبحوا تفكيرهم الاكتئابي .

كما أن النسبة العالية لاضطرابات القلق الاخرى وأعراض القلق بين مرضى الوسواس القهري يعقد تشخيص اضطراب الوسواس القهري ؛ فعلى سبيل المثال يتسم اضطراب القلق العام بالقلق الشديد ، وهذا القلق يختلف عن الوسواس فى أن القلق يكون شديداً حول ظروف الحياة الواقعية ، ويخبره الشخص على أنه مرغوب ومناسب . وعلى النقيض ، فإن محتوى الوسواس غالباً ما يكون غير واقعى ، يخبرها الشخص على أنها غير مناسبة . وفى بعض الحالات يعكس محتوى الوسواس أحداثاً ، يمكن أن تحدث فى الواقع ، إلا أنه فى مثل هذه الحالات يبالغ الشخص بدرجة كبيرة فى احتمالات هذا الحدث (على سبيل المثال احتمال الإصابة بالسرطان نتيجة للتعرض العادى للكيميائيات المستخدمة فى المنازل) .

وكثيراً ما يظهر مرضى الوسواس القهري مخاوف التجنب فى المواقف التى تثير الوسواس ؛ فعلى سبيل المثال يتجنب الشخص الذى لديه وساوس بشأن الجراثيم حشرات الاستراحة العامة ، كما يتجنب الشخص الذى لديه وساوس بشأن صدم الآخرين قيادة السيارات . وفى هذا يتشابه مرض الوسواس القهري مع مرض المخاوف البسيطة . وفى الحالات الشديدة يحد الشخص من أنشطة الحياة اليومية ، ويصبح أسيراً للمنزل ، ويعانى من مخاوف الأماكن المفتوحة . ولكن معاناة مرضى الوسواس القهري تختلف عن معاناة مرضى المخاوف البسيطة ، حتى عندما يتطابق الشيء أو الموقف المخيف . أولاً معنى التهديد مختلف ، فعلى سبيل المثال كل من مريض مخافة الكلب ومريض الوسواس القهري يخشى (يخاف من) الكلاب . إلا أن مريض المخاوف يخشى أن يعضه الكلب ، بينما مريض الوسواس القهري يخاف عادة أن ينقل إليه الكلب مرض السعار . ثانياً ، من حيث طبيعة مخاوفهم (وهى التعرض للعض) فمرضى المخاوف البسيطة ينجحون فى تخفيض الشعور بالكرب بالتجنب أو الهرب . وعلى النقيض فإن التهديد الذى يدركه مريض الوسواس القهري ، لا يزول بإبعاد الكلب ؛ لأن الخوف من التلوث لا يزول . ويؤدى فشل التجنب السلبي فى تخفيض الشعور بالكرب لدى مريض الوسواس القهري إلى ممارسة الطقس عند التعرض للموقف المخيف (على سبيل المثال : غسل الأيدي بعد التعامل مع الكلب) ؛ ولذلك فالسلوك الطقسى يظهر لدى مريض الوسواس القهري ، وليس لدى مريض المخاوف البسيطة .

وفى حالة توهم المريض ، يعانى الفرد من اعتقاد لا أساس له أنه مصاب بمرض خطير ، ويكثر من التردد على الأطباء طلباً للتشخيص والعلاج . وانشغال الشخص بصحته بشكل مفرط شائع بين مرضى الوسواس القهرى الذين تظهر لديهم وساوس مرتبطة بالمرض ، والذين يكررون الفحص الجسمى عديداً من المرات ، والذين يكثرون من التردد على الأطباء طلباً للطمأنينة (Rasmussen & Tsuang, 1986) . ويرى راسموسين وايسن (1989) Rasmussen and Eisen أن مرضى توهم المرض - والذين لديهم وساوس جسمية ، ويمارسون طقوس الفحص الجسمى يجدر بهم أن يشخصوا كمرضى بالوسواس القهرى ، ولكنهما أقررا أنه من الصعب الوصول إلى تشخيص فارق . وربما تكون أفضل طريقة للتمييز بين الاضطرابين هى وجود أو عدم وجود الدفعات القهرية . وعلى سبيل المثال ، وجود وساوس بخصوص المرض يصحبها طقوس ، مثل : المبالغة فى غسل اليدين تستدعى التشخيص كوسواس قهرى . أما إذا كانت الأعراض تقتصر على انشغال الفرد الزائد بصحته والمبالغة فى طلب معلومات عن الصحة والعلاج ، فيؤدى إلى تشخيص الحالة على أنها توهم مرضى أنسب .

وتثار مشكلة أخرى فى التشخيص تتعلق باضطراب التشوه الوهمى للجسد والخصائص الأساسية لهذا الاضطراب ، هى الانشغال الشديد بتشوه متخيل فى المظهر ، وهنا أيضاً إذا كان هناك وساوس أو دفعات قهرية موجودة لدى مريض اضطراب التشوه الوهمى للجسد ، تشخص الحالة بأنها اضطراب وسواس قهرى .

كما أن السلوكيات الحركية النمطية المماثلة للدفعات القهرية موجودة فى كل من اضطراب توريت واضطراب اللوازم . وتختلف هذه السلوكيات عن الدفعات القهرية فى أنها لا تهدف إلى تخفيف الشعور بالكرب الذى تسببه الوسواس ، وهى عموماً غير إرادية وغير مقصودة .

وقد يظهر على مرضى الوسواس القهرى وساوس ذات شدة ضلالية ، ويتصف الاضطراب الضلالى بوجود ضلالات ملحة غير مفرطة الغرابة ، وتتضمن المواقف التى تحدث فى الحياة الواقعية مثل الإصابة بمرض . وحيث إن مرضى الوسواس القهرى يخبرون وساوس ودفعات قهرية فمن الافضل تمييز الوسواس ذات الشدة الضلالية عن اضطراب الضلالات بوجود دفعات قهرية مصاحبة .

ومثل بعض الضلالات الفصامية ، فإن محتوى الوسواس في اضطراب الوسواس القهري قد يكون مفرط الغرابة ، مثل فكرة أن يضع الإنسان نفسه في ظرف ويلقى به في صندوق البريد . ومع أن مرضى الوسواس القهري قد يخبرون وسواس ذات شدة ضلالية أو محتوى مفرط الغرابة ، إلا أنهم لا يظهرون أعراض الفصام الأخرى ، مثل : الفقد الملحوظ في روابط التفكير ، والهلاوس ، وتبدل الوجدان وعدم تناسبه الواضح ، وإدخال الأفكار أو الإسقاط . وفي بعض الحالات قد يظهر على الفرد أعراض الوسواس القهري والفصام لتدل على تشخيص مزدوج .

النماذج النظرية

النماذج السلوكية

تبنى مورر (1939) Mowere النظرية ذات المرحلتين (اكتساب واستمرار تدعيم الخوف والسلوك التجنبي) لتفسير المخاوف المرضية (الرهاب) واضطراب الوسواس القهري ، وقد أدخل عليها مورر تعديلات في سنة ١٩٦٠ . وتفترض هذه النظرية أن الحدث المحايد يرتبط أولاً بالخوف ؛ نتيجة لاقتراحه بمثير يثير بطبيعته الشعور بعدم الارتياح أو القلق . ومن خلال العمليات الشرطية ، تكتسب الأشياء والأفكار وكذلك الصور القدرة على إثارة الشعور بعدم الراحة . وفي المرحلة الثانية من هذه العملية ، تتطور استجابات الهروب أو التجنب لتقليل الشعور بالقلق أو عدم الراحة ، الذي تثيره مثيرات شرطية متعددة ، ويدعمها نجاحها في ذلك . وقد تبنى دولارد وميلر (1950) Dollard and Miller نظرية مورر في تفسير الرهاب والوسواس القهري . وكما ذكرنا سابقاً ، فإنه نتيجة للطبيعة غير المقتحمة للوسواس ، لا يمكن تجنب العديد من المواقف التي تثير الوسواس فعلاً . ولا تنجح سلوكيات التجنب السلبي مثل تلك التي يستخدمها مرضى المخاوف في تخفيف الشعور بالكرب الوسواسي ، وتتطور أنماط التجنب الإيجابي في شكل سلوك طقسي وتثبت ، وتستمر نتيجة لنجاحها في تخفيف الشعور بالكرب .

ولا يوجد تأييد كاف لمفهوم «مورر» عن اكتساب الخوف (e.g, Rachmann & Wilson 1980) . وعلى النقيض هناك دليل يدعم الفرض الخاص باستمرار السلوك الطقسي . وقد أشارت نتائج العديد من الدراسات إلى أن

الوساوس تسبب الشعور بالقلق وعدم الراحة وأن الدفعات القهرية تخفضها . كما وجد أيضاً أن الوسواس تزيد من معدلات دقات القلب أكثر من الأفكار المحايدة .

(Boulougouris, Rabavialis & Stefanis, 1977; Rabavilas & Boulougouris, 1974) . وبالمثل فإن التعامل مع أشياء ملوثة ينتج عنه زيادة في معدل ضربات القلب والقلق الذاتي (Hodgson & Rachman, 1972) وكذلك في مستوى توصيل الجلد (Hornsveld, Kraaimaat & Van Dam - Baggen, 1979) . وقد أسفرت نتائج عديد من التجارب على مرضى الوسواس القهرى - سواء الذين يغتسلون باستمرار أو يراجعون باستمرار كل ما يصدر عنهم أو حولهم من أنشطة عن أن القلق يتناقص في أغلب الأحيان عقب أداء الطقس ، بما يعد استشارة مقصودة للمثير لممارسة الطقس (Hodgson & Rachman, 1972; Hornsveld et al 1979; Roper & Rachman, 1976; Roper, Rachman & Hodgson, 1973) .

النماذج المعرفية

قدمت عدة تفسيرات معرفية لأعراض الوسواس القهرى ، فيرى كار Carr (1974) أن مرضى الوسواس القهرى لديهم توقعات عالية غير عادية للنتائج السلبية ، وأنهم يبالغون في تقدير النتائج السلبية لعدد من الأفعال والتصرفات . وهو يذكر أن محتوى الوسواس يتضمن نمطياً مبالغة في الاهتمام والقلق الموجود لدى الأفراد العاديين بالصحة ، والموت ، ورفاهية الآخرين ، والجنس ، والدين وماشبه ذلك . ويرى أن مصادر قلق واهتمام مرضى الوسواس القهرى مماثلة لمصادر قلق واهتمام مرضى اضطراب القلق العام ، ومخاوف الأماكن المفتوحة، والمخاوف الاجتماعية . وفي هذا يتفق تفسير كار لاضطراب الوسواس القهرى مع ذلك الذى قدمه بك (Beck 1976) ، الذى يرى أن محتوى الوسواس يرتبط بالخطر فى شكل شك أو تحذير . ولا يفرق كلا التفسيرين بين الوسواس المرتبطة بالتهديد والأفكار المرتبطة بالتهديد لدى مرضى المخاوف .

وفى محاولة لدراسة الوسواس القهرية من وجهة نظر علم النفس المرضى، يرى ماك فول وويلرشن (Mc Fall and Wollershein, 1979) أن مرضى الوسواس القهرى يتمسكون بأفكار خاطئة ، مثل اعتقادهم أن الشخص يجب أن يملك الكفاءة التامة فى جميع المجالات ؛ لكى يصبح جديراً بالاحترام . ومن

الأفكار الخاطئة الأخرى الاعتقاد أن الفاشل فى تحقيق الكمال لا بد أن يعاقب ، وأن الكوارث يمكن منعها بطقوس سحرية معينة . ويرى المؤلفون أن هذه المعتقدات الخاطئة تؤدي إلى إدراك خاطيء للتهديد ، وهذا بدوره يثير القلق . وميل مرضى الوسواس القهرى ؛ للتقليل من شأن قدراتهم فى التعامل بكفاءة مع مثل هذه التهديدات يزيد من سوء الأداء الوظيفى . وتقل من خلال الطقوس السحرية مشاعر الحيرة وعدم الارتياح والعجز الناتجة ، التى يرى المريض أنها الوسيلة المتوفرة الوحيدة للتعامل مع التهديد .

وقدم سالكوفسكى (1985) Salkovskis التحليل الأكثر شمولاً لاضطراب الوسواس القهرى . ونقطة الانطلاق فى هذا التحليل هى أن الافكار الوسواسية المفتحة تعمل كمنبهات قد تثير أنماطاً معينة من الافكار التلقائية السلبية . وبالتالي فإن فكرة مفتحة قد تؤدي إلى اضطراب مزاجى فى حالة ما إذا استثارت هذه الأفكار التلقائية السلبية فقط من خلال التفاعل بين الاقتحامات غير المقبولة ونسق معتقدات الفرد (مثل ذلك السيئون هم من لديهم أفكار جنسية) . ويعد كل من الشعور بالمسئولية ولوم الذات بمثابة السياقات المركزية فى نسق معتقدات مريض الوسواس القهرى . ويمكن فهم التحييد فى صورة السلوك والمعارف القهرية باعتباره محاولة لخفض الاحساس بالمسئولية ومنع اللوم . يضاف إلى ذلك امكان ادراك الوسواسيين القهريين لافكارهم متكررة الظهور المتعلقة بالاحداث غير المقبولة على أنها تعبر عن الاحداث نفسها . لذلك ، فعلى سبيل المثال ، وحتى إذا لم يرتكب الشخص خطيئة ، فإن فكرة الخطيئة تكون من سوء النسبة له بقدر الخطيئة ذاتها . ويرى سالكوفسكى (1985) Salkovskis أن هناك خمسة اختلالات مفترضة تسم الوسواسيين القهريين وتميز بينهم وبين مرضى اضطراب الوسواس القهرى :

- ١- وجود أفكار لدى الشخص عن فعل يساوى ممارسته لهذا الفعل .
- ٢- يماثل الفشل فى منع أذى (أو الفشل فى مجرد محاولة هذا المنع) عن الشخص أو عن آخرين تماماً التسبب فى هذا الأذى .
- ٣- لا تقلل العوامل الأخرى من المسئولية (مثل ذلك انخفاض احتمالية وقوع الحدث) .
- ٤- عدم التحييد عند ظهور فكرة مفتحة يشابهه أو يكافئ السعى للحدوث

الفعلى للأذى المتضمن فى هذه الفكرة المقتحمة أو الرغبة فى حدوثها .

٥ - على المرء أن يمارس (وهو يستطيع) التحكم عبر أفكاره (p. 579) .

وبالتالى فبينما يكون الوسواس متنافر مع الانا (١) إلا أن الافكار التلقائية التى تنتثرها ستكون متناغمة مع الانا (٢) . ويتضمن هذا النموذج أن علاج اضطراب الوسواس القهرى يجب أن يركز على نطاق واسع على تحديد الافتراضات الخاطئة وتعديل الافكار التلقائية . وتركز التفسيرات السابقة على الخصائص المرضية فى محتوى اضطراب الوسواس القهرى ، ويرى ريد (1985) Reed ، على النقيض من ذلك ، أن الاضطراب يعكس عجزا لا فى المحتوى ، بل فى تنظيم وتكامل الخبرات (بمعنى أنه عجز فى شكل التفكير وليس فى محتواه) . ووفقا لريد فإن الشخص الوسواسى يحاول تعويض هذا العجز من خلال الاسراف فى تنظيم حياته مسقطا لمحددات أو حدود فئوية وعلاقات زمنية . وبينما يرى ريد (1985) Reed أن هذا النمط يستخدم بصورة متسقة بواسطة الوسواسى القهرى ويؤثر فى كل جوانب حياته ، إلا أنه يترك الباب مفتوحا أمام احتمال أن تتفاقم الصعوبات عندما تتضمن المهام محتوى مهددا .

وتصوغ فوا وكوزاك (1985) Foa and Kozak اضطراب القلق بصفة عامة باعتباره عجزا نوعيا فى شبكة (٣) الذاكرة الانفعالية . واقتفاء لانج Lang (1979) يعتبران الخوف بمثابة شبكة معلومات موجودة فى الذاكرة تتضمن تعبيراً أو تمثيلاً لمنبهات واستجابات الخوف ومعانيها وترى فوا وكوزاك Foa and Kozak (1985) فيما يتعلق بمضمون الخوف أن هذه الشبكات لدى الافراد ذوى اضطراب القلق تتسم بوجود تقييمات خاطئة للتهديد ، وتكافؤات سلبية مرتفعة وغير معتادة للاحداث السلبية وعناصر استجابة مفرطة (مثل ذلك استجابية فيزيولوجية) مقاومة للتعديل . وقد تعكس هذه الحالة المتمكنة فشلا فى الاقتراب من شبكة الخوف ، سواء بسبب التجنب النشط أو نتيجة لأن مضمون شبكة المخاوف يعوق المواجهات التلقائية للمواقف التى تنتثر الخوف فى الحياة اليومية . يضاف إلى ذلك ، أن القلق قد يقاوم ، نتيجة لبعض اشكال العجز فى ميكانيزمات

(1) Ego dystonic

(2) Ego syntonic

(3) Network

الانطفاء^(١). وتعد كل من الدفاعات المعرفية^(٢)، والانتثارة المفرطة مع الفشل في الاعتياد والمقدمات الخاطئة، وقواعد الاستنتاج الخاطئة انماط للعجز يمكنها إعاقه المعالجة الضرورية للمعلومات اللازمة لتعديل بنية المخاوف لكي ينخفض سلوك الخوف.

وترى فوا وكوزاك (1985) Foa and Kozak أن هناك أشكال متعددة من المخاوف تحدث في الوسواس القهري. فالمريض الذي يخاف من عدوى الامراض الجرثومية من الحمامات العامة ويغتسل لتجنب هذا الأذى لديه بنية مخاوف تتضمن ربطا مفرطا بين منبهات (مثل ذلك الحمامات) واستجابة القلق/ الكدر، بالإضافة إلى معتقدات خاطئة حول الأذى تتعلق بالمنبه. وترتبط استجابات الخوف، في الوسواس القهري الأخرى بمعاني خاطئة لا بمنبهات معينة. مثال ذلك أن بعض المرضى الذين يثير اضطرابهم إدراك عدم الاتساق والذين يخفضون من كدرهم بإعادة ترتيب الأشياء، لا يخافون من الأشياء في حد ذاتها، ولا هم يستبقون حدوث كارثة باستباق ترتيب عدم الاتساق. أنهم بالاحرى متضايقين من فكرتهم حول أن ترتيبات معينة للمنبهات غير ملائمة.

وترى فوا وكوزاك (1985) Foa and Kozak مثلها مثل ريد Reed (1985) أنه بالإضافة إلى المحتوى المرضى^(٣) للوسواس، يمكن تمييز اضطراب الوسواس القهري من بقية الاضطرابات الأخرى بالخصائص المرضية في الميكانيزمات الخاصة بمعالجة المعلومات. وهم يرون أن مرضى اضطراب الوسواس القهري يشاركون على وجه الخصوص في عجزهم في قواعد تفسير الاستدلالات المتعلقة بالأذى. فأصحاب الوسواس القهري دائما ما يستخلصون أن موقفا ما خطر اعتمادا على غيبة دلائل الامان، ودائما ما يفشلون في القيام بخطوات استقرائية من المعلومات المتعلقة بغيبة الخطر. وبالتالي، فإن الطقوس التي يقومون بها لخفض احتمالات الخطر لا يمكنها على الاطلاق توفير الامان، ويتعين بالتالي تكرارها.

وعند ملاحظة اصحاب وسواس المراجعة، يدهش المرء بما يبدو أنه

-
- (1) Extinction
(2) Cognitive defenses
(3) Pathological

صعوبة لديهم في تذكر ما إذا كانوا قد مارسوا طقوسهم أم لا . وقد قادت هذه الملاحظة الباحثين لافتراض أن وسواسي المراجعة لديهم آفات نوعية في تذكر الاعمال (Sher, Frost, & Otto, 1983' Sher, Frost, Kushner, Crew, & Alexander, 1989) والتفسير البديل لذلك ، هو أن شك المرضى فيما إذا كانوا قد مارسوا طقسهم أم لا قد لا يعكس آفة في الذاكرة ولكنه يعكس بالاحرى، كما ترى فوا وكوزاك (1985) Foa and Kozak عجزا في الطريقة التي يستدلون بها على الخطر . دون اعتبار لما إذا كان هذا العجز يحدث في عمليات التذكر أم في قواعد نقل المعلومات، ومن غير الواضح ما إذا كان ذلك يؤثر عموما في كل عمليات المعلومات أم يؤثر فقط في عمليات المعلومات المتعلقة بالتهديد .

ويقدر تعلق الخصائص المرضية في الوسواس القهري بمضمون شبكة الخوف ، يتعين أن يشبه علاج هذا الاضطراب العلاجات المستخدمة مع بقية اضطرابات القلق ، وعلى الرغم من ذلك ، إذا كان لدى مرضى الوسواس القهري آفات في معالجة المعلومات لا يشاركون فيها بقية أصحاب اضطرابات القلق ، يصبح من المتعين تطوير اساليب علاج نوعية تهدف إلى تصحيح هذه الآفات (مثل ذلك التدريب على التعرف على مؤشرات الأمان) .

النماذج الحيوية .

العوامل العصبية الكيميائية (١) .

الفرض العصبى الكيميائى الغالب لاضطراب الوسواس القهرية يتضمن الناقل العصبى السيروتونين (٢) باعتباره العامل الجوهرى فى التعبير عن أعراض اضطراب الوسواس القهرى . ويلقى هذا الفرض دعما اساسيا من دراسات فاعلية عقار السيروتونين مثل الكلواميبرمين من خلال مقارنته بالعقاقير غير المثيرة للسيروتونين (٣) . وتشير هذه الدراسات إلى أن السيروتونين أكثر قدرة مقارنة بالعقاقير الزائفة على خفض أعراض اضطراب الوسواس القهرى وأن بقية العقاقير

(1) Neurochemical

(2) Serotonin

(3) Nonserotonergic

المضادة للاكتئاب مثل الامبيرامين (١) والنورترايببتلاين (٢) والاميتريبتيلين (٣) غير فعالة (Zohar & Insel, 1987). وقد توصلت دراستان إلى ارتباطات جوهرية بين مستويات البلازما للسيروتونين والتحسن الاكلينيكي لاعراض الوسواس القهري (Insel, Murphy et al., 1983, Stern, Marks, Wright, & Luscombe, 1980).

ولم تكن الدراسات التي فحصت بشكل مباشر تأثير السيروتونين على الوسواس القهري حاسمة . فقد ذكر في دراستين ارتباط مرتفع بين التحسن في أعراض اضطراب الوسواس القهري وانخفاض في عمليات الايض للسيروتونين (٤) (Flament et al., 198' Thoren, Asberg, Bertilsson et al., 1980) وهذه النتائج مع الفرض الخاص بأن التأثير المضاد للسيروتونين على الوسواس يتحدد من خلال نظام استثارة السيروتونين . وعلى الرغم من ذلك فمن غير الواضح ما إذا كان الافراد اصحاب اضطراب الوسواس القهري لديهم شذوذ يتضمن أداء وظيفة استثارة السيروتونين . ولم تكشف دراسات امتصاص صفائح السيروتونين (٥) عن أى فروق بين الوسواسيين ومجموعة ضابطة . (Insel, Muller, Alterman, Linnoila, & Murphy, 1985' Weizman et al., 1985) وقد استخدم في الفحص المباشر لتأثير السيروتونين على اضطراب الوسواس القهري دراسات الانقباض السيروتونيني (٦) لدى مرضى الوسواس القهري ، وقد تبين في دراستين لزوهر وزملاؤه (Zohar & Inser, 1987' Zohar, Mueller, Insel, Zohar-Kaduch, & Murphy, 1987) زيادة في أعراض الوسواس القهري تلت التعاطي الفمى لمركب قابض سيروتونيني (mCCP). بالإضافة إلى ذلك كان المركب السيروتونيني غير ملحوظ بعد العلاج بمنشطات السيروتونين . وعلى الرغم من ذلك فتناول مركب قابض للسيروتونين من خلال الوريد لم يؤد إلى زيادة في أعراض الوسواس القهري . Charney et al., 1988) أما لماذا يؤدي التعاطي الفمى لقابض سيروتونيني ، وليس التعاطي الوريدي ، إلى تفاقم أعراض الوسواس القهري فغير واضح .

- (1) Imiramine
- (2) Nortriptyline
- (3) Amitriptyline
- (4) Metabolite 5-hydroxy indoleacetic acid (5-HIAA)
- (5) Serotonin platelet uptake
- (6) Serotonin agonist metachorophenylpoprazine (mCCP)

العوامل العصبية التشريحية

يرى عدد من الدراسات أن هناك أسس عصبية تشريحية (١) لاضطراب الوسواس القهري وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن الكثير من ذوي اضطراب الوسواس القهري لديهم بعض الآفات في أداء الفص الأمامي (٢) (مثل ذلك : Bahar et al., 1984; Cox, Fedio, & Rapoport, 1989; Head, Bolton, & Hymas, 1989) غير أن دراسات أخرى فشلت في العثور على مثل هذه الآفات (Insel, Donnelly, Lalakea, Alterman, & Murphy, 1983) وهناك تدعيم اضافي لدور الفص الأمامي في اضطراب الوسواس القهري مصدره الكفاءة العلاجية لأساليب الجراحة النفسية (٣) مثل استئصال الاجسام المخططة (٤) والاستئصال الحزامي (٥) (Ballantine, Bouckoms, Thomas, & Giriunas, 1989) وتتوفر دلائل اضافية على الآفات البيولوجية العصبية في اضطراب الوسواس القهري من خلال علاقة هذا الاضطراب بمجموعة متنوعة من الاضطرابات ذات الأسس العصبية المعروفة في العقد القاعدية (٦) ، فقد لوحظ ارتفاع في أعراض الوسواس القهري تال للالتهاب الدماغى (٧) (Schilder, 1938) ورقاص سيدنهام (٨) (Swedo et al., 1989) وزملة ثوريت (٩) (Rapoport & Wise, 1988) واخيرا فهناك اربع دراسات ، استخدمت الرسم المقطعى لانبعاث البوزيترونات (١٠) لتقييم النشاط الايضى فى المخ ، وتبين أن الوسواسيين القهريين يظهرون معدلات أفضية مرتفعة فى اللحاء قبل الجبهى (١١) (للمرجعة انظر : Rapoport 1991; Baxter et al., 1987)

- (1) Neuroanatomical
- (2) Frontal lobe
- (3) Psychosurgical techniques
- (4) Capsulotomy
- (5) Cingulotomy
- (6) Basal ganglia
- (7) Encephalitis lethargica
- (8) Sydenham's chorea
- (9) Tourette's syndrome
- (10) Positron - emission tomography
- (11) Prefrontal cortex

أساليب العلاج

يُعد اضطراب الوسواس القهري ، تقليدياً ، من أعقد الاضطرابات النفسية . وقد ثبت عدم فعالية العلاج النفسي الدينامي والعلاج النفسي الانتحائي (1) في تحسين أعراضه (Black, 1974; Press, 1988) ، وعلى الرغم من ذلك فإن ظهور العلاجات السلوكية الفعالة والعلاج بالسيروتنين حسن كثيراً من مآل هذا الاضطراب .

أساليب العلاج السلوكي

العلاجات السلوكية المبكرة

كثيراً ما كانت أساليب العلاج السلوكية المبكرة ، والتي تهدف تخفيض القلق المرتبط باضطراب الوسواس القهري تستخدم أسلوب إزالة الحساسية بالتدرج . وعلى الرغم من الادعاء في البداية أن هذا الأسلوب أثبت فعاليته في علاج اضطراب الوسواس القهري دلت التقارير على أن أسلوب إزالة الحساسية بالتدرج خفض الأعراض في ٣٠٪ فقط من المرضى (Beech & Vaughn, 1978, Cooper, Gelder & Mark, 1965) . كما استخدمت أيضاً إجراءات العلاج المصممة لتشجيع تعود القلق عن طريق التعرض الطويل للمثيرات المخيفة لعلاج الوسواس القهري (مثل ذلك النوايا المتناقضة ظاهرياً ، والإغراق التخيلى ، والاشباع ، والتحرر من التنفير) ولم يكن لهذه الأساليب فعالية ملحوظة عموماً .

وكانت أساليب العلاج السلوكي التي تهدف وقف الأفكار أو عقاب الاستجابة والأفعال القهرية ، مثل وقف الأفكار والعلاج بالتنفير والحساسية الباطنة وغير الظاهرة ، تستخدم أيضاً لعلاج الوسواس القهري . وقد أشارت نتائج الدراسات إلى عدم فعالية أسلوب وقف الأفكار في عديد من دراسات الحالة ، وفي الدراسة الوحيدة المضبوطة . (Emmel - Kamp & Kwee, 1977; Stern; 1975, Stern, Lipsedge & Marks, 1978) . وقد نجح العلاج بالتنفير باستخدام الصدمات الكهربائية واللسع بشريط مطاط على معصم اليد أو الحساسية الباطنة وغير الظاهرة بدرجة أكبر (Kenny, Mowbray & Lalani, 1978) ، ولكن لم تدرس كفاءة هذه الأساليب على المدى الطويل .

(1) Payxhoreopix

التعرض ومنع الاستجابة

وفي مجال استخدام التعرض الممتد لمؤشرات مثيرة للوساوس مع المنع الحاسم للسلوك الطقسي سجل ماير (1966) Mayer نجاح علاج حالتين من اضطراب الوسواس القهري باستخدام التعرض طويل المدى للمثيرات الوسواسية والمنع الحازم للسلوك الطقسي (منع الاستجابة الطقسية). وقد أشارت التقارير اللاحقة إلى أن هذا البرنامج العلاجي نجح نجاحاً باهراً في علاج عشر من خمس عشرة حالة ، ونجاحاً متوسطاً في بقية الحالات ، وقد انتكس اثنان من المرضى فقط بعد ٥ إلى ٦ سنوات . (Meyer & Levy, 1973; Meyer, Laevy & Schnurer, 1974). وكانت نتائج دراسات متعددة مضبوطة وأخرى غير مضبوطة متسقة ، وقد تحسنت نسبة تتراوح من ٦٥ - ٧٥٪ من المرضى الذين عولجوا بهذه الطريقة واستمروا على هذا التحسن (لمراجعة تفصيلية لهذه الدراسات انظر Foa, Sketee & Ozorow, 1985; Rachman & Hodgson, 1980).

وقد قدم وصف تفصيلي للبرنامج العلاجي كما يجري في عيادتنا في فوا وويلسون (1991) Foa and Wilson وباختصار يتكون البرنامج من تعرض طويل متكرر (من ٤٥ دقيقة إلى ساعتين) للمرضى لمواقف تثير عدم الارتياح ، مع تعليمات مشددة بالامتناع عن ممارسة الطقس طول مدة العلاج ، بصرف النظر عن الدافع لذلك . وعادة ما يكون التعرض متدرجاً فتأتى المثيرات ، التي تسبب شعوراً متوسطاً بالكرب قبل المثيرات الأكثر ازعاجاً ، وتشتمل جلسات العلاج نمطياً على تعرض حي وتخيلي للمثيرات المرتبطة بالتهديد ، ويوجه المرضى إلى ممارسة تدريبات إضافية على التعرض بين جلسات العلاج .

التعرض

فحصت فوا وزملاؤها (Foa, Steketee, Grayson, Turner & Latimer, 1984; Foa, Steketee & Milby, 1980, Steketee, Foa & Grayson, 1982) التأثير النسبي لإجراءات التعرض ومنع الاستجابة ، وعولج مرضى الوسواس القهري بالتعرض فقط ، أو منع الاستجابة فقط ، أو بالجمع بين الأسلوبين . وقد وجد بعد العلاج - وفي المتابعة - أن الجمع بين الأسلوبين أعطى مكاسب أفضل في العلاج من تلك التي تحققت باستخدام كل أسلوب على حدة . وقد بينت الدراسة الدقيقة للنتائج أن عنصرى العلاج أعطيا نتائج فارقة ، فبينما أثر

التعرض على الأفكار الوسواسية المثيرة للكدر ، كان التأثير الأكبر لمنع الاستجابة منصّباً على الطقوس .

وقارنت فوا وستيكييتي وتيرنر وفيشر Foa, Stekette, Turner, and Fisher (1980) تأثير الجمع بين التعرض الحى والتعرض التخيلى مقابل التعرض الحى فقط وشمل كل من الأسلوبين تعليمات منع الاستجابة . وعلى الرغم من عدم ظهور فروق بين العلاجين ، فقد ظهر أن العلاج الذى يجمع بين التعرض الحى والتخيلى كان متفوقاً فى الحفاظ على المكاسب إلا أن فحص نتائج علاج المرضى دلت على أن بعض المرضى الذين عولجوا بالتعرض الواقعى فقط انتكسوا دون الآخرين . ومن المحتمل أن المرضى الذين لديهم القدرة على الوصول إلى جميع عناصر شبكة الخوف لديهم (بما فى ذلك النتائج المخيفة) أثناء التعرض الواقعى ، لا يحتاجون إلى إضافة تعرض تخيلى ، ولكن الأفراد الذين يميلون إلى أن يتجنبوا معرفياً مواجهة الكوارث المثيرة لمخاوفهم ، يحتاجون إلى تعرض تخيلى ، بالإضافة إلى التعرض الواقعى .

وفى معظم الحالات ، لا يختلف الأمر شيئاً بين تقديم الموضوع المثير للقلق تدريجياً بأن نبدأ بأقل المنبهات إثارة للكدر فى الموقف ، مع التقدم إلى أشدها إثارة للكدر أو تقديم الموضوع المثير للكدر فى أعلى درجاته ، منذ بداية العلاج (Hodgson, Rachman & Marks, 1972) وعلى الرغم من ذلك نوحى الملاحظات الإكلينيكية أن المرضى يكونون أكثر تقبلاً لبرنامج العلاج ، الذى يواجهون فيه المواقف المخيفة بالتدريج . ولذلك نستخدم تدرجاً هرمياً من خمس أو ست خطوات فى برنامج العلاج الذى نتبعه . ويحقق هذا على ما يبدو توازناً مقبولاً بين رغبة المريض فى التعرض المتدرج ، والحاجة للتعرض المتكرر (حوالى ١٠ جلسات) لأكثر المواقف استثارة للقلق .

الخلاصة أن قيام المعالج بتقديم نموذج لتمرين التعرض لا يزيد من كفاءة التعرض (Rachman, Marks & Hodgson, 1973) ، إلا أن بعض المرضى تزداد رغبتهم فى أداء تدريبات التعرض إذا قدم المعالج نموذجاً له .

وقد قارنت دراستان بين التعرض بمساعدة المعالج (التعرض بالمشاركة) والتعرض الذاتى (Emmelkamp & Van Kraanen, 1977; Marks et al., 1988) . وقد قارن اميلكامب وقان كرانيين بين مجموعتين من مرضى الوسواس القهري ، تلقوا عشر جلسات من التعرض الحى (الواقعى) ، قام بها المعالج مع مجموعة ، وقام افراد الاخرى بأداء التعرض بأنفسهم . وفى كلتا المجموعتين وضع

المعالج تدرجاً لعناصر التعرض ، ولكن المرضى هم الذين حددوا سرعة تعاملهم مع هذا التدرج ، ولم تظهر فروق بين المجموعتين بعد العلاج مباشرة . وقد قارن ماركس وآخرون (Marks et al. (1988 بين المرضى الذين عولجوا بالكلوامبرامين ، والتعرض الذاتى وبين الذين عولجوا بالكلوامبرامين (١) فقط والتعرض بتوجيه المعالج ؛ فأعطى التعرض بتوجيه المعالج نتائج أفضل ، ولكن هذا الفرق اختفى فى المتابعة فى أول سنة .

وقد وجد أن فترات التعرض الطويلة أكثر فعالية من التعرض القصير المتقطع (Rabavilas, Boulougouris & Sterfanis, 1976) ، ولم تجر أبحاث لاختبار مدة التعرض - إلا أن الملاحظات الإكلينيكية توحى بأن الشعور بعدم الارتياح لدى مرضى الوسواس القهرى ، يبدأ فى التبدد بعد حوالى ٣٠ دقيقة ، ويستمر لمدة ٩٠ دقيقة (Foa & Chambless, 1978; Rachman, Desilva & Roper, 1976) . ومن المهم ألا تنتهى جلسة التعرض طالما مستوى الشعور بالكرب لدى المريض لا يزال مرتفعاً ؛ ولذلك يجب أن تستمر جلسة التعرض لمدة ٤٥ دقيقة على الأقل .

ومن الواضح أن أساليب التعرض لها فعاليتها فى تحسين أعراض الوسواس القهرى . وعندما قورنت تباينات من برامج التعرض مع بعضها ، لم تظهر أى فروق باستثناء مدة التعرض ؛ فالتعرض الطويل يعطى نتائج أفضل من التعرض لمدة قصيرة . ولم تجر دراسة تجريبية بعد على عدد مرات تكرار جلسات التعرض لمرضى الوسواس القهرى ، وتشير تقارير الملاحظة الإكلينيكية إلى أنه يفضل تكرار الجلسات يومياً ، إلا أنه يكفى جستان أو ثلاث أسبوعياً للحالات الخفيفة ؛ خاصة المصحوبة بطقوس قليلة .

منع الاستجابة

مع أن تدريبات التعرض المتعمدة تخفض التجنب السلبي للمثير الوسواسي ، فإن التعرض لا يمحو تلقائياً الطقوس القهرية . ولتقليل الدوافع لممارسة الطقوس ، ينبه على المرضى أن يمتنعوا عن ممارسة أى سلوك طقسى أثناء فترة العلاج . ولهذا الغرض يحتاج المعالج لتعليم المرضى أن يحتفظوا بسجل دقيق لطقوسهم الأساسية ، وأن يطلبوا مساعدة شخص مدعم . ودور الشخص المدعم هو أن يقدم التشجيع للمريض ، وأن يذكره بأهداف وارشادات منع الاستجابة . كما يجب على

(1) Clomipramine

الشخص المدعم أن يكون متاحاً لتقديم العون للمريض ، ليقاوم الدافع لممارسة الطقس . ولكن من المهم ألا يهاجم الشخص المدعم المريض لفظياً ولا بدنياً لمنعه من ممارسة الطقس .

وقد تفاوتت درجة الحزم فى إرشادات منع الاستجابة من دراسة لأخرى ، وتتراوح بين السماح بالاعتسال العادى دون إشراف والامتناع عن الاعتسال لعدة أيام تحت الرقابة المشددة . ولم يتضح أن مستوى الإشراف له تأثير مهم أو جوهري على نتائج العلاج ولكن البيانات عن درجة التشدد فى تعليمات منع الاستجابة أقل وضوحاً . وتشير الملاحظات الإكلينيكية إلى أن المرضى يستطيعون الإذعان للتعليمات الصارمة نسبياً ، ربما لأنه ليس مطلوباً منهم أن يحددوا ما اذا كان اغتسالاً معيناً يعد سويًا أم طقسياً (وستقدم تعليمات منع الاستجابة فيما بعد فى القسم الخاص بفترة العلاج) .

والطقوس العقلية أصعب فى علاجها من الطقوس الظاهرة ؛ ربما لأن هناك وقتاً قصيراً نسبياً أو فاصلاً بين الدافع لممارسة الطقس العقلى وأدائه فعلاً ، ولذلك فلدى المريض تحكم محدود فى حدوثها . وعدد وضع تعليمات منع الاستجابة للطقوس العقلية ، يجب أن يميز المعالج الجوانب المعرفية التى تكون الطقس ، وأن يهدف إلى تخفيف الشعور بالكرب المرتبط بالوسواس ، وهذا التمييز مهم لأن علاج الأفكار الوسواسية يستدعى التعرض الطويل ، بينما يتطلب علاج الطقوس العقلية منع الاستجابة .

وأحد أشكال السلوك الطقسى ، والتى كثيراً ما نغفلها هو تكرار طلب التطمين (إعادة التأكيد) . ومع أن طلب المعلومات أو بعث الطمأنينة لا يعد دائماً دفعات قهرية ، فإنها عندما تتكرر وتصبح نمطية ، تقوم بوظيفة الطقوس القهرية الأخرى نفسها ، ويجب أن تعالج بمنع الاستجابة . وكثيراً ما يعتمد المرضى على أشخاص معينين ، مثل : الزوج أو الوالدين أو أقرب الأصدقاء لبعث الطمأنينة . ومنع الاستجابة بالنسبة لطلب بعث الطمأنينة ، تتكون من شقين : توجيه المريض إلى الامتناع عن طلب بعث الطمأنينة ، وكذلك توجيه أولئك الذين كانوا يقومون ببعث الطمأنينة فى الماضى أن يمتنعوا عن ذلك . ومن المحتمل أن يؤدى رفض تقديم بعث الطمأنينة (إعادة التأكيد) إلى الإحباط وتزايد القلق . ولذلك يجب على المعالج فى بداية العلاج أن يساعد المريض والشخص المدعم (المساند) أن يتبادلا استجابات لا تقدم بعث الطمأنينة (إعادة التأكيد) ، ولكن لا تثير صراعات كامنة

فى الوقت نفسه . فعلى سبيل المثال السيدة التى شغلت بتلوث الطعام ، وتولد لديها طقس سؤال زوجها للتأكد من عدم فساد المنتجات . فقد تم الاتفاق بينهما قبل العلاج على أنه إذا لم تستطع السيدة أن تمنع نفسها من السؤال لبعث الطمأنينة يكون رد زوجها «أشعر أنك عدت إلى السؤال لبعث الطمأنينة مرة أخرى ، ولأننى أحبك وأريد أن أساعدك على الشفاء لن أجيب عن هذا السؤال» .

العلاج المعرفى

يستخدم حالياً العلاج المعرفى لحالات الوسواس القهرى . وقد سجل سالكوڤيسكس ، و ورويك (1985) Salkovskis, Warwick دراسة حالة ، استخدم فيها الجمع بين أسلوبى العلاج المعرفى والتعرض ومنع الاستجابة لعلاج مريضة بالوسواس القهرى ، تشكو من الأفكار الوسواسية . وكانت هذه المريضة قد استجابت للعلاج السلوكى ، ولكنها انتكست بعد نوبة اكتئاب شديد . وقشلت جلسات التعرض ومنع الاستجابة فى استعادة المكاسب الأولى . وبعد ١٠ جلسات من العلاج المعرفى مصحوبة بالتعرض ومنع الاستجابة ، تحسنت المريضة بدرجة ملحوظة . وقد وجد كيرنى وسلفرمان (1990) Kearney, Silverman أيضاً أن الجمع بين العلاج المعرفى والتعرض ومنع الاستجابة ، كان فعالاً فى حالة ولد مراهق مريض بالوسواس القهرى .

سجل اميلكامب وزملاؤه EmmelKamp & Beens, 1991; Emmel. (1988) Kamp, Visser & Hoekstra دراستين صغيرتين قارنوا فيهما العلاج المعرفى على أساس تكنيك أليس ١٩٦٢ (أ-ب-ج) ، مقابل التعرض ذاتى التوجيه ومنع الاستجابة . وكان العلاج يتكون من ست جلسات ، عقدت على مدى أربع أسابيع ، ولم تظهر أية فروق بين نوعى العلاج بعد العلاج مباشرة . وقد وجد اميلكامب وبينز (1991) EmmelKamp, Beens أن التعرض ومنع الاستجابة فقط له فاعلية الجمع بين العلاج المعرفى والتعرض ومنع الاستجابة . ويبدو إذاً أن الأسلوب المعرفى قد يكون فعالاً فى تخفيض شدة أعراض اضطراب الوسواس القهرى ؛ خاصة عندما يستخدم مصاحباً للتعرض ومنع الاستجابة ، إلا أنه يلزم إجراء دراسات أخرى ، قبل التوصل إلى نتائج واضحة عن كفاءة الأساليب المعرفية .

العلاج بمثيرات السيروتينين :

جذب الانتباه في الوقت الحالي علاج الوسواس القهري بوساطة مثيرات السيروتينين ؛ حيث تمت دراسة عقار الامبيرامين بالتفصيل ، وهو أحد العقاقير من مجموعة مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات . وفي دراسة مقارنة بين هذا العقار وعقار زائف ، اتضح أنه يؤثر تأثيراً إيجابياً ومتفوقاً (Deveaugh-Geiss, Landou & Katz, 1989, Marks, Stern, Asberg, Chronholm, 1986; Zohar & Insel, 1986) ، وكذلك عند مقارنته بعقار الفلوفوكسمين ، وهو عقار مثبط لامتصاص السيروتينين (Goodman et al., 1989a, 1989b; Price, Goodman, Charney & Heninger, 1987; Perse, Griest, Jefferson, Rosenfeld, & Dar, 1987). كما أظهر مثبط آخر للسيروتونين هو الفلوكسيتين أنه فعال في خفض أعراض الوسواس القهري (Fontaine & chouin ard, 1985; Jenike, Buttolph, Baer, Ricciardi & Holland, 1989) .

وتوحى هذه الدراسات أن حوالي ٦٠٪ من المرضى يظهرون بعض الاستجابات للعلاج باستخدام مثبطات السيروتونين ، على الرغم من أن المكاسب العلاجية متوسطة على أفضل الأحوال (Griest, 1990; Mccarhy & Foa, 1990) ، بالإضافة إلى ما سبق ؛ فتحسن الأعراض يرتبط باستمرار استخدام العقار (Thoron, Asberb, Chronholm., et al 1980) ، وفي دراسة مقارنة معممة - اتضح إن وقف العلاج بعقار الامبيرامين أدى إلى عودة الأعراض لدى المرضى خلال اسابيع قليلة ، وبنسبة ٩٠٪ (Pato, Zaohar- Kadouch, Zohar, & Murphy, 1988) .

الجمع بين العلاج السلوكي والعلاج بالعقاقير :

تناولت دراسات قليلة تأثيرات الجمع بين العلاج بالسيروتينين مع التعرض مع منع الاستجابة - وقد درس ماركس وآخرون (١٩٨٠) تأثير الجمع بين الامبيرامين والعلاج السلوكي على أربعين مريضاً بالوسواس القهري - وقد وجد تأثير كبير للعلاج السلوكي وتأثير إضافي بسيط للعلاج بالعقاقير بعد العلاج مباشرة ، ولأن فترة العلاج بالعقار فقط كانت قصيرة (٤ أسابيع) ، لم يتيسر تقييم كفاءة العلاج بالعقار فقط . وأجريت دراسة تالية على (٤٩) مصاباً بالوسواس

القهرى لدراسة نسبة إسهام الامبيرامين والعلاج بالتعرض (Marks et al 1988). وقد كان للعلاج بالعقاقير تأثير إضافي قليل ومؤقت (٨ أسابيع) ، عند الجمع بينه وبين العلاج السلوكي . وقد استنتج المؤلفون أن التعرض الذاتي المنظم أكثر كفاءة نسبياً من الامبيرامين . ولا يسمح مجال الدراسة بالتوصل إلى نتائج عن تأثير العلاج السلوكي على الانتكاس ، بعد التوقف عن استخدام العقار . ولم تكشف المتابعة لمدة ٦ سنوات لـ (٣٤) مريضاً ، شملتهم الدراسة عن تأثير للعقار - ولكن وجد أن النتائج الأقوى وبعيدة المدى ، ارتبطت بالأمثال الأفضل لتعليمات التعرض (O' Sullivan, Noshirvani, Marks, Monterio, & Lelliott. 1991)

وقد قارنت إحدى الدراسات بين تأثيرات الفلوكسامين وتأثيرات التعرض ومنع الاستجابة (Cottaux et al, 1990) . وتوحى النتائج أن أسلوبى العلاج متمثلان فى تخفيف أعراض الوسواس القهرى فى نهاية العلاج لمدة ٢٤ أسبوعاً ، وفى المتابعة لمدة ٦ شهور . وفى الفترة التالية للعلاج مباشرة كان تقدم المرضى الذين عولجوا بأسلوبى العلاج أفضل قليلاً من الذين عولجوا بالعلاج السلوكي مع عقار زائف ، ولكن هذا التأثير لوحظ فقط على مقاييس الاكتئاب ، كما أنه وقتى كما دلت دراسة ماركس وزملاؤه (Marks et al. (1988) .

وقد أجرينا دراسة غير مضبوطة على ٦٢ مريضاً بالوسواس القهرى لدراسة التأثيرات البعيدة المدى للتعرض المكثف ، ومنع الاستجابة والعلاج السيروتونيني (باستخدام الفلوكسامين أو الامبيرامين) (Hembree, Cohen, Riggs, Kozok, (1992) Foa, والعلاج السلوكي الشامل بالتعرض ومنع الاستجابة أو مع استخدام العقاقير . وتمت متابعة جميع المرضى (لمدة ١/٢ سنة فى المتوسط بعد العلاج) بالمقابلات التليفونية ، وسجل المرضى الذين لم يتلقوا علاجاً بالعقاقير فى فترة المتابعة للتقويم (وعدددهم ٣٧) ، والذين تلقوا علاجاً سلوكياً فقط أو علاجاً سلوكياً ، مع علاج عقاقيرى ، أعراضاً أخف شدة عن أولئك الذين عولجوا بالعقاقير فقط . وكان المرضى الذين تلقوا علاجاً عقاقيرياً فى فترة المتابعة (وعدددهم ٢٥) يتقدمون بقدر جيد ، بصرف النظر عن ما إذا كانوا قد تلقوا علاجاً سلوكياً وعلاجاً بالعقاقير أو علاجاً بالعقاقير فقط . وبذلك ، يظهر أن المرضى الذين تلقوا علاجاً سلوكياً يحتفظون بمكاسب العلاج ، أكثر من المرضى الذين تلقوا علاجاً بالسيروتونين ، ثم سحب هذا العلاج ؛ فالعلاج بالعقاقير يعطى فوائد طويلة المدى تساوى العلاج السلوكي ، ولكن يستلزم استمرار استخدام المريض للعقار .

التقويم :

بعد المقابلة التشخيصية للتأكد من وجود أعراض الوسواس القهري ، يفضل تحديد مقدار شدة الأعراض باستخدام وسيلة أو أكثر من الوسائل الموصوفة فيما يلي . وتحديد مقدار شدة الأعراض سيساعد المعالج في تقويم مقدار نجاح العلاج بالنسبة لمريض معين ، وفي عيادتنا تستخدم عدة وسائل للتقويم .

تقديرات الشخص القائم بالتقويم :

يقدر القائمون بالتقويم المريض على مقياس مكون من ٨ نقاط على نمط مقاييس «ليكرت» ، وهي تقيس ثلاثة مجالات : القلق ، الشعور بالكرب ، التجنب والطقوس . وعلى أساس المعلومات المتجمعة في المقابلة المبدئية ، يحدد القائم بالتقويم ثلاث مشكلات أولية في كل من المجالات الثلاثة ، ويقيس درجة شدتها . وعند تقييم القلق والشعور بالكرب لدى المريض ، يجب على المعالج أن يضع في الاعتبار مقدار الشعور بالكرب الذي يحس به المريض ، عندما يواجه بالموقف أو الموضوع وعدد مرات تعرضه لهذا الشعور ومدى اقتناعه أن النتائج المخيفة ستحدث . فعلى سبيل المثال ، إذا كان المريض منشغلاً بالتلوث يجب على المعالج أن يحدد المنبهات الثلاثة الأساسية للتلوث (الأشياء أو المواقف) ، وأن يقيس كلاً منها على حدة ، ثانياً : على المعالج أن يقيس درجة تجنب المريض للمواقف المرتبطة بالمثير ، الذي تحدد كمثير أساسي للشعور بالكرب . فعلى سبيل المثال ، إذا كان المسبب الأساسي للتلوث هو البراز ، يمكن أن تؤخذ حجرات الاستراحة العامة عنصراً لقياس التجنب ، ثالثاً : يجب على المعالج أن يقيس شدة الطقوس الثلاثة القهرية الأساسية . وتقاس شدة الطقس على أساس مرات تكرار السلوك الطقسي ومدته ، فعلى سبيل المثال ، درجة شدة الطقس الذي يحدث ٧٥ مرة في اليوم ، ويستمر ٣٠ ثانية فقط في كل مرة ، تقاس على أساس التكرار المرتفع ، بينما شدة الطقس الذي يحدث مرتين فقط في اليوم ويستغرق ٩٠ دقيقة في كل مرة ، تقاس بالزمن الذي يستغرقه أداء الطقس .

ومع أن الباحثين استخدموا هذه المقاييس ومثيلاتها في دراسة نتائج العلاج لمرضى الوسواس القهري (EmmelKamp & Beens., 1991; Foa et al., 1983b; Foa, Grayson, & Steketee, 1982; Mark et al., 1988; O, Sullivan et al., 1991) ، فإن المعلومات عن خواصها السيكومترية نادرة .

ويظهر صدق هذه المقاييس وثباتها ، عندما يقوم باحثان منفصلان باستخدامها كل على حدة (Foa et al., 1983b) ، ولكن هناك انفاقاً أقل بين تقديرات المعالجين وتقديرات المرضى (Foa, Steketee, Kozak & Dugger, 1985) ، ويتأيد صدق مقاييس التقدير هذه من حساسيتها الواضحة للتغير نتيجة للعلاج .

ومقياس بيل/بروان للوسواس القهري (١) - هو مقياس مقنن ، وضع حديثاً ، يقوم القائم بالمقابلة باستكماله مثل باقى المقاييس السابقة (Y-BOCS; Goodman et al., 1989 a, 1989 b) . ويشتمل مقياس يل - براون للوسواس القهري على ١٠ بنود (خمسة منها تقيس الوسواس وخمسة تقيس الدفعات القهرية) وكل منها مقسم إلى ٥ درجات تبدأ من الصفر (لا يوجد أعراض) إلى ٤ (أعراض شديدة) . ويقيس القائمون بالتقويم الوقت الذى تستغرقه الوسواس والدفعات القهرية ، ودرجة تأثيرها على أداء الوظائف ، ومستوى الشعور بالكرب ، ومحاولات مقاومة الأعراض ودرجة التحكم فيها . وقد أظهر مقياس يل - براون للوسواس القهري اتساقاً داخلياً وصدقاً (Goodman et al., 1989 a, 1989 b) .

وقد طورت قائمة النشاط القهري (٢) ، وهى أساساً قائمة مقابلة للوسواس القهري (Philpott, 1975) كمقياس يقدر المقيم من خلاله أعراض اضطراب الوسواس القهري وتدخلها فى أداء الوظائف اليومية . وتشتمل قائمة النشاط القهري أساساً على ٦٢ بنداً ، وهناك صورة مختصرة تحتوى على ٣٧ بنداً (Marks, Hallaman, Connelly, & Philpott, 1977) ، وقد وضع فرويند واستيكنى ، وفوا (Freund, Stekett, & Foa, 1985) مقياساً ذاتياً مأخوذاً عن مقياس الوسواس القهري ، يشتمل على ٣٨ بنداً . وقد وجد أن هذا المقياس صادق وثابت وحساس للتغيرات الناتجة عن العلاج . (للمراجعة انظر Freund, 1986)

وهناك أيضاً أدوات قليلة للتقرير الذاتى لقياس أعراض اضطراب الوسواس القهري ، مثل : قائمة لايتون، الوسواسية (٣) (Kazarian, Evans & Lefave, 1977) ، واستخبار لينفيلد، للوسواس القهري (٤) (Allen & Tune, 1975) ، ومقياس مودسلى، للوسواس القهري (٥) (Hodgsan & Rachman, 1977) .

(1) Yale - Brown Obsessive Compulsive Scale (Y - Bocs)

(2) Obsessive Compulsive Interview Checklist

(3) Leyton Obsessional Inventory

(4) Lyn Field Obsessional - Compulsive Questionnaire

(5) Maudsley Obsessive Compulsive Inventory

وهذه المقاييس محدودة من حيث إنها تقيس أشكالاً معينة من سلوك الوسواس القهرى ، كما أنها تحتوى على بنود لا ترتبط بأعراض اضطراب الوسواس القهرى .

المقابلة المبدئية

بعد تشخيص اضطراب الوسواس القهرى وقبل بدء العلاج الفعلى ، يجب على المعالج أن يضع برنامجاً زمنياً يتكون من ٤ إلى ٦ ساعات مقابلات مع المريض . وفى هذه الجلسات يحتاج المعالج أن ينجز مهمتين هامتين . أولاً : أن تستخدم الجلسات لجمع المعلومات اللازمة لوضع خطة العلاج . وبالتحديد ، عليه أن يحدد المثيرات التى تسبب شعور المريض بالكرب (مثيرات التهديد) والتجنب والطقوس والنتائج المخيفة . ثانياً : يجب على المعالج أن يكون علاقة طيبة مع المريض ؛ حيث سيقوم المريض خلال فترة العلاج السلوكى الشامل بتدريبات على التعرض وضعت لاستثارة القلق والشعور بالكرب ، وعدم توفر العلاقة الطيبة بين المعالج والمريض قد يقلل من كفاءة برنامج العلاج .

ومثيرات التهديد قد تكون :

١ - أشياء ملموسة فى البيئة .

٢ - أفكاراً أو صوراً أو اندفاعات يخبرها الشخص .

(ولنقص المصطلحات الأفضل فقد اطلقنا عليهما المؤشرات الخارجية والمؤشرات الداخلية على الترتيب)

والتجنب السلبي والسلوك الطقسى (ويسمى أحياناً التجنب الإيجابى) ويعمل كل منهما على تقليل الشعور بالكرب المرتبط بمثيرات التهديد . ويمكن تقسيم الطقوس أيضاً إلى ظاهرة وخفية (عقلية) .

مشيرات الخوف الخارجية

يعانى معظم مرضى الوسواس القهرى من الخوف كرد فعل لمثيرات بيئية محددة (أشياء ، أشخاص ، مواقف) ولكن لكل مريض مثيرات تهديد خاصة به . فعلى سبيل المثال : الأفراد الذين يخافون التلوث من المراحيض قد يختلفون فى : هل يخافون من كل المراحيض ، أم فقط المراحيض فى دورات المياه العامة . وقد يخاف مريض من المراحيض نفسه فقط ، بينما يخاف آخر من أرضية الحمام أو

مقبض الباب أو البراز . وبالمثل قد يشعر شخصان بالكدر نتيجة توقع نشوب حريق في المنزل ، ولكن أحدهما يعاني من هذا الشعور فقط ، عندما يكون هو آخر شخص يغادر المنزل ، بينما يعاني الآخر من هذا الشعور قبل أن يأوى إلى فراشه بالليل ، وعندما يكون أطفاله موجودين معه .

ويحتاج المعالج أن يجمع معلومات محددة عن المواقف ، التي تثير الشعور بالكدر لدى المريض ؛ لكي يحدد المصدر الأساسي للخوف . وتحديد المصدر الأساسي له أهمية لوضع برنامج العلاج . فمواجهة مصدر الخوف يعد شيئاً أساسياً لنجاح العلاج السلوكي لمرض الوسواس القهري ، وغالباً ، عندما لا تحدث مواجهة لمصادر الخوف أثناء العلاج ، تحدث الانتكاسة . فعلى سبيل المثال ، المريضة التي كانت تخشى التلوث من مدينتها ، عولجت بالتعرض ومنع الاستجابة في مكان يبعد ٣٠٠٠ ميل عن المدينة . وبسبب هذه المسافة ، أصبح التعرض للمدينة مستحيلاً ، ولذلك كان العلاج يتكون من التعرض لأشياء تلوئت بطريقة مباشرة أو غير مباشرة من المدينة . ومع أن المريضة تعودت الأشياء المستخدمة في جلسات التعرض ، إلا أنها ظلت تخاف من مدينتها . وخلال سنة بعد العلاج تكونت لديها مخاوف من أشياء جديدة مرتبطة بمدينتها ، ولم يتحقق لها الشفاء الدائم إلا بعد أن قامت بتعرض متكرر لمدينتها نفسها .

ومن المهم أن يقوم المعالج ببحث دقيق عن الأشياء والمواقف والأماكن ، التي تثير الكدر الوسواسي لدى المريض عند تعرضه لها ؛ فهذه المعلومات ستساعد في تحديد مصدر هذا الشعور . ولتسهيل التواصل مع المريض بشأن المواقف التي تثير الشعور بالكدر، يستخدم مقياس الكدر الذاتي (١) (وحدات ذاتية للضيق تتدرج من صفر إلى ١٠٠) ، ويطلب من المرضى أن يحددوا درجة لكل موقف من حيث مستوى الكرب الذي يتوقعون الشعور به عند التعرض لهذا الموقف . والمتوقع أن ينال مصدر الكرب درجة ١٠٠ ، والمحادثة التالية تدور بين المعالج والمريضة ، وتوضح عملية جمع المعلومات عن المواقف التي تسبب الكرب:

المعالج : متى تشعرين بالدافع لغسل يديكي ؟

المريضة : في أماكن كثيرة ، هناك أماكن كثيرة .

المعالج : هل هناك أماكن معينة يكون فيها الدافع شديداً بشكل ملحوظ ؟

المريضة : حسناً ، عندما أكون جالسة في حجرة المعيشة بمنزلي ، خاصة قرب المدفأة . وأيضاً في حجرة غسل الملابس ، والتي لا أذهب إليها أبداً .
وأيضاً ، عندما أتمشى في المنتزه العام .

المعالج : فلنتحدث عن حجرة المعيشة . ما مقدار ضيقك عندما تجلسين ملاصقة للمدفأة ؟

المريضة : هذا سيء . أعتقد ٩٠ .

المعالج : هل تستطيعين أن توضحى لى سبب انزعاجك لهذه الدرجة ، وأنت في حجرة المعيشة بمنزلك ؟

المريضة : حسناً إنها قصة طويلة ... وأنا أعرف أنها غير معقولة .

المعالج : استمرى .. فمن المهم أن نفهم ما الذى يجعلك غير مرتاحة وخائفة في حجرة معيشتك .

المريضة : منذ حوالي سنتين ، عندما استيقظت في الصباح ودخلت حجرة المعيشة ، وجدت سنجاباً ميتاً في المدفأة . واعتقد أنه دخل من المدخنة . وقد جاءتني الفكرة أنه طالما أن السنجاب مات ، فلا بد أنه كان مريضاً . وأنا أعرف أن كثيراً من السناجب مصابة بالسعار ، ولذلك فكرت أنه إذا كان السنجاب قد مات بمرض السعار ، فإن جراثيم المرض ستكون قد انتشرت في المدخنة .

المعالج : هل حاولت تنظيف (تطهير) المدخنة والمدفأة ؟

المريضة : نعم ، طلبنا شركة متخصصة قامت بتنظيف المنطقة كلها ، ولكنى لست متأكدة أنهم يستطيعون تطهير المكان من جميع الجراثيم .

المعالج : فهمت ، وماذا بشأن حجرة غسل الملابس ، ما مقدار انزعاجك من التواجد في حجرة غسل الملابس ؟

المريضة : هذه أيضاً أعطيها ١٠٠ درجة ، وهذا هو سبب عدم ذهابي إلى هناك .

المعالج : كيف أصبحت حجره غسل الملابس خطراً عليك ؟

المريضة: هذه قصة أخرى . حتى عام مضى ، كان أطفالى يحتفظون بالفئران البيضاء ، التى يربونها فى حجرة غسل الملابس . وذات يوم وجدنا الأم ميتة ، ولذلك اعتقدت أنها ماتت بمرض السعار أيضاً .

المعالج : فهمت ، إذا أنت تخافين عموماً من الإصابة بمرض السعار ، إذا تعاملت مع أشياء تعتقدن أنها ملوثة بجراثيم السعار . هل هذا صحيح ؟

المريضة : بالضبط . وهذا هو السبب أننى لا أحب التمشى فى الغابة أو المنتزه العام ؛ فهذه الأماكن بها جميع أنواع الحيوانات ، ولا تستطيع أن تعرف أين توجد الجراثيم .

يتضح من المحادثة السابقة أنها ليست حجرة المعيشة ولا حجرة غسل الملابس ولا المنتزه العام فى حد ذاتها هى التى تخافها المريضة . بل بالأحرى ، أى موقف أو شئ تعتقد فى عقلها أنه ملوث بجراثيم السعار يصبح مصدراً للتلوث .

مثيرات الخوف الداخلية

قد يتولد القلق والكرب أيضاً عن تخيلات أو اندفاعات أو أفكار مجردة ، يجدها الفرد مزعجة أو مخجلة أو تثير الاشمزاز . والأمثلة لهذه المثيرات تشمل الاندفاعات أن يقتل الشخص ابنه ، أو فكرة أن يصاب الزوج فى حادثة ، أو تخيلات لشخصيات ذات مناصب دينية تتورط فى أفعال جنسية . ومن الواضح أن مثيرات التهديد الداخلى قد تنتج عن مواقف خارجية مثل رؤية السكين قد يثير الدافع أن يطعن الشخص ابنه - وبعض المرضى قد يصيبهم الضيق عندما يخبرون مشاعر جسمانية معينة ، مثل إثارة بعض الآلام العادية الخوف من الإصابة بالسرطان .

وفى حالات كثيرة ، قد يحجم المرضى عن التعبير عن الأفكار الوسواسية ، إما لأنهم يخجلون منها أو لأنهم يخشون التعبير عنها ؛ حتى لا يزيد هذا من احتمال وقوع نتائجها .

وفى مثل هذه الحالات ، على المعالج أن يشجع المريض على التعبير عن هذه الأفكار عن طريق الأسئلة المباشرة ، واتخاذ اتجاه يتفق مع الواقع . وكثيراً ما يساعد فى هذا الموقف على تعريف المريض أن هناك أشخاصاً لا حصر لهم سواء

مرضى بالوسواس القهري أو أصحاب لديهم أفكار غير مرغوبة (وتصل نسبتهم إلى ٨٥% من الأفراد أو الأسوياء) (Rachman & Desilva, 1978). وقد يكون من المفيد أيضاً تذكير المريض أن الحديث عن الوسواس سيكون جزءاً من العلاج ، وتتيح جلسة التقويم الفرصة لبدء هذه العملية .

المعالج : إذا أخبرني متى تشعر بالدافع للعد ؟

المريض : يخيل لي أنني دائماً أعد شيئاً ما ، ولكن هذا الدافع ينتابني غالباً عندما أفكر في أشياء معينة .

المعالج : ما نوع هذه الأشياء ؟

المريض : لا أعرف ، أشياء رديئة .

المعالج : هل تستطيع أن تعطيني بعض أمثلة عن الأفكار الرديئة التي تجعلك تريد أن تعد ؟

المريض : (بعد صمت قصير) . في الحقيقة أفضل ألا أتحدث عنها ؛ فهذا يزيد الأمر سوءاً .

المعالج : تقصد أنها تجعل العد أسوأ ؟

المريض : نعم .

المعالج : حسناً ، عرفت الآن أنك عندما تفكر أو تتكلم عن أشياء سيئة معينة ، يتولد لديك الدافع للعد ، ولكني لم أعرف بعد ما هذه الأشياء السيئة . ما رأيك أن تخبرني لكي أستطيع أن أساعدك بشأنها ؟

المريض : في الحقيقة لا أستحسن هذا . ألا نستطيع أن نتحدث عن شيء آخر ؟

المعالج : من المهم أن أعرف ما هي هذه الأفكار ؛ لكي أضع لك خطة العلاج . سأحاول أن أساعدك ، هل هذه الأفكار تتضمن إصابة شخص ما بأذى ؟

المريض : نعم .

المعالج : هل هذه الأفكار تتضمن إصابة أشخاص معينين بالأذى ، أم إصابة أي شخص ؟

المريض : غالباً عائلتي .

المعالج : حسناً ، ماذا تستطيع أن تخبرني أيضاً عن هذه الأفكار ؟

المريض : فى الحقيقة ، لا أريد أن أقول أى شىء أكثر .

المعالج : أعلم أن هذا يفزحك ، ولكن تذكر أن مواجهة مخاوفك هو الهدف من هذا العلاج .

المريض : حسناً ، إنها ليست دائماً أفكاراً . أحياناً صوراً فى مخيلتى فيها أذى أو أمى أو أبى موتى ، وأخشى أننى إذا تكلمت عن هذه الأفكار والصور أن يموتوا فعلاً .

المعالج : كثير من الناس لديهم أفكار لا يحبونها ، حتى الناس غير المصابين بالوسواس القهرى . ووجود هذه الأفكار لديك أو كلامك عنها لا يعنى إطلاقاً أنه ستحدث فعلاً أو أنك تريدها أن تحدث .

من المهم طمأنة المريض أن الأفكار غير السارة كثيرة ما ترد وتأكيد التفرقة بين الأفكار والواقع . وكثيراً من مرضى الوسواس القهرى لديهم أفكار سحرية ، طمس فيها الفرق بين «التفكير فى الشىء» و«جعله يحدث» . ومن المهم أن توضح للمريض أن الأفكار تختلف عن الأفعال ، ويظن مرضى كثيرون أيضاً أنه إذا دخلت الأفكار السلبية عقولهم ، فهذا معناه أنهم يرغبون فى وقوع الحادث السىء . ويجب على المعالج أن يؤكد للمريض أن التفكير فى الأشياء السيئة لا يعنى إطلاقاً أن الشخص يريد أن يحدث .

النتائج المخيفة

يخشى كثير من مرضى الوسواس القهرى من حدوث شىء رهيب إذا عجزوا عن أداء الطقوس ؛ فمرضى الاغتسال المتكرر مثلاً يخافون أن يمرضوا ، أو أن شخصاً آخر سيمرض ، أو يصابون بالعجز أو يموتون نتيجة للتلوث بالجراثيم . وكثير من المرضى بالتكرار للاطمئنان (أى مراجعة كل ما يصدر عنهم وحولهم من أنشطة) يخافون أن يسبب إهمالهم العد حدوث كارثة مثل احتراق منزلهم أو دهم شخص ما بالسيارة . وبعض المرضى لديهم فكرة غامضة فقط عن ماهية هذه النتائج السلبية (مثال : لا أعرف بالضبط ما سيحدث ، ولكنى أشعر أننى إذا لم أعد إلى الرقم ٧ سيحدث شىء سيء لعائلتى) . وهناك آخرون لا يخافون الكوارث إطلاقاً ، ولكنهم لا يستطيعون تحمل الكرب الانفعالى ، الذى سيحدث لهم إذا لم يمارسوا الطقوس . وآخرون يخشون أنه إذا لم يمارسوا الطقس ، سيزداد القلق باضطراد إلى أن يصابوا بانهيار عصبى .

ومن المهم تحديد تفاصيل محددة لنتائج المريض المخيفة لوضع خطة فعالة لبرنامج التعرض ، فعلى سبيل المثال ، يختلف محتوى التعرض التخيلي بالنسبة لمريض يراجع أثناء قيادة السيارة ؛ خشية أن يكون قد صدم أحد المارة فيكون مصيره السجن ، عن محتواه بالنسبة لمريض يخشى أن يصدم أحد المارة فينال العقاب من الله . وبالمثل ، فإن الأشخاص الذين يمارسون طقس ترتيب الأشياء بنظام معين قد يختلفون بالنسبة للكوارث التي يتوقعون حدوثها فيرهبونها ؛ فالبعض يمارس الطقس لكي يمنع بطريقة سحرية وقوع النتائج الوخيمة (على سبيل المثال : موت الوالدين) ، بينما يمارس الآخرون ذلك ليخففوا الشعور بالكرب الناتج عن وجود الأشياء دون نظام .

فالنوع الأول يفيدهم العلاج بالتعرض التخيلي والواقعي ، بينما يتوقع أن يستفيد الآخرون من التعرض الواقعي فقط .

قوة الاعتقاد

قادت الملاحظات الإكلينيكية فوا (1979) Foa إلى الإشارة إلى أن مرضى الوسواس القهري الذين لديهم أفكار مبالغ في قيمتها لا يستجيبون جيداً للتعرض ، ومنع الاستجابة مع أن دراسة تالية فشلت في إيجاد علاقة مستقيمة بين قوة الاعتقاد في الكوارث المخيفة ، والتحسن الذي يعقب التعرض ومنع الاستجابة (Lelliott et al., 1988) . وهناك قضيتان تحتاجان للمناقشة في تقويم هذه النتائج . أولاً ، أن صدق مقياس قوة الاعتقاد المستخدم في هذه الدراسة غير معروف وكذلك ثباته . ثانياً ، أن العلاقة بين الأفكار المبالغ فيها ونتائج العلاج قد لا تكون علاقة مستقيمة ، فالملاحظة الإكلينيكية توحي أن المرضى الذين يعبرون عن اعتقاد شديد في أفكارهم الوسواسية فقط ، هم الذين يحققون نتائج ضعيفة . ويظهر هؤلاء المرضى ضلالاتهم عند مناقشة الكوارث التي يرهبونها .

وعند تقويم قوة الاعتقاد ، من المهم تذكراً أن استبصار المريض بعدم معقولية اعتقاده كثيراً ما يتذبذب . فبعض المرضى لديهم الاستعداد أن يعترفوا أن اعتقاداتهم الوسواسية غير معقولة ، ولكنها تظل تسبب لهم شعوراً ملحوظاً بالكرب ، وأفراد قليلون يعتقدون بشدة أن وساوسهم وقهرياتهم معقولة . وبالنسبة لمعظم المرضى ، نجد أن قوة الاعتقاد تتذبذب مع المواقف ؛ مما يجعل من الصعب الجزم بدرجة اعتقادهم بعدم معقولية الوسواس .

وفيما يلي مثال للتحقق من قوة اعتقاد مريضة في خوفها الوسواسي من الإصابة بمرض الايدز .

المعالج : فى رأيك ، ما احتمال إصابتك بمرض الايدز نتيجة لاستخدام المحال العامة ؟

المريضة : إنلى مرعوبة حقاً من الإصابة بالايديز فى حالة استخدام الحمام فى أحد المطاعم .

المعالج : أعلم أنك تخشين الإصابة بالايديز ، ولكن إذا فكرت بشكل منطقي ، ما رأيك فى احتمال إصابتك بالايديز إذا استخدمت مرحاضاً فى مكان عام ؟

المريضة : اعتقد أننى سأصاب بالايديز إذا استخدمت مرحاضاً عاماً .

المعالج : إذا هل تقصدين أن احتمال إصابتك بالايديز فى حالة استخدام مرحاض فى مكان عام ١٠٠ % ؟

المريضة : حسناً ، لا أعرف إذا كان هذا ممكن أن يحدث من مرة واحدة ، ولكن اعتقد أن هذا ممكن أن يحدث إذا تكرر الاستخدام .

المعالج : وماذا عن الآخرين ، هل يمكن أن يصابوا بالايديز إذا استخدموا المراحيض العامة ؟

المريضة : أظن هذا ، ولكنى لست متأكدة .

المعالج : بما إن معظم الناس يستخدمون دورات المياه العامة ، إذا لا بد أن جميعهم تقريباً أصيبوا بالايديز فعلاً . فكيف تفسرين أن عدد المصابين فعلاً بالايديز عدد قليل نسبياً ؟

المريضة : ربما ليس لدى الجميع الاستعداد للإصابة بالمرض مثلى .

المعالج : هل تعتقدين أنك بالذات أكثر استعداداً للإصابة من بقية الناس ؟

المريضة : لا أعرف بالتأكيد ، ربما احتمال إصابتي بالايديز ٥٠ % .

وبناءً على المقابلة السابقة ، تم التوصل إلى أن المريضة لا تعاني من المبالغة فى قوة الاعتقاد ، ولذلك فمآل هذه المريضة أكثر إشراقاً منه لو استمرت فى تمسكها باعتقادها القديم . وبناءً عليه اتبع أسلوب التعرض ، ومنع الاستجابة مع هذه المريضة بالمستوى العادى .

التجنب والطقوس

لكى نصل بالعلاج إلى أقصى كفاءة ، يجب منع كل أنواع السلوك الطقسية التجنبية ، حتى لو كانت تبدو بسيطة . ولذلك ، يجب أن يجمع المعالج معلومات كاملة عن التجنب السلبي والطقوس . وإذا انتاب المعالج الشك فى علاقة سلوك تجنبى بالوسواس القهرى ، عليه أن يقترح إجراء تجربة ، يتعرض فيها المريض للموقف الذى يتجنبه . وإذا كان المريض يعانى من القلق أو الكرب ، يجب منع السلوك التجنبى كجزء من العلاج . وبالمثل ، إذا لم يكن من المؤكد أن تصرفاً معيناً يشكل طقساً ، يمكن إجراء تجربة للتعرض ومنع الاستجابة . وإذا كان الامتناع عن أداء يسبب الكرب يصنف التصرف كطقس ، ويجب أن يعالج على أساس هذه الصفة .

ومرضى الوسواس القهرى مثلهم مثل مرضى المخاوف ، كثيراً ما يحاولون تجنب المواقف التى تثير القلق . ومعظم استراتيجيات التجنب السلبي واضحة جداً (على سبيل المثال : الامتناع عن دخول دورات المياه العامة ، والامتناع عن إعداد الطعام ، والامتناع عن إخراج القمامة خارج المنزل) . إلا أن المعالج يجب أن ينتبه أيضاً إلى أشكال التجنب المقنعة ، مثل : حمل النقود فى الجيب لتجنب فتح كيس النقود ، ولبس أحذية مفتوحة لتجنب لمس اربط الحذاء ، واستخدام شفاطة فى الشرب لتجنب لمس الكوب أو العلبة .

والطقوس الإيجابية - مثلها مثل التجنب السلبي - قد تكون واضحة (على سبيل المثال ، الإطالة فى الاغتسال ، تكرار التأكد من إغلاق الأبواب ، والتأكد من تنظيم الأشياء) أو مقنعة (مثل : مسح اليدين فى السروال ، وتكرار اغلاق العينين وفتحها ، والتفكير فى أفكار خيرة) . ومن المهم أن يحدد المعالج الطقوس الظاهرة والمقنعة لى يوجه العلاج إليها جميعاً .

ومع أن الطقوس الوسواسية مقصود بها تخفيف الشعور بالكرب (الضيق) المرتبط بالوسواس ، فإنه أحياناً ما يسجل المرضى أن أداء الطقوس فى حد ذاتها منفر . فعلى سبيل المثال ، كانت السيدة «س» التى تعانى من وسواس ترتيب الأشياء على الأرفف ، تجد أن إعادة ترتيب الأشياء منفر ، لأنها عجزت عن أن تجد المكان «السليم» لكل شىء . كما أن السيد «ج» الذى كان يشعر بالتلوث من الكيماويات ، يجد أن عملية تطهير نفسه بتكرار غسل الأيدي منفر ؛ لأنه كان

يعجز عن أن يقرر متى تصبح يده نظيفة بدرجة كافية ، فكان يستمر في الاغتسال إلى أن تصبح «نقية تماماً» . وهناك سبب آخر يجعل الطقوس منفرة هو تدخلها في باقى جوانب حياة الشخص . فعلى سبيل المثال : كان السيد «ج» يتعرض للتأنيب المتكرر من رئيسه فى العمل لتأخره ، بسبب اضطراره للاستحمام لمدة ساعتين ؛ لكى يشعر أنه نظيف بدرجة كافية .

وعندما تصبح قهريات معينة منفرة ، يقلل بعض المرضى من الوقت الذى يقضونه فى ممارسة الطقس بزيادة السلوك التجنبى ، أو باستبداله بطقس آخر يستهلك وقتاً أقل . على سبيل المثال كانت الأنسة «ى» التى استحوذ عليها الخوف من التلوث من الأشياء المرتبطة بالجنازات (مثل : المقابر والناس العائدين من تشييع الجنازات) تستغرق ساعات فى الاستحمام وغسيل يديها ، ثم تنسحب إلى حجرة نومها وتتجنب التعامل مع العالم الخارجى قطعياً . وكان السيد «ج» الذى سبق الإشارة إليه يتجنب الاستحمام لمدة أيام فى بعض المرات ، ولكن بين الحمام وآخر كان يمسح يديه بطريقة قهرية ويتجنب لمس زوجته .

وفى بعض حالات ، كانت طقوس جديدة تحدث أثناء العلاج ؛ لتقوم بوظيفة تلك التى سبق تحديدها ومنعها . على سبيل المثال كان السيد «ف» الذى شاغله تلوث يديه ، قد نجح فى مقاومة الدافع لغسل يديه ، ولكن بعد استخدام منع الاستجابة بدأ يحك يديه معاً بشدة لكى يطهرها من التلوث . وعند تحديد مثل هذا الطقس البديل ، يلزم أيضاً توجيه العلاج إليه باستخدام منع الاستجابة . ويجب على المعالجين أن يظلوا متيقظين لمثل هذه التحولات فى السلوك الطقسى .

تاريخ الشكوي الأساسية

يعجز كثير من مرضى الوسواس القهرى عن إعطاء بيان مفصل عن بداية أعراض المرض لديهم ؛ لأن الأعراض بدأت مقنعة منذ سنوات كثيرة مضت . إلا أنه يجب بذل المحاولات لجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن بداية الاضطراب ومساره ، فهذه المعلومات قد تقدم مفاتيح الحل عن جوانب شبكة التهديد والمتغيرات المرتبطة باستمرار الأعراض ، وقد تساعد فى التنبؤ بالصعوبات التى يمكن أن تبرز أثناء العلاج (على سبيل المثال : الوسواس أو الطقوس القديمة ، التى قد تطفو على السطح مع اختفاء الطقوس البارزة) .

وكثير من مرضى الوسواس القهري لهم تاريخ طويل في العلاج النفسي والعلاج بالعقاقير ، ومن المهم البحث في نتائج العلاج السابقة . وإذا كان المريض قد سبق علاجه بالتعرض ومنع الاستجابة على المعالج أن يقوم سلامة العلاج السابق ومدى امتثال المريض لمتطلبات العلاج . فمعرفة المشكلات التي تعرض لها المريض في الامتثال لتعليمات منع الاستجابة ، أو أن العلاج السابق عجز عن أن يقدم خبرات تعرض كافية أو إرشادات منع الاستجابة أمور مهمة لوضع البرنامج السلوكي ، كما يجب مناقشة العوامل الأخرى ، التي أعاقَت نجاح النتائج أو سببت نكسة مثل ضغوط العمل أو حدوث وفاة في العائلة أو الحمل .

وقد رأينا حديثاً عدداً كبيراً من المرضى بالوسواس القهري ، الذين عولجوا أو جرى علاجهم بالسيروتونين . بعضهم يطلب العلاج السلوكي ؛ لكي يتبثوا المكاسب الجزئية التي حصلوا عليها من العلاج بالسيروتونين ، والبعض يرغب في عدم الاستمرار في العلاج الدوائي ؛ لأنه بلا فاعلية ، أو بسبب آثاره الجانبية ، أو لأنهم لا يرغبون في أخذ عقاقير إلى ما لا نهاية . وتقويم أهداف علاج المريض لازم لوضع برنامج العلاج .

أداء الوظائف الاجتماعية

قد تعوق أعراض اضطراب الوسواس القهري بشدة أداء المريض لوظائفه اليومية ، ويجب على المعالجين أن يقدروا أعراض الوسواس القهري على المجالات المختلفة من الأداء الوظيفي ، وإذا لزم تستخدم هذه المعلومات لوضع تدريبات تعرض مناسبة . فعلى سبيل المثال ، كانت السيدة «د» تعاني من مشكلة في إنجاز مهام عملها ؛ لأنها كانت تكرر مراجعة كل عمل تؤديه . وكان العلاج يتضمن التعرض لأداء مهام في العمل دون مراجعة ، وحتى في حالة عدم عمل المريض يلزم التعرض لمواقف تحاكي مواقف العمل ، إذا كانت الأعراض قد سببت مشكلات في الوظائف السابقة .

ومن الواضح أن اضطراب الوسواس القهري له تأثير ضار على العلاقات الزوجية لكثير من المرضى ، فحوالي نصف الأفراد المتزوجين ، الذين يسعون إلى علاج الوسواس القهري ، يعانون من الكرب الزوجي (EmmelKamp et al., 1990; Riggs et al., 1992) . كما تضر أعراض الوسواس القهري أيضاً بالعلاقات العائلية والاجتماعية الأخرى ، وقد يشأ العجز في أداء الوظائف

الاجتماعية إما نتيجة إدراك الاتصال الاجتماعي كموقف مهدد (على سبيل المثال خوف المريض من أن ينقل العدوى للآخرين) ، أو لأن جزءاً كبيراً من وقت وجهد المريض يستهلك في أداء الطقوس والتفكير في خطط لتجنب مواقف الكرب . كما أن المعلومات عن علاقة سوء أداء الوظائف الاجتماعية بأعراض اضطراب الوسواس القهري ، قد تقود المعالج إلى أن تضمن العلاج تدريبات معينة تهدف علاج هذه الصعوبات الاجتماعية .

ويتضمن تقويم أداء الوظائف الاجتماعية أيضاً تقويماً لدور الآخرين (إذا كان لهم دور) في الطقوس القهرية لدى المريض ، فإذا كان المريض يعتمد على آخرين للاطمئنان (التوكيد) ، أو الامتثال للطقوس (على سبيل المثال : وجوب خلع أفراد العائلة أحذيتهم قبل دخولهم المنزل) ، فيجب على المعالج أن يوجه العائلة لطريقة الاستجابة الملائمة ، عندما يطلب منهم المشاركة في طقوس المريض ، ويلزم التحليل الدقيق للعلاقة قبل إعطاء تعليمات محددة للآخرين ذوي الأهمية .

الحالة المزاجية

على الرغم أن بعض مرضى الاكتئاب الشديد والوسواس القهري قد يستفيدون من العلاج السلوكي للوسواس القهري (Foa, Kozak, Steketee. & McCarthy, 1992) ، تشير الابحاث إلى أن الاكتئاب الشديد قد يحد من مقدار خفض أعراض الوسواس القهري ، ومن المكاسب التي يمكن المحافظة عليها (Foa et al., 1982; Foa; Grayson, Steketee, & Doppelt, 1983 a; Marks, 1977; Rachman, Hodgson, 1980) . لذلك من الضروري تقييم الحالة المزاجية للمريض قبل بدء العلاج السلوكي ، فقد يعالج مرضى الاكتئاب الشديد بمضادات الاكتئاب أو بعلاج معرفي لتخفيف أعراض الاكتئاب قبل استخدام العلاج السلوكي للوسواس القهري . ويحتمل أن يؤدي العلاج بمضادات الاكتئاب مثل الامبيرامين أو الفلوكسامين إلى خفض أعراض الوسواس القهري ، وكذلك أعراض الاكتئاب . وحيث أن تأثير هذا العلاج على الوسواس القهري قد لا يظهر قبل ثلاثة شهور من العلاج ، فإن المعالج يحتاج أن يستخدم تقديره الإكلينيكي لتحديد بدء العلاج السلوكي عند انخفاض الاكتئاب أو الانتظار لحين ظهور تأثير العلاج بالعقاقير على أعراض الوسواس القهري .

العلاج

كيف يقرر المعالج أنسب علاج لمريض معين ؟ كما سبق أو وضحنا ، أظهر أسلوب التعرض ومنع الاستجابة ، وكذلك العلاج بالسيروتونين فاعلية مع الوسواس القهرى . ويواجه المريض والمعالج مهمة اختيار العلاج السلوكى أو العلاج بالعقاقير أو الجمع بينهما ، وليس هناك علاج ناجح مع جميع المرضى ، كما أنه لا يمكن التنبؤ بمن سيستفيد أكثر من علاج معين . ولذلك ، ما لم يكن علاجاً معيناً قد نجح أو لم ينجح مع المريض من قبل ، يجب أن يبنى القرار على عوامل ، مثل : توفر العلاج ، ومقدار الوقت المتاح للمريض ليخصص للعلاج ، ودوافع المريض واستعداده لتحمل الآثار الجانبية .

ويتطلب العلاج السلوكى الشامل تخصيصاً لكثير من الوقت على مدى عدة أسابيع للعلاج ، وكثيرين من المرضى لا يستطيعون أو لا يرغبون فى تخصيص أربع أو خمس ساعات يومياً للعلاج . ويتعين نصح هؤلاء المرضى بتجربة العلاج الدوائى ؛ لأنه لا يحتاج لتخصيص الوقت نفسه . وبعض المرضى لا تتوفر لديهم الرغبة أن يتحملوا مضايقات العلاج بالتعرض ومنع الاستجابة (أحيانا ما يقولون : لا يمكننى القيام بذلك) ، وهؤلاء أيضاً ينصحون بتجربة العلاج الدوائى .

وبعض المرضى يهتمون بالآثار الجانبية الكامنة للعلاج بالعقاقير أو تأثيراته غير المعروفة (التي ربما قد تعرضوا لها من قبل) على المدى البعيد . وهؤلاء يفضلون غالباً العلاج السلوكى ، ويهتم مرضى آخرون باحتمال الانخراط فى علاج وليس له نهاية ؛ حيث إنه طبقاً للمعلومات الحالية - تحدث الانتكاسة عند سحب العلاج بالعقاقير (Pato et al., 1988; Thoren, Asberg, Chronholm et al., 1980) . وهذا الاهتمام يخص النساء بوجه خاص ، إذا كن ينوين الإنجاب فى المستقبل ، وسيحتاجن للانسحاب من العلاج العقاقيرى أثناء الحمل ، وهؤلاء ينصح لهن بالعلاج السلوكى لأن آثاره يمكن تحملها أكثر .

وغير واضح حالياً الآثار البعيدة المدى للجمع بين العلاج السلوكى والعلاج الدوائى ؛ ومن السابق لأوانه التوصية ببرنامج علاجي يجمع العلاجين . إلا أن بعض المرضى الذين يتقدمون للعلاج السلوكى يسبغون فعلاً على علاج دوائى بمضادات الاكتئاب ؛ وحيث إنه لم يوجد تعارض بين العلاج بالعقاقير وفعالية العلاج السلوكى ، يوصى أن يستمر المرضى فى أخذ العلاج الدوائى ، إذا كان قد

حدث تحسن في أعراض الوسواس القهري أو أعراض الاكتئاب . إلا أنه إذا كان لم يحدث تحسن مرضى مع العلاج الدوائى ، فيجب مناقشة موضوع انسحابه من العلاج الدوائى قبل أو أثناء العلاج السلوكى . ويجب إعطاء اهتمام خاص للمرضى الذين يعانون من اكتئاب شديد مصاحب للوسواس القهري . ويوصى بعلاج هؤلاء المرضى من الاكتئاب بمضادات الاكتئاب أو بالعلاج المعرفى ، قبل دخولهم العلاج السلوكى المكثف للوسواس القهري .

التعرض المكثف ومنع الاستجابة

يتكون برنامج العلاج بالتعرض المكثف من أربع مراحل :

- ١ - جمع المعلومات .
- ٢ - التعرض المكثف ومنع الاستجابة .
- ٣ - الزيارة (المتابعة) المنزلية .
- ٤ - مرحلة تثبيت (تدعيم) نتائج العلاج ومنع الانتكاسة .

جمع المعلومات ووضع خطة للعلاج

تتكون أول مرحلة لجمع المعلومات من تقويم تشخيصى شامل ، للتأكد من أن المرض النفسى الأساسى لدى المريض هو الوسواس القهري ، والخطوة التالية هى تقدير صلاحية المريض للعلاج السلوكى . ونوصى أن يعالج مدمنى المخدرات أو الكحوليات من هذا الايمان ، قبل العلاج المكثف للوسواس القهري . كما أن المرضى الذين لديهم ضلالات وهلاوس لا يفيد معهم العلاج المكثف كثيراً . ويجب علاج الأفراد المصابين بالاكتئاب الشديد من الاكتئاب ، قبل علاجهم من الوسواس القهري . ثالثاً : يجب تقويم دوافع الشخص فى الامتثال لمتطلبات العلاج المكثف . ومن المهم شرح العلاج بطريقة مفصلة ؛ لكى لا يفاجأ المريض ببعض أمور عند بدء العلاج ، أما إذا لم يظهر المريض دافعاً قوياً والزاماً بمتطلبات العلاج قد يفضل تأجيل تطبيق العلاج المكثف أو تقديم علاج بديل ، مثل : العلاج العقاقيرى أو تجربة علاج سلوكى أقل كثافة .

وبعد تقرير صلاحية المريض للعلاج المكثف تبدأ مرحلة جمع المعلومات لوضع خطة العلاج ، وتتكون هذه المرحلة من مقابلات مع المريض لمدة ٤ إلى ٦ ساعات تجرى على فترة تمتد من يومين إلى ثلاثة . وخلال هذه المرحلة ، يجمع

المعالج معلومات عن أعراض الوسواس القهري لدى المريض ، وتاريخه العام وتاريخ علاجه من الوسواس القهري كما سبق توضيحه . وخلال هذه الجلسات تناقش أسس العلاج ويوضح برنامج العلاج بالتفصيل ، ويوجه المرضى إلى طريقة مراقبة طقوسهم وتوضع خطة للعلاج .

ومن المهم جداً مناقشة أسس العلاج ووصف برنامج العلاج بالتفصيل ، ويتطلب البرنامج أن يقلع المريض عن عادات الوسواس القهري . وبناءً عليه يتعرض بصفة مؤقتة لإحساس كبير بعدم الارتياح ، وإذا لم يفهم المرضى الداعى لتحمل هذا الكرب لفترة قصيرة ، أو إذا لم يقنعوا بجدوى العلاج ، فمن غير المحتمل أن يمتثلوا لتعليمات العلاج . ويشرح الأساس المنطقي للعلاج بالأسلوب التالي :

«لديك مجموعة من العادات تعرف بأعراض الوسواس القهري ، وهي عادات تتعلق بالتفكير والشعور والتصرف وهي غير سارة على الإطلاق ، ومضیعة للوقت والجهد ومن الصعب التخلص منها بمفردك . هذه العادات تتضمن عادة أفكاراً وخیالات أو اندفاعات تتبادر إلى عقلك ، مع أنك لا ترغب فيها . بالإضافة إلى هذه الأفكار لديك مشاعر غير مرغوب فيها بالقلق أو الكرب الشديد ودوافع قوية لأن تفعل شيئاً لتخفيف هذا الكرب وفي محاولة التخلص من القلق يتورط الناس في أفكار أو تصرفات خاصة معينة نسميها بالطقوس .

ولأسف ، كما تعلم ، فإن الطقوس لا تفيد وينخفض الشعور بالكرب لفترة قصيرة فقط ثم يعود ثانية . وفي النهاية ، تجد نفسك تتورط في المزيد من الطقوس في محاولة تخفيف القلق ، ولكن هذا التخفيف مؤقت وتضطر إلى تكراره مرة أخرى . وبالتدریج تجد أن وقتك وجهدك ضائع في ممارسة الطقس - دون جدوى - بينما يمتد الضرر إلى جوانب أخرى من مجالات حياتك .

والعلاج الذى سنبدأ فيه يسمى بالتعرض ومنع الاستجابة . وهو مصمم لكسر نوعين من الارتباطات ، الأول : هو الارتباط بين مشاعر القلق والأشياء والمواقف أو الأفكار التى تسبب هذا الكرب (استخدام المعلومات التى حصلت عليها كأمثلة ، فعلى سبيل المثال «أنك فى كل مرة تلمس شيئاً مرتبطاً بالتبول ، تشعر بالقلق والكرب أو التلوث) . الارتباط الثانى الذى نريد أن نكسره هو الارتباط بين ممارسة السلوك الطقسى والشعور بانخفاض القلق أو الشعور بالكرب ، بمعنى آخر ،

فإنك بعد أن تمارس الطقس (حدد طقساً معيناً) تشعر مؤقتاً بانخفاض الكرب .
ولذلك فإنك تواصل ممارسة هذا السلوك . والعلاج الذى نقدمه سيكسر الرابطة
التلقائية بين مشاعر القلق ، عدم الراحة ، التلوث (حدد الوسواس) وطقوسك ،
وسوف تتدرب على عدم ممارسة الطقس عند شعورك بالقلق .

وبعد تقديم الأساس المنطقي للعلاج ، يبدأ المعالج فى جمع المعلومات عن
أعراض الوسواس القهرى لدى المريض ، ويقدم الأساس المنطقي لجمع المعلومات .
ووصف العلاج بالأسلوب التالى :

«وفى الجلستين التاليتين سأسألك أسئلة محددة عن المواقف والأفكار
المختلفة ، التى تولد القلق أو عدم الارتياح لديك . وسنرتبها طبقاً لدرجة الكرب
الذى تولده فىك على مقياس مدرج من صفر إلى ١٠٠ ؛ حيث يدل الصفر على
انعدام القلق وتمثل درجة ١٠٠ أقصى درجة للقلق أو الهلع .

ويتضمن برنامج العلاج بالتعرض مواجهتك بمواقف وأفكار تتجنبها لأنها
تولد القلق ، وتدفعك إلى ممارسة السلوك الطقسى . لماذا نريد أن نعرضك لأماكن
وأشياء تجعلك غير مرتاح ؟ وهى مواقف حاولت أن تتجنبها مهما كانت التكلفة ؟
ونحن نعرف أنه عندما يتعرض الناس لمواقف يرهبونها ، يبدأ القلق فى التناقص
تدريجياً . ومن خلال التعرض إذاً يضعف الارتباط بين القلق و (حدد الوسواس
المعينة) ؛ لأنه سيتكرر تعرضك لهذه المواقف لكى يتناقص القلق الذى سبق
استثارته بمرور الوقت .

«وبالنسبة لكثير من مرضى الوسواس القهرى ، تحدث الوسواس فى
مخيلتهم ، ونادراً ما تحدث فى الواقع . وهذا يجعل من المستحيل ممارسة التعرض
بمواجهة هذه المواقف فعلاً لفترات طويلة ، فعلى سبيل المثال ، إذا كان الشخص
يخشى من احتراق منزله لا يمكن بالطبع أن تحرق منزله لكى يمارس التعرض ،
وبالمثل ، المريض الذى يخشى أن يكون قد صدم شخصاً بسيارته ، وأن الضحية
ملقى الآن فى الطريق - لا يمكن تعريضه لهذا الموقف فعلاً .

وإذا كان التعرض للموقف المخيف ضرورياً لتقليل الوسواس ، كيف يمكن
أن تتحسن حالتك دون مواجهة الموقف فعلاً ؟ يمكن أن تواجه هذه المواقف عن
طريق التخيل ، تتخيل أن الظروف التى ترهبها ستحدث . وفى ممارسة التخيل
تخلق فى عقلك صوراً مفصلة للظروف الرهيبة ، التى تخشى حدوثها ، إذا لم

تمارس السلوك الطقسي . وأثناء التعرض الطويل لهذه التخيلات يتناقص تدريجياً الشعور بالكرب .

وعندما يواجه مريض الوسواس القهري المواقف المخيفة أو أفكارهم الوسواسية ، يشعرون بالقلق أو الكرب ويشعرون بالاضطرار لأداء السلوك الطقسي كوسيلة لتخفيف الكرب . ويمكن أن تسبب ممارسة التعرض هذا الشعور نفسه بالكرب وتدفعك لممارسة الطقس . وعادة ، تؤدي ممارسة الطقس إلى تقوية نمط الشعور بالكرب والطقس . ولذلك عادة ما يتضمن العلاج منع الطقس لقطع عادة ممارسة الطقس ، ويتطلب هذا أن توقف ممارسة الطقس ؛ حتى إذا كان لا يزال لديك الدافع لذلك ، وبمواجهة مخاوفك دون اللجوء إلى الدفعات القهرية سيتناقص قلقك تدريجياً . ويسمى المعالجون السلوكيون هذا الأسلوب بالتعود . ولذلك ، خلال أسابيع العلاج الثلاثة للتعرض المكثف ، يضعف الارتباط بين التخلص من القلق وممارسة الطقس (حدد طقس المريض) ، لأنه لن يسمح لك بالتورط في مثل هذا السلوك ، وبذلك ستكتشف أن القلق يتناقص حتى دون اللجوء إلى هذه الأنشطة .

وتستخدم جلسة جمع المعلومات المبدئية في بدء تدريب المريض أن يراقب طقوسه بدقة . والتقارير الدقيقة عن تكرار السلوك الطقسي ومدته لها أهميتها لتقويم تقدم العلاج وإظهار حقيقة التغيرات للمريض ، وفي بعض حالات تفيد المراقبة أيضاً كدور فعال في العلاج . ويبدأ المريض في ادراك أن الطقوس لا تحدث فعلاً طوال اليوم ، وقد تؤدي عملية مراقبة الطقوس إلى تناقص عدد مرات تكرارها وزمن حدوثها . ويتضمن الشكل رقم ١ : ٥ نسخة من استمارة المراقبة .

التاريخ

الاسم :

السلوك الطقسي (ب)

السلوك الطقسي (أ)

من العمود الثاني من هذا الجدول ، صف النشاط أو الفكرة التي تستثير الطقس .
وسجل في العمود الثالث مستوي القلق / عدم الراحة علي مقياس من (صفر - ١٠٠) . واكتب
في العمود الرابع عدد الدقائق التي تستغرقها للقيام بالطقس خلال الوقت الذي حددته في العمود
الأول . حدد مشاعر القلق بالنسبة لكل واجب منزلي تكلف به ، خلال مرحلة تقدم العلاج .

الوقت من النهار	النشاط أو الفكرة التي تستثير الطقس (وصف مختصر)	درجة عدم الشعور بالراحة (من صفر - ١٠٠)	عدد الدقائق المستغرقة في الطقس	
			ب	أ
٦,٢٠ - ٦,٠٠ ص				
٧,٠٠ - ٦,٢٠ ص				
٧,٢٠ - ٧,٠٠ ص				
٨,٠٠ - ٧,٢٠ ص				
٨,٢٠ - ٨,٠٠ ص				
٩,٠٠ - ٨,٢٠ ص				
٩,٢٠ - ٩,٠٠ ص				
١٠,٠٠ - ٩,٢٠ ص				
١٠,٢٠ - ١٠,٠٠ ص				
١١,٠٠ - ١٠,٢٠ ص				
١١,٢٠ - ١١,٠٠ ص				
١٢,٠٠ - ١١,٢٠ م				
١٢,٢٠ - ١٢,٠٠ م				
١,٢٠ - ١,٠٠ م				
٢,٠٠ - ١,٢٠ م				
٢,٢٠ - ٢,٠٠ م				
٢,٢٠ - ٢,٢٠ م				
٢,٢٠ - ٢,٠٠ م				
٤,٠٠ - ٣,٢٠ م				
٤,٢٠ - ٤,٠٠ م				
٥,٠٠ - ٤,٢٠ م				
٥,٢٠ - ٥,٠٠ م				
٦,٠٠ - ٥,٢٠ م				
٦,٢٠ - ٦,٠٠ م				
٧,٠٠ - ٦,٢٠ م				
٧,٢٠ - ٧,٠٠ م				
٨,٠٠ - ٧,٢٠ م				
٨,٢٠ - ٨,٠٠ م				
٩,٠٠ - ٨,٢٠ م				
٩,٢٠ - ٩,٠٠ م				
١٠,٠٠ - ٩,٢٠ م				
١٠,٢٠ - ١٠,٠٠ م				
١١,٠٠ - ١٠,٢٠ م				
١١,٢٠ - ١١,٠٠ م				

شكل ١ : المراقبة الذاتية للطقوس

الخطوط العريضة للتعليمات التي توجه للمريض لمراقبة الذات هي الآتي :

«من المهم جداً لبرنامج العلاج أن يكون لدينا صورة دقيقة لمدى انغماسك في التفكير الوسواسي والسلوك القهري ، وتوفر صورة واضحة لنا عن مقدار الوقت الذي تستهلكه مشكلتك ؛ لأن هذا سيساعدك ويساعدني على متابعة تقدمك وتعديل برنامج العلاج تبعاً لذلك . ولذلك ، خلال هذا الأسبوع وخلال جمعي للمعلومات لموضع برنامج العلاج . أود أن تسجلي الأعراض كل يوم . وليس من السهل كتابة تقرير دقيق عن مقدار انشغالك في سلوكك الوسواسي القهري ، ولذلك سنقضي بعض الوقت الآن وفي الجلسة التالية سنقوم باستعراض بعض قواعد طريقة تسجيل الأعراض . وفيما يلي بعض استمارات المراقبة لتسجلي فيها أفكارك وطقوسك .

وعلى المعالج أن يحدد الطقوس التي يجب أن يسجلها المريض ، وأن يراجع الإرشادات بدقة معه ، وأن يدرسه على ملء الاستمارة بالعمل معه في مثلها ، وباستخدام «نموذج يوم» في حياة المريض . والقواعد التالية يمكن أن تفيد في مراقبة الطقوس :

- ١ - راقب الساعة لملاحظة الوقت الذي تستهلكه في طقوسك .
 - ٢ - لا تخمن الوقت الذي تقضيه في ممارسة الطقوس بل سجله بدقة .
 - ٣ - سجل الوقت في الحال في استمارة المراقبة .
 - ٤ - لا تؤجل التسجيل إلى نهاية اليوم أو بداية اليوم التالي .
 - ٥ - صف في جملة قصيرة الهدف من ممارسة الطقس .
- وقبل بدء العلاج ، يجب أن يحدد المريض شخصاً معيناً (أحد الوالدين ، الزوج أو الزوجة ، صديق مقرب) يقوم بعمل الشخص المدعم أثناء برنامج العلاج المكثف . ويوجه المريض إلى الحصول على التدعيم من هذا الشخص أثناء التعرض ، ويطلب من الشخص المدعم أن يساعد في مراقبة الامتثال لتعليمات منع الاستجابة . وإذا واجه المريض مشكلة في مقاومة الدافع لممارسة الطقس ، يجب الاتصال بالشخص المدعم ليقدّم العون . ولأن الشخص المدعم ، سيشارك في العلاج ، يجب على المعالج أن يحدد وقتاً خلال فترة جمع المعلومات لوصف العلاج ، ومناقشة أساسه المنطقي مع الشخص المدعم .

ويجب على المعالج أن يبذل الجهد للتأكد أن المريض والمدعم قد توصلا إلى أسلوب يقدم به الشخص المدعم النقد البناء والملاحظات . وعند تقديم هذه الاقتراحات ، يجب على الشخص أن يكون حساساً لأي مشكلات تكون قد تولدت في الماضي . فعلى سبيل المثال كان السيد «ب» ، الذي كان المصدر الأساسي للاطمئنان لزوجته كان ينتقدها بشدة ، عندما اضطهرا، تمارس طقس تكرار غسل الأيدي . ولمنع هذه الاستجابات من إعاقة العلاج ، قضى المعالج وقتاً مع الزوجين يناقشهما في الاستجابات المناسبة ؛ لطلب الاطمئنان ووسائل مساعدة الزوج لزوجته في إشرافه على منع الاستجابة ، دون أن يكون ناقداً .

ويجب على الشخص المدعم أن يكون على اتصال منتظم (مرتان أسبوعياً على الأقل) بالمعالج ؛ لكي يبلغ بواجبات تعرض منزلية ، يجب على المريض أن ينجزها ، وأن ينقل إليه ملاحظاته عن سلوك المريض خارج جلسة العلاج . يضاف إلى هذا ، أنه يجب على الشخص المدعم ، بموافقة المريض ، أن يكون على اتصال بالمعالج إذا حدثت مخالفة كبيرة للعلاج (مثل : رفض أداء التكاليفات المنزلية أو الانخراط في السلوك الطقسي) .

الجلسة الثانية لجمع المعلومات

في بداية الجلسة الثانية لجمع المعلومات ، يجب أن يخصص المعالج وقتاً لفحص نموذج الرقابة الذاتية للمريض ، وهذا يشمل فحص وصف المواقف التي تثبت السلوك الطقسي ، وتقديم ملاحظات بناءة عند اللزوم . ويجب أن ينبه المريض إلى استخدام جمل أو عبارات قصيرة في وصف المواقف المثيرة ، ويجب على المعالج أن يقوم بدقة المريض في تسجيل الوقت ، وأن يذكره بضرورة دقة التقييم .

وضع خطة العلاج

يخصص الجزء الأكبر من الجلسة الثانية لجمع معلومات مفصلة عن أعراض المريض ، ووضع برنامج لعلاج بناء على ما تجمع من معلومات عن هذه الأعراض . وفيما يلي إرشادات لوضع خطة العلاج :

إرشادات لاختيار مواقف التعرض

- بنود للتعرض (وهي الأشياء أو المواقف أو الأفكار التي تثير عدم الارتياح، وتحت على ممارسة الطقس ، وتختار طبقاً للتقرير الذاتي عن

قدرتها على إثارة عدم الارتياح .

- ترتب هذه العناصر هرمياً طبقاً لمستويات اثارها لمشاعر الضيق وتقدم بنظام تصاعدي ، بدءاً من نقطة المنتصف تقريباً ، بمعنى إذا كان البند الذي في القمة يثير ١٠٠ نقطة من مشاعر الضيق (وهو ما يعادل أسوأ قلق يمكن للمريض تصوره) ، يقدم العنصر الذي يثير درجة قلق قدرها ٥٠ أو لا .

- يجب أن يتم التعرض للبلد الأشد إزعاجاً في جلسة لا تتجاوز الجلسة السادسة من جلسات العلاج .

- الجلسات من ٧ إلى ١٥ هي تكرر للجلسة السادسة ، مع تغيرات قليلة ، تركز على جوانب الموقف التي تثير أكثر درجات الشعور بعدم الراحة والقلق .

- إذا أغفلت بعض البنود سهواً ، يجب أن تضاف إلى الجلسات المتبقية .

- يمكن حذف التعرض لبند إذا لم يسبب مضايقة ، أو سبب الحد الأدنى من المضايقة في يومين متتاليين .

إرشادات للتعرض التخيلي

- تعد مسبقاً عدة مشاهد لمثيرات قلق في هيراركية . ويخلق كل مشهد صورة تخيلية حية للمريض ، مع عرض مثيرات قلق أشد ونتائج مخيفة في الصور الأخيرة . وعموماً كلما زادت تفاصيل هذه الصور ، كلما زادت فاعليتها في تحقيق النتائج المرجوة . ويجب التأكيد أيضاً على وضع أوصاف المواقف الخارجية والأفكار والصور والاستجابات الفسيولوجية في المشهد المخيف ، وفيما يلي مثال ووصف مختصر لمشهد تعرض تخيلي :

«أريدك أن تتخيلي المنظر التالي بصورة حية بقدر الإمكان ، كما لو كان يحدث فعلاً ، وأن تعاني المشاعر التي تتخيلونها . أريدك أن تتخيلي أنك جالسة هنا على الكرسي وأنا معك . ويفتح الباب وتدخل والدتك الحجرة وتحبيك في ود «قائلة لقد مضى وقت طويل» ، وتقترب منك تريد أن تعانقك . وتندهش والدتك أنك سمحتي لها بمعانقتك ونقول «لقد سمح لي أخيراً أن اعانق ابنتي» . عندئذ تشعرين بالتلوث ينتشر في جسدك ، وتشعرين بيديها على ظهرك . ويبدأ الشعور

ينتابك أن التلوث لن يزول أبداً ، وأن الاغتسال لن يمحوه . وتشعرين بالرغبة أن ترحل والدتك ؛ لكي تستطيعي أن تأخذى حماماً لتستردى شعورك بالنظافة ، ولكن لسانك يعجز عن الكلام فتتركيها تمسك بيدك وتعانقك . وتعجزين عن الحركة ويغمرك الشعور بالتلوث ، وتقف والدتك إلى جوارك ممسكة بيدك ويزداد شعورك بالتلوث . وتشعرين بالرغبة أن ترفع يدها عنك ، وتتوجه هي اليك بالسؤال «هل تخافين مني؟» ، وترغبين أن توضحى لها مقدار خوفك منها ، ولكن لسانك ينعقد . وتتركيها تمسك بيدك وتعانقك وتسمحين لها بالجلوس بجوارك ملاصقة لك تماماً وهي مستمرة في تلويثك وتشعرين بالتلوث في كل جسمك . وتتمنين لو استطعت أن تصرخي وتفري هاربة ولا تتصلى بها أبداً ، ولكنك تظلى جالسة بجوارها والتلوث يزداد . وتشعرين أنك لا يمكن أن تعودى نظيفة ، ويزداد يقينك أن والدتك تلوثك وتشعرين بالتلوث يزحف على ذراعيك وعلى وجهك ويغطي كل جسمك . وتحاولي أن تلصقى يديك بجسمك ؛ لكي تنقذى الاجزاء المتبقية من التلوث ، ولكن التلوث لا يترك أى جزء من جسده . ووالدتك لا تزال إلى جوارك تنقل إليك التلوث ، وهي تتكلم إليك ولكنك لا تسمعيتها لأنك في أقصى درجات القلق ، وقلبك يدق بشدة . وتشعرين أنك على وشك الإغماء ، ولكن شيئاً ما يرغمك على البقاء بجوارها والإنصات اليها . وترغبين أن تهربي إلى الغرفة المجاورة ، ولكن تدركين أنك مضطرة لمواجهة حقيقة أنك لا تستطيعي أن تهربي من والدتك وتشعرين أنك وقعتى في فخ ؛ فهي لن ترحل وستستمر في تلويثك ، وأنت فقدتى حريتك . ويتولد لديك الدافع أن تتركى الحجرة ، وأن تنسى كل ما يتعلق بوالدتك ، ولكن لمسة يديها مازالت باقية على جسمك . «ما شعورك الآن؟» .

وصف الواجبات المنزلية

في نهاية الجلسة الثانية لجمع المعلومات ، يجب على المعالج أن يصف الواجبات المنزلية التي سيتضمنها برنامج العلاج . وتتطلب الواجبات المنزلية ساعتين إلى ثلاث ، بالإضافة إلى جلسة العلاج التي تستغرق ساعتين . وتتكون الواجبات المنزلية من تدريبات ، تعرض إضافية ، يؤديها المريض بين جلسات العلاج في منزله أو في أى مكان آخر (مثال ذلك في المتاجر أو الأسواق أو في منازل الأقارب) . ويوصى أن يراقب المريض مستوى استثاره الضيق لديه كل (١٠) دقائق أثناء التعرض المنزلى . وفي بعض الحالات ، يستحيل على المريض أن يستمر في التعرض لمدة (٤٥ إلى ٦٠) دقيقة . وفي هذه الحالة ، يجب أن

يتعاون المعالج مع المريض ؛ لوضع خطة تتيح إطالة مدة التعرض . فعلى سبيل المثال ، بدلاً من أن يطلب من المريض أن يقضى ٤٥ دقيقة جالساً فى دورة مياه مطعم عام ، كمصدر للتلوث ، يمكنه أن يقترح على المريض أن يلوث منديلاً بمسح قاعدة المرايا ، وأن يحمله فى جيبه .

مدة العلاج

يتكون برنامج العلاج فى مركزنا من ١٥ جلسة علاج - مدة كل منها ساعتين - وتجرى يومياً لمدة ثلاثة أسابيع . وتدلل الملاحظات الإكلينيكية أن الجلسات المكثفة تعطى نتائج أفضل من الجلسات المتباعدة ، ولذلك يوصى بإجراء ثلاث جلسات أسبوعياً على الأقل . وتبدأ كل جلسة بمناقشة لمدة (١٠ إلى ١٥) دقيقة عن الواجبات المنزلية ، وملاحظة ممارسة الطقس فى اليوم السابق . وتقسّم الـ ٩٠ دقيقة التالية إلى (٤٥) دقيقة تعرض تخيلى ، و (٤٥) دقيقة تعرض واقعى . وتتم فى الـ ١٥ دقيقة الأخيرة مناقشة الواجبات المنزلية لليوم التالى ، ويمكن تعديل هذه الخطة عند اللزوم . فعلى سبيل المثال ، إذا كان التعرض الواقعى يستلزم أن ينتقل المعالج مع المريض إلى مجمع تجارى لتلوّث ملابس الأطفال ، فيجب أن تخصص الجلسة كلها لهذا النشاط . ويواجه بعض المرضى صعوبة انفعالية فى الانخراط فى التعرض التخيلى ومعايشته (أى تعجز التخيلات عن إثارة كربهم) ، وفى هذه الحالة يجب أن يركز العلاج بصفة كلية على التدريبات الواقعية .

ويوصى فى بداية الجلسة أن يناقش المعالج خطة الجلسة مع المريض ، وأثناء التعرض التخيلى بجلوس المريض فى كرسي مريح ، وتوجه إليه التعليمات التالية :

«اليوم ستخيل (صف المشهد) . وسأطلب منك أن تغلق عينيك ؛ لكى لا يتشتت تفكيرك . وحاول أن تتصور المشهد كاملاً وحيّاً بقدر الإمكان ، وليس كما لو كنت تستمع إلى قصة ، بل أنك تمر فعلاً بالتجربة هنا والآن . وكل بضع دقائق سأطلب منك أن تقدر مستوى القلق لديك على مقياس من (صفر إلى ١٠٠) ، وأرجو أن تجيب فى الحال وحاول إلا تضيع منك الصورة المتخيلة .

وجلسات التعرض التخيلى مسجلة صوتياً ، ويطلب من المريض أن يعيد التعرض بالاستماع إلى شريط التسجيل كجزء من الواجبات المنزلية .

وتختلف المواقف التي يتضمنها التعرض الواقعي بدرجة كبيرة من مريض إلى آخر (خاصة بالنسبة للمرضى الذين يراجعون كل ما يصدر عنهم وحولهم من أنشطة) ، وفيما يلي بعض أمثلة الإرشادات ، التي يمكن أن توجه للمريض أثناء تدريبات التعرض الواقعي :

للمرضى بتكرار الاغتسال

«اليوم ، سنقوم بلمس (حدد الشيء أو الأشياء) ، ومعنى هذا أنني سأطلب منك أن تلمسه بيدك كاملة ، وليس بالأصابع فقط ثم ستلمس بها وجهك وشعرك وملابسك ؛ لكي تشعرى أن التلوث قد عم جميع أجزاء جسمك . ثم سأطلب منك أن تجلسي وتمسكي بهذا الشيء ، وتكرري لمس وجهك وشعرك وملابسك بقية الجلسة . أعرف أنه من المحتمل أن يسبب لك هذا الارتباك ، ولكن تذكرى أن القلق سينخفض فى النهاية . ثم أريدك أن تنتقلى إلى خطوة أخرى بأن تسمحي لنفسك أن تشعرى بالقلق بشأن الضرر الذى تخشين حدوثه - المرض مثلاً - لأنه لن يسمح لك بالاغتسال بعد هذا التعرض . وآسف أن هذا العلاج لا بد أن يكون صعباً ، وأن يسبب كل هذه المضايقات ، ولكنى متأكد أنك تستطيعين القيام به ، وستجدينه أسهل بمرور الوقت . حسناً ، هذا هو الشيء ، تقدمى والمسيه .

وهنا يقدم المعالج الشيء المقصود للمريض ليمسك به (أو يطلب منه/منها أن يلمسه) ، ثم يطلب من المريض أن يلمس وجهه وشعره وملابسه بهذا الشيء أو يديه الملوثتين وكل (١٠ دقائق) عليه أن يسأل المريض «ما مستوى القلق أو عدم الارتياح - حدد درجة من (صفر إلى ١٠٠) الآن ، وأنت تركز على الشيء الذى تلمسه، الآن على الفور [ويمكن إنهاء ذلك بسؤال «ما هى مشاعر الضيق لديك؟» ما أن يفهم المريض السؤال .

للمرضى بمراجعة أداء الشيء للتأكد

«الآن ، أريدك أن (على سبيل المثال - أن تكتب شيكات لدفع فواتير الشهر ، دون أن تعيد النظر إليها عند الانتهاء منها ، وعليك فقط أن تضعها فى مظاريف الخطابات وترسلها دون أن تراجعها إطلاقاً) . ثم سنخرج (وعلى سبيل المثال ، تقود السيارة فى طريق مليء بالحفر ، دون أن تنظر فى المرآة العاكسة لترى ما يحدث خلفك) . وأثناء هذا أريدك أن تعلق بشأن الضرر الذى يمكن أن يحدث ؛ لأنك لم تراجع ما فعلته ، ولكن لا تدع التفكير يعوق أداء هذه الأنشطة فعلاً .

ويجب أن يلبه المرضى إلى الإرشادات المحددة لمنع الاستجابة في اليوم الأول من العلاج ، وعلى فترات أثناء العلاج ، وقد وجدنا أن إعطاء نسخة مكتوبة من القواعد لمنع الاستجابة الموضحة في شكل ٢ : ٥ يساعد المرضى على فهم القواعد وتذكرها . وإذا كانت القواعد لا تغطي أنواع الطقوس تغطية كاملة ، يجب على المعالج أن يزود المرضى بمجموعة مكتوبة من الإرشادات معدلة تناسب الاحتياج .

قواعد منع الاستجابة للمغتسلين كالاتي :

لا يسمح للمرضى خلال العلاج المكثف باستخدام الماء على اجسامهم ، بمعنى لا غسل للأيدي ، لا شطف ، ولا فوط مبللة أو غيرها . ويسمح باستخدام كل من الكريمات وبقية أدوات التجميل (مساحيق التنظيف ومزيلات الرائحة وغيرها) ، ما لم يكن استخدام هذه الأشياء يقلل من التلوث . ويمكن حلاقة الذقن باستخدام ماكينة حلاقة كهربائية . ويمكن شرب الماء أو استخدامه في غسل الأسنان مع العناية بعدم وصوله إلى الوجه أو اليدين . وملاحظة أن لا يستغرق الاستحمام أكثر من عشرة دقائق مرة كل ثلاثة أيام . ويمنع المغتسلين الذين يمارسون طقوس اغتسال لأجزاء معينة من أجسامهم (المناطق التناسلية أو الشعر) من ذلك . وعلى المريض أن يتلوث من جديد بعد الاستحمام .

ويتم الاشراف على منع الاستجابة في المنزل بواسطة اقارب أو اصدقاء سبق تحديدهم وحصلوا على تعليمات من المعالج لأن يكونوا متاحين للمريض الذي يعاني صعوبة في التحكم في الالاحاق القوي للاغتسال . وعلى المريض أن يخبر الشخص المدعم له بأي انشغالات تكدره ، ويظل المدعم مع المريض إلى أن يتناقص الالاحاق إلى مستوى يمكن التحكم فيه . ويتعين اطلاع المعالج على الملاحظات المتعلقة بمخالفات تعليمات منع الاستجابة . وعلى الشخص المدعم أن يحاول منع هذه المخالفات باستخدام تعبيرات لفظية حاسمة ، دون استخدام القوة البدنية ، كما يجب تجنب المجادلة . وعلى الشخص المدعم اغلاق الصنابير إذا وافق المريض مقدما على هذه الخطة . ويحدد الشخص المدعم الوقت اللازم للاستحمام دون أن تجرى ملاحظة مباشرة لسلوك الاستحمام ويمكن السماح باستثناءات في ظروف غير معتادة (مثل ذلك الظروف الطبية التي تتطلب نظافة ضرورية) ولكن يتعين القيام بكل الجهد لتأكيد أن الاغتسال يخدم النظافة فقط لا «منع التلوث» . وقد وجدنا أنه إذا ما كان من الضروري للمرضى أن يستحموا ،

فمن المهم جعلهم يعيدون تلويث انفسهم على الفور بعد الاستحمام .

قواعد منع الاستجابة لتكروري المراجعة

بدءا من الجلسة الأولى لتعرض ومنع الاستجابة ، يتعين عدم انخراط المريض في سلوك طقسى ، ويسمح له فقط بالمراجعة العادية (مثال ذلك مراجعة واحدة لاغلاق الباب) ويمنع من مراجعة الاشياء التي لا تراجع في المعتاد .

وتمارس تدريبات منع الاستجابة في المنزل تحت اشراف اقارب أو اصدقاء سبق للمعالج تحديدهم ممن حصلوا على تعليمات لأن يكونوا متواجدين لمساعدة المريض . ويتعين أن يكون الاشخاص الداعمين متاحين عند طلب المريض عندما تكون مقاومة سلوك المراجعة صعبة . وعليهم أن يبقوا مع المريض إلى أن ينخفض الالحاح إلى مستوى يمكن التحكم فيه . ومرة أخرى يتعين عدم استخدام القوة البدنية ، مع ابلاغ المعالج لأي خرق للقواعد .

شكل ٢ : ٥ الخطوط العريضة لمنع الاستجابة للمغتسلين والمراجعين

وخلال الجلسات القليلة الأخيرة من العلاج ، يجب أن يعرف المريض بقواعد الاغتسال أو التنظيف أو المراجعة السوية ويعرض شكل ٣ : ٥ الخطوط العريضة لمثل هذه الاشكال السلوكية السوية . ويجب أن تتسم متطلبات منع الاستجابة بالهدوء والصبر ؛ لتمكن المريض أن يعود لما يعد روتيناً سوية . وبالنسبة لمرضى الاغتسال المتكرر ، يجب أن تشمل الإرشادات دسأً يومياً لمدة (١٠) دقائق وغسل الأيدي فقط ، بعد التعامل مع شىء قذر . ومن الأساسى ، أن يتبع أى اغتسال التعرض للتلوث مباشرة ، كما قد يرغب المعالج فى الاستمرار فى بعض القيود ؛ خاصة إذا كانت الدوافع للاغتسال لا تزال قوية . على سبيل المثال ، قد يطلب من المرضى الذين يتركز وسواسهم على جراثيم الحمام الامتناع عن الاغتسال ، بعد استخدام الحمام لعدة شهور بعد إتمام العلاج المكثف .

الاعتماد

- لا تتعدى فترة استحمامك يوميا عشر دقائق .
- لا تغسل يديك أكثر من خمس مرات في اليوم ،
- علي أن لا تستغرق في غسلها أكثر من ثلاثين ثانية .
- أغسل يديك فقط عندما تكونا قذرتين أو لزوجتين .
- استمر في تعريض نفسك عمدا ، اسبوعيا ، لأشياء أو مواقف تقلقك .
- إذا كانت هناك مواقف أو أشياء تقلقك فعرض نفسك لها مرتين أسبوعيا .
- لا تتجنب المواقف التي تثثير عدم الراحة .
- عندما تكتشف أن لديك ميلا لتجنب موقف ما ،
- واجهه متعمدا مرتين أسبوعيا علي الأقل .
- لا تراجع أي شيء أو موقف يثثير الحاح المراجعة أكثر من مرة .
- لا تراجع ولو مرة واحدة في المواقف التي نصحك
- معالجك بعدم مراجعتها
- لا تتجنب المواقف التي تثثير الحاحا للمراجعة ،
- وإذا اكتشفت ميلا للتجنب واجه هذه المواقف عمدا
- مرتين اسبوعيا ومارس التحكم فيها بالامتناع عن المراجعة .
- لا تلقى بالمسئولية علي الاصدقاء أو أفراد العائلة لكي تتجنب المراجعة

شكل ٣ : ٥ الخطوط العريضة للسلوك السوي

وتسير الجلسة الأخيرة للعلاج على نظام الجلسات السابقة ذاته ، باستثناء عدم إعطاء تعليمات بتعرض محدد ومنع الاستجابة كواجبات منزلية . وبدلاً منها، ينبغي على المعالج أن يوجه المريض إلى نظام للحفاظ على مبدأ الاستمرار في التعرض الذاتي ؛ لضمان الاتصال من وقت لآخر مع المواقف السابق تجنبها ، وللمنع العودة إلى أنماط التجنب السابقة . على سبيل المثال ، يستطيع المعالج أن يقترح على المريض ، الذي يعاني من خوف وسواسي من جراثيم «اللوكيميا» أن

يندمج بطريقة روتينية في أنشطة ، كان يجتذبها سابقاً ، مثل : لمس مقابض الأبواب واستخدام مناطق الانتظار ودورات المياه العمومية ، أو تناول الطعام في مطاعم وما شابهها . كما نستطيع أن نطلب منه أن يزور حجرة الانتظار في مستشفى للأورام أسبوعياً أولاً ، ثم مرة كل أسبوعين إلى أن يصل قلقه إلى الحد الأدنى ، وتصبح الاندفاعات للاغتسال تحت السيطرة .

الزيارة بالمنزل

من المهم التأكيد على أن مكاسب المريض من العلاج قد انسحبت على بيئة المنزل . وعادة تفيد الواجبات المنزلية في تحقيق هذا ، ولكننا وجدنا فائدة كبيرة في زيارة المعالج للمريض في منزله ، خاصة في حالات عدم استطاعة المريض العودة لمنزله يومياً خلال فترة العلاج المكثف (مثل المرضى من الريف أو المقيمين بالمستشفى) . والزيارة بالمنزل تتيح للمعالج والمريض فرصة أن يناقشا معاً إرشادات «السلوك السوي» ، ويجب على المعالج أن يناقش خطة هذه الزيارة مع المريض وأسرته قبل انتهاء العلاج .

وتتكون الزيارة بالمنزل عادة من جلسات لمدة أربع ساعات للجلسة يوماً بعد الآخر ، عند نهاية برنامج العلاج . ويستغل الجزء الأكبر من هذه الجلسات في إجراء تعرض إضافي لمثيرات الوسواس في أرجاء منزل المريض أو محل عمله . فعلى سبيل المثال ، قد يرافق المعالج المريض في تلوينه للأشياء في المنزل أو في المجمع التجاري . وبالمثل : يمكن أن يطلب من المريض أن يفتح أو يغلق موقد البوتاجاز ، دون مراجعة ، وأن يغادر المنزل مع المعالج . ويعبر معظم المرضى خاصة الذين يستطيعون العودة إلى منازلهم أثناء العلاج عن متاعب قليلة ، عند إجراء هذه التعرضات لأنها تمثل تكراراً للواجبات المنزلية . وفي بعض الحالات ، يكتشف المعالج بعض مناطق لم يقم المريض بتلوينها أو بعض أماكن بالمنزل لازالت تسبب الشعور بالكرب ، على الرغم من التعرض السابق لها . وتركز الزيارة بالمنزل على التعرض لمواقف أو أشياء لا تزال مصدراً للمشاكل .

فترة المحافظة على مكاسب العلاج

بالإضافة إلى التوصية بالاستمرار في مهام التعرض الذاتي لمساعدة المريض في الحفاظ على مكاسب العلاج ، قد يرغب المعالج أن يضع جدولاً لجلسات المحافظة على مكاسب العلاج ، ويمكن أن تستخدم هذه الجلسات في

وضع خطة لمزيد من التعرض ، وتكرار الإرشادات للسلوك السوى والاهتمام بقضايا تنشأ مع توافق المريض بدون اضطراب وسواس قهري .

وهناك بعض الأدلة عن استفادة المرضى من الاتصال المستمر مع المعالج بعد جلسات العلاج المكثف . وفي إحدى الدراسات ، ظهر أن الجلسات العلاجية المدعمة لمدة ١٢ أسبوع (ودون تدريبات تعرض) قد قللت عدد الانتكاسات ، لدى عينة مرضى الوسواس القهري ، عولجت لمدة ثلاثة أسابيع بالتعرض ومنع الاستجابة (Foa et al., 1992) . وكذلك أسفرت نتائج دراسة (Hiss, Foa, & Kozak, 1992) عن أن العلاج المكثف الذي أعقبه علاج سلوكي معرفي لمدة أسبوع ، ثم أعقبه ثمانية اتصالات تليفونية (لمدة عشرة دقائق) ، أعطى نتائج طويلة المدى أفضل من العلاج المكثف الذي أعقبه علاج أسبوع بالتداعي الحر .

مكان العلاج

يفضل بقاء المرضى في بيئتهم العادية أثناء العلاج المكثف ، وهذا مهم بصفة خاصة للمرضى الذين تتمثل رموز مخاوفهم في مثيرات بيئة المنزل . والمستشفى قد يكون مكاناً صناعياً حمائياً؛ خاصة لمرضى المراجعة للتأكد من الذين قد يشعرون بعدم المسؤولية تجاه ما يحيط بهم ، وبذلك لا يعانون اندفاعاتهم المعتادة للمراجعة . وإذا كان المرضى يعيشون في مكان ناء لا يناسب الانتقال يومياً للجلسات العلاجية ، نوصى بأن يستأجروا مسكناً أو حجرة بفندق قريب من العيادة . وإذا لم يتيسر هذا يجب مناقشة الإقامة بالمستشفى . ويوصى بالإقامة بالمستشفى بالنسبة للمرضى المعرضين للانتحار أو الانهيار الذهاني ، والذين يحتاجون لمتابعة دقيقة ، ولكن ينقصهم نظام تدعيم كاف لمساعدتهم أثناء العلاج .

وإذا كان المريض موظفاً ، وترتبط أعراض الوسواس القهري بعمله ، يجب أن يشجع المريض على الاستمرار في العمل ؛ لكي يمكن إدماج التعرضات المناسبة في العلاج . إلا أنه ، حيث إن العلاج يتطلب من خمس إلى ست ساعات في اليوم ، فقد يضطر المريض أن يعمل نصف الوقت أثناء العلاج المكثف .

وفي الحالات التي لا ترتبط فيها الأعراض بالعمل قد يقرر المريض أن يواصل العمل أثناء العلاج المكثف . ويسبب طبيعة العلاج المستهلكة للوقت ، كثيراً ما نقترح على المريض أن يأخذ أجازة من العمل . ولا يتيسر للمريض أن يأخذ ثلاثة أسابيع كاملة أجازة من العمل ؛ ولذلك يجب على المعالج أن يقترح على

المريض أن يعمل نصف وقت أو أن يأخذ اجازة من العمل خلال الاسبوعين الأول والثاني من برنامج العلاج .

متغيرات المعالج

يثير العلاج المكثف مع التعرض للمواقف المخيفة ، ومنع الاستجابة للسلوك الطقسي توترا شديدا للمرضى . واستعدادهم للتعرض لهذا التعذيب يشهد بقوة الدافع لديهم ؛ للتخلص من أعراض الوسواس القهري . ويتطلب نظام العلاج المكثف أن يحافظ المعالج على توازن دقيق بين الضغط على المريض للامتثال للعلاج ، والتعاطف مع ما يشعر به من كرب . وتشير الملاحظات الإكلينيكية ونتائج الدراسة التي قام بها راباڤيلاس وبولوجوريس وبيريزاسكى ، Rabavilas, Boulougouris and Perissak (1979) أن المعالج الذي يتصف بالاحترام والفهم والتشجيع والوضوح وروح التحدى ، من المرجح أن يصل إلى نتائج أفضل من المعالج المتسامح المستاهل .

وأثناء العلاج ، يتراوح سلوك المريض بين التعاون الشديد والتجاوب والاستعداد للاشتراك فى التعرض ، وبين العناد الأعمى ورفض اتباع إرشادات المعالج . وقد يتفاوت موقف المريض نفسه ، تبعاً لنوع التعرض أثناء جلسة معينة . والقيام بالعلاج السلوكى لاضطراب الوسواس القهري هو - إلى حد كبير - فن يتضمن متى يلجأ المعالج للضغط ، ومتى يستخدم المواجهة ، ومتى يكون مرناً . ومثل هذه القرارات تتطلب أن يلاحظ المعالج بدقة استجابة المريض ، وأن يتخذ القرار بناء على خبرته . ويقدر الإمكان ، يجب على المعالج أن يتخذ أسلوباً يقلل قسوة برنامج العلاج ، مع الالتزام فى الوقت نفسه بقواعد العلاج التى وضعت فى بداية البرنامج .

متغيرات المريض

العامل الأول الذى يؤثر فى قدرة المريض على الاستفادة من العلاج السلوكى المكثف ، هو مستوى الدافع لديه . ولأن التعرض ومنع الاستجابة يسبب قدراً كبيراً من الكرب ، يجب أن يكون دافع المرضى عالياً لكى يمثلوا للعلاج . وكثيراً ما يرتبط مستوى الدافع بشدة أعراض المرض لدى المريض ، وعندما تكون الأعراض لا تحتمل ، فغالبا ما يحتمل المريض المضايقات لفترة قصيرة ، نظير تخلصه من الأعراض فى نهاية المطاف .

وأحياناً ، يكون دخول المريض برنامج العلاج بناءً على ضغط من عائلته ؛ فيوافق على العلاج فقط لكي يرضى شريك حياته أو والديه . وهؤلاء لا يلتزمون عادةً بإرشادات المعالج بصرامة ، ولذلك لا يحصلون على مكاسب من العلاج .

ومن المهم أن يوضح المعالج للمريض بجلاء أن العلاج لمدة شهر - ولو كان مكثفاً - ليس محتملاً أن يزيل كل أعراض الوسواس القهري . والأجدر أن يتوقع المريض أن يتناقص قلقه واندفاعه لممارسة الطقس ، ويصبح أكثر قدرة على السيطرة عليه ؛ فتوقع التخلص من الأعراض في نهاية العلاج قد يؤدي إلى خيبة الأمل ، ويمكن أن يسبب الانتكاس لأن المحافظة على مكاسب العلاج تتطلب عادةً مواصلة الجهد عقب العلاج المكثف .

ومن المهم أيضاً أن نوضح للمرضى أن التعرض ومنع الاستجابة ليست علاجاً سحرياً لكل مشاكلهم النفسية والشخصية ، فهذا العلاج يهدف بالتحديد تخفيض الوسواس والدافع لممارسة الطقس لدى المريض ومن المحتمل أن تبقى المشكلات الموجودة قبل العلاج (مثل الخلافات الزوجية أو الاكتئاب) ، إلا أنها قد تخف إلى حد ما بعد العلاج .

وكما سبق أن ذكرنا ، قد لا يستفيد المرضى المصابين بالاكتئاب الشديد أو الاعتقاد الراسخ بحقيقة الخوف الوسواسي من العلاج السلوكي للوسواس القهري . وقد تم تحديد عامل آخر يمثل عائقاً قوياً للعلاج السلوكي والدوائي للوسواس القهري، هو تزامنه مع أعراض اضطراب الشخصية الفصامية (1) (Jenike, Baer, Minchiello, Schwartz, & Carey, 1986; minchiello, Baer & Jenike, 1987) . ومع أنه قد أُثيرت تساؤلات عن الطريقة المستخدمة لتشخيص النمط الفصامي (انظر : Stanley, Turner, & Borden, 1990) ، يجب على المعالج أن ينتبه إلى احتمال ضعف الاستجابة للعلاج من الوسواس القهري من جانب مرضى الفصام .

دراسة حالة

نعرض في هذا القسم عملية جمع المعلومات المتعلقة بالعلاج ، وتخطيط برنامج العلاج وإجراء جلسات التعرض .

(1) Schizotypal personality disorder

وصف الحالة

«جين» سيدة في السادسة والعشرين ، متزوجة ، حصلت أخيراً على بكالوريوس التمريض ، وقد سعت للعلاج من مشكلة الاغتسال والتنظيف الزائد عن الحد . وكانت مستثارة للغاية في أول مقابلة ، وأوضحت أنها تبكي بكاءً مراراً طوال الستة أسابيع الماضية . وقد جاءت في صحبة زوجها ، الذي تزوجته من سنة شهر وشقيقة زوجها التي تعتبرها صديقة مخلصه ، وقد ثبت عدم جدوى علاجها السابق بإزالة الحساسية بالتدريج وبمضادات الاكتئاب والمهدئات ، وإعادة التشكيل المعرفي ، وقد فشلت «جين» في الحصول على وظيفة كمرضة بسبب أعراض مرضها .

وقد جمعت هذه المعلومات في تقويم جين المبدئي ؛ للمشاركة في العلاج بالتعرض ومنع الاستجابة . وبعد التأكد من عدم إصابتها بالذهان وعدم إيمانها للمخدرات والكحوليات وعدم إصابتها بمرض عضوي ، حدد المعالج لجين .

جمع المعلومات

الاعراض الحالية

أولاً ، طلب المعالج من المريضة معلومات عن المحتوى الوسواسي ، بما في ذلك رموز المخاوف الداخلية والخارجية ، واعتقادها بشأن النتائج ومعلوماتها عن أنماط التجنب السلبي ، وأنواع الطقوس . ولأن الطقوس هي الأعراض الملموسة (المجسمة) ، فمن الأنسب غالباً البدء بالسؤال عن هذا السلوك .

المعالج : عرفت من الدكتور «ف» أنك تعانين كثيراً من تكرار الاغتسال والتنظيف . هل تستطيعين توضيح المشكلة لي أكثر ؟

المريضة : يبدو أنني فقدت السيطرة عليها نهائياً الآن ، فإنني أكرر الاغتسال كثيراً ، واستغرق وقتاً طويلاً في الاستحمام ، زوجي حزين من أجلي . ويحاول هو وشقيقته مساعدتي ، ولكنني لا أستطيع أن أمتنع . وأصبحت حزينة دائماً وأبكي باستمرار (تكاد تبكي في لحظتها) ، ولا شيء يفيد .

المعالج : أرى أنك مضطربة الآن أيضاً . حاولي ، من فضلك ، أن تشرحي لي حال الاغتسال في الأيام القليلة الماضية ؛ لكي أفهم الحالة . ما مقدار الاغتسال الذي تقومين به ؟

المريضة : تجاوز الحد جداً والاستحمام يستهلك كل الماء الساخن ، واضطر لغسيل يدي طوال الوقت ، ولا أشعر بالنظافة الكافية أبداً .

المعالج : حددى لى الوقت الذى يستغرقه الحمام . كم دقيقة أو كم ساعة ؟

المريضة : حوالى ٤٥ دقيقة ، وأحاول أن أنتهى بسرعة ، وأحيانا أطلب من زوجي أن يمنعنى .

المعالج : وكم مرة تستحمين ؟

المريضة : عادة مرتين ، مرة فى الصباح ومرة قبل النوم ، ولكن أحياناً اضطرب بسبب شىء ما ، فأخذ حماماً آخر .

المعالج : وغسيل الأيدي ، كم يستغرق من الوقت ؟

المريضة : تقصد كم مرة أغسل يدي ؟

المعالج : أقصد الوقت الذى يستغرقه كل مرة وعدد المرات فى اليوم ؟

المريضة : قد يصل إلى ٢٠ مرة فى اليوم . وربما أستغرق خمس دقائق فى كل مرة ، وقد يكون أكثر ، ودائماً أشعر أنها لم تنظف ، ويخيل لى أننى لمست الحوض بعد الاغتسال ، وأعتقد أنها اتسخت من جديد .

بذلك يكون المعالج قد حصل على معلومات أساسية عن أبرز الطقوس ، وقد استمر فى الأسئلة لمعرفة إذا ما كان هناك دلائل عن وجود أفعال قهرية أخرى أم لا .

المعالج : هل تعملين أى شىء آخر لكى تشعرى بالنظافة ؟

المريضة : نعم ، استخدم الكحول للتطهير فمثلاً أمسح مقعد السيارة بالكحول قبل الجلوس عليه .

المعالج : هل تمسحين نفسك بالكحول ؟

المريضة : لا ، فقط الأشياء التى أعتقد أنها قدرة .

المعالج : هل تستطيعين أن تحددى مقدار ممارستك لهذا ؟

المريضة : إننى استخدم حوالى زجاجة كحول فى الأسبوع .

وهنا ، كان أمام المعالج أن يختار بين أن يسأل المريضة عن الأشياء التى

تنظيفها ، أو أن يسأل عن طقوس أخرى تمارسها . وقد اختار المعالج أن يسأل عن التصرفات الطقسية ، ثم يرجع إلى موضوع التلوث عند انتهاء الأسئلة .

المعالج : هل تتذكرين أى أشياء أخرى تفعليها لتنظيف نفسك أو الأشياء القذرة حولك ؟

المریضة : هذا هو كل ما أتذكره الآن .

المعالج : هل هناك اشياء اخرى مما نسميه دفعات قهرية أخرى ؟ هل تضطرين لمراجعة أداء الأشياء أو تكرارها ؟

المریضة : لا ، باستثناء الاغتسال عندما أشعر أنني لست نظيفة بدرجة كافية ، عندئذ اغتسل مرة أخرى .

المعالج : أليس هناك تصرفات تكرارية أخرى بالإضافة للاغتسال ؟
المریضة : لا .

حيث إن هذه المريضة لم تظهر لديها أنواع متعددة من السلوك الطقسي ، انتقل المعالج إلى المحتوى الوسواسي . وعادة نبدأ بالرموز (المؤشرات) الخارجية .

المعالج : ما الأشياء التي تشعرك بالحاجة للاغتسال ؟ على سبيل المثال ، لماذا تمسحين مقعد السيارة بالكحول ؟

المریضة : ربما لأنني أظن أنه قد تلوث بمخلفات كلب ، عند دخولي ، أو عند استخدام زوجي له .

المعالج : أو من الحذاء ؟

المریضة : نعم ويشغلني أيضاً أن يلمس طرف الفستان المقعد أو الحذاء حتى أثناء صعودي درج المبنى .

المعالج : فستان مثل هذا ؟ (كانت المريضة ترتدي رداءً يصل إلى تحت الركبة بقليل ، واحتمال أن يلمس الأرض أو كعب الحذاء يكاد يكون معدوماً) .

المریضة : نعم .

المعالج : هل سبق أن اتسخ ردائك بمخلفات كلب ؟

المریضة : لا أظن ، ولكن في عقلي اعتقد أن هذا ممكن أن يكون قد حدث ، وأظن أن هذا من الصعب أن يحدث ، أليس كذلك ؟

والتفكير في احتمال حدوث أشياء مستبعد حدوثها أمر شائع في مرض الوسواس القهري ، وقد يكون هذا نتيجة للقلق الزائد . والتأكيد للمريضة أن ردائها غير محتمل أن يتلوث بملامسة الحذاء يتعارض مع العلاج ؛ حيث إنه يكشف عن مخاوف عصابية . ولذلك انتقل المعالج لمزيد من الأسئلة عن المكون الوسواسي .

المعالج : هل مخلفات الكلب هي أكثر ما يزعجك ؟

المريضة : محتمل . نعم ، أعتقد هذا ، ولكن جراثيم الحمامات لا تقل عنها سوءاً .

المعالج : أى نوع من الجراثيم ؟

المريضة : من المرحاض . أنت تعلم ، عند استخدام الحمام .

المعالج : البول والبراز ؟

المريضة : نعم ، والبول لا يشغلني أمره مثل الآخر .

المعالج : لماذا ؟

المريضة : لأنني تعلمت في مدرسة التمريض أنه معقم تقريباً . لقد عانيت كثيراً في دراسة علم الميكروبات ؛ لأنه كان يقلقني دراسة البكتيريا والكائنات الدقيقة ؛ فإنها تجعلني أحس أنها موجودة في كل مكان ، وهي خطيرة حقاً ، ولذلك لم أنجح في دراسته جيداً ، وحاولت أن أتجنب التفكير فيه .

اهتمام المريضة بمخلفات الكلاب وجراثيم الحمامات كان يوحى بأن تكوين خوفها يتضمن توقع الإصابة بمرض خطير ؛ ولذلك أخذ المعالج يسألها ليفهم أكثر طبيعة النتائج المخيفة للتلوث .

المعالج : هل تخافين الأمراض التي يمكن أن يسببها البراز ؟

المريضة : نعم ، أظن هذا وإن كنت أعلم أن بقية الناس لا يزعجون مثلي بشأنها ؛ فهم يستخدمون الحمام ويغسلون أيديهم ، وينتهي الأمر عند هذا . ولكني لا أستطيع أن أستبعد فكرة أنني لم أتطهر بالدرجة الكافية .

المعالج : إذا لم تغتسلي بدرجة كافية ، هل تتوقعين أن يصيبك المرض أم ان تتسببي في مرض الآخرين ؟

المريضة : أغلب قلقي عن إصابتي أنا بالمرض ، ولكن أحياناً أقلق من ناحية زوجي أيضاً .

المعالج : هل يتركز قلقك في مرض معين ؟

المريضة : لست متأكدة ، بعض أنواع المرض .

من الشائع بين المرضى الذين يخافون الضرر الذي قد يحدث عن عدم ممارسة الطقس ، أن يكونوا عاجزين عن تحديد نتيجة مخيفة معينة ؛ فالمصابون بالمراجعة كثيراً ما يخشون من نسيان شيء أو التخلّص من شيء مهم ، ولكنهم غالباً ما لا يعرفون ما هو هذا الشيء . والمصابون بالتردد قد يخشون وقوع ضرر لشخص عزيز ولكنهم لا يستطيعون أن يحددوا ما هو الضرر . ولكن الكثير من مرضى الوسواس القهري يخافون نتائج محددة (العمى أو اللوكيميا مثلاً) . وعند هذه النقطة ، على المعالج أن يختار بين أن يستكمل الأسئلة عن رموز التهديد الخارجي ، أو أن يتابع الأسئلة عن النتائج المخيفة ، والاعتقاد أن هذا الضرر محتمل أن يحدث فعلاً . ولقد اختار المعالج الاتجاه الأخير هنا .

المعالج : لنفترض أنك لمستى فعلاً براز كلب أو براز إنسان دون أن تعي ذلك ، ولم تغتسلي لإزالته ، ما احتمال أن تصابي أنت أو زوجك بمرض خطير ؟

المريضة : حسناً ، أشعر أن هذا ممكن أن يحدث فعلاً .

المعالج : أفهم أنه عندما يحدث هذا ، وتشعرين بالكرب الشديد تتوقعين الإصابة بالمرض ، ولكنى أطلب منك أن تحكى بموضوعية الآن : ما احتمال إصابتك بالمرض إذا لمستى براز ولم تغتسلي ؟ وإذا تكررت لمسك للبراز عشرة مرات ، كم مرة ستصابين بالأمراض ؟

المريضة : أعلم أن هذا غير محتمل ، ولكن أحياناً يبدو لي الأمر حقيقياً .

المعالج : هل تستطيعين أن تحددى بالأرقام النسبة المئوية لاحتمال إصابتك بالمرض ، إذا لمستى قدراً صغيراً من البراز ، ولم تغتسلي ؟

المريضة : أقول إنه احتمال بسيط ، أقل من ٢٥ % .

المعالج : هذا معناه مرة من كل أربع مرات ستصابين بالمرض .

المريضة : لا ، أعتقد أن هذا غير صحيح . أعتقد أنه أقل من ١ % فعلاً .

يتضح من المحادثة السابقة أن المريضة لم يكن لديها اعتقاد قوى أن الأمراض المخيفة ستحدث فعلاً ، مع أن تقديرها في البداية كان مرتفعاً .

والشخص الضعيف الاستبصار بشأن عدم معقولية أعراضه ، كان سيحدد احتمالات أكبر (عادة أكثر من ٨٠٪) ، وكان سيصر على دقة تقديره حتى مع المثابرة في الحوار .

المعالج : حسناً ، الآن بالإضافة إلى المرض ، ما الذى يمكن أن يحدث أيضاً إذا لمستى البراز ؟

المريضة : أعتقد أننى أخاف أيضاً من فكرة الآخرين عنى إذا لمس فستانى أو حذائى براز كلب ، فقد يلمحه أو يشم رائحته شخص ما ، ويحكم بأننى إنسانة قذرة . وهذا يثير الاشمزاز وأعتقد أننى أخاف من أن يكونوا عنى فكرة أننى إنسانة سيئة .

عندئذ وجه المعالج المزيد من الأسئلة إلى المريضة عن النتائج المثيرة للخوف ، فسألها عن احتمال أن يسىء الآخرين تقويم شخصيتها ، إذا لمس رداؤها البراز . وقد جمعت المادة عن النتائج المخيفة لإدخالها فيما بعد فى مشاهد التعرض التخيلى . ولختام الفحص الحوارى عن طبيعة الوسواس ، استطرد المعالج فى حديثه عن المثيرات الخارجية المخيفة .

المعالج : بالإضافة إلى براز الإنسان والكلاب والمراحيض ، ما الأشياء الأخرى التى يمكن أن تلوثك ؟ هل توافقين على استخدام كلمة تلوث لوصف شعورك عند لمس هذه الأشياء ؟

المريضة : نعم ، كأننى أشعر بها على جلدى ، بل أستطيع أن أراه . آه ، لقد تذكرت أننى أنزعج أيضاً إذا رأيت مخلفات الطيور على سيارتى .

المعالج : مخلفات الطيور ، تلك البقع البيضاء ؟

المريضة : نعم ، إننى أضم طرف الرداء عند ركوب السيارة أو الخروج منها لكى لا ألمسه .

وهنا قدمت المريضة أيضاً معلومات عن سلوك التجنب المرتبط بالتلوث .

وقد لاحظ المعالج هذا ، وعاد ليسألها فيما بعد عن وجود أنماط تجنبية إضافية أخرى .

المعالج : وماذا أيضاً بالإضافة إلى مخلفات الطيور ؟

المريضة : الحيوانات النافقة مثل التي تراها على جانب الطريق ، فإننى أشعر أن الجراثيم تنتقل من أرضية الشارع إلى السيارة ، ومنها إلى ، حتى لو لم أطأ عليها ، فإننى أعتقد أن الجراثيم منتشرة حولها .

المعالج : وماذا تفعلين إذا رأيتى حيواناً نافقاً ؟

المريضة : أبتعد عنه ، ذات مرة ركنت السيارة ، وعند خروجى منها رأيت قطة ميتة وراءها مباشرة ؛ فاضطرت لغسل ملابسى والاستحمام فى الحال ، لقد كانت ورطة حقيقية فى ذلك اليوم .

المعالج : يبدو أن الأمر يمثل مشكلة صعبة لك ... هل هناك شىء آخر غير الحيوانات النافقة تسبب لك التلوث ؟

المريضة : لا أتذكر الآن . ولكن هناك أماكن كثيرة أتجنبها بسبب ما سبق الكلام عنه .

ويتعين على المعالج أن يواصل سؤال المريضة عن أشياء أخرى ، يمكن أن تلوث بسبب صلتها القوية بالأشياء السابقة .

المعالج : وماذا عن القمامة ؟

المريضة : وهذه تزعجنى أيضاً . كما أننى أتحاشى صناديق القمامة فى الطريق .

المعالج : وما الذى يزعجك فى صناديق القمامة ؟

المريضة : أعتقد الحيوانات النافقة ، كما أن المطر ينشر الجراثيم على الطريق ، كما أن القمامة المتعفنة سيئة أيضاً . إن صناديق القمامة تثير الاشمزاز أحيانا .

المعالج : هل تخافين الإصابة بالمرض من الحيوانات النافقة والقمامة ؟

المريضة : نعم ، إنها مثل المراحيض ومخلفات الكلاب .

وللإعداد لبرنامج التعرض بحيث تقدم الأشياء تصاعدياً بالنسبة لقدرتها على إثارة عدم الارتياح ، طلب من المريضة أن ترتب أسباب التلوث الرئيسية .

المعالج : والآن ، فلنضع قائمة الأشياء الأساسية التى تزعجك ، وسأطلب منك أن

تسجلى مقدار شعورك بالكرب على مقياس من صفر - ١٠٠ عند لمس الشيء الذى سأذكره لك ، والصفر معناه عدم وجود شعور بالكرب ، و١٠٠ تمثل أقصى درجة للكرب .

المعالج : ماذا لو لمستى فذارة الكلب ؟

المريضة : وأتيتحت لى الفرصة أن أغتسل كما أشاء ؟

المعالج : لا ، فلنفترض أنك لم تستطيعى الاغتسال لفترة .

المريضة : ١٠٠ درجة .

المعالج : حيوان نافق .

المريضة : أيضا ١٠٠ درجة .

المعالج : مخلفات الطيور على سيارتك .

المريضة : هذا يتوقف على إذا ما كانت جافة أو رطبة .

المعالج : حددى بالنسبة لللاثنين .

المريضة : ١٠٠ درجة رطبة و٩٥ درجة للجافة .

المعالج : صناديق القمامة فى الطريق .

المريضة : ٩٥ درجة .

المعالج : المخلفات فى حوض المطبخ بمنزلك .

المريضة : ليس أمراً شديداً السؤ ، ٥٠ درجة فقط ، ولكن سلة القمامة خارج البيت

٩٠ درجة .

المعالج : وما الفرق ؟

المريضة : لأن جوانب السلة متسخة من القمامة القديمة .

المعالج : وماذا عن قاعدة المراض فى دورات المياه العامة ؟

المريضة : هذه سيئة ، ٩٥ درجة .

المعالج : إطارات السيارة ؟

المريضة : عادة ٩٠ درجة ، ولكن إذا كانت قد مرت قرب حيوان نافق تصبح ٩٩ درجة .

المعالج : وماذا عن مقابض الأبواب في دورات المياه العامة ؟

المريضة : المقبض من الخارج حوالى ٤٠ درجة ، ولكن المقبض من الداخل ٨٠ درجة ؛ لأن الناس يلمسونه بعد استخدام المراض مباشرة ، والبعض لا يغسل يديه .

المعالج : فهمت وماذا عن العشب فى المنتزه العام ، مع وجود الكلاب فى أنحاءه ؟

المريضة : إذا مشيت على العشب ٨٠ أو ٨٥ درجة ، ولكنى عادة لا أفعل ذلك . كما أننى أعانى كثيراً من السير فى ممرات الحدائق فالنقط البنية اللون عليها أعتقد أنها قذارة أو مخلفات كلاب .

المعالج : وما مقدار انزعاجك منها ؟

المريضة : الوطء على النقط البنية حوالى ٩٠ درجة ، ولكنى عادة ابتعد عنها .

يجب على المعالج أن يواصل بهذا الأسلوب إلى أن تتكون قائمة من ١٠ إلى ٢٠ بنداً ، ويلزم أن تكون البنود أكثر بالنسبة للمرضى الذين لديهم مخاوف وسواسية متعددة أو طقوس قهرية . وترتب البنود تصاعدياً استعداداً للعلاج بالتعرض ، وتجمع البنود المتساوية فى درجة إزعاجها معاً فى مجموعة واحدة .

وقد برزت معلومات مهمة عن أنماط التجنب والطقوس من المقابلة السابقة حول مؤشرات التهديد الخارجية ، ويمكن الحصول على مزيد من البيانات بأن يقدم المريض وصفاً تفصيلياً لما يمارسه من أنشطة فى اليوم العادى منذ استيقاظه حتى وقت النوم . وبالنسبة لمريضتنا هنا ، كان اهتمامنا الأكبر بحماماتها واستخدامها للمرحاض وتعاملها مع المناشف والملابس المتسخة وارتدائها لملابسها وحثائها . ويمكن التأكد من البيانات الأخرى عن أنماط التجنب بالاستفسار عن الأنشطة الروتينية ، مثل : التسوق ، وتناول الوجبات خارج المنزل ، وتظيف المنزل ، وإعداد الطعام والعمل ... إلخ . وتعطى المحادثة التالية نموذجاً لدرجة التفاصيل المطلوبة .

المعالج : لكى نضع خطة العلاج بدقة ، أحتاج أن أعرف ما الذى تتجنبه فى برنامجك اليومى ، ولتبدأى بما تفعليه عند الاستيقاظ ؟

المريضة : أولاً ، ادخل الحمام .

المعالج : وأنت ترتدين قميص النوم أم دونه ؟

المريضة : دونه لأننى لا أحب أن يلمس المرحاض ، وبذلك يظل نظيفاً فى المساء عندما استحم .

المعالج : استمرى .

المريضة : ثم استخدم المرحاض وأعتقد أننى استخدم كمية كبيرة من ورق التواليت ، لأننى لا أحب أن يصل شىء إلى يدي ، ثم أخذ دشاً .

المعالج : كيف تستعدين لأخذ الدش ؟

المريضة : أضع منشفة جديدة على الشماعة قرب الدش لأننى لا أحب أن تلمس أى شىء قبل استخدامى لها ، وأضع الخف أمام الباب قرب الدش ؛ لكي لا أضطر للدوس حافية على أرضية الحمام بعد أخذ الدش ، ثم أخذ الدش .

المعالج : قلنى إنك تستغرقين ٤٥ دقيقة فى أخذ الحمام ، لماذا كل هذا الوقت ؟

المريضة : إننى اغتسل بنظام معين وأحصى عدد مرات غسل كل جزء ، مثال ذلك أننى اغسل ذراعى اربعة مرات هذا هو السبب فى استهلاك الوقت .

المعالج : وما النظام الذى تتبعينه ؟

المريضة : أولاً أغسل يداى ثم وجهى وشعرى ، ثم أتدرج من أعلى إلى أسفل .

المعالج : وماذا عن منطقة العانة والشرح ؟

(لا بد أن هذه المناطق تسبب أكبر إزعاج للمريضة لشعورها بالتلوث من جراثيم البراز) .

المريضة : هذه أخيراً بعد قدماى .

ومثل هذا الوصف المفصل يساعد المعالج على توقع التجنب المحتمل من المريض أثناء العلاج ، وأن يضع إرشادات خاصة للتعرض ، والإشراف على سلوك الاغتسال العادى فى نهاية العلاج سيوجه إلى ميل المريضة لإحصاء الاغتسال وترتيب نظامه . وأثناء الجلسة الأولى لجمع المعلومات ، طلب من

المريضة أن تراقب ذاتيا عدد مرات حدوث الدفعات القهرية ، والوقت الذي تستغرقه .

المعالج : من الآن وحتى جلستنا التالية ، أريدك أن تسجلي كل عمليات الاغتسال والتنظيف ، التي تقومين بها بما في ذلك مسح الأشياء بالكحول . ويمكنك أن تستخدمى هذه الاستمارة ، (انظر شكل ١ : ٥) ومن فضلك سجلى كل مرة اغتسال والوقت الذي استغرقتيه ، وما الذى جعلك تغتسلين ومقدار قلقك قبل الاغتسال . وهذا السجل سيساعدنا على تحديد أى مصدر للتلوث نسيتيه ، كما يمكننا استخدامه لمتابعة تقدم العلاج .

المريضة : هل تريد أن يكون التسجيل كل نصف ساعة ؟

المعالج : لا ، فقط عند الاغتسال أو استخدام الكحول .

المريضة : حسنا .

تاريخ الأعراض

بعد تقويم أعراض المريضة الحالية ، سعى المعالج إلى معلومات عن بداية المشكلة ، مع إشارة خاصة إلى وجود مسببات للأنعصاب محددة متزامنة معها ، وهل هذه المسببات لا تزال موجودة .

المعالج : منذ متى تغتسلين بهذه الطريقة ؟

المريضة : لقد بدأ هذا منذ سنتين ، فى العام الأول لى بمدرسة التمريض ، ولم تكن سيئة إلى هذا الحد ، وقد بدأت بالمدينة ، فقد كنت أذهب للدراسة فى المدينة ، وكانت المدينة تبدو قذرة حقاً .

المعالج : هل كان للتمريض علاقة بالموضوع ؟

المريضة : محتمل ، فقد كنت تحت تأثير ضغوط كثيرة ، فقد اضطرت لتترك عملى كسكرتيرة ، وكان الوضع صعباً دون دخل مع اضطرارى لدفع تكاليف الدراسة . ولم يقدم والداى عوناً كبيراً ، ثم بدأنا ندرس أساليب التعقيم وسبق أن حدثتك عن علم الميكروبات .

المعالج : هل ازداد الأمر سوءاً بالتدريج ؟

المريضة : غالباً ، ولكنى لاحظت أن الأمر ساء كثيراً بعد دورة الجراحة ؛ حيث

شعرت بقلق حقيقى من تلوث الأدوات بالجراثيم ، وعندئذ بدأت عملية الاغتسال الزائد عن الحد .

المعالج : هل سعيت إلى العلاج فى ذلك الوقت ؟

المريضة : كنت أتردد فى الواقع على الدكتور وه فى الجامعة ، وقد حاول أن يساعدنى .

المعالج : لقد كان يعالجك فعلاً ، من أى شىء ؟

المريضة : كان يعالجنى من فقدان الشهية العصبى ، وقد ترددت عليه لمدة عام ، وعندئذ بدأت عملية الاغتسال .

المعالج : فقدان الشهية العصبى ؟ وهل أفاد العلاج ؟

المريضة : نعم ، لقد انخفض وزنى عندئذ إلى ٨٥ رطلا ، وقد ارتفع الآن إلى ١٠٥ ، وكان يطلب منى أن يزداد وزنى كل أسبوع ، وقد اتبع معى ما يسمى «بالعلاج المعرفى» .

المعالج : فهمت ، وماذا عن مشكلة الاغتسال ؟

المريضة : لقد جرب معى العلاج نفسه ولكنه لم يفلح ، وهذا هو سبب مجيئى إليك . لقد سمعت شقيقة زوجى عن هذا العلاج وقد أشار على الدكتور «وه به» .

المعالج : وماذا عن العقاقير ، هل سبق علاجك بها ؟

المريضة : نعم ، لقد جربت دواء «الأنافرانيل» لفترة وقد أفادنى قليلاً ، ولكنه كان يسبب لى النعاس والدوخة ولذلك أوقفت استخدامه . كما أننى سمعت أنه يجب عدم استخدام هذا الدواء أثناء الحمل ، وزوجى وأنا نرغب فى الإنجاب حالياً . وقد استخدمت قبل ذلك دواء «زناكس» [alprazo] ، ولكنه لم يعالج مشكلة الاغتسال .

المعالج : هل جربتى أى علاج آخر ؟

المريضة : فقط لفقدان الشهية العصبى ، وقد ترددت على مركز علاجى بالجامعة لمدة حوالى سنة ، ولكنه لم يفدنى على الإطلاق .

كان التاريخ المرضى لهذه المريضة غير عادى من حيث حداثة بدء

الأعراض ؛ فالمعتاد فى المرضى المترددين على عيادتنا أن تكون الأعراض قد بدأت لديهم من فترة أطول ، تصل إلى ٨ سنوات ثم المتوسط . كما أن مراكز العلاج المماثلة فى إنجلترا وهولندا سجلت أرقاماً مماثلة ، وكان التاريخ العلاجى لمريضتنا ، وتجربتها أساليب العلاج النفسى والعلاج بالعقاقير قبل لجوئها للعلاج السلوكى نمطياً أيضاً . وحيث إن الفشل السابق للعلاجات غير السلوكية لم يتبين أن له تأثير على نتائج العلاج بالتعرض ومنع الاستجابة ، فعلى المعالج ألا يتأثر بهذا التاريخ . إلا أنه بسبب احتمال وجود اتجاه متشكك بخصوص قيمة العلاج ، يجب أن يقدم المعالج للمريض تبريراً منطقياً واضحاً للعلاج بالتعرض ، ومنع الاستجابة على أساس القواعد التى سبق مناقشتها والموضحة فيما يلى :

المعالج : قبل أن أوصل جمع المعلومات عن مشكلتك ، أعرفك بالعلاج الذى سنتبعه .

المريضة : حسن ، لقد عرفنى الدكتور 'ف' به نوعاً ما . ولكنى ما زلت غير متأكدة ما الذى سيكون عليه هذا العلاج .

المعالج : يسمى هذا العلاج بالتعرض ومنع الاستجابة ، وسأطلب منك أن تواجهى مواقف وأشياء تخيفك أو تشعرك بالتلوث . وسنعمل هذا تدريجياً إلى أن نصل إلى أصعب الأمور ؛ فعلى سبيل المثال يمكن أن نبدأ بالمقايض الخارجية لأبواب الحمامات ، ثم ننتقل إلى مقعد المرحاض ، ثم مخلفات الطيور . وسنعمل هذا معاً وسأكون بجانبك دائماً لمساعدتك ، وستستغرق الجلسة ساعة ونصف أو ساعتين ، وسنتقابل فى كل يوم من أيام الاسبوع . بالإضافة لذلك ، سأكلفك بواجبات لأداء أشياء مماثلة بين جلسات العلاج .

المريضة : أتقصد أننى يجب أن ألمسها ، حتى مخلفات الكلاب ؟

المعالج : نعم ، للتغلب على هذه الأنواع من المخاوف ، فيجب أن يتعلم الناس مواجهة ما يخشونه ، وأن يستمروا فى ذلك إلى أن ينخفض الشعور بعدم الارتياح .

المريضة : حتى لو فعلت هذا ، فقد يستغرق الأمر سنة حتى أعود .

المعالج : تذكرى ، أنك لم تكونى دائماً تشعرين بهذا الشعور تجاه مخلفات الكلاب . وأنت صغيرة ألم يحدث أبداً أن وطلت على مخلفات كلب ، دون قصد فمسحتها وواصلت اللعب .

المريضة : نعم ، لقد نسيت هذا ، لقد مضى وقت طويل على ذلك ، وقد تعودت ألا أفكر مرتين في أمر كهذا .

المعالج : لكى نعيدك إلى الشعور الذى تعودتيه نحتاج إلى تعريضك مباشرة لما تخافين منه ، والآن هناك جزء ثانى من العلاج ، سأطلب منك أيضاً ألا تغتسلي لمدة ثلاثة أيام متصلة ، فلا غسيل للأيدي ولا أخذ حمام لمدة ثلاثة أيام ، ثم ستأخذى حماماً ولكن سنحدده بعشر دقائق ، وبعد الحمام عليك أن تلوئى نفسك مرة ثانية ، ثم تنتظري لمدة ثلاث أيام أخرى حتى الحمام التالي .

المريضة : لا أصدق هذا . لن أستطيع أن أفعل هذا ، ولو كان هذا فى استطاعتي لما جئت إلى هنا . كيف أستطيع الامتناع عن الاغتسال ؟ كل يوم أقرر ألا أفعل ثم أفضل ، فأنت تقصد ألا اغتسل بعد استخدام الحمام أو قبل الأكل ؟ الناس الآخرون يغتسلون بعد استخدام المرحاض ، لماذا لا أستطيع أن أقلل الاغتسال كالناس الأسوياء ؟

المعالج : الآخرون لا يعانون من اضطراب الوسواس القهري ؛ فتذكرى أن الاغتسال بالنسبة لك يجعلك تشعرين بأنك أقل تلوئاً وأقل قلقاً ، صحيح ؟
المريضة : نعم .

المعالج : إذا اغتسلت ولو قليلاً عندما تشعرين بالتلوث فلن يكون لديك أبداً فرصة تعلم أن الشعور بالتلوث سيزول من نفسه دون اغتسال . أما إذا كنت قلقة فعلاً ، فقد يستغرق الأمر وقتاً ، ربما عدة ساعات ، قبل أن تشعرى بتحسن ، ولكن هذا سيحدث فى النهاية . من ناحية أخرى ، إذا اغتسلتى ، ولو قليلاً كل عدة ساعات ، فهذا سيدعم الفكرة أنك يجب أن تغتسلي لتشعري بالتحسن .

المريضة : ولكن لماذا ثلاثة أيام ؟ ألا أستطيع أن أخذ حمام كبقية الناس ؟

المعالج : للسبب نفسه . ستظلى تشعرين بالارتياح حتى لو انتظرتى ٢٤ ساعة بين الاغتسال ، وهذا سيقوى اعتقادك باحتياجك لإزالة التلوث بالاغتسال . يجب أن تتعلمى استخدام الماء والصابون للشعور بالنظافة والانتعاش ، ولكن ليس لإزالة التلوث .

المريضة : أعتقد أنني فهمت الآن ، أعلم الآن أنني اغتسل للتخلص من الأشياء التي أرهبها . لقد اعتدت أن أستحم لأتخلص من العرق والقذارة والشعور بالانتعاش ، ولكنى لست متأكدة أنني أستطيع تحمل عدم الاغتسال كل هذا الوقت .

المعالج : للعلاج متطلبات متعددة ، وقبل أن تبدأى برنامج العلاج يجب أن تقطعى عهدا على نفسك أنه حتى إذا شعرتى بعدم الارتياح أو الحزن فى بعض الأوقات فلن تغتسلى . وسأحاول أن أساعدك بقدر الإمكان بتخطيط العلاج ، وبذلك ستعرفين المتوقع فى كل يوم وسأدعمك حين يلزم . ويجب أن يتوفر شخص ليساعد فى الإشراف والدعم فى أى وقت تحتاجينه . وبين الجلسات فى إمكانك أن تتصلى بى تليفونيا هنا أو فى المنزل ، إذا حدثت أى مشكلة . أعرف أن العلاج لن يكون سهلاً ، ولكنى متأكد أنك تستطيعين إنجازه إذا قررتى ذلك .

عند هذه النقطة يجب عدم طلب تعهد حاسم . والاحرى أن يعرف المريض المطلوب منه ؛ لكي يتكيف مع هذه التوقعات ، ولتخطيط الأنشطة أثناء فترة العلاج طبقاً لها . ويجب على المريض أن يقوم بالترتيبات اللازمة لحضور جلسات العلاج اليومي لمدة ثلاثة إلى أربعة أسابيع . وكما سبق أن أوضحنا ، ستكون ثلاث جلسات أسبوعياً للمرضى ذوى الأعراض غير الحادة كافية . ويجب على المعالج ألا يقلل من صعوبة نظام العلاج ، وبذلك يعد المريض للنضال ، ويبدأ العلاج باستعداد لحشد مصادر قوته الداخلية .

وعادة ما يؤخذ تاريخ المريض فى الجلسة الأولى ؛ وحيث إن جمع تواريخ مرض الوسواس القهرى لا يختلف عن جمع تاريخ باقى المرضى النفسيين ، فإننا لم نرد التفاصيل هنا .

تخطيط العلاج

بدأ المعالج الجلسة الثانية بأن راجع بإيجاز مراقبة المريض الذاتية للطقوس ، وخصص باقى الجلسة لوضع خطة العلاج .

المعالج : حسنا ، الآن أريد أن أناقش خطتنا فى كل يوم خلال الأسبوع الأول من العلاج ، نحتاج أن نعرضك سواء بالتخيل أو فى الواقع للأشياء التي تزعجك ، التي تحدثنا عنها فى الجلسة الأولى . وكما سبق أن قلت سنحد

من الاغتسال ، والمشاهد التي ستتخيلينها ، ستركز على الضرر الذي تخافين حدوثه إذا لم تغتسلي . والتعرض الواقعي (الفعلي) سيركز على مواجهة الأشياء التي تلوثك ، وتقييد الاغتسال سيعلمك كيف تعيشين دون طقوس . وستخيلين أنك تلمسين شيئاً ترهبينه مثل مقعد المرحاض وعدم الاغتسال ، ثم الإصابة بالمرض ، ويمكن أن نجعلك تتخيلين أنك ذهبت إلى طبيب ، لا يستطيع أن يحدد مما تعانيين ولا يستطيع علاجك منه ، هذا هو الخوف الذي لديك ، هل هذا صحيح ؟

المریضة : نعم ، وأن يمرض زوجي وأنها ستكون غلظتي .

المعالج : حسناً ، إذاً في بعض المشاهد ستمرصين أنت ، وفي مشاهد أخرى سيمرض زوجك . وهل لي أن أضيف أن أناساً آخرين سيلومونك لعدم الحرص ، هل هذا ما تخشينه ؟

المریض : نعم ، خاصة أُمي .

المعالج : حسناً ، سنجعلها تنتقدك على عدم الحرص بدرجة كافية . هل تستطيعين أن تفكري في شيء آخر نضيفه للصورة ؟

المریضة : لا ، هذا هو كل شيء .

المعالج : نستطيع أن نكون المشهد بالتفصيل ، بعد أن نضع الخطة للتعرض الفعلي . فلنراجع قائمة الأشياء التي تتجنبينها أو تخافين لمسها ؛ لكي نتأكد أننا رتبناها بالطريقة السليمة ، ثم نقرر ما ننفذه في كل يوم . موافقة ؟

المریضة : نعم ، (استعرضت المريضة القائمة التي تشمل سلة القمامة وأرضية المطبخ وأرضية الحمام وسجادة الممشى في مكان عام ، ومخلفات النباتات ، وإطارات السيارة ، ومخلفات الكلاب مجففة ، ومخلفات الطيور . وتم التغيير حيث يلزم) .

المعالج : دعينا الآن نضع خطة للعلاج : في اليوم الأول سنبدأ بالأشياء التي أعطيتها درجات أقل من ٦٠ . وهذا يشمل لمس هذه السجادة ومقابض الأبواب خارج دورات المياه ، والكتب في مكتبتى ، ومفاتيح الكهرباء وسور الدرج . وفي اليوم الثاني سنتعامل مع العناصر من ٦٠ إلى ٧٠

درجة ، مثل : البراز والأرضيات العارية والغسيل القذر ، والأشياء على مكتب زوجك (واستطرد المعالج في إعطاء تفاصيل الجلسات من ٣ إلى ٥ وزيادة مستوى الصعوبة في كل يوم) . في الأسبوع الثاني سنكرر المواقف الأسوأ ، مثل : صناديق القمامة ، واطارات السيارة ، ودورات المياه العامة ، ومخلفات الطيور ، وقاذورات الكلاب ، كما سنجد حيواناً نافقاً سنسير جواره ، ونلمس أرضية الشارع المجاورة له .

في مناسبات نادرة يحتمل أن تكون المواجهة المباشرة مع الشيء المخيف (المبيدات الحشرية والكيماويات الأخرى مثلاً) سبباً في حدوث الضرر . وفي مثل هذه الحالة يجب تقدير الموقف لإيجاد حل وسط بين التجنب الكلي والتعرض للخطر . فبالنسبة للكيماويات على سبيل المثال ، يعرض المرضى لكميات صغيرة غير ضارة . وفي حالة مريضتنا قرر المعالج أن التعامل المباشر مع حيوان نافق غير مطلوب ، وأنه يكفي الوطاء على فراء الحيوان بالحذاء ، ثم لمس الحذاء لإنجاز التعرض .

المعالج : ما رأيك في هذه الخطة ؟

المريضة : موافقة على الأسبوع الأول ، ولكنى مرعوبة فعلاً بشأن الأسبوع الثاني ؛ فلست متأكدة من استعدادي للتعامل مع الحمامات ومخلفات الكلاب .

المعالج : كثير من الناس يكون شعورهم هكذا في البداية ، ولكن في نهاية الأسبوع الأول لن يكون خوفك بقدر ما هو عليه الان من لمس الأظارات ودورات المياه العامة . وتذكرى أنني سأكون موجوداً دائماً لمساعدتك ؛ لأن الأمر قد يكون صعباً في البداية .

المريضة : نعم ، أعلم هذا ، وأشعر أنه ليس لي خيار على أي الاحوال . فهذا الاغتسال جنون ، وإنى أشمئز من نفسي ، وأعتقد أنني مستعدة كما يجب .

المعالج : حسناً ، تذكرى الآن أنني سأطلب منك الاستمرار في أداء هذه الأشياء لمدة ساعتين أو ثلاثة بالمنزل بعد كل جلسة ، ولكنك ستكوني قد نفذتها معي فعلاً ؛ ولذلك اعتقد أنها لن تكون صعبة جداً ، وأفهم أنك تكلمت مع زوجك بخصوص مساعدتنا بالإشراف فقد رأيتك في حجرة الانتظار بالخارج .

المريضة : نعم ، وقد وافق ، ويريد أن يعرف المطلوب منه .
 المعالج : فلنستدعه . وهل تحدثت مع شقيقة زوجك بخصوص تواجدها ، عندما يكون زوجك فى عمله ؟
 المريضة : نعم ، وقد تقبلت ذلك ، ولكنها لم تستطع الحضور اليوم بسبب الأطفال .
 المعالج : إذا كان من الصعب عليها الحضور ، يمكننى أن أتصل بها تليفونيا . هيا استدعى زوجك الآن .

العلاج

حضرت مريضتنا ١٥ جلسة علاج ، وكانت تعقد يوميا خلال الاسبوع لمدة ثلاثة أسابيع . وخلال الاسبوع الرابع زارها المعالج مرتين لمدة أربع ساعات فى كل مرة بمنزلها . وأثناء هذه الزيارات ، قامت المريضة - تحت إشراف المعالج - بتلويث المنزل كله وعرضت نفسها لأشياء تثير الكرب فى المنزل وفى المنطقة المحيطة . وبعد هذا تم ترتيب جلسات متابعة مرة فى الاسبوع ؛ لضمان الحفاظ على مكاسب العلاج ، ولعلاج أى مسائل أخرى تهمها .

وكما سبق أن أوضحنا ، يبدأ العلاج بالتعرض ببند متوسطة الصعوبة ، ويتدرج إلى الأشد إزعاجاً ببداية الاسبوع الثانى . أما البنود الأكثر إثارة للكرب ، فتعاد خلال بقية الاسبوع الثانى وفى الاسبوع الثالث . ويوفر السياق التالى مثالا لما حدث فى اليوم السادس للعلاج .

المعالج : كيف كان حال عطلة نهاية الاسبوع ؟

المريضة : لم تكن عظيمة ، ولكن أعتقد أنها كانت جيدة بقدر ما توقعت . لقد أخذت حماماً ليلة الأحد ، وكنت متوترة بشأن الانتهاء فى الوقت المحدد له ، ولا أعلم إذا كنت قد اغتسلت كما يجب .

المعالج : معظم الناس مروا بهذا الشعور ، ولكن تذكرى أنه ليس المفروض أن تغتسلى « كما يجب » ، بل أن تغتسلى فقط . هل قام زوجك بمراقبة الوقت ؟

المريضة : نعم ، فقد كان يعلن الدقائق ، كما لو كنت تقول ٥ - ٧ - ٩ ثم قال توقفى .

المعالج : وهل توقفت عندئذ ؟

المريضة : نعم ، ولكن الأمر مازال غير سهل .

المعالج : أعلم ، وإننى مسرور حقاً بحرصك على اتباع القواعد .

المريضة : لقد قررت أن هذه فرصتى للشفاء ، ولذلك أبذل كل جهدى .

المعالج : حسناً ، أنا مسرور بإيجابيتك ، وكيف كانت الواجبات المنزلية ؟

المريضة : لقد لمست الأرض ونعل الحذاء وقد سجلتها فى استمارة اليوم . وفى يوم

السبت ذهبت عند أختى ، ولعبت الأطفال كما اتفقنا وقد داسوا على

وأنا راقدة على الأرض وحاولت لمس عجيزتهم أثناء حملى لهم . وفى

يوم الأحد ذهبت مع زوجى إلى المنزه العام ، ولم أجلس على العشب ،

ولكنى تجولت فى حول المكان ولمست نعل الحذاء بعد ذلك .

المعالج : نعل الحذاء !؟

المريضة : نعم ، ثم ذهبنا إلى وسط المدينة ، وألقيت بعض الأشياء فى سلة

القمامة ، وضغطت عليها وحاولت لمس جوانب السلة . وقد كان هذا

صعباً ولكنى قمت بهذا .

المعالج : عظيم ، ويسرنى سماع هذا . وماذا عن ممسحة الباب الخارجى والنزول

إلى الحديقة ؟

المريضة : لقد أتممت المطلوب بالنسبة للممسحة ووقفت فى الحديقة ، ولكن لم

أستطع أن ألمس القاذورات ، فكلب الجيران دائماً يمرح فيها . أعلم أنه

كان يجب أن المسها ولكن لم تواتنى الشجاعة .

المعالج : حسناً ، لقد أنجزت أشياء أخرى كثيرة . دعينا نخطط لنخرج اليوم ونفعل

ذلك معاً ، وبذلك سيكون من السهل عليك أن تسيرى فى الحديقة ،

عندما تعودين للبيت .

المريضة : وهو كذلك .

امتثلت المريضة «جين» لنظام العلاج . وبعض المرضى ينتكسون أحياناً فى

منع الاستجابة ؛ خاصة خلال الأسبوع الأول لبرنامج العلاج . ويجب على المعالج

أن يدعم المريض على الامتثال الجزئى ، ولكن يجب أن يؤكد الاحتياج للامتثال

الكلية لتعليمات العلاج . وبالنسبة لواجبات التعرض المنزلية ، ليس غريباً أن يهمل المرضى إكمال بعض الواجبات . وأيضاً ، يجب أن يعززوا فيما أنجزوا ، وأن يشجعوا لإنجاز كل الواجبات .

المعالج : وكيف الحال مع زوجك ؟

المريضة : لقد جن جنونه في ليلة الأحد بعد استحمامي ، لأنني بدأت أسأله كيف استحتم هو ، وإذا كنت قد أصبحت نظيفة بدرجة كافية . وأعتقد أنني ضايقتة كثيراً ؛ لذلك فقد أعصابه . وقد شاهدنا التلفيزيون وبعدها تحدثنا قليلاً ، واعتذر عن عصبيته . ولكن الحقيقة أنني أنا التي تماديت في الأسئلة ، أما باقي الأسبوع فكان على ما يرام .

المعالج : من المؤسف أن زوجك جن جنونه ، ولكن من الحسن أنه لم يجب عن أسئلتك ؛ فليس مفروضاً أن يطمئنك على نظافتك .

المريضة : أعتقد أنه كان من الصعب عليه أن يعرف متى يجيب عن الأسئلة ومتى لا يجيب . ولا أنا متأكدة أيضاً ؛ لذلك ألا يمكن أن نتكلم معه قبل يوم الأربعاء ، عندما يحين ميعاد استحمامي التالي ؟

المعالج : هذه فكرة طيبة ، وسأستدعيه بعد انتهائنا من جلسة اليوم .

الآن ، سنبدأ اليوم مشهد أنك تقودين السيارة متجهة لموعد معي ، ويصاب أحد الإطارات بعطب وتضطرين لاستبداله . وأثناء ذلك تطرطش السيارات المسرعة بجوارك عليك فتعلق بك وبالسياج الطين والرمل ، ثم تكتشفين حيواناً نافقاً خلف السيارة ، وتشعرين بالتلوث . وتسيرين إلى محطة البنزين القريبة لتطلبين منهم المساعدة في استبدال الإطارات ، وتشعرين بحاجة شديدة إلى التبول فتضطرين لاستخدام دورة المياه في المحطة . فيوافقون على استبدال الإطارات إذا نزعته أنت من السيارة ، وأنت به إليهم لانشغالهم الشديد . وهذا معناه بالطبع الإمساك بالإطار الذي تلوث من الحيوان النافق ، وسنضيف على هذا مخلفات الطيور على الطريق وجانبه . ثم بعد هذا تبدأين في الشعور بالإعياء وتعتقدين أن مصدره الحيوان النافق . وهو مشهد مخيف أليس كذلك ؟

المريضة : جداً ، أنه سيئ للغاية ، هل لا بد أن أقوم به ؟ لا يهم ، أعرف بما ستجيب .

المعالج : حسناً ، أريدك أن تغلقى عينيك الآن ، وتتخيلي المشهد ونبدأ بقيادة السيارة .

لاحظ أن المعالج راجع واجبات المريضة في اليوم السابق للتأكد أنها أنجزتها ، وأنها لم تنخرط في تجنب وطقوس ، وأتاح هذا الفرصة لتعزيز الجهود في التعرض الذاتي . ومن المهم متابعة تنفيذ الواجبات المنزلية ؛ حيث إن المرضى لا يتطوعون دائماً بإعطاء بيانات عن الإهمال ، إلا أنهم يعترفون بفشلهم في الامتثال للتعليمات ، إذا سؤلوا مباشرة ، ومحتمل أن ينفذوا الواجب التالي بكفاءة إذا تم التعزيز .

وبالنسبة للصراع بين المريضة وزوجها ، فنعرف من خبرتنا أن معظم أفراد العائلة يكون لديهم الاستعداد للمساعدة . ولكن قد تحدث مشاكل ، عندما يعجزون عن المساعدة دون أن يزعجهم هذا ، وبذلك يزيدون من توتر المريض . وقد يقلل من التوتر العائلي إعطاءهم فرصة للتنفيس عن إحباطهم بالاتصال بالمعالج ، الذي قد يدرهم أيضاً على ردود فعل بديلة تخفف من التوتر العائلي .

وحيث إن المشهد التخيلي قد تم وضعه مع المريضة ، فلم يشكل مفاجأة لها . وقدم في فترة تصل إلى ساعة أو حتى يظهر انخفاض ملحوظ في القلق ، وبعد هذا تعرضت المريضة لمواقف واقعية مشابهة للمواقف المتخيلة .

المعالج : حان الوقت لأداء المشهد فعلاً . لقد بحثت أمس عن حيوان نافق على جانب الطريق ، ووجدت واحداً على بعد حوالي ميل من هنا ، هيا بنا إلى هناك .

المريضة : هذا مخيف . هل بحثت عنه من أجلى أنا ؟

المعالج : أنه يوم سعدنا لأنه كان لا بد أن نبحث عن واحد . وهذا قريب منا على الأقل ؟

المريضة : عظيم .

إدخال شيء من المرح هنا أمر مطلوب ومفيد ، إذا كان لدى المريضة الاستعداد للتجاوب ، ومن المهم أن يضحك المعالج مع المريض وليس عليه .

المعالج : (خارج العيادة) هذا هو خلف السيارة . دعينا نذهب ونلمس الشارع والرصيف بجانبه ، ولن أصر على أن تلمسيه مباشرة ؛ لأن رائحته

- بدأت تفرح ، ولكن أريدك أن تدوسى بجانبه ، وأن تلمسى نعل حذاءك .
المريضة : (تعبّر عن اشمئزازها) إنه ميت فعلاً ، هذا رهيب .
المعالج : صحيح ، ولكنه لا يزيد عن كونه قطعاً ميتاً . ما الضرر الذى يمكن أن يسببه ؟
المريضة : لا أعرف ، ولكن افترض أن يذى تلوثت بالجراثيم ؟
المعالج : أية جراثيم ؟
المريضة : جراثيم القط الميت .
المعالج : وما هذه الجراثيم ؟
المريضة : لا أعلم مجرد جراثيم .
المعالج : مثل جراثيم الحمام التى تعاملنا معها ؟
المريضة : إنها نوع منها ، إن الناس لا يتجولون ليلمسوا الحيوانات النافقة .
المعالج : هم لا يهرعون أيضاً إلى البيت ليستحموا ولا يمسحون السيارة بالكحول .
حان الوقت للتغلب على هذا . الآن تعالى وسأفعل هذا أنا أولاً (المريضة تتبعه) . الآن المسى الشارع والرصيف ، وهناك حجر أرفعيه ، وقصاصه ورق تحته أثتيني بها .
المريضة : (يظهر عليها الضيق والاشمئزاز) .
المعالج : سنمسكها سوياً . الآن المسى بها ملابسك ووجهك وشعرك . وهكذا ، حسناً ، ما مستوى قلقك الآن ؟
المريضة : حوالى ٩٩ ، ولو لم تكن معى كان سيصل إلى ١٠٠ .
المعالج : تعرفين من خبرتك السابقة أن الموقف سيتحسن فى لحظات ؛ فلننتظر هنا قليلاً . لقد كان إنجازك جيداً .
المريضة : (تمر بضع دقائق تبدو المريضة منزعجة جداً) هل كنت ستفعل هذا لو لم يكن ذلك من أجلى ؟
المعالج : نعم ، لو كانت هذه سيارتى وسقطت مفاتيحى هنا ، كنت سألقطها وأواصل السير .

المريضة : دون أن تغسلها ؟

المعالج : لا ، طبعاً الحيوانات النافقة لا تدعو للسرور ، ولكنها جزء من العالم الذى نعيش فيه . ما الغريب فيها حتى نمرض بسببها ؟

المريضة : القليل ، أشعر بتحسن نوعاً ما الآن عن البداية ، والدرجة الآن حوالى ٩٠ .

المعالج : حسناً ، ابقى معها قليلاً الآن .

استمرت الجلسة لمدة ٤٥ دقيقة أخرى ، إلى تناقص القلق بكل ملحوظ . وخلال هذا الوقت تركزت المناقشة أساساً على المواقف المثيرة للخوف ، ورد فعل المريضة تجاهها . وكان المعالج يسأل عن مستوى قلق المريضة كل ١٠ دقائق تقريباً .

المعالج : كيف حالك الآن ؟

المريضة : حسناً ، أفضل قليلاً ولكنى متأكدة أننى لا أشعر براحة كبيرة .

المعالج : حددى بالدرجات .

المريضة : حوالى ٥٥ أو ٦٠ .

المعالج : لقد بذلت جهداً اليوم ولا بد أنك متعبة . كفى هذا اليوم . أريدك أن تأخذى معك هذه العصا وهذه الحصاة لكى يستمر تلوثك ، احتفظى بها فى جيبك والمسيها من وقت لآخر . أريدك أن تلوثى بها مكتبك فى العمل ومسكنك . المسى بها كل شىء حولك بما فى ذلك كل شىء فى المطبخ والكراسى والسريير والملابس فى صوان الملابس . وأيضاً أريدك أن تقودى سيارتك عبر المكان نفسه فى ذهابك وعودتك من العمل ، هل تستطيعين هذا ؟

المريضة : أعتقد هذا ، المشكلة هى فى الذهاب للمنزل بكل هذه القاذورات .

المعالج : لماذا لا تستدعى زوجك وتعودان إلى البيت معاً فوجوده سيساعدك ، وتذكرى أنه فى إمكانك أن تطيبينى إذا وجدت مشكلة .

المريضة : حسناً ، هذه فكرة طيبة وسأغادر العمل بعده . إلى اللقاء غداً .

هذا السيناريو يصور عملية التعرض الواقعي . وقد أجاب المعالج عن الأسئلة بوضوح ، دون الابتعاد عن الغرض الأساسي للجلسة ، وهو التعرض للتلوث المخيف . وبعد الزيادة المبدئية يبدأ القلق في الانخفاض بسرعة نسبياً بالنسبة لبعض المرضى ، وقد يستغرق وقتاً أطول لدى آخرين .

وكما سبق أن ذكرنا ، يفضل الاستمرار في التعرض إلى أن يظهر تحسن واضح على المريض ، ويسجل انخفاضاً ملموساً في القلق (٤٠% أو ٥٠%) .

وبعد ١٠ إلى ١٥ جلسة ، من المتوقع أن ينخفض مستوى القلق طبقاً لتقارير المريض بدرجة كبيرة . وفي الجلسة الخامسة عشر أبلغت مريضتنا أن الحد الأقصى للشعور بعدم الراحة لديها ٧٠ درجة في الشعور بالضيق (ومازال يعد هذا مرتفعاً مع أنه انخفض من ٩٩ درجة شعور بالضيق ، وهذا استغرق بضعة دقائق . وكان الحد الأدنى للقلق ٣٥ درجة شعور بالضيق ، وكان متوسط القلق لديها في هذه الجلسة ٤٥ درجة شعور بالضيق ، والنموذجي أن يكون أعلى مستوى في نهاية العلاج لا يتجاوز ٥٠ درجة شعور بالضيق ، ويجب أن ينخفض إلى ٢٠ درجة شعور بالضيق في نهاية الجلسة . وفي حالة مريضتنا لزم ترتيب جلسات متابعة أخرى لأن مستوى القلق كان لا يزال مرتفعاً .

ولتسهيل الانتقال إلى سلوك الاغتسال والتنظيف السوي ، وضع المعالج نظاماً للاغتسال السوي في الأسبوع الثالث للعلاج ، فسمح للمريضة بحمام لمدة ١٠ دقائق يومياً ، وغسل الأيدي خمس مرات بحيث لا تتجاوز ٣٠ ثانية في المرة ، عندما تكون هناك قذارة واضحة باليدين .

وعندما وصل المعالج إلى منزل المريضة في جلسة علاج منزلي في الأسبوع التالي ، جرت المحادثة التالية :

المعالج : كيف سارت الأمور في عطلة نهاية الأسبوع ؟

المريضة : لم تكن سيئة ولكن شعرت ببعض الانزعاج يوم السبت ؛ فقد خرجنا للنزهة ، وكانت هناك أكوام من مخلفات الكلاب حولنا . وكنت ارتدى حذاءً خفيفاً ، وأردت أن ألعب الكرة الطائرة فاضطرت أن أخلع الحذاء الخفيف ، وأن ألعب حافية .

المعالج : عظيم ويسرني سماع هذا .

المريضة : نعم ، ولكن ما أزعجني هو العودة هكذا ودخول مسكني ولكني فعلت
وسرت حافية القدمين وبالحذاء الخفيف ولكن أقلقني هذا طوال اليوم
واليوم التالي إلى أن صارحت زوجي بذلك خلال الظهيرة يوم الأحد ،
وتحسن شعوري عندما قال إن هذا لا يهم على الإطلاق . ويبدو أن
الشعور بالذنب كان يؤرقني من ناحية نظافة البيت ، ولكنه طالما قال
ذلك فإنني آخذ بكلامه .

المعالج : حسناً ، سيأتي الوقت الذي تحكمين فيه بنفسك على الموضوع . وكيف
حال الاغتسال والتنظيف ؟

المريضة : على ما يرام . وقد اغتسلت لمدة نصف دقيقة قبل الأكل ، لإزالة الغبار
من اللعب بالكرة ، وقد تعمدت ألا أغتسل عند عودتي للبيت ، لأنني
كنت أشعر بالقذارة ، وأعلم أنني إذا اغتسلت فمعنى ذلك أنني أرغب في
التطهر . وقد أخذت حماماً مساء السبت وشعرت بالارتياح ، ولكن كنت
أعلم أنني يجب أن أخرج وأتجول حافية ، والمس الأرض التي سرت
عليها ، وهذا ما فعلته .

المعالج : عظيم لقد أجدت الأداء وهذا يسرني جداً . لقد تجنبت الاغتسال ، عندما
كان معناه تقليل شعورك بالتلوث ، وعبرت عن نفسك عندما شعرت
بانسغالك بالجراثيم . هذا ممتاز . والآن دعينا نناقش المواقف التي ما
تزال في حاجة لأن نعمل عليها هنا وفي المنزل ، ما الأشياء التي ما
زالت تزعجك ؟

المريضة : البدروم . فإنني لم أستطع أن أعمل شيئاً بخصوص الأحذية القديمة
وغيرها ، التي ألقيت بها منذ عام هناك لتلوثها . وما زال في الدولاب
بعض الملابس الملوثة . ومازلت قلقة بشأن الفناء الخلفي وسقف المنزل ،
لأنه متسخ بمخلفات الحمام ، وكذلك السور الحديدي ولذلك فكرت أن
أنتظر حتى تأتي أنت .

المعالج : حسناً ، فلنبدأ العمل بالأسهل صعوداً للأصعب . أيها أسهل عليك ؟

المريضة : البدروم ودواليب الملابس .

المعالج : حسناً ، هيا بنا ننزل اليه .

ويتم التعرض لمسببات التلوث أثناء الزيارة المنزلية بأسلوب جلسات العلاج ذاته ، وتستغرق الجلسات المنزلية من ساعتين إلى أربع في المعتاد إلى أن يتم لمس جميع الأشياء «القدرة» ، وتلويث جميع الأماكن النظيفة . ويجب تكرار هذه الجلسات إذا أظهر المريض قلقاً يختص بقدرته على تبنى نظاماً دائماً لعدم التجنب .

جلسات المتابعة

استمر علاج مريضتنا لمدة ثلاثة شهور حتى حدثت لها انتكاسة تاليه لوسواس جديد ؛ فقد أصبح يشغل تفكيرها دهن أحد الماره بسيارتها أثناء القيادة . وكانت فكرة أنها قد تكون دهست شخصاً ما تلح عليها ؛ خاصة بعد الاستدارة في طريق آخر أو النظر في المرآة عند تغيير حارة المرور ، وكانت الفكرة تلح عليها لعدة ساعات . وللتغلب على هذه المشكلة الجديدة ، وجهها المعالج إلى أن تزيد من فترات القيادة ، وأن تمتنع عن النظر خلفها أو النظر في المرآة لتدري الإصابات التي أحدثتها . طلب من المريضة أن تتوقف فقط إذا تأكدت أنها صدمت شخصاً ما ، وأنها يجب أن تتجاهل فكرة أن هذا «ربما يكون قد حدث» . ولتقليل قلق المريضة بشأن الوسواس (مثال ذلك قولها «يا الهي لقد عادت مرة أخرى ، أنه أمر مريع») ، عرفت أنه من المتوقع عودة الأفكار الوسواسية ، وقد تناقص تكرار الوسواس المتعلق بصدم شخص من عدة مرات في اليوم إلى مرة واحدة أسبوعياً بعد ثلاثة أسابيع من التعرض الذاتي ، وقد تناقص القلق المرتبط بها من ٩٥ إلى ٥٠ على مقياس الشعور بالضيق أو أقل . أما عن الوسواس المرتبطة بالجرائم ، فقد تكرر حدوث تلك المخاوف المرتبطة ببراز الكلاب فقط ، وظلت المخاوف من دورات المياه العامة والحيوانات النافقة منخفضة ، وشعر المعالج أن الخوف من براز الكلاب لم ينل الاهتمام الكافي أثناء العلاج . ولعلاج عودة هذا الخوف ، كانت المريضة تتردد ثلاث مرات أسبوعياً في جلسات تعرض لمدة ساعة للجلسة ، وقد لمست فيها آثار مخلفات الطيور على الطريق ، وسارت بجوار براز الكلاب وفي النهاية داست عليه . وكانت الواجبات المنزلية تشمل الذهاب إلى الحدائق العامة ، والسير في الطرقات ، دون النظر إلى ما تحت قدميها ، والدوس على براز الكلاب والدوس على العشب حيث تواجدت الكلاب . وقد استمر العلاج لمدة أربعة أسابيع ، وخفض إلى مرتين أسبوعياً لمدة ثلاثة أسابيع أخرى ، وبعد هذا كانت المريضة تتردد على العيادة مرة أسبوعياً لمدة ستة أسابيع قامت خلالها بتعرض

ذاتي وتعاملت مع انشغالاتها اليومية وقد ادت تغطية اعلامية حول الامراض الجلدية إلى قليل من القلق حول دورات المياه العامة ولكنه انتهى بعد عدة أيام .
وفي المحادثة التالية ، استعرض المعالج مع المريضة تقدمها في جلسة متابعة بعد الشهر التاسع :

المعالج : أريد أن أعرف حالك الآن بالمقارنة بحالك منذ تسع شهور مضت ، عندما حضرت إلى هنا ؟

المريض : بالتأكيد أننى أفضل كثيراً . ولكن لازلت أمر ببعض أيام سيئة يسيطر فيها على القلق على شيء ما وتنخفض معنوياتى . ولكن عندما أتذكر مقدار انزعاجى فى الصيف الماضى وتكرار الاغتسال أشعر بالتحسن الكبير فأنا أفضل بنسبة ٨٠٪ تقريباً . ولست مستعدة أن أصبح ممرضة طابق حتى الآن ، ولكن العمل الذى حصلت عليه بعد العلاج جيد ، وعلاقتى بزوجى على ما يرام باستثناء حساسيته عندما تعود إلى أحد مخاوفى . وأتمنى أن يستمع لى وأن يجاوبنى بكلمة بدلاً من أن ينظر إلى فى قلق ، وكأنه يخشى أن أرتد لحالتى السابقة . ومن الصعب أن يتناول الموضوع بحرية ، وأن كان أحياناً يتعامل مع بطريقتة جيدة .
والحقيقة لا استطيع الشكوى منه ؛ فقد تحمل الكثير معى فعلاً عندما كنت فى أسوأ حال فى العام الماضى وقبله .

المعالج : يسرنى أن أسمع أنك تشعرين بتقدم كبير ، ويبدو عليك الارتياح وأنت تضحكين أكثر الآن . لا أعرف إن كنت تتذكرين ، ولكنك لم تكونى تضحكين إطلاقاً فى البداية .

المريضة : أتذكر هذا .

المعالج : ما الذى يتبقى الآن ، العشرين فى المائة الأخرى .

المريض : أخمن أنها الوسوس . مازال يقلقنى صدم شخص ما أثناء القيادة ، وهى عادة تستغرق أقل من ١٥ دقيقة ، ولكنها أحياناً تلج على فى بعض الامسيات .

المعالج : كم مرة .

المريضة : مرة أو اثنتين كل أسبوع ، ومازال يلح على تجنب السير على العشب في الحدائق العامة ، ويبدو أنني مغرطة الحذر . وافعل ذلك أحيانا ولكنني متلبهة لنفسي .

المعالج : تقصدين أنه ينبغي عليك أن تذكرى نفسك بعدم تجنب براز الكلاب .
المريضة : نعم ، وأنا أميل أن أرى الأمور أبيض وأسود ولا شىء وسط . وأحياناً ينتابنى الشعور بالذنب على أشياء لا خطر منها مثل تناول الحلوى بعد وجبة كاملة . أستطيع أن أمنع نفسي ، ولكن يبدو أنني مدفوعة لعقاب نفسي أو لومها . ولكن هذه الأفكار لم تعد بالدرجة نفسها . فإني أستمتع بالفكاهة الآن . والعمل يشغلنى ، ولذلك يمكن أن تمر أيام دون توبيخ نفسي بسبب شىء ما ، هل سأستمر على هذا الحال ؟

المعالج : ربما إلى حد ما . أنت تعرفين أن لديك ميلاً للوسواس ، ومعظم الناس الذين يعانون من الوسواس القهري يقولون إن الطقوس والالاحاحات القهرية تتناقص أسرع من الأفكار الوسواسية . قد تتناكب أفكاراً مزعجة لفترة ولكن يمكنك أن تتوقعى أن تصبح أقل تكراراً ، إذا حرصتى على عدم محاولة السيطرة عليها عن طريق الطقوس أو تجنب الأشياء . هل تستطيعين أن تعالجى هذا الأمر ؟

المريضة : أعتقد هذا وهى لا تثير السرور ولكنى أشعر أنني أحيأ حياة سوية مرة أخرى ، وأعتقد أن كل شخص لديه مشاكل يجب أن يتعامل معها .

ونادرا ما يذكر المرضى شفاءً تاماً من كل الوسواس ، ومن غير الواقعى جعل مريض يتوقع أن أربعة اسابيع من العلاج ستؤدى إلى اختفاء تام للوسواس والطقوس ، ويتعين أن يتوقع المرضى القيام بنضال مستمر ضد الوسواس والحاح الطقوس . ويتعين التدريب على استراتيجيات التغلب على هذه المصاعب الطارئة .

التعقيدات أثناء العلاج السلوكي

من الواضح أنه قد تبرز مشكلات أثناء تطبيق العلاج ، ومنع الاستجابة لمرض اضطراب الوسواس القهري . وفيما يلى وصف لكثير منها والحلول المحتملة لها :

عدم الامتثال لتعليمات منع الاستجابة

كثيراً ما يقر مرضى الوسواس القهري بانغماسهم في الطقوس ، على الرغم من تعليمات منع الاستجابة . وفي معظم الحالات تمثل هذه زلات قصيرة ، ويجب أن يعالجها المعالج بتكرار شرح الهدف من نظام العلاج والحاجة لإتباع تعليمات منع الاستجابة بكل دقة ، كما قد يقدم المعالج أيضاً طرقاً لمنع تأدية الطقس (مثل ذلك إعادة التلوث أو فتح واغلاق الفرن مراراً) .

وأحياناً يبلغ المشرف عن مخالفة منع الاستجابة للمعالج . ويجب مناقشتها مع المريض ، وتأكيد أن الفشل في الامتثال لتعليمات منع الاستجابة ستؤدي إلى فشل العلاج ، وفيما يلي مثال يوضح كيفية مناقشة مخالفة منع الاستجابة مع المريض .

«فهمت من والدك أنه في ثلاث مناسبات في عطلة هذا الأسبوع ، رأك تراجعين إغلاق الباب الأمامي خمس أو ست مرات قبل ترك المنزل ، وكما اتفقنا في الجلسة الأولى اتصل بي لإبلاغى بهذا . وأنا متأكد أنك تذكرين أننا اتفقنا أن تراجعى إغلاق الباب مرة واحدة فقط ، وأنه إذا قابلتك مشكلة يجب أن تناقشها معى أو مع والدك فوراً ؛ لكى نستطيع أن نساعدك فى التغلب على الحاح ممارسة الطقس ، فهل تشرحين لى ما حدث ؟

فإذا اعترفت المريضة بالزلة واستجابت لاتفاق جديد باتباع التعليمات ، لا داعى أن يتابع المعالج الموضوع أكثر من هذا . إلا أنه إذا حدث تجاوز آخر لتعليمات منع الاستجابة ، يجب على المعالج أن يذكر المريضة مرة أخرى بقواعد العلاج والأساس المنطقى لهذه القواعد ، وأن يناقش احتمال عدم استمرار العلاج إذا لم تكن المريضة مستعدة للالتزام .

«يبدو أنك حتى الآن غير قادرة عن وقف الطقوس» . ولكى ينجح العلاج من المهم أن توقف الطقوس تماماً . وفى كل مرة تتخلصين فيها من الشعور بالضيق بممارسة الطقس ، فأنت تمنعين نفسك من إدراك أن القلق كان سيتلاشى فى النهاية دون الطقوس ، ولا تسمحين لمخاوفك الوسواسية أن تنفصل عن الكرب والقلق . وتعريض نفسك للمواقف المخيفة دون منع الطقوس لن يفيد . وإذا لم تستطيعى الالتزام بقواعد منع الطقوس بدقة اذن ينبغى أن نوقف العلاج الآن وننتظر حتى تصبحى مستعدة للالتزام بكل المتطلبات . فمن الصعب لدى الناس

مقاومة الدافع لممارسة الطقس وربما لا تكونى مستعدة بعد وربما تكونى أكثر قدرة على ذلك فى المستقبل . ومن الأفضل أن نوقف العلاج الآن بدلاً من الاستمرار فى ظروف تجعله بلا فائدة ؛ فإن هذا سيزيد بأسك من احتمال التقدم فى المستقبل .

وكما سبق أن أوضحنا ، أحياناً يستبدل المرضى الطقوس المحددة بأنماط تجنب أقل وضوحاً ؛ فعلى سبيل المثال قد يستخدم مريض لوسيون اليد للتطهير بدلاً من الغسل الزائد عن الحد الذى كان يقوم به . وإذا حدث هذا يجب على المعالج أن يوجه المريض ليمتنع عن الطقس الجديد ، وهناك أمثلة أخرى لطرق احلال طقوس جديدة مثل تنظيف اليدين بفرشاه أو تبخير الجراثيم ، كما أن الافراط فى المراجعة يستبدل به القاء نظرة سريعة والأسئلة المباشرة للمريض لتقديم هذه المعلومات يمكن أن تكون كالاتى :

«الآن وقد امتنعت عن طقوس الغسيل ، هل وجدت أنك تفعل أشياء أخرى لتخفف قلقك؟ فعلى سبيل المثال بعض الناس يبدأون فى مسح أيديهم بالمناديل كبديل للغسل بالماء والصابون ، فهل تفعل شيئاً كهذا ؟

إذا كان الرد بالإيجاب ، يجب على المعالج أن يصنف هذه السلوكيات الجديدة كطقوس ، وأن يوجه المريض لعدم الانغماس فيها بالطريقة نفسها التى يقاوم بها الدفعات القهرية الأخرى .

استمرار التجنب السلبي

قد يستمر بعض الأفراد الذين ينفذون التعرض المطلوب دون ممارسة الطقوس فى ممارسة التجنب السلبي ، دون أن يبلغوا عن ذلك ، ودون أن يلاحظوا ذلك أحياناً . فعلى سبيل المثال قد ينفذ المريض وضع الملابس الملوثة فى صوان الملابس ، ولكنه يحرص على ألا تلمس الملابس الملوثة الملابس النظيفة ، وهذا التجنب يعكس اتجاهاً مناقضاً نحو العلاج ، ويعوق تعود القلق للمواقف المخيفة . ولأن هذا ينبىء بالفشل فإن استمرار التجنب السلبي يتطلب من المعالج والمريض أن يعيدا تقويم موضوع الاستمرار فى العلاج .

المعالج : دعينا نتأكد أنك تنفذين الواجبات المنزلية كما يجب . أعلم أنك تواجهين مشكلة فى وضع الملابس الداخلية المتسخة مع باقى الملابس المتسخة . كيف الحال الآن ؟

المریضة : حسنا ، لقد كنت أخشى أن تسألنى هذا السؤال فلم أستطع خلطها حتى الآن ، وأخاف ذلك جداً .

المعالج : لقد ناقشنا هذا من عدة أيام ، وطلبت منك أن تنفذى ذلك فى تلك الليلة . وكان الأفضل لو أخبرتینى فى اليوم التالى بعجزك عن التنفيذ ، وأطلب منك أن تحضرى معك غداً بعض الملابس المتسخة وبعض الملابس النظيفة احضرى ملابس متسخة داخلية وخارجية فى حقيبتين منفصلتين وسنخلطهما معاً هنا . هل هناك أشياء أخرى تتجنبها ، ولم تخبرینى عنها ؟

المریضة : لا أظن .

المعالج : أريدك أن تنتبهى جيداً لما تفعلينه وما لا تفعلينه ، واكتبى قائمة بما تتجنبينه خاصة الأشياء المفروض أن تنفذها للعلاج . ومن المهم جداً ألا تحمى نفسك بتجنب مواقف الكرب ؛ لأنك إذا لم تواجهى هذه المواقف لن تتحسن أعراض الوسواس القهرى . فلنحاول مرة أخرى ، ولكن إذا عجزت عن مواجهة هذه المواقف دون تجنب ، ربما يكون من الأفضل أن نؤجل العلاج إلى وقت آخر ، وتكونين مستعدة فيه للالتزام ببرنامج العلاج .

الجدل

من المغرى أحياناً مجادلة المریضى فيما يجب وما لا يجب أن يفعلوه أثناء العلاج . ولتجنب هذا يجب على المعالج والمریضى أن يتفقا على قواعد أساسية قبل بدء برنامج العلاج المكثف ؛ ويجب على المریضى أن يوافق على اتباع خطة العلاج التى تفاهم عليها مع المعالج ، وأن يعرض نفسه للمواقف المسببة للشعور بالكرب دون مناقشة . وإذا اكتشفت مواقف مخيفة أخرى ، يجب أن تناقش وأن يوضع لها برنامج تعرض جديد . وإذا حاول المریضى تعديل خطة التعرض ، يجب على المعالج أن يتعاطف مع شعور المریضى بالضيق ، ويستفسر عن أسباب تردده ، وأن يشجع المریضى على الإقدام على العلاج بالطريقة الآتية .

المعالج : وأنا آسف إن الجلوس على الأرض يسبب لك مشكلة . أعرف أن هذا صعب وأنت خائف ، ولكن لن يفيد فى شىء تأجيل التعرض ليوم آخر أو إلغائه . فأنت تحتاج فعلاً للمس الأرض وقد اتفقنا على ان اليوم هو يوم

لمس الأرض ولن اخدمك إذا سمحت لك بتجنب الأمر ، ولذلك هيا ننفذه الآن ، وتذكر أننى موجود هنا لمساعدتك إذا أصابك أى انزعاج .

وفى بعض الاحيان يمكن التغلب على المشكلات بتعريض المريض لأشياء مشابهة ، أولاً تولد مستوى أقل من الكرب ، فعلى سبيل المثال إذا كان المريض يرفض لمس مقعد المراض ، يمكن للمعالج أن يطلب منه أن يلمس أرضية الحمام أو باب الحمام أولاً إلى أن يتدرج إلى مقعد المراض نفسه .

الإجهاد الوجداني

أحياناً يسيطر على المريض أثناء العلاج شعور عام بالخوف أو أى انفعال آخر لا يرتبط مباشرة بأعراض اضطراب الوسواس القهرى . فعلى سبيل المثال قد يضطرب المريض لحادثة حديثة (موت قريب مثلاً) أو لمخاوف مواجهة خطط المستقبل (الاستقلال فى المعيشة أو الحصول على وظيفة) . وفى وجود هذا الاضطراب الشديد لا ينصح بتطبيق تدريبات التعرض ؛ لأنه من المستبعد أن يواظب المريض على التعرض للمثير ، كما يجب . وبذلك لا يمكن تعود القلق . وبدلاً من ذلك على المعالج أن يناقش الموقف المكدر مع المريض ، وأن ينفذ التعرض عندما يهدأ المريض . وفى حالات نادرة يؤجل التعرض وإذا حدث ذلك عدة مرات ، فقد يكون من الأفضل وقف العلاج إلى أن تنتهى الأزمة .

ردود فعل غير قلقة للتعرض

أحياناً يستجيب المريض للتعرض بانفعالات غير القلق أو الكرب ، مثل : الغضب أو الاكتئاب . وتشير الملاحظات الإكلينيكية إلى أن الغضب يكون أحياناً وسيلة للمريض لتجنب الكرب أو القلق ، وهو هدف التعرض . وإذا حدث هذا ، فيعد الغضب نوعاً من التجنب ، ويجب أن يركز المعالج على الجوانب المسببة للقلق المريض فى الموقف ، ويبين للمريض أن الغضب سوف يعوق التقدم .

وأحياناً ، عندما يتعرض المرضى أثناء التعرض التخيلى إلى النتائج المخيفة لسلوكهم ، فإنهم يصابون بالاكتئاب ، الذى يقلل من كفاءة العلاج مثل الغضب . ويحتاج المعالج أن يوجه المريض إلى التركيز على الرموز المثيرة للقلق ، ويمكن أن يتم ذلك بتوجيه محتوى التعرض التخيلى بعيداً عن النتائج المخيفة وإلى رموز التهديد الخارجى . وفى بعض الحالات لا يفيد إعادة التوجيه هذا فى حل المشكلة ، ويستمر المريض فى إظهار رد فعل إكتئابى تجاه التعرض ، وإذا حدث

هذا ، يجب وضع سيناريوهات أخرى لا تثير الاكتئاب .

المخاوف والطقوس الطارئة

كما سبق أن ذكرنا ، أحياناً ما تتكون مخاوف أو طقوس «جديدة» لدى المريض أثناء العلاج . وغالباً ما تكون مكونات هذه الأعراض الجديدة مرتبطة بالمخاوف الأصلية ، ويمكن علاجها باستخدام تعليمات التعرض ومنع الاستجابة التي سبق تقديمها عن هذه المخاوف . مثال ذلك تلى التطبيق الناجح لمنع الاستجابة للغسل القهري ليدي السيد «ف» ان بدأ في مسح يديه معا لكي يخلصهما من التلوث ، وقد حدد معالجة هذا باعتباره شكل اخر من الطقوس وطلب منه أن يقاوم ذلك الالاحاح لمسح يديه ببعضهما ، وبدأ السيد «ف» بعد ذلك في مسح اصابعه بصورة غير ظاهرة لتنظيف يديه وخفض توتره . وطلب منه أن يوقف هذا الطقس كما فعل مع غيره واخيراً نجح في ذلك .

وقد ترتبط بعض المخاوف الطارئة بالمخاوف الأصلية لدى المريض بصورة غير واضحة . فعلى سبيل المثال ، الخوف الذي ظهر لدى مريضتنا من صدم شخص ما أثناء قيادة السيارة ، لم يكن له ارتباط واضح بالتلوث ، وكثيراً ما يؤدي الاستمرار في التقويم إلى إكتشاف صلة ما في المفهوم بين الخوفين . ففي حالة «جين» كان خوفها من التعرض للوم لتسببها في مرض أو موت شخص ما ، وانشغالها بفكرة أن يحكم عليها الناس أنها إنسانة سيئة ؛ لأنها قتلت شخصاً أو لأن رائحة براز الكلاب كانت تفوح منها ، قد يكون هو الصلة بين الخوفين . وفي مثل هذه الحالات ، من المهم أن يرتب المعالج تعرضات تشمل رموزاً لهذا الخوف عموماً ، ويمكن لمعالج «جين» أن يبتكر تعرضات تخيلية ، تشمل صوراً للناس ينتقدونها أو يلومونها على تسببها في موت إنسان .

رد فعل العائلة

لأن أفراد العائلة خبروا سنوات من الإحباط مع أعراض المريض ، فلن يكون من المستغرب أن يظهر بعضهم نفاذ صبر ، وأن يتوقعوا أن يسير العلاج في يسر ، وأن ينتهي إلى اختفاء الأعراض تماماً . ومن الشائع أن يظهر بعض أفراد العائلة خيبة الأمل أو الغضب ، عندما يرون أن الأعراض لا تختفي بالسرعة المطلوبة . وفي مثل هذه الحالة ، على المعالج أن يؤكد لأفراد العائلة أن ردود الفعل القلقة القوية المؤقتة متوقعة ، وأنها لا تدل على الفشل . ويجب تشجيع العائلة

على الاستجابة بهدوء ، وأن يدعموا المريض في نوبات القلق .

وكثيراً ما تكون العائلة قد كونت أنماطاً من السلوك ، مقصود بها مساعدة مريض الوسواس القهري على تجاوز كدره . وقد يستمر بعض أفراد العائلة في هذه الأنماط : إما كمحاولة لوقاية المريض من المواقف المسببة للاضطراب ، أو لأنه من الصعب تغيير العادات التي رسخت على مدى سنوات استجابة لطلبات المريض مثال ذلك السيد «ب» الذي كان معتاداً على دخول منزله من باب البدروم ثم يخلع ملابسه على الفور ويستحم من أجل زوجته ، فقد طلب منه دخول المنزل من الباب الأمامي ويلقى بمعطفه على الأريكة . وبالمثل قد يجد أفراد العائلة أنفسهم مضطرين للاستمرار في أداء أنشطة منزلية متنوعة ، وعدواً أنفسهم مسئولين عنها بسبب رغبة المريض في تجنب الكرب الذى تسببه هذه الأنشطة مثال ذلك أن السيد «ب» كان مسئولاً عن إعداد كل وجبات طعام الأسرة لأن زوجته كانت متكررة من احتمال تلوئثها الطعام .

ولأن هذه الأنماط قد تعوق العلاج ، يجب على المعالج أن يسأل المريض عن هذه العادات ويسأل أفراد عائلته ، ويصف لهم السلوك البديل المناسب ، الذى يصل بالمريض للتعرض لأقصى درجة من الكدر ، ويقلل التجنب إلى أقصى حد .

الحياة دون أعراض

فى نهاية العلاج ، يجد كثيرون من المرضى بالوسواس القهري أنفسهم يعانون من فراغ فى روتين حياتهم اليومية ؛ فالوقت الذى كانت الطقوس تستهلكه قد توفر مما يجعلهم فى حيرة . ويجب على المعالج أن يكون حساساً لهذه المسائل ، وأن يساعد فى التخطيط لأهداف اجتماعية أو مهنية جديدة تنجز بعد العلاج ، وإذا لزم الأمر ، يرتب المعالج جلسات إضافية ، أو يحيل المريض إلى معالج آخر يركز على مشكلات التأهيل .

ولأن المرضى قضوا سنوات يمارسون الطقوس ، فقد تغيب عنهم مكونات السلوك السوى ، لذلك يجب على المعالج أن يقدم توجيهات عن الاغتسال السوى والمراجعة والتكرار . وإذا كانت الطقوس لا تزال موجودة على المعالج أن يعطى التعليمات باستمرار منع الاستجابة لبعض أنواع السلوك ؛ لكى يساعد فى الحفاظ على مكاسب العلاج . كما قد يتولد لدى المريض خوف من عودة أعراض الوسواس القهري ، وهنا يجب على المعالج أن يؤكد للمريض أن غسل الأيدي مرة واحدة زائدة ليست إشارة إلى بدء الانتكاسة .

خاتمة

إن برنامج العلاج الذي قدمناه في هذا الفصل يؤدي إلى تحسن ملحوظ لمعظم مرضى الوسواس القهري ، وقد ظهر تحسن ملحوظ على أكثر من ٩٠٪ من المرضى بعد العلاج مباشرة ، كما أعطى تحسناً طويلاً المدى لحوالي ٧٥٪ من المرضى بالنسبة لأعراض الوسواس القهري . وتساعد برامج المتابعة التي تتضمن الحد الأدنى للإلتصال بالمعالج شخصياً أو بالتليفون في الحفاظ على مكاسب العلاج ، ولذلك يجب تطبيقها كلما أمكن . وتوضيح طريقة تطبيق العلاج السلوكي المكثف أفاد في حالة الاغتسال المتكرر ؛ لأن برنامج العلاج للاغتسال المتكرر أبسط من برنامج علاج المرضى بالمراجعة أى مراجعة ما يصدر عنهم وحولهم من أنشطة ولكن نتائجه مع المرضى بالمراجعة ليست أقل نجاحاً . إلا أن وضع خطة علاجية لهم يتطلب نوعاً من الأصالة ، فعلى سبيل المثال كان تدريب منع الاستجابة لأحد المرضى بالمراجعة ، كان يراجع (يفحص الطعام) خوفاً من وجود أجسام صلبة به (مثل قطع من الزجاج) ، قد تجرحه هو أن يأكل وهو معصوب العينين ، وكذلك عولجت المريضة الذي تخشى أن تكتب أن شريك حياتها لديه شذوذ جنسى ، بأن طلب منها أن تكتب أن جيرى سميث لديه شذوذ جنسى على ورقة بيضاء وتلقيها في الأماكن العامة .

وفي هذا الفصل تناولنا ما نعهده العلاج الأمثل للوسواس القهري ، وهو العلاج المكثف لفترة قصيرة يتبعها من ٨ إلى ١٠ جلسات أسبوعية عند الحاجة . والجهود المركزة اللازمة خلال فترة العلاج المكثف قد لا تتوفر للمعالج في العيادة ، وربما يكفي ثلاث جلسات في الأسبوع لتحقيق النتائج المطلوبة . ونستطيع أن نقول من خبرتنا أن جلسة واحدة أسبوعية لا تكفي . والمعالج الذي تتاح له ست ساعات كل أسبوع . لا يكون عمله مجدياً ويمكن أن يستعين بمتخصصين في تدريبات التعرض الواقعي . والحل البديل هو أن يشترك إثنان من المعالجين في فترة العلاج المكثف ، وأن يقوم أحدهما بالتنسيق .

ومع أن معظم المرضى يظهرون تحسناً بعد التعرض ومنع الاستجابة مباشرة ، فإن حوالي ٢٠٪ ينتكسون . وتبين بيانات دراساتنا أن المعرضين الأكبر خطر للانتكاس ، هم أولئك الذين تحسّنوا تحسناً متوسطاً في نهاية العلاج (Foa et al., 1983 a) ؛ ولذلك يجب أن يطمح المعالج إلى تحقيق الحد الأقصى من التحسن لأعراض المريض . ويجب وصف علاج مكثف إضافي للمرضى الذين يحققون

الحد الأدنى من التحسن ، ومن ناحية أخرى يجب وقف العلاج المكثف بالنسبة للمريض ، الذي لا يظهر تحسناً مع الجلسات الاضافية .

والمتغير الذي يبدو مرتبطاً بالانتكاس هو عدم وجود متابعة كافية . ويمكن توفير هذه المتابعة للمريض في شكل اتصالات متفرقة بالمعالج ، الذي اشرف على العلاج المكثف والاشتراك في مجموعة تدعيم أو التحويل إلى معالج آخر على دراية بالعلاج السلوكي للوسواس القهري ، ويجب أن تركز المتابعة على التعزيز المنظم لأسلوب حياة خال من الطقوس ، ومساعدة المريض على التغلب على العقبات في أداء لوظائفه العادية .

ومع أن العلاج السلوكي المكثف ناجح تماماً في علاج أعراض مرضى الوسواس القهري ، يجب أن نسجل أن ٢٥ ٪ من المرضى الذين لجأوا إلينا رفضوا الإشتراك في هذا البرنامج ، وأن ١٠ ٪ لم يستفيدوا منه ، فالرضا بهذا العلاج لايلقى تبريراً كافياً بهذه الأساليب . ويلزم ابتكار أساليب أخرى لزيادة الدافع وتطوير العلاج الموجود حالياً.

REFERENCES

- Allen, J. J., & Tune, G. S. (1975). The Lynfield Obsessional-Compulsive questionnaire. *Scottish Medical Journal*, 20, 21-24.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1st ed.) Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1993). *DSM-IV draft criteria as of 3/1/93*. Washington, DC: Author.
- Ballantine, H. T., Bouckoms, H. A., Thomas, E. K., & Giriunas, I. E. (1987). Treatment of psychiatric illness by stereotactic singulotomy. *Biological psychiatry*, 22, 807-809.
- Baxter, L. R., Phelps, M. E., Maziotta, J. C., Guze, B. H., Schwartz, J. M., & Selin, C. E. (1987). Local cerebral glucose metabolic rates in obsessive and compulsive disorder: A comparison with rates in unipolar depression and normal controls. *Archives of General Psychiatry*, 44, 211-218.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beech, H. R., & Vaughn, M. (1978). *Behavioral treatment of obsessive states*. New York: Wiley.
- Behar, D., Rapoport, J. L., Berg, C. J., Denckla, M., Mann, L., Cox, C., Fedio, P., Zahn, T., & Wolfman, H. (1984). Computerized tomography and neuropsychological test measures in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 141, 363-369.
- Black, A. (1974). The natural history of obsessional neurosis. In H. R. Beech (Ed.), *Obsessional states*. London: Methuen.
- Boulougouris, J. C., Rahavilas, A. D., & Stefanis, C. (1977). Psycho-physiological responses in obsessive-compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 221-230.
- Carr, A. T. (1974). Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 81, 311-318.
- Charney, D. S., Goodman, W. K., Price, L. H., Woods, S. W., Rasmussen, S. A., & Heninger, G. R. (1988). Serotonin function in obsessive-compulsive disorder. A comparison of the effects of tryptophan and m-chlorophenylpiperazine in patients and healthy subjects. *Archives of General Psychiatry*,

45, 177-185.

- Cooper, J. E., Gelder, M. G., & Marks, I. M. (1965). Results of behaviour therapy in 77 psychiatric patients. *British Medical Journal*, *1*, 1222-1225.
- Cottraux, J., Mollard, E., Bouvard, M., Marks, I., Sluys, M., Nury, A. M., Douge, R., & Ciadella, P. (1990). A controlled study of fluvoxamine and exposure in obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, *5*, 17-30.
- Cox, C. S., Fedio, P., & Rapoport, J. L. (1989). Neuro-psychological testing of obsessive-compulsive adolescents. In J. L. Rapoport (Ed.), *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- DeVcaugh-Geiss, J., Landau, P., & Katz, R. (1989). Treatment of OCD with clomipramine. *Psychiatric Annals*, *19*, 97-101.
- Dollard, J., & Miller, N. E. (1950). *Personality and psychotherapy: An analysis in terms of learning thinking and culture*. New York: McGraw-Hill.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Emmelkamp, P. M. G., & Beens, H. (1991). Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: A comparative evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, *29*, 293-300.
- Emmelkamp, P. M. G., de Haan, E., & Hoogduin, C. A. L. (1990). Marital adjustment and obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, *156*, 55-60.
- Emmelkamp, P. M. G., & Kwee, K. G. (1977). Obsessional ruminations: A comparison between thought-stopping and prolonged exposure in imagination. *Behaviour Research and Therapy*, *15*, 441-444.
- Emmelkamp, P. M. G., & van Kraanen, J. (1977). Therapist-controlled exposure *in vivo*: A comparison with obsessive-compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy*, *15*, 491-495.
- Emmelkamp, P. M. G., Visser, S., & Hoekstra, R. J. (1988). Cognitive therapy vs. exposure *in vivo* in the treatment of obsessive-compulsives. *Cognitive Therapy and Research*, *12*, 103-114.
- Esquirol, J. E. D. (1838). *Des maladies mentales* (Vol. 2). Paris: Bailliere.
- Flament, M. F., Rapport, J. L., Berg, C. J., Sceery, W., Kilts, C., Mellstrom, B., & Linnoila, M. (1985). Clomipramine treatment of Childhood obsessive compulsive disorder: A double-blind controlled study. *Archives of General Psychiatry*, *42*, 977-983.
- Foa, E. B. (1979). Failure in treating obsessive-compulsives. *Behaviour Research and Therapy*, *16*, 391-399.
- Foa, E. B., & Charnbless, D. L. (1978). Habituation of subjective anxiety during flooding in imagery. *Behaviour Research*

- and Therapy, 16, 391-399.
- Foa, E. B., Grayson, J. B., & Steketee, G. (1982). Depression, habituation and treatment outcome in obsessive-compulsives. In J. C. Boulougouris (Ed.), *Practical applications of learning theories in psychiatry*. New York: Wiley.
- Foa, E. B., Grayson, J. B., Steketee, G., & Doppelt, H. G. (1983a). Treatment of obsessive-compulsives: When do we fail? In E. B. Foa & P. M. G. Emmelkamp (Eds.), *Failures in behavior therapy*. New York: Wiley.
- Foa, E. B., Grayson, J. B., Steketee, G. S., Doppelt, H. G., Turner, R. M., & Latimer, P. R. (1983b). Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 287-297.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1985). Treatment of anxiety disorders: Implications for psychopathology. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (in press). Report on the DSM-IV field trial for obsessive-compulsive disorder. In *DSM-IV source book*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1991). DSM-IV in progress: Diagnostic criteria for obsessive-compulsive disorder. *Hospital and Community Psychiatry, 42*, 679-684.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Steketee, G., & McCarthy, P. R. (1992). Treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms in OCD by imipramine and behavior therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 31*, 279-292.
- Foa, E. B., Steketee, G., Grayson, J. B., Turner, R. M., & Latimer, P. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: immediate and long-term effects. *Behavior Therapy, 15*, 450-472.
- Foa, E. B., Steketee, G. S., Kozak, M. J., & Dugger, D. (1985). Effects of imipramine on depression and on obsessive-compulsive symptoms. Paper presented at the European Association for Behavior Therapy, Munich, Federal Republic of Germany.
- Foa, E. B., Steketee, G. S., & Milby, J. B. (1980). Differential effects of exposure and response prevention in obsessive-compulsive washers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*, 71-79.
- Foa, E. B., Steketee, G. S., & Ozarow, B. (1985). Behavior therapy with obsessive-compulsives: From Theory to treatment. In M. Mavissakalian (Ed.), *Obsessive-compulsive disorder: Psychological and pharmacological treatment*. New York: Plenum Press.
- Foa, E. B., Steketee, G., Turner, R. M., & Fescher, S. C. (1980). Effects of imaginal exposure to feared disasters in obsessive-compulsive checkers. *Behavi-*

- our *Research and Therapy*, 18, 449-455.
- Foa, E. B., & Tillmanns, A. (1980). The treatment of obsessive-compulsive neurosis. In A. Goldstien & E. B. Foa (Eds.), *Handbook of behavioral interventions: A clinical guide*. New York: Wiley.
- Foa, E. B., & Wilsom, R. (1991). *stop obsessing: How to overcome your obsessions and compulsions*. New York: Bantam.
- Fontaine, R., & Chouinard, G. (1985). Fluoxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 9, 605-608.
- Freund, B. (1986). *Comparison of measures of obsessive-compulsive symptomatology: Rating scales of symptomatology and standardized assessor and self-rated*. Unpublished doctoral dissertation, Southern Illinois University, Carbondale.
- Freund, B., Steketec, G., & Foa, E. B. (1985). *Comparison of obsessive-compulsive symptomatology measures: Standardized versus global rating scales, assessor-versus self-rated*. Unpublished manuscript.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989a). The Yale-Brown obsessive-Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. II Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Greist, J. H. (1990). Treatment of obsessive-compulsive disorder: Psychotherapies, drugs, and other somatic treatments. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 44-50.
- Head, D., Bolten, D., & Hymas, N. (1989). Deficit in cognitive shifting in patients with obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 25, 929-937.
- Hembree, E. A., Cohen, A., Riggs, D. S., Kozak, M. J., & Foa, E. B. (1992). *The long-term efficacy of behavior therapy and serotonergic medications in the treatment of obsessive-compulsive ritualizers*. Unpublished manuscript.
- Hiss H., Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1992). *A relapse prevention program for treatment of obsessive-compulsive disorder*. Unpublished manuscript.
- Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1972). The effects of contamination and washing in obsessional patients. *Behaviour Research and Therapy*, 10, 111-117.
- Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behavior Research and Therapy*, 15, 389-395.
- Hodgson, R. J., Rachman, S., & Marks, I. M. (1972). The treat-

- ment of chronic obsessive-compulsive neurosis: Follow-up and further findings. *Behaviour Research and Therapy*, 10, 181-189.
- Hornsveld, R. H. J., Kraaimaat, F. W., & van Dam-Baggen, R. M. J. (1979). Anxiety/discomfort and handwashing in obsessive-compulsive and psychiatric control patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 223-228.
- Hudson, J. I., Pope, H. G., Yorgelun-Todd, D., Jonas, J. M., & Frankenburg, F. R. (1987). A controlled study of anorexia nervosa and obsessive nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 27, 57-60.
- Insel, T. R., & Akiskal, H. (1986). Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: A phenomenologic analysis. *American Journal of Psychiatry*, 12, 1527-1533.
- Insel, T. R., Donnelly, E. F., Lalacka, M. L., Alterman, I. S., & Murphy, D. L. (1983). Neurological and neuropsychological studies of patients with obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 18, 741-751.
- Insel, T. R., Mueller, E. A., Alterman, I. S., Linnoila, M., & Murphy, D. L. (1985). Obsessive-compulsive disorder and serotonin: Is there a connection? *Biological Psychiatry*, 20, 1174-1188.
- Insel, T. R., Murphy, D. L., Cohen, R. M., Alterman, I. S., Kilts, C., & Linnoila, M. (1983). Obsessive-compulsive disorder: A double-blind trial of clomipramine and clorgyline. *Archives of General Psychiatry*, 40, 605-612.
- Jenike, M., Baer, L., Minichiello, W., Schwartz, C., & Carey, R. (1986). concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 530-532.
- Jenike, M. A., Buttolph, L., Baer, L., Ricciardi, J., & Holland, A. (1989). Open trial of fluoxetine in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 909-911.
- Joffe, R. T., & Swinson, R. P. (1991). *Biological aspects of obsessive-compulsive disorder*. Paper prepared for the DSM-IV committee on obsessive-compulsive disorder.
- Karno, M. G., Golding, J. M., Sorensen, S. B., & Burnam, A. (1988). The epidemiology of OCD in five U.S. communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094-1099.
- Kasvikis, Y. C., Tsakiris, F., Marks, I. M., Basoglu, M., & Noshirvani, H. F. (1986). Past history of anorexia nervosa in women with obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 1069-1075.
- Kazarian, S. S., Evans, D. R., & Lefave, K. (1977). Modification and factorial analysis of the Leyton obsessional Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 422-425.

- Kearney, C. A., & Silverman, W. K. (1990). Treatment of an adolescent with obsessive-compulsive disorder by alternating response prevention and cognitive therapy: An empirical analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 21*, 39-47.
- Kenny, F. T., Mowbray, R. M., & Lalani, S. (1978). Faradic disruption of obsessive ideation in the treatment of obsessive neurosis: A controlled study. *Behavior Therapy, 9*, 209-221.
- Kenny, F. T., Solyom, L., & Solyom, C. (1973). Faradic disruption of obsessive ideation in the treatment of obsessive neurosis: *Behavior Therapy, 4*, 448-451.
- Laessle, R. G., Kittl, S., Fichter M. M., Wittchen, H., & Pirke, K. M. (1987). Major affective disorder in anorexia nervosa and bulimia: A descriptive diagnostic study. *British Journal of Psychiatry, 151*, 785-789.
- Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology, 6*, 495-511.
- Leckman, J. F., & Chittenden, E. H. (1990). Gilles de la Tourette's syndrome and some forms of obsessive-compulsive disorder may share a common genetic diathesis. *L'Encephale, XVI*, 321-323.
- Lelliott, P. T., Noshirvani, H. F., Basoglu, M., Marks, I. M., & Monterio, W. O. (1988). Obsessive-compulsive beliefs and treatment outcome. *Psychological Medicine, 18*, 697-702.
- Marks, I. M. (1977). Recent results of behavioral treatments of phobias and obsessions. *Journal of Internal Medicine Research, 5*, 16-21.
- Marks, I. M., Hallam, R. S., Connelly, J., & Philpott, R. (1977). *Nursing in behavioural psychotherapy*. London: Royal College of Nursing of the United Kingdom.
- Marks, I. M., Lelliott, P., Basoglu, M., Noshirvani, H., Monteiro, W., Cohen, D., & Kasvikis, Y. (1988). Clomipramine self-exposure, and therapist-aided exposure for obsessive-compulsive rituals. *British Journal of Psychiatry, 152*, 522-534.
- Marks, I. M., Stern, R. S., Mawson, D., Cobh, J., & McDonald, R. (1980). Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals-I. *British Journal of Psychiatry, 136*, 1-25.
- McCarthy, P., & Foa, E. B. (1990). Treatment interventions for obsessive-compulsive disorder. In M. Thase, B. Edelstein, & M. Hersen (Eds.), *Handbook of outpatient treatment of adults*. New York: Plenum Press.
- McFall, M. E., & Wollershiem, J. P. (1979). Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research, 3*, 333-348.
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behavior Research and Therapy, 4*, 273-

- Meyer, V., & Levy, R. (1973). Modification of Behavior in obsessive-compulsive disorders. In H. E. Adams & P. Unikel (Eds.), *Issues and trends in behavior therapy*. Springfield, IL: C. C. Thomas.
- Meyer, V., Levy, R., & Schnurer, A. (1974). A behavioral treatment of obsessive-compulsive disorders. In H. R. Beech (Ed.), *obsessional states*. London: Methuen.
- Minichiello, W. E., Baer, L., & Jenike, M. A. (1987). Schizotypal personality disorder: A poor prognostic indicator for behavior therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety Disorders, 1*, 273-276.
- Mowrer, O. A. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review, 46*, 553-565.
- Mowrer, O. A. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
- O'sullivan, G., Noshirvani, H., Mrks, I., Monteiro, W., & Lelliott, P. (1991). Six-year follow-up after exposure and clomipramine therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 52*, 150-155.
- Pato, M. T., Zohar-Kadouch, R., Zohar, J., & Murphy, D. L. (1988). Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 145*, 1521-1525.
- Pauls, D. L. (1989). *The inheritance and expression of obsessive-compulsive behaviors*. Proceedings of the American Psychiatric Association, San Francisco, CA.
- Pauls, D. L., Towhin, K. E., Leckman, J. F., Zahner, G. E., & Cohen, D. J. (1986). Gelles de la Tourette's Syndrome and obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry, 43*, 1180-1182.
- Perse, T. (1988). Obsessive-compulsive disorder: A treatment review. *Journal of Clinical Psychiatry, 49*, 48-55.
- Perse, T., Griest, J. H., Jefferson, J. W., Rosenfeld, R., & Dar, R. (1987). Fluvoxamine treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 144*, 1543-1548.
- Philpott, R. (1975). Recent advances in the behavioral measurement of obsessional illness: Difficulties common to these and other instruments. *Scottish Medical Journal, 20*, 33-40.
- Price, L. H., Goodman, W. K., Charney, D. S., & Heninger, G. R. (1987). Treatment of severe obsessive-compulsive disorder with fluvoxamine. *American Journal of Psychiatry, 144*, 1059-1061.
- Rabavilas, A. D., & Boulougouris, J. C. (1974). Physiological accompaniments of ruminations, flooding and thought-stopping in obsessive patients. *Behaviour Research and therapy, 12*, 239-

- Rabavilas, A. D., Boulougouris, J. C., & Perissaki, C. (1979). Therapist qualities relat to outcome with exposure *in vivo* in neurotic patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 293-299.
- Rabavilas, A. D., Boulougouris, J. C., & Stefanis, C. (1976). Duration of flooding sessions in the treatment of obsessive-compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 349-355.
- Rachman, S., & DeSilva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rachman, S., DeSilva, P., & Roper, G. (1976). The spontaneous decay of compulsive urges. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 445-453.
- Rachman, S., & Hodgson, R. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Rachman, S., Marks, I. M., & Hodgson, R. (1973). The treatment of obsessive-compulsive neurotics by modelling. *Behaviour Research and Therapy*, 8, 383-392.
- Rachman, S., Wilson, G. T. (1980), *The effects of psychological therapy*. Oxford, England: Pergmon Press.
- Rapoport, J. L. (1991). Recent advances in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology*, 5, 1-10.
- Rapoport, J. L., & Wise, S. P. (1988). Obsessive-compulsive disorder: Evidence for basal ganglia dysfunction. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 380-384.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1989). Clinical features and phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Annals*, 19, 67-73.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1990). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 10-14.
- Rasmussen, S. A., & Tsuang, M. T. (1986). Clinical Characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 317-382.
- Reed, G. E. (1985). *Obsessional experience and compulsive behavior: A cognitive structural approach*. Orlando, FL: academic Press.
- Riggs, D. S., Hiss, H., & Foa, E. B. (1992). Marital distress and the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 23, 585-597.
- Roper, G., & Rachman, S. (1976). Obsessional-compulsive checking: Experimental replication and development. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 25-32.
- Roper G., Rachman, S., & Hodgson, R. (1973). An experiment on obsessional checking. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 271-277.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsession-

- al compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C. (1985). Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder: Treating treatment failures. *Behavioral Psychotherapy*, 13, 243-255.
- Schilder, P. (1938). The organic background of obsessions and compulsions. *American Journal of Psychiatry*, 94, 1397.
- Sher, K. J., Frost, R. O., Kushner, M., Crews, T. M., & Alexander, J. E. (1989). Memory deficits in compulsive checkers: a replication and extension in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 65-69.
- Sher, K. J., Frost, R. O., & Otto, R. (1983). Cognitive deficits in compulsive checkers: An exploratory study. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 357-364.
- Stanley, M. A., Turner, S. M., & Borden, J. W. (1990). Schizotypal features in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 511-518.
- Steketee, G. S., Foa, E. B., & Grayson, J. B. (1982). Recent advances in the treatment of obsessive-compulsives. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1365-1371.
- Stern, R. S. (1978). Obsessive thoughts: The problem of therapy. *British Journal of Psychiatry*, 132, 200-205.
- Stern, R. S., Lipsedge, M. S., & Marks, I. M. (1975). Obsessive ruminations: "A controlled trial of thought-stopping technique. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 650-662.
- Stern, R. S., Marks, I. M., Wright, J., & Luscombe, D. K. (1980). Clomipramine: Plasma levels, side effects and outcome in obsessive-compulsive neurosis. *Postgraduate Medical Journal*, 56, 134-139.
- Swedo, S. E., Rapoport, J. L., Cheslow, D. L., Leonard, H. L., Ayoub, E. M., Hosier, D. M., & Wald, E. R.; (1989). High prevalence of obsessive-compulsive symptoms in patients with sydenham's chorea. *American Journal of Psychiatry*, 146, 246-249.
- Thoren, P., Asberg, M., Bertilsson, L., Mellstrom, B., Sjoqvist, F., & Traskman, L. (1980). Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder. II. Bio-chemical aspects. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1289-1294.
- Thoren, P., Asberg, M., Chronholm, B., Jornestedt, L., & Traskman, L. (1980). Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder. I. A controlled clinical trial. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1281-1285.
- Tynes, L. L., White, K., & Steketee, G. S. (1990). Toward a new nosology of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 465-480.
- Weizman, A., Carmi, M., Hermesh, H., Sbazar, A., Apter, A., Tiano, S., & Rehavi, M. (1985).

Highaffinity imipramine binding and serotonin up-take platelets of adolescent and adult obsessive-compulsive patients. Paper presented at the 4th International Congress of Biological Psychiatry, Philadelphia, PA. (From abstract)

Zohar, J., & Insel, T. (1987). Obsessive-compulsive disorder: Psychobiological approach to diag-

noses, treatment and pathophysiology. *Biological Psychiatry*, 22, 667-687.

Zohar, J., Mueller, E. A., Insel, T. R., Zohar-Kadouch, R., & Murphy, D. L. (1987). Serotonergic responsivity in obsessive-compulsive disorder: Comparison of patients and healthy controls. *Archives of General Psychiatry*, 44, 946-951.

الفصل السادس

الأكـتـاب

الفصل السادس

الكتاب

آرون ت . بيك

Aaron T. Beck

جامعة بنسلفانيا ، فيلادفيا

جيفرى ي . يونج

Jeffery E. Young

جامعة كولومبيا

آرثر واينبرجر

Arthur Weinberger

مركز وول ستريت للعلاج المعرفى ، نيويورك

ترجمة

دكتور صفوت فرج

قسم علم النفس جامعة القاهرة

كان نجاح العلاج المعرفى للاكتئاب أحد أهم التطورات فى
المناخى النفسية الخاصة بالمشكلات الانفعالية ، وكانت دلائل هذا
المنحى قد تزايدت منذ صدور الطبعة الأولى من هذا الكتاب ، مع
توافر دلائل متراكمة حول النتائج المحققة على المدى البعيد . وكان
تطبيق مجموعة متنوعة من الأساليب المعرفية والسلوكية ، مع
العلاج المعرفى ملحوظاً أيضاً فى البنية التفصيلية لكل جلسة ، فى
إطار جدول محدد وواضح لنمط التفاعل العلاجى الفعال مع
المريض ، عبر سلسلة من الأسئلة . ويقلل المؤلفون أيضاً بشكل
واضح من أهمية العلاقة المشتركة بين المعالج والمريض ، ويوضحون
الخطوط العريضة لأساليب نوعية لتحقيق هذه الحالة التعاونية ؛
بحيث يصبح المعالج والمريض معاً بمثابة فريق للاستجاب أو
التحقق .

غير أن العلاج المعرفى لم يظل متوقفاً على مدى السنوات

الخمس الماضية . ويعرض المؤلفون فى هذا الفصل لمرحلة ثانية مهمة للعلاج ، لم يسبق وصفها فى الطبعة الأولى . ويطلق على هذه المرحلة أسم «مرحلة العلاج بالتركيز على المخططات»^(١) ، والتي يتم فيها التركيز على تحديد وتعديل سوء التوافق المبكر ، أو المخططات الجوهرية التي تطورت خلال الطفولة ، وقد تجعل هذه المخططات المريض عرضة للانتكاس . وللتحليل التفصيلي لهذه المرحلة الثانية من العلاج قيمة كبيرة لدى المعالجين المعرفين ذوى الخبرة ، وبالمثل لأولئك الذين يلمون بالعلاج المعرفي للاكتئاب لأول مرة .

د . هـ . ب

مراجعة

يعد الاكتئاب أحد أكثر المشكلات التي واجهها المهنيون فى مجال الصحة العقلية شيوعاً . وقد استخدم عدد متنوع من الأساليب لعلاج الاكتئاب ، مع تأكيدات متزايدة على الأساليب العلاجية التي تستغرق وقتاً قصيراً .. وتتضمن العلاجات القصيرة التي حظيت باهتمام بالغ فى بحوث النتائج : العلاج السلوكي ، والعلاج النفسي التفاعلي ، والعلاج التحليلي النفسي المختصر ، والعلاج المعرفي (Bergin & Lambert, 1978; Rehm, 1990; McDermott & Wright, 1992) . ومن بين كل أساليب العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب ، حظى العلاج المعرفي بالنقد الأكبر من الاهتمام الإمبريقي (Rehm, 1990) .

على الرغم من التطورات الضخمة فى العلاج النفسي للاكتئاب ، ما زال العلاج الدوائي هو العلاج المعياري الذي تقارن به نتائج العلاجات الأخرى . وتشير البحوث المبكرة إلى أن العلاج المعرفي السلوكي فعال على الأقل بدرجة فعالية مضادات الاكتئاب الثلاثية نفسها فى علاج المرضى الخارجيين أحادي الاكتئاب (Rush, Beck, Kovacs & Hollon, 1979; Blackburn & Hakstian, 1979) (Bishop, 1979, 1980; Mclean & Hakstian, 1979) ، وما زالت الدراسات الحديثة تدعم هذه النتائج المبكرة . وتشير مراجعة واسعة لتقارير الدراسات الصادرة بين أعوام ١٩٧٦ ، ١٩٨٧ إلى أن العلاج المعرفي أكثر فعالية من عدم

1) The schemae-focused phase of treatment .

العلاج على الإطلاق ، ومن العلاج السلوكي أو العلاج الدوائي للاكتئاب الاكلينيكي (Dobson, 1989, p417) وعلى الرغم من استمرار البعض في التساؤل حول فعالية العلاج المعرفي ، بوصفه بديلاً عملياً للعقاقير المضادة للاكتئاب اعتماداً على التراث المتوفر ، إلا أن تحفظاتهم تعتمد على نطاق واسع على قضايا منهجية وتجريبية . (Hollon, Shelton, & Loosen, 1991) وفعالية المنحى العلاجي المعرفي السلوكي للاكتئاب واضحة في ضوء عدد من الدراسات السابقة ، التي أظهرت أن العلاجات النفسية التقليدية كانت أكثر فعالية بقدر ضئيل من العقاقير الزائفة في خفضها للأعراض الاكتئابية (Hollon, Beck, 1978) .

النموذج المعرفي للاكتئاب

يفترض النموذج المعرفي أن المعرفة ، والسلوك ، والكيمياء الحيوية جميعها مكونات مهمة في الاضطراب الاكتئابي . ونحن لا ننظر إلى هذه الرؤى باعتبارها نظريات متنافسة للاكتئاب ، ولكن باعتبارها بالأحرى مستويات مختلفة للتحليل . وكل طريقة علاجية لها توجهها المقنع ؛ فالمعالج الدوائي يتدخل في المستوى الكيميائي الحيوي ، والمعالج السلوكي المعرفي يتدخل في المستويات المعرفية والانفعالية والسلوكية . وتشير خبرتنا إلى أنه عندما نقوم بتغيير المعارف الاكتئابية ، فإننا نغير تلقائياً خصائص المزاج والسلوك ، كما (نفترض) أننا نغير أيضاً الكيمياء الحيوية للاكتئاب . وعلى الرغم من ذلك تظل الآلية الدقيقة للتغيير هدفاً للفحص الأساسي والحوار (Barber & DeRubeis, 1989; DeRubeis et al., 1990; DeRubeis & Feeley, 1990; Sullivan & Conway, 1991)

وسنركز في هذا الفصل على الاختلالات المعرفية في الاكتئاب . وتؤكد بحوث العلم المعرفي أهمية معالجة المعلومات (1) في الأعراض الاكتئابية (Ingram & Holle, 1992) ووفقاً لهذه النظريات ، فإن المعارف ذات الأساس السلبي تعد العملية البؤرية في الاكتئاب ، وتنعكس هذه العملية في المثلث المعرفي للاكتئاب (2) : فالمرضى الاكتئابيون لديهم نمطاً رؤية سلبية لأنفسهم ، ولبيئتهم وللمستقبل . وهم يعتبرون أنفسهم بلا قيمة ، غير ملائمين ، وغير محبوبين ، وعاجزين . ويعتبر المرضى الاكتئابيين بيئتهم غير ودية ، مقيمة لعوائق لا يمكن

(1) Information processing

(2) Cognitive triad of depression

التغلب عليها ، تؤدي دائماً إلى فشل أو خسران ، يضاف إلى ذلك نظرتهم إلى المستقبل باعتباره بلا أمل .

وهم يعتقدون أن جهودهم الخاصة لن تكفي لتغيير مسار حياتهم غير المرضي ، ودائماً ما تؤدي هذه النظرة السلبية للمستقبل إلى أفكار انتحارية ، ومحاولات فعلية له .

ويشوه المرضى الاكتئابيون بشكل متسق تفسيراتهم للأحداث ، ولهذا يواصلون رؤيتهم السلبية لأنفسهم وللبيئة والمستقبل . وتعتبر هذه التشوهات عن انحرافات في العمليات المنطقية للتفكير التي يستخدمها الناس عادة . مثال ذلك أن امرأة اكتئابية عاد زوجها متأخراً إلى البيت في أحد الليالي ، قد تستنتج أن لديه علاقة بأمرأة أخرى ، حتى ولو لم تكن هناك دلائل أخرى تدعم مثل هذا الاستنتاج . ويوضح هذا المثال الاستدلال العشوائي⁽¹⁾ ، الذي يتوصل منه المريض إلى استخلاص غير مبرر وفق الدلائل المتاحة . وتتضمن التشوهات الأخرى التفكير بطريقة الكل أو لا شيء ، والتعميم ، والاستدلالات الانتخابية ، والمبالغة (Beck et al., 1979) .

ووفقاً للتطورات الحديثة في النموذج المعرفي ، تعد المخططات المبكرة⁽²⁾ عاملاً مهماً مهماً لدى الكثيرين من مرضى الاكتئاب (Beck, Freeman, & Associates, 1990; Young, 1990; Stein & Young, 1992) ، ويؤكد بيك (1967) أهمية المخططات في الاكتئاب ، ويقدم لها التعريف الآتي :

المخطط عبارة عن بنية (معرفية) لفحص وترميز وتقييم المنبهات ، التي يصطدم بها الكائن الحي ... وعلى أساس هذه المصفوفة من المخططات ، يكون الفرد قادراً على توجيه نفسه بالنسبة إلى الزمان والمكان ، وعلى تصنيف وتفسير الخبرات بطريقة ذات معنى (p.283) .

ويذكر بيك وزملاؤه (Beck et al. (1990) في فترة أحدث الآتي :

يطبق تعبير «مخطط» في مجال علم الأمراض النفسية على أبنية ذات محتوى شخصي شديد الذاتية ، ينشط خلال اضطرابات

(1) Arbitrary Inference

(2) Early Schemas

مثل الاكتئاب ، ونوبات الهلع ، والوساوس ، ويصبح مهيمناً .. وبالتالي ففي حالة الاكتئاب الإكلينيكي - على سبيل المثال - تكون المخططات السلبية هي المسيطرة ، مما ينتج عنه تحيز سلبي منتظم في تفسير واستدعاء الخبرات ، وفي التوقعات القصيرة والبعيدة بالمثل . بينما تصبح المخططات الإيجابية أقل هيمنة . ومن السهل بالنسبة للشخص المكتئب أن يلاحظ الجوانب السلبية ، ولكن من الصعب عليه ملاحظة الجوانب الإيجابية ، وهم قادرون على تذكر الأحداث السلبية بقدر أفضل من قدرتهم على تذكر الأحداث الإيجابية ، ويمنحون الاحتمالات الخاصة بالنتائج غير المرغوبة وزناً أكبر من الاحتمالات الإيجابية (p.32) .

وحدد يونج Young - من خلال الملاحظة الاكلينيكية - مجموعة من المخططات الفرعية (أعمق مستوى معرفي) ، والتي أطلق عليها أسم مخططات سوء التوافق المبكرة^(٢) ، وتشير مخططات سوء التوافق المبكرة إلى سياقات متطرفة الاتساق والاستمرارية ، تتطور خلال مرحلة الطفولة ، وتثرى عبر حياة الفرد (Young, 1990 : p9) . وقد حدد يونج ستة عشر مخططاً من مخططات عدم التوافق المبكرة هذه ، في ستة مجالات مختلفة (انظر شكل ١ - ٦) .

عدم الاستقرار وانقطاع الصلات^(٢)

(توقعات الفرد أن احتياجاته للأمان والاستقرار والرعاية والانتماء لن تتحقق بطريقة ، يمكن التنبؤ بها في سياق العلاقات الحميمة أو الأسرية ، وحيث تكون الروابط الأسرية التقليدية متقطعة ، ومتفجرة ، وغير قابلة للتنبؤ ، أو فاسدة) .

١ - الهجر/ عدم الاستقرار .

عدم الاستقرار المدرك أو عدم مصداقية الأشخاص المتوفرين لتقديم الدعم والاتصال . ويتضمن ذلك إحساس الفرد بأن الأشخاص المهمين لديه لن يكونوا قادرين على الاستمرار في تقديم الدعم الوجداني ، والصلة ، والقوة ، أو الحماية

(1) Early Maladaptive Schemas

(2) Instability & Disconnection

العملية ؛ لأنهم غير مستقرين انفعالياً ، ولا يمكن التنبؤ بسلوكهم ، ولا مصداقية لهم ، أو أنهم غير موجوبين بالفعل ، لأن موتهم وشيك ، أو لأنهم سيهجرون المريض ليرتبطوا بشخص آخر أفضل منه .

٢ - عدم الثقة/ الاستغلال

توقع قيام الآخرين بالأذى والاستغلال ، والاحتقار والغش والكذب والتآمر ، واستغلال الفرص والتسفيه بعنف أو غضب . وعادة ما يتضمن ذلك إدراكاً بأن الأذى متعمد أو أنه نتيجة لتطرف في الإهمال ، وأنه غير مبرر . كما يمكن أن يتضمن إحساس الشخص بأنه دائماً ما يكون ضحية لخداع الآخرين أو للظلم .

٣ - الحرمان العاطفي

توقع الشخص أن الآخرين لن يحققوا رغبته في الحصول على درجة معتدلة من الدعم العاطفي بشكل ملائم ، ومن ذلك .

أ - الحرمان من الرعاية : غياب الانتباه ، والعاطفة ، والدفاء ، والرفقة .

ب - الحرمان من الحماية : فقدان القوة ، والاتجاه ، وتوجيه الآخرين .

ج - الحرمان من الانتماء : فقدان تفهم الآخرين ، وانصاتهم والانكشاف/أو فقدان المشاركة المتبادلة للمشاعر مع الآخرين .

استقلالية معطوبة^(١)

(وتتعلق بتوقعات الشخص عن نفسه وعن البيئة ، والتي تتدخل في قدرة الشخص الإدراكية على الانفصال ، أو مواصلة الحياة ، أو العمل مستقلاً ، وتنبع من أصول عائلية تقليدية ضاغطة ومشوهة لأحكام الطفل أو مفرطة في الحماية) .

٤ - الاعتماد الوظيفي/ انعدام الكفاءة

تتمثل في اعتقاد الشخص أنه غير قادر على تحمل مسئولياته اليومية بطريقة تتسم بالكفاءة ، ودون مساعدة جوهرية من الآخرين (من ذلك رعايته لذاته ، حل المشكلات اليومية ، إصدار أحكام صائبة ، القيام بمهام جديدة ، اتخاذ قرارات جيدة) ، ودائماً ما تحدث في شكل مقاومة سلبية .

(1) Impaired Autonomy

٥ - الاستهداف للأذى والمرض

خوف مبالغ فيه بأن كارثة ستقع في أى وقت (كارثة طبيعية ، جريمة ، أو مرض أو كارثة مالية) وأن المرء لن يكون قادراً على حماية نفسه ، وقد تتضمن مخاوف الشخص من تعرضه لنوبة قلبية ، أو الإصابة بالايذز ، أو الجنون ، أو الإفلاس ، أو التعرض لهجوم من سفاح أو حادث سيارة .. الخ .

٦ - الاحتواء/ الذات غير المتطورة

تورط عاطفى (انفعالى متزايد وارتباط وثيق بشخص جوهري أو أكثر (غالباً ما يكون الوالدين) على حساب الاستقلالية الكاملة أو الارتقاء الاجتماعى السوى ، ودائماً ما يتضمن الاعتقاد أن هناك واحداً على الأقل من الأشخاص المهيمنين لا يمكنه العيش أو الشعور بالسعادة ، دون الدعم الدائم من الآخرين ، أو هوية فردية وتوجه داخلى منقوص ، دائماً ما يختبر بوصفه شعوراً بالخواء أو التخبط .

افتقار المرغوبية^(١)

(توقع المرء أنه لن يكون مرغوباً فيه .. أو أنه مختلف عن الناس فيما يختص أياً من الآتى : الجاذبية الجسمية ، المهارات الاجتماعية ، الجدارة الداخلية، التكامل الأخلاقى ، الشخصية المثيرة للشغف ، الوظيفة ، الانجاز ، القيم ، والاهتمامات ، خصائص الذكورة والأنوثة ، الخلفية الاجتماعية الاقتصادية ... الخ . وتعود الأصول الأولى له إلى التعرض للنقد أو الرفض من الأسرة أو جماعات الأقران) .

٧ - النقص/ الخزى

شعور المرء أنه ناقص عقلياً أو داخليا ، أو عاجز ، وأنه أساساً بلا قيمة بالنسبة للأشخاص المهمين فى نظره عندما يكتشفونه ، أو إحساس المرء بالخزى من إدراكه لعدم ملائمته الداخلية ، ودائماً ما يتضمن هذا الشعور إفراطاً فى النقد الذاتى ، أو معاقبة الذات ، ومقارنة المرء نفسه بالآخرين ، وتوقع رفض مبالغ فيه، ولوم فى إطار العلاقات الحميمة .

(1) Undesirability

٨ - عدم المرغوبية الاجتماعية / الاغتراب

اعتقاد المرء أنه غير مرغوب خارجياً من الآخرين (مثال ذلك : أنه قبيح الشكل ، غير مرغوب جنسياً ، ذو مركز اجتماعى منخفض ، ضعيف فى مهارات الحوار ، غبى) ، أو شعور المرء أنه معزول عن بقية العالم ، مختلف عن الناس ، أو ليس جزءاً من أى مجموعة فى المجتمع ، أو الاثنين معاً . ودائماً ما يتضمن ذلك وعياً بالذات ، اغتراباً ، مقارنة الشخص نفسه بالآخرين ، وشعوراً بعدم الأمان فى المواقف الاجتماعية .

٩ - الفشل فى التحصيل

شعور المرء أن فشله محتوم ، أو أنه غير ملائم من الأساس مقارنة بأقرانه فى مجالات التحصيل (فى المدرسة أو الوظيفة ، أو الرياضة .. إلخ) ، ودائماً ما يتضمن ذلك اعتقاد الشخص أنه غبى ، أو أحمق ، أو غير موهوب أو جاهل .

قصور التعبير الذاتى^(١)

(قيود مفرطة ، قمع ، أو تجاهل المرء لمشاعره ، أو تفضيلاته اليومية ، وعادة ما يرجع ذلك لأصول أسرية تتمثل فى قمع المشاعر وتسلط الراشدين على الطفل) .

١٠ - خضوع

استسلام الفرد المتزايد للتحكم المبالغ فيه فى قراراته الشخصية وتفضيلاته ، وعادة ما يكون ذلك لتجنب الغضب أو الانتقام أو الهجر ، ويتضمن ذلك إدراك المرء أن رغباته الشخصية ليست ملائمة أو هامة لدى الآخرين ، وعادة ما يؤدي ذلك إلى الغضب فى نهاية الأمر . ويظهر فى صورة إفراط فى الخضوع وشغف بالإرضاء .

١١ - قمع الانفعالات

صعوبة مفرطة فى التعبير عن المشاعر أو مناقشتها (الغضب ، الأذى ، الحزن ، الفرح .. إلخ) ؛ لأن الشخص يتوقع أن يؤدي التعبير عنها إلى فقدان التقدير ، أو إيذاء الآخرين ، أو الإحراج أو الانتقام أو الهجر .

(1) Restricted Self-Expression

قصور مشاعر البهجة (١)

(تأكيد مفرط على العمل ، والمكانة ، والواجب ، والمعايير والمسئوليات نحو الآخرين ، أو الجوانب السلبية للحياة على حساب السعادة ، والنزعات الطبيعية ، والمتعة ، والصحة والتفاؤل أو الإبداع . ومصادرهما الأسرية النمطية هي التجهم والألم ، والمظهر والتضحية ، والتحكم الذاتي ، والتحكم السلبي في المتع) .

١٢ - التضحية بالذات/ والتحمل الزائد للمسئولية

تركيز مبالغ فيه على الوفاء باحتياجات الآخرين ، على حساب مباحج المرء الشخصية ، والأسباب الغالبة وراء ذلك هي منع تعرض الآخرين للأذى ، وتجنب الشعور بالذنب ، والحصول على التقدير للحفاظ على الصلة مع الآخرين المعتقد أن هناك احتياجاً لهم . ودائماً ما يؤدي ذلك إلى حساسية حادة لآلام الآخرين ، ودائماً ما يتضمن إحساساً مبالغاً فيه بالواجب والمسئولية نحو الآخرين ، وعادة ما يؤدي ذلك إلى إحساس المرء أن احتياجاته الشخصية لم تشبع بشكل ملائم ، والشعور بالامتعاض من المسئولين عن ذلك .

١٣ - / عدم توازن المعايير

المجاهدة للوفاء بتوقعات الآخرين ومعاييرهم العليا أو غير المتوازنة ، منه ، على حساب السعادة والسرور ، والاسترخاء والتلقائية ، والمرح والصحة ، والإحساس بالإنجاز ، والعلاقات المرضية . وعادة ما يتضمن تأكيداً ضرورياً على أى من المجالات التالية :

- ١ - التحصيل أو الإنجاز .
- ٢ - المال أو المظهر الخارجى أو المكانة الاجتماعية .
- ٣ - التحكم فى الذات أو الانضباط .
- ٤ - الكمال والنظام ، أو الانتباه للتفاصيل .
- ٥ - التحكم والهيمنة على البيئة . أو
- ٦ - الأخلاق والقيم أو الاعتبارات الدينية (بخلاف التضحية بالذات) .

١٤ - السلبية/التشاؤم

تركيز مقاوم على امتداد العمر على الجوانب السلبية للحياة (الأم ، الموت ، فقدان ، الإحباط ، الصراع ، مشاعر الذنب ، الاستياء ، المشكلات التي لا حلول لها ، الأخطاء الممكنة ، الخيانة ، الأشياء الخاطئة التي يمكن أن تحدث ، إلخ) ، مع الإقلال من شأن الجوانب الإيجابية أو المتفائلة أو إنكارها . وقد يتضمن ذلك مشاعر فقدان الحيلة أو فقدان القدرة على التحكم ، بناءً على توقع أن المرء لا يستطيع منع الأحداث السلبية في الحياة .

حدود قاصرة^(١)

(نقص في الحدود الداخلية ، يؤدي إلى صعوبة تتعلق بحقوق الآخرين ، أو بوفاء المرء بأهدافه الشخصية ، والأصول الأسرية لهذا تتمثل في التساهل والتدليل)

١٥ - التسلط/التمركز حول الذات

الإصرار على أن المرء يجب أن يكون قادراً على الحصول على أي شيء يرغبه ، دون اعتبار لنظرة الآخرين لما هو معقول ، ومهما كان الأمر مكلفاً لهم ، ودائماً ما يتضمن تحكماً زائداً في الآخرين ومطالب منهم ، ونقصاً في التعاطف مع احتياجات الآخرين .

١٦ - قصور في التحكم الذاتي/الانضباط

صعوبة مقاومة في ممارسة الضبط الذاتي ، وتحمل الإحباط عند تحقيق المرء للأهداف الشخصية أو في كبح المرء لتعبيراته المتزايدة عن أنفعالاته ودفعاته .

شكل (١ - ٦) مخططات سوء التوافق المبكر في ستة مجالات .

حقوق الطبع لجيفري يونج Jeffery Young, PhD. 1993 ، معاد طبعها بتصريح .

ووفقاً لمنحى مخططات يونج ، يتعلم الطفل كيفية تشكيل الواقع من خلال توقعاته المبكرة للبيئة ، ومع الأشخاص ذوي الأهمية الخاصة لديه على وجه الخصوص . وأحياناً ما تؤدي هذه الخبرات المبكرة إلى قبول الأطفال لاتجاهات

(1) Impaired Limits

ومعتقدات ، يثبت بعد ذلك أنها غير توافقية . مثال ذلك أن الطفل قد يطور مخططاً حول أن أياً مما يفعله أو يقوم به لن يكون حسناً بما يكفي ، وعادة ما لا يوجد وعى بهذه المخططات ، والتي تظل كامنة إلى أن يؤدي أحد أحداث الحياة (مثل الفصل من العمل) لاستقارة هذا المخطط . وما أن ينشط المخطط حتى يقوم المريض بعمليات تصنيف وانتخاب وترميز للمعلومات بطريقة تجعل مخطط الفشل مستمراً . وبالتالي فإن مخططات سوء التوافق المبكر تؤدي إلى ميل المرضى الاكتئابيين لتشويه الأحداث بأسلوب واضح الخصائص ، مؤدية إلى رؤية سلبية لأنفسهم وللعالم والمستقبل .

ولمخططات سوء التوافق المبكر عدد من الخصائص المحددة ، فهي تختبر بوصفها :

- ١ - حقائق أولية لدى الشخص حول نفسه أو حول العالم أو حولهما معا .
 - ٢ - بمثابة أختلال .
 - ٣ - أنها دائمة ومقاومة للتغير .
 - ٤ - دائماً ما يحفزها بعض التغيرات البيئية (مثل فقدان وظيفة أو رفيق) .
 - ٥ - تكون وثيقة الصلة بالمستويات الانفعالية العليا عندما تنشط .
 - ٦ - عادة ما تنتج عن التفاعل بين المزاج الولادي للطفل والخبرات غير السوية مع أفراد الأسرة ، أو القائمين على رعايته (Young, 1990)
- وينصب توجه العلاج المعرفي على إحداث تغيير في التفكير الاكتئابى ، ويمكن إحداث هذه التغييرات بعدد من الطرق المختلفة ، نذكر منها القليل : من خلال التجارب السلوكية ، ومن خلال المعالجة المنطقية ، وفحص الدلائل ، وحل المشكلات ، ولعب الأدوار ، وإعادة التشكيل التخيلي .

خصائص العلاج

عادة ما يجرى العلاج المعرفي للمرضى الاكتئابيين الراشدين فى عيادة المعالج ، وغالباً ما يطبق فى موقف واحد لواحد ؛ أى يضم المعالج والمريض فقط . وعلى الرغم من ذلك جرت محاولات لاستخدام العلاج المعرفي الجمعي ، وتبين أنه ناجح مع كثير من المرضى الاكتئابيين الخارجيين (Beutler et al., 1987; Jarrett & Nelson, 1987) على الرغم من أنه قد لا يكون بدرجة فعالية

العلاج الفردى (Wierzbicki & Bartlett, 1987). وليس من غير المعتاد ضم الزوج أو الوالدين ، وبقية أفراد الأسرة خلال العلاج . ويتعين استخدامهم على سبيل المثال لتوفير معلومات ، يمكن أن تساعد المرضى على اختبار صدق تفكيرهم حول كيفية نظر أفراد الأسرة الآخرين لهم . يضاف إلى ذلك أن علاج الزوجين^(١) ، الذى يقوم على النموذج المعرفى دائماً ما كان فعالاً للغاية فى شفاء الاكتئاب المتعلق بمشكلات التفاعل المزمنة بين الأشخاص (Beck, 1988; O'Leary & Beach, 1990).

وتظهر خبرتنا أن عدداً من خصائص المعالج تسهم فى فعالية العلاج المعرفى ؛ فيتعين أولاً أن يطبق المعالجين المعرفيين المثاليين المهارات العلاجية غير النوعية، التى حددها مؤلفون آخرون (مثل ذلك: Truax & Mitchell, 1971). ويتعين أن يكونوا قادرين على التواصل الدافئ والأصيل ، والمخلص ، وأن يكونوا متفتحين . ويتعين ثانياً أن يكون المعالجين المعرفيين الأكثر فعالية مدربين تدريباً خاصاً على رؤية الأحداث من خلال منظور المريض (توحد ملائم) ، وهم قادرين على إرجاء فروضهم الخاصة وتحيزاتهم أثناء إصغائهم للمرضى المكتئبين، أثناء وصفهم لردود أفعالهم وتفسيراتهم . وثالثاً يستطيع المعالجون المعرفيون المهرة تقديم البراهين المنطقية وتخطيط الاستراتيجيات ، وهم ليسوا مفكرين مختلطى التفكير ، وهم يشبهون فى هذا محامى الدفاع الجيدين، الذين يستطيعون اكتشاف الثغرات الدقيقة التى تظهر أحياناً فى منطق الفرد ، ويستنبطون بمهارة تفسيرات أكثر إقناعاً للوقائع نفسها . ويخطط المعالج المعرفى استراتيجيات ذات خطوات متتالية تعجل بالنتائج المرغوبة . رابعاً يعد أفضل الممارسين لهذا المنحى العلاجى نشطين ، ويتعين أن يأخذوا على عاتقهم مهمة التوجيه السلس لبنية واتجاهات العمليات العلاجية . وعلى الرغم من أن خصائص المريض حظيت ببعض الانتباه التجريبي (Persons, 1990; Shea et al., 1990; Burns, & Perloff, 1988) إلا أننا مازلنا لا نعرف حتى الآن بشكل صحيح أى خصائص المريض تتعلق بنجاح العلاج المعرفى . وتوحى خبرتنا أن المرضى أصحاب اضطراب الاكتئاب الرئيسى (نوبة واحدة أو متكررة) ، واضطراب المزاج الاكتئابى^(٢) (مع أو دون اضطراب اكتئاب رئيسى) يستجيبون بشكل جيد للعلاج المعرفى الموصوف فى هذا الفصل .

(1) Couples therapy

(2) Dysthymic disorder

وقد ثبت أن مرحلة منع الانتكاس مهمة على وجه الخصوص لخفض مرات تكرار انتكاس هؤلاء المرضى . وقد تكون مرحلة العلاج المركزة حول المخططات أطول بقدر جوهري ، اتساقاً مع المدى الذي يشخص به المريض بوصفه يستوفي محكات المحور الثاني لاضطراب الشخصية ، كما قد تكون جوهرياً بقدر أكبر للحصول على استجابة إيجابية للعلاج .

وقد لاحظنا أكلينيكياً أن العلاج المعرفي يمكن أن يساعد في العلاج الدوائي في الحالات التي تشخص على المحور الأول والثاني للاضطرابات ، وكذلك بالنسبة للمرضى أصحاب الاكتئاب الداخلي المنشأ ، وبالأخص المصابين بالميلوخوليا . فدائماً ما تكون أساليب العلاج المعرفي مفيدة مع مثل هؤلاء المرضى في خفض تكرار الانتكاس أو الدورية ، بمجرد إنخفاض الأعراض الحادة .

ويبدو أن عديداً من أنماط الاكتئابيين الفرعية أقل إذعاناً للعلاج المعرفي القصير المدى . ويتضمن ذلك المرضى ذوي الهلوس أو الهذات ، وأصحاب اضطراب الذهان الوجداني ، وعجز الذاكرة (مثل ذلك المصابين بزميلات عضوية) وقد يكون العلاج المعرفي مفيداً بالنسبة لهؤلاء المرضى في منع الانتكاس لفترات طويلة ، مع الجمع دائماً بينه وبين العلاج الدوائي ، والعلاج البيئي ، أو من خلال دعم إضافي من البيئة المحيطة بالمرضى .

وقد لاحظنا من خبرتنا أن خصائص معينة في المريض تنبئ باستجابة أسرع للعلاج ، فالمرضى المتأملين لأنفسهم بشكل ملائم والذين يمكنهم الاستدلال تجريبياً ، والأكثر تنظيماً ، والمخططين الجيدين ، والواعين بتحملهم المسئولية ، وممن يعملون ، والذين لا يفرطون في غضبهم سواء من أنفسهم أو من الآخرين ، والأقل يقينية وتصلباً في تفكيرهم ، والذين يستطيعون تحديد الأحداث المعجلة لنوباتهم الاكتئابية المتوقعة بوضوح ، وممن لديهم علاقات وثيقة بالآخرين ، تتحسن أعراضهم الاكتئابية بقدر أسرع باستخدام العلاج المعرفي . وتشير النتائج الحديثة أن العمر ليس عقبة ، حيث أظهر الراشدون المسنون أنهم يستفيدون بالقدر نفسه الذي يحققه الأصغر عمراً من العلاج المعرفي (Beutler et al., 1987;

Gallagher-Thompson, Hanley-Peterson & Thompson, 1990)

التعاون

تعد العلاقة التعاونية بين المريض والمعالج من الأمور الأساسية في العلاج المعرفي . وعندما يعمل المريض والمعالج معاً تتعزز الخبرة التعليمية لكل منهما ، وتتموذج التعاون بينهما ، والتي تسهم بقدر كبير في العمليات العلاجية . ويتساوى مع هذا في الأهمية إسهام الأسلوب التعاوني في تأكيد الأهداف المتناغمة للعلاج ، وبمنع سوء الفهم وسوء التفسير بين المريض والمعالج . ونتيجة لهذه الأهمية للعلاقة التعاونية فإننا نعطي قدراً كبيراً من التأكيد لمهارات التفاعل لدى المعالج ، وعمليات الانتخاب المشتركة للمشكلات التي يتعين العمل عليها ، والعائد المنتظم وعمليات الفحص التي نطلق عليها أسم الواقعية التعاونية .

الصفات التفاعلية

طالما أن التعاون يتطلب أن يثق المريض في المعالج ، فإننا نؤكد على هذه الصفات التي تسهم في الثقة ، فالدفء ، والمشاعر الحقيقية غير المتكلفة هي صفات شخصية مرغوبة في المعالج المعرفي ، كما هي مرغوبة بالنسبة لكل المعالجين . ومن المهم ألا يظهر المعالج المعرفي كما لو كان يلعب دور المعالج . وعلى المعالج أن يكون قادراً على التواصل اللفظي وغير اللفظي الذي يبين إخلاصه ، وتفتحه ، واهتمامه ، وأنه مباشر [دوغري] ، ومن المهم أيضاً ألا يبدو المعالج كما لو أن لديه انطباعات معينة أو معلومات أو أسئلة مراوغة . ويجب أن يكون المعالج حريصاً على ألا يبدو ناقداً أو معترضاً على وجهات نظر المريض . والتعاون بين المريض والمعالج جوهرى في علاج المرضى الاكتئابيين ، وعندما يكون التعاون في صورته المثلى يدرك المرضى أن المعالج شخص متناغم مع مشاعرهم واتجاهاتهم ، شخص متعاطف ومتفهم ، شخص يستطيعون التواصل معه دون أن يعبروا لفظياً عن مشاعرهم بالتفصيل أو بعبارات دقيقة .

وعندما يكون التعاون جيداً ، يشعر كل من المريض والمعالج بالراحة والأمان . كما أن السلوك المهني الواثق مهم أيضاً في العلاج المعرفي ، وعلى المعالج أن يشعر المريض الإكتئابى بالثقة في مساعدته ، ومثل هذه النعمة يمكن أن تساعد على إبطال مشاعر اليأس الأولية من المستقبل لدى المريض . وطالما أن المعالج المعرفي يجب أن يكون موجهاً في بعض الأحيان ومنظماً للبنية المعرفية ، في المراحل الأولية من العلاج على وجه الخصوص .. فإنه يصبح من المفيد مواصلة الحفاظ على إحساس واضح بالاعتبارات المهنية :

المشاركة في تحديد أهداف العلاج

يعمل المريض والمعالج من خلال العلاقة التعاونية على وضع الأهداف العلاجية وتحديد أولوياتها ، ووضع برنامج كل جلسة ، وتتضمن المشكلات التي يتعين مناقشتها على امتداد فترة العلاج الأعراض الاكتئابية النوعية (مثل ذلك : اليأس ، والبكاء ، وصعوبة التركيز) والمشكلات الداخلية (مثل ذلك :الصعوبات الزوجية ، والقضايا المتعلقة بالمستقبل المهني والانشغال بتنشئة الأبناء) ، يلي ذلك تحديد الأولويات بالتعاون بينهما ، وفقاً لحجم الكرب الناتج عن مشكلة معينة ومدى قابلية المشكلة المعينة للتغيير . ويقوم المعالج والمريض معاً خلال الجزء الخاص بوضع برنامج الجلسة (والذي سيتم مناقشته تفصيلاً في الجزء التالي) بتحديد البنود التي يتعين تغطيتها في هذه الجلسة . وعلى الرغم من هذه العملية المشتركة ، إلا أن المشكلات المستهدفة يتم اختيارها على أساس أسبوعي ، ودائماً ما تمثل عملية اختيار المشكلة صعوبات بالنسبة للمعالج المعرفي المبتدئ ، وتتضمن هذه الصعوبات : الفشل في التوصل إلى اتفاق على أي المشكلات المعينة هي التي يجب التركيز عليها ، وانتخاب الاهتمامات الجانبية ، والميل إلى الانتقال من مشكلة إلى أخرى ، بدلاً من الإصرار على البحث عن حلول مرضية لمشكلة واحدة فقط في الوقت الواحد . ولأنه يترتب على عملية اختيار المشكلات توصيفها، والتعاون من جانب المعالج ، فإن مهارات مهمة مطلوبة في هذه الحالة .

العائد المنتظم

العائد من الأمور المهمة في العلاج المعرفي لمرضى الاكتئاب على وجه الخصوص ، وهو مكون جوهري في تطوير واستمرار العلاقة العلاجية التعاونية . ويبدأ المعالج المعرفي في إعداد مكونات العائد في فترة مبكرة من العلاج من خلال تعرف أفكار المريض ومشاعره حول جوانب العلاج المختلفة مثل طريقة تناول أكالات معينة ، وسلوك المعالج ، والواجبات المنزلية . وطالما أن كثير من المرضى يسيء تأويل عبارات وأسئلة المعالج ، يصبح في مقدور المعالج من خلال العائد المنتظم فقط التأكد مما إذا كان هو والمريض على النغمة . ويتعين أن يكون المعالج متنبهاً أيضاً للمؤشرات اللفظية وغير اللفظية لإخفاء ردود الفعل السلبية .

ويقوم المعالج المعرفي - كجزء من عملية العائد المنتظم - بتبرير كل شكل من أشكال التدخل ، ويساعد ذلك على تجزئة العملية العلاجية وتسهيل الإجابة عن تساؤلات المريض حول مصداقية طريقة معينة للعلاج . يضاف إلى ذلك أن المرضى يصبحون أكثر ميلاً إلى المشاركة من حيث المبدأ ، عندما يفهمون الصلة بين الأسلوب العلاجي المعين أو الواجبات التي يستخدمها المعالج وحل المشكلات .

العامل الثالث في عملية العائد هو إتاحة الفرصة للمعالج للتحقق المنتظم ، وتحديد ما إذا كان المريض قد فهم المعلومات التي قدمها له أم لا ، فأحياناً ما يوافق المرضى على صياغة معينة لمجرد الانصياع ، وعادة ما يكشف المرضى الاكتئابيون عن انصياع ومقاومة للحديث بشكل مباشر مع المعالج ، خوفاً من تعرضهم للرفض ، والنقد أو الوقوع في الخطأ . وبالتالي فعلى المعالج أن يبذل جهداً إضافياً لاستنباط المشاعر والرغبات المتعلقة بانصياع أو امتثال المريض (مثال ذلك القلق من التعرض للرفض ، والرغبة في الإرضاء) ، وأن يكون متنبهاً للمؤشرات اللفظية وغير اللفظية لكون المريض لم يفهم بالضرورة التفسيرات التي قدمت له .

ويقوم المعالج المعرفي - كجزء منتظم من عملية العائد اللصيقة بكل جلسة- بتوفير ملخص قصير لما تم في الجلسة ، ويطلب من المريض أن يستخلص النقاط الأساسية الخاصة بالجلسة ويقوم بتدوينها . ويحتفظ المريض بهذا التلخيص لأغراض المراجعة خلال الأسبوع ، ويستخدم المعالج خلال ممارساته ملخصات قصيرة للغاية ثلاث مرات على الأقل ، خلال المقابلة العلاجية المقننة ، وذلك في: إعداد برنامج الجلسة ، خلاصة في منتصف الجلسة للمواد التي تمت تغطيتها عند هذه النقطة ، وتلخيص أخير للنقاط الأساسية للجلسة . وعموماً يستجيب المرضى بترحيب لاستنباط العائد وتقديم هذه الملخصات القصيرة . وقد لاحظنا أن تطور التعاطف والتعاون يتيسر بهذه الأساليب .

التجريبية التعاونية

عندما تتشكل العلاقة العلاجية التعاونية بنجاح ، فإن المريض والمعالج يعملان بوصفهما فريق فاحص . وعلى الرغم من أننا سنفصل القول في عمليات الفحص فيما بعد ، إلا أنه من المناسب أن نقدمها في سياق العلاقة التعاونية ، فبوصفهما فريقاً يقوم المريض والمعالج بتناول أفكار المريض الآلية ومخططاته

بالطريقة التي يتناول بها العلماء الأسئلة : أى تصبح كل فكرة وكل مخطط بمثابة فرض يتعين أخْتباره ، ويتم جمع الدلائل التي تدعمه أو تدحضه . والأحداث الماضية ، والظروف الحاضرة ، واحتمالات المستقبل هي البيانات ، التي تشكل الدلائل والاستخلاصات لقبول أو رفض الفرض ، ويجرى التوصل لها بالمشاركة من خلال إخضاع الدلائل للتحليل المنطقي ، وتبتكر التجارب لاختبار صدق معارف معينة . ولا يحتاج المعالج المعرفي لأقناع المريض بلا منطقيته أو عدم اتساقه مع الواقع ، طالما أن المرضى هم الذين «يكتشفون» عدم اتساقهم . وتعد هذه العمليات التوجيهية للاكتشاف أسلوباً تعليمياً مقبولاً على نطاق واسع ، وهي واحدة من المكونات الحيوية في العلاج المعرفي .

خطوات العلاج المعرفي

سنحاول هنا إيصال الحس الخاص بطريقة تنظيم جلسات العلاج المعرفي والفهم الخاص بالبرنامج العلاجي . وسيلي هذا الجزء مناقشة تفصيلية لأساليب معينة .

الجلسات الأولى

أحد الأهداف الرئيسية للمقابلة الأولى هو تلطيف أو تخفيف بعض الأعراض ، ويخدم تلطيف الأعراض احتياجات المريض من خلال خفضه لمعاناته ، كما يساعد أيضاً على تنمية التعاون والمشاركة والثقة في العملية العلاجية . ويتعين أن يعتمد تخفيف الأعراض على أكثر من مجرد التعاون والتعاطف ، وما يتضمنانها من وعود بالشفاء . وعلى الرغم من ذلك فإن المعالج المعرفي يسعى لتقديم أساس منطقي للتأكيدات ، من خلال محاولته تحديد مجموعة من المشكلات وعرض بعض استراتيجيات التعامل معها .

ويستمر تحديد المشكلات ليصبح هدفاً في المراحل المبكرة من العلاج ، ويعمل المعالج مع المريض على تحديد المشكلات الخاصة به والتركيز عليها خلال جلسات العلاج . ويقوم المعالج المعرفي بذلك من خلال الحصول على فكرة كاملة بقدر المستطاع عن صعوبات المريض النفسية ، وظروف حياته ، كما يسعى المعالج أيضاً للحصول على تفاصيل حول مدى عمق الاكتئاب والأعر المعينة ، ويهتم المعالج المعرفي على وجه الخصوص بكيفية نظر المرضى لمشكلاتهم الشخصية .

وما أن يتم تحديد المشكلات النوعية ، حتى يبدأ المعالج والمريض في وضع أولويات هذه المشكلات ، وتتخذ القرارات على أساس القابلية للتغيير العلاجي ومركزية المشكلة الحياتية ، أو المعرفية بالنسبة للكدر الوجداني للمريض . وعلى المعالج أن ينظر إلى العلاقات بين أفكار معينة وظروف الحياة المعينة ومشاعر الكدر لدى المريض ؛ بهدف تحديد الأولويات بصورة فعالة .

هدف آخر للجلسة الأولى هو عرض العلاقة الوثيقة بين المعرفة والوجدان ، فعندما يكون المعالج قادراً على ملاحظة التغييرات المزاجية للمريض (البكاء مثلاً) ، فعليه أن يشير إلى هذا التغيير الحادث ، ويسأل المريض عن أفكاره قبل حدوث هذا التغيير المزاجي مباشرة .. وعندئذ يقوم المعالج بالتعريف بالأفكار السلبية والإشارة إلى علاقتها بالتغيير في الحالة المزاجية . ويبدأ المعالج في إعداد الواجبات المنزلية في اتجاه مساعدة المريض على رؤية العلاقة الوثيقة بين المعرفة والوجدان أو الانفعال .

وأحد المتطلبات المتكررة في المرحلة الأولى من العلاج هي جعل المريض يألف العلاج المعرفي ، وإذا كان قد سبق للمرضى الخضوع لعلاج تحليلي أو روجري على وجه الخصوص ، فإن الكثيرين منهم سيتوقعون استبصاراً أكثر وطريقة علاجية غير توجيهية . ويستطيع المعالج المعرفي تيسير الانتقال إلى علاج أكثر تحديداً ونشاطاً من خلال المحافظة على موقف عقلي ذي توجه نحو المشكلة . وهو الأمر الذي يستلزم دائماً مقاطعة رقيقة للمرضى ، الذين يميلون لتخمين مصادر مشكلاتهم ويسعون لتفسيرات لها من المعالج .

وأخيراً يتعين على المعالج أن يوضح ، خلال الجلسة الأولى ، أهمية مساعدة الذات بواسطة الواجبات المنزلية ، ويستطيع المعالج القيام بذلك من خلال تأكيد أن إنجاز الواجبات المنزلية أهم في الحقيقة من الجلسة العلاجية نفسها . ويستطيع المعالج أيضاً تقديم حافز من خلال إيضاحه أن المرضى الذين يكملون الواجبات المنزلية ، يتحسنون عموماً بشكل أسرع . وسيتم تناول طبيعة مساعدة الواجبات المنزلية للذات وتطبيقاتها بتفصيل أكبر في جزء تال من هذا الفصل .

تطور الجلسة العلاجية

تبدأ كل جلسة بوضع جدول لها ، ويؤكد هذا الإجراء الاستخدام الأمثل لفترة زمنية محدودة نسبياً لحل المشكلات . وبصفة عامة يبدأ جدول الأعمال

بموجز عن خبرات المريض منذ الجلسة السابقة ، بما في ذلك مناقشة للواجب المنزلي ، ثم يسأل المعالج المريض بعد ذلك عما يريد تناوله خلال الجلسة من موضوعات ، ودائماً ما يقدم عرضاً لموضوعات يمكن تناولها .

وعند إكمال قائمة قصيرة من المشكلات والموضوعات ، يحدد المريض والمعالج ترتيب تغطية هذه الموضوعات والوقت المسموح به لكل منها ، إذا كان ذلك ضرورياً . وهناك عدد من القضايا التي يتعين وضعها في الاعتبار عند إقرار الأولويات من ذلك مرحلة العلاج ، وحدة الاكتئاب ، واحتمال إحداث تقدم في حل المشكلات ، وإمكانات مقاومة تأثير موضوع أو سياق معين . والمعالج السلوكي حساس لرغبات المرضى الطارئة للحديث عن شيء ما يبدو مهماً لهم في لحظة معينة ، وهو يستجيب لذلك ، حتى إذا بدا أن مثل هذه المناقشة غير مجدية في ضوء الأهداف الأخرى ، ويعد هذا النوع من المرونة سمة للعلاقة العلاجية التعاونية .

وبعد تغطية الموضوعات الأولية ينتقل المريض والمعالج للمشكلة الأولى والثانية ، التي تم التخطيط لتناولها في الجلسة . ويبدأ المعالج مناقشة المشكلة بتوجيه سلسلة من الأسئلة التي صممت لتوضيح صعوبة المريض . ويسعى المعالج من خلال ذلك إلى تحديد ما إذا كانت مخططات سوء التوافق المبكر ، وسوء تفسير الأحداث ، أو التوقعات غير الواقعية متضمنة في تفكير المريض . كما يسعى أيضاً للكشف عن ما إذا كانت كل الحلول الممكنة للمشكلة قد وضعت في الاعتبار أم لا . وتوحي إجابات المريض للمعالج بصياغة معرفية سلوكية حول أسباب وجود الصعوبة لديه في المجال المعين موضوع الاهتمام ، وهنا سيتبين المعالج الفكرة أو الفكرتين الجوهريتين ، والمخططات والصور العقلية ، أو السلوك الذي يتعين العمل عليه . وعند اختيار المشكلة المستهدفة يختار المعالج الأساليب المعرفية أو السلوكية التي سيطبقها ، ويشرك المريض معه بتعريف المنطق وراءها . والأساليب النوعية المستخدمة في العلاج موصوفة في الأجزاء التالية من هذا الفصل .

ويطلب المعالج من المريض ، قرب انتهاء الجلسة ، أن يقدم تلخيصاً ، وغالباً ما يكون هذا التلخيص كتابة ، حول الاستخلاصات الأساسية ، التي أمكن التوصل إليها خلال الجلسة ، ويسأل المعالج المريض عن ردود فعله للجلسة ؛ وذلك للتأكد مما إذا كان قد قيل أي شيء قاطع الجلسة ، ولكي يستبق أي ردود فعل سلبية متأخرة تلي المقابلة . وأخيراً يعطى المعالج واجباً منزلياً للمريض ، مصمماً

لمساعدته على تطبيق المهارات المعينة المستخلصة من الجلسة على المشكلات خلال الأسبوع التالي .

تطور مضمون الجلسة مع الوقت

على الرغم من أن بنية جلسات العلاج المعرفي لا تتغير خلال برنامج العلاج ، إلا أن المضمون غالباً ما يتغير جوهرياً ، فالمرحلة الأولى من العلاج ، أي مرحلة خفض الأعراض تركز على التغلب على اليأس ، وعلى تحديد المشكلات ، وإقرار الأولويات ، وتحقيق آفة المفحوص بالعلاج المعرفي ، وإقامة العلاقة التعاونية ، وعرض العلاقة بين المعارف والمشاعر وتسمية أخطاء التفكير ، والوصول إلى تقدم سريع في مشكلة مستهدفة . ويركز العلاج أساساً على أعراض المريض ، مع العناية بالصعوبات السلوكية والدافعية ، وما أن يظهر المريض بعض التغيير الجوهري في هذه المجالات ، حتى يتحول التركيز على مضمون ونمط تفكير المريض .

وعلى النقيض من المرحلة الأولى ، فإن المرحلة الثانية ، أو مرحلة التركيز على المخططات تؤكد على منع الانتكاس . وما أن يشعر المريض أنه أقل اكتئاباً حتى يتحول المعالج والمريض من أفكار معينة حول مشكلات نوعية إلى بؤرة المخططات حول الذات والحياة ؛ إذ إن هذه المخططات هي التي تقف خلف عديد من مشكلات المريض . وما أن تحدد حتى تكشف عن القواعد والصياغات التي يتطور من خلالها تعلم الأفراد كيفية فهم العالم ، وتستمر المخططات في تحديد كيف ينظمون إدراكاتهم في معارف ، ويضعون الأهداف ، وقيمون ويعدلون السلوك ويفهمون الأحداث في حياتهم . ويهدف العلاج المعرفي لإبطال تأثيرات المخططات واستبدال مناح جديدة بالأساليب والطرق غير السوية . وإذا كانت المخططات نفسها يمكن أن تتغير ، فإننا نعتقد أن المريض سيصبح أقل عرضة للأكتئاب مستقبلاً ، ويذكر ريم (1990) Rehm الآتي :

يمكن تحت ظروف الحياة المعتادة إحلال مخططات أكثر واقعية، بدلاً من المخططات السلبية ، غير أنها تظل غير مستخدمة بوصفها مخططات كامنة مع إمكانية تنشيطها تحت ظروف فقدان . وقد تصبح هذه المخططات كامنة مرة أخرى مع الوقت وتحسن الظروف ، ما لم تعدل ببعض التدخل . (p.80)

ويأخذ المريض على عاتقه فى هذه المرحلة مسئولية متزايدة فى تحديد المشكلات واقتراح الحلول ، وتطبيق هذه الحلول من خلال الواجبات المنزلية ، كما يأخذ المعالج على عاتقه بقدر متزايد دور المرشد أو الناصح ، مع تعليم المريض كيفية تطبيق الأساليب العلاجية دون مساعدة . وما أن يصبح المريض حلالاً فعالاً للمشكلات ، حتى ينخفض عدد الجلسات ثم يتوقف العلاج .
ونكرس بقية هذا الفصل لتقديم وصف تفصيلى لمرحلتى العلاج .

المرحلة الأولى : خفض الأعراض

الأساليب المعرفية

توفر الأساليب المعرفية النوعية نقاط الدخول إلى النظام المعرفى للمريض . ويستخدم المعالج المعرفى أساليب لاستخلاص الأفكار الآلية ، واختبارها ، وتحديد المخططات بهدف مساعدة كل من المعالج والمريض على فهم بنية واقع المريض . ومن المهم عند تطبيق أساليب معرفية نوعية فى العلاج أن يعمل المعالج ، من خلال النموذج المعرفى للأكتئاب ، وسنناقش على التوالى كل مجموعة من الأساليب .

استخلاص الأفكار الآلية

الأفكار الآلية هى تلك الأفكار التى تعترض الأحداث الخارجية ، وردود فعل الفرد الانفعالية نحو هذه الأحداث . وغالباً ما تمضى دون أن تلاحظ ؛ لأنها جزء من النمط الإدراكى للتفكير ، ولأنها تحدث دائماً وبسرعة شديدة . ونادراً ما نتوقف لتقييم مصداقيتها لأنها شديدة القابلية للتصديق ، ومألوفة ومعتادة . ويجب أن يتعلم المريض فى العلاج المعرفى كيفية تعرف هذه الأفكار الآلية ؛ حتى يقوم العلاج بدوره بصورة فعالة . ويقوم المعالج المعرفى والمريض بجهد مشترك لاكتشاف الأفكار المعينة ، التى تسبق انفعالات مثل الغضب والحزن والقلق . ويستخدم المعالجون الأسئلة ، والتخيل ولعب الأدوار لاستخلاص الأفكار الآلية .

وأبسط الطرق لاكتشاف الأفكار الآلية ، هى أن يسأل المعالج المرضى عن أى الأفكار تراودهم استجابة لأحداث معينة ، وتوفر هذه الأسئلة للمرضى نموذجاً للاستكشاف الاستبطانى ، الذى يمكنهم استخدامه بأنفسهم بعد إكمال العلاج وفى غيبة المعالج .

والبديل لهذا الأسلوب ، عندما يكون المريض قادراً على تحديد هذه الاحداث الخارجية والمواقف التي تثير استجابة انفعالية معينة ، أن يستخدم المعالج التخيل ، وذلك بسؤال المريض أن يستعيد صورة بالتفصيل . ودائماً ما يكون المريض قادراً على تحديد الأفكار الآلية المتصلة بمواقف حقيقة ، عندما تكون الصورة المتخيلة واضحة . ويطلب المعالج من المرضى في هذا الأسلوب أن يسترخوا ويغلقوا أعينهم ، ويتخيلوا أنفسهم في الموقف المثير للكدر ، ويصف المرضى بالتفصيل ما الذي يحدث عندما يستعيدون الحدث .

وإذا كان الحدث ذا طابع تفاعلي ، فيستطيع المعالج المعرفي استخدام لعب الأدوار . ويلعب المعالج دور الشخص الآخر في المواجهة ، بينما يلعب المرضى أدوارهم الشخصية ، وعادة ما يمكن استثارة الأفكار الآلية ، عندما يكون المرضى مستغرقين تماماً في لعب الدور .

وعلى المعالج أن يكون حريصاً عند محاولة استثارة الأفكار الآلية في ملاحظة التغيرات المزاجية ، التي تحدث خلال الجلسة ، والإشارة إليها ، وأن يسأل المريض عن أفكاره قبل التحول المزاجي مباشرة . وتتضمن التغيرات المزاجية أية ردود فعل أنفعالية ، مثل انهيار الدموع أو الغضب . ويمكن لهذا الأسلوب أن يكون مفيداً عندما يكون المعالج في بداية تعلم كيفية تحديد الأفكار التلقائية .

ويطلب من المرضى الاحتفاظ بسجل يومي للأفكار المرضية ، بمجرد أن يصبحوا على آفة بأساليب تحديد هذه الأفكار الآلية (انظر شكل ٢ : ٦ ، Beck et al., 1979) ويستخدمونه في تسجيل الانفعالات والأفكار الآلية التي تحدث في المواقف المثيرة للأسى بين جلسات العلاج ، ويعلمونهم في الجلسات التالية كيفية تطوير استجابات عقلانية لأفكارهم التلقائية المرضية ، وتسجيلها في عمود خاص في السجل اليومي .

وبصفة عامة ، يقوم المعالج والمريض بمراجعة التسجيل اليومي للأسبوع المنصرم حتى قرب الجلسة العلاجية التالية . ويتعين التمييز بين استثارة الأفكار الآلية وعمليات التفسير في العلاجات النفسية الأخرى ؛ فالمعالج المعرفي يعمل بصفة عامة مع هذه الأفكار الآلية التي يشير إليها المرضى فقط . أما الإيحاء بأفكار للمرضى فقد يقوض التعاون بين المعالج والمريض ، كما قد يؤدي إلى كبح

إمكانية تعلم المرضى كيف يواصلون العمل بمفردهم .. وعلى الرغم من ذلك ،
وكملجاء أخير ، وعندما تفشل الاستراتيجية غير التوجيهية ، فقد يوفر المعالج
المعرفي بعض الأفكار الآلية الممكنة سائلاً المريض أيّاً منها هو الذي يراوده .

الموقف	انفعال انفعالات	فكرة أو أفكار آلية	استجابة عقلانية	النتائج
وصف				
١ - حدث حقيقي يؤدي إلي مشاعر غير سارة أو أفكار	١ - حزن محدد/قلق أو غضب قدر درجة الانفعال علي	١ - اكتب الفكرة أو الأفكار الآلية التي تسبق الانفعال .	استجابة عقلانية	النتائج
٢ - أفكار متدفقة ، أو أحلام يقظة ، أو ذكريات تؤدي لمشاعر غير سارة	٢ - قدر مدي اعتقادك في الفكرة أو الأفكار الآلية بنسبة من صفر - ١٠٠	٢ - قدر مدي اعتقادك في الفكرة أو الأفكار الآلية بنسبة من صفر - ١٠٠	٢ - قدر مدي اعتقادك في الفكرة العقلانية علي مقياس من صفر - ١٠٠	١ - أعد تقدير اعتقادك في الأفكار الآلية من صفر - ١٠٠

إيضاح : عندما تختبر انفعالاً غير سار ، اذكر الموقف الذي يبدو أنه يؤدي إلي استثارة هذا الانفعال (إذا حدث الانفعال أثناء تفكيرك ، أو أحلام يقظتك ، إلخ. فسجل ذلك أيضاً من فضلك) ثم سجل الأفكار الآلية المرتبطة بهذا الانفعال ، وسجل درجة اعتقادك في هذه الأفكار ، ويعني الصفر عدم الاعتقاد في صحتها علي الإطلاق ، ١٠٠٪ تعني أنك تؤمن تماماً بصحتها ، وفي تقديرك للانفعال فإن الدرجة ١ تعني مجرد تأثر والدرجة ١٠٠ أشد ما يمكن .

شكل (٢ - ٦) السجل اليومي للأفكار غير السوية .

وقد تظل الأفكار غير متاحة في بعض الأحيان ، حتى بعد بذل المعالج كثير من الجهد لاستثارة الأفكار الآلية ، وعندما تكون هذه هي الحالة ، فعلى المعالج المعرفي أن يحاول تأكيد المعنى المعين للحدث الذي يستثير رد الفعل

الانفعالي ، مثال ذلك قيام إحدى المريضات بالبكاء عندما تكون في جدال مع صديقتها ورفيقة حجرتها . وقد برهنت جهود استئثار الأفكار الآلية على أنها ناجحة ، فما أن سال المعالج سلسلة من الأسئلة لتحديد معنى الحدث حتى أصبح من الواضح أن المريضة تربط بين اشتراكها في جدال أو عراك ونهاية علاقتها بصديقتها .

وكان المعالج والمريضة قادرين من خلال هذا الإجراء على إدراك المعنى الذي يستثير البكاء .

اختبار الأفكار الآلية

عندما يعمل المعالج والمريض على عزل فكرة آلية محورية ، فإنهما يتعاملان معها بوصفها فرضاً قابلاً للاختبار . وهذا المنحى العلمى أساسى فى العلاج المعرفى ، وحيث يتعلم المريض كيف يفكر بطريقة تشبه عمليات الفحص . ومن خلال إجراءات جمع البيانات ، وتقييم الدلائل ، والخروج باستخلاصات يتعلم المريض فى المقام الأول أن فكرة المرء عن الواقع قد تكون مختلفة تماماً عن هذا الواقع . ويتعلم المرضى من خلال تصميم تجارب كيفية إخضاع أفكارهم الآلية للتحليل الموضوعى ، وكيف يعدلون تفكيرهم لأنهم يتعلمون «عملية» التفكير العقلانى ، ويصبح المرضى الذين يتعلمون بهذه الطريقة خلال العلاج المعرفى ، قادرين على مواصلة هذا المنحى التجريبي بشكل أفضل بعد النهاية الرسمية للعلاج .

ويقوم المعالج المعرفى باختبار الأفكار الآلية من خلال سؤال المرضى أن يضعوا قائمة بالدلائل المستخلصة من خبراتهم المؤيدة والداخضة للفروض . وأحياناً ما يقوم المرضى فور التفكير فى الدلائل برفض الفكرة الآلية ، معترفين أنها إما مشوهة أو زائفة تماماً .

وعندما لا تكون الخبرة السابقة كافية أو ملائمة لاختبار الفروض ، يطلب المعالج من المريض تصميم تجربة لهذا الغرض ، وعلى المريض أن يقوم بتنبؤ ، ثم يتقدم نحو جمع البيانات . وعندما تتعارض البيانات مع التنبؤ ، يستطيع المريض رفض الفكرة الآلية . وبالطبع قد يحدث أن تكون النتيجة مؤيدة لتنبؤ المريض ، وبالتالي فمن المهم للغاية ألا يفترض المعالج أن فكرة المريض الآلية شوهت .

وهناك بعض الأفكار الآلية غير الطيبة لاختبار الفروض من خلال فحص الدلائل . ويوجد بديلان متاحان في هذه الحالات : فقد يقدم المعالج الدليل من خبرته الشخصية في صورة سؤال يكشف عن التناقض ، أو يستطيع المعالج أن يسأل سؤالاً يستهدف الكشف عن الأخطاء المنطقية الكامنة في اعتقاد المريض . وعلى سبيل المثال ، قد يقول المعالج للمريض الذى يكون على يقين من أنه لا يستطيع العيش دون علاقة شخصية وثيقة : «لقد كنت وحيداً طوال العام الماضى ، وقد كنت تعيش بصورة رائعة ، فما الذى يجعلك لا تستطيع العيش الآن ؟» .

وأحياناً ما يكون من الضرورى ، فى اختبار الأفكار الآلية ، صقل استخدام المريض للكلمات ، وهذا الأمر صحيح على وجه الخصوص بالنسبة للكلمات ، التى تحمل مسميات عامة ، مثل : «سبىء» و «غبى» و «أنانى» . والمطلوب فى هذه الحالة توفير تعريف إجرائى للكلمة ، ويوضح ذلك أن أحد المرضى فى عيادتنا كانت لديه فكرة تلقائية متكررة ، هى «أنا فاشل فى الرياضيات» ، وكان على المعالج والمريض القيام بتحديد معنى كلمة فاشل قبل بداية اختبار الفكرة ، وقاما بوضع تعريف إجرائى «الفشل فى الرياضيات» ، باعتباره عدم القدرة على تحقيق درجة «جيد» بعد فحص مقدار الاستذكار بقدر مناظر لمتوسط استذكار تلامذة الفصل . وبذلك أصبح من الممكن فحص الدلائل السابقة واختبار صدق الفرض . وتساعد هذه العملية المرضى على رؤية كل الدلالات ، التى يتضمنها تقييمهم السلبى لذواتهم ، والطبيعة الخاصة للكثير من الأفكار الآلية .

ويعد إعادة الإعزاء (1) أسلوب آخر مفيد فى مساعدة المريض على رفض فكرة لوم الذات غير الملائمة . ولوم الذات أو تحمل المرء مسؤولية الأحداث السلبية والمناوئة من الأنماط المعتادة فى الاكتئاب . ويمكن استخدام إعادة الإعزاء ، عندما يقوم المريض بطريقة غير واقعية بعزو الأحداث السلبية لعيب شخصى فيه مثل نقص قدرته أو مجهوده . ويقوم المعالج والمريض بمراجعة الأحداث أو الوقائع المتعلقة ، واستخدام المنطق فى فحص البيانات المتاحة للتوصل إلى تحديدات أكثر واقعية للمسئولية . وليس الهدف من إعادة الإعزاء حل المريض من كل المسئوليات ، بل فحص العوامل العديدة التى تسهم فى الأحداث السيئة . ويكتسب المرضى الموضوعية من خلال هذه العملية ، ويخلصون أنفسهم من

(1) Reattribution

عبء تأنيبهم لذواتهم ، وعندئذ يستطيعون البحث عن طرق لحل المشكلات الواقعية أو منع تكرارها .

ثمة استراتيجيات أخرى تتضمن إعادة الإعزاء ، هى أن يبين المعالج للمرضى أنهم يستخدمون فى إلقاءهم المسئولية على سلوكهم الشخصى غير المقبول محكات أكثر تزمناً من تلك التى يستخدمونها فى تقييمهم لسلوك الآخرين . ويستخدم المعالج المعرفى إعادة الإعزاء أيضاً ليبين للمرضى أن بعض أفكارهم أو مشكلاتهم السلوكية يمكن أن تكون أعراضاً للاكتئاب (مقال ذلك نقص التركيز) ، وليست علامات على اعتلال بدنى .

وعندما يكون المريض دقيقاً فى تحديد المشكلات الواقعية أو نقص المهارة ، يستطيع المعالج المعرفى استخدام أسلوب توليد البدائل ، والذى يقوم المعالج والمريض من خلاله بالبحث النشط عن الحلول البديلة . ولأن تبريرات الأشخاص المكتئبين دائماً ما تكون محددة ، فإن قدرأ من الجهد فى إعادة صياغة المشكلة ، يمكن أن يؤدى إلى رؤية المريض لحل قابل للتطبيق ، ربما يكون قد رفضه من قبل .

ويتعين ملاحظة أن الأساليب المعرفية التى عرضت فيما سبق ، تتطلب جميعها استخدام المعالج للأسئلة . وأحد الأخطاء الشائعة التى يكرر ملاحظها لدى المعالجين المعرفيين الجدد لجؤهم إلى النصح . وقد وجدنا أن المعالجين يستطيعون مساعدة المرضى على تغيير أفكارهم بشكل أكثر فاعلية ، من خلال أسئلة مقننة بحرص ، وإذا تم تشجيع المرضى على العمل بطريقتهم الخاصة فى حل المشكلات ، وتوصلوا من ذلك إلى استخلاصاتهم الخاصة .. فإنهم سيتعلمون طريقة فعالة فى حل المشكلات .

وسنفضل فيما بعد ، فى هذا الفصل ، طرق استخدام الأسئلة فى العلاج المعرفى .

الأساليب السلوكية

تستخدم الأساليب السلوكية خلال برنامج العلاج المعرفى ، ولكنها تتركز بصفة عامة خلال المراحل المبكرة من العلاج . والأساليب السلوكية ضرورية على وجه الخصوص لأولئك الذين يعانون من الاكتئاب الحاد والسلبين والمغمومين والمنسحبين اجتماعياً وغير القادرين على التركيز لفترات طويلة

ممتدة من الوقت . وبإشراك انتباه المريض واهتمامه ، يحاول المعالج المعرفي حث المريض على تحدى الانسحاب ، وإن يصبح أكثر ضلوعاً فى أنشطة بناءة .

ويختار المعالج الأساليب السلوكية التى تساعد المريض على التغلب بفاعلية أكبر على المشكلات الموقفية ، والتفاعلية من بين مجموعة متنوعة من الأساليب السلوكية .

ويستخدم المرضى إجراءات معينة ، من خلال الواجبات المنزلية ، للتعامل مع مواقف محددة ، كما يستخدمون الوقت بصورة أكثر توافقاً .

ويستخدم المعالج المعرفي الأساليب السلوكية بهدف تعديل الأفكار الآلية ؛ مثال ذلك أن مريضاً يعتقد « لا أستطيع الاستمرار مع أى شىء أكثر من ذلك » يمكنه تعديل هذه الفكرة بعد إكماله سلسلة من المهام المتدرجة المصممة لتنمية التمكن والإتقان . ويدور المرضى الاكثابيون فى حلقات مفرغة ؛ حيث يؤدي انخفاض نشاطهم إلى وصفهم لذواتهم بأوصاف سلبية ، ويؤدي ذلك بالتالى إلى مزيد من نقص المبادرة وانعدام تال للنشاط ، ويؤدي التدخل باستخدام الأساليب السلوكية إلى تغيير هذا النمط الذاتى الهدام .

وأكثر الأساليب السلوكية شيوعاً فى الاستخدام تتضمن قوائم الأنشطة ، التى تحتوى على تمرينات للتفوق وتحقيق البهجة ، والبروفات المعرفية ، وتمرينات الاعتماد على الذات ، ولعب الأدوار ، وأساليب التحويل . وتستخدم قوائم الأنشطة بكثرة فى المراحل المبكرة من العلاج المعرفي لمواجهة فقدان الدافعية واليأس ، والافراط فى اجترار الأفكار .

ويستخدم المعالج قائمة النشاط لتخطيط الأنشطة ساعة بساعة ، ويوماً بعد يوم (انظر شكل ٣ - ٦) ، ويواصل المرضى تسجيل الأنشطة التى يقومون بها بمعدل مرة كل ساعة ، كما تساعد قائمة النشاط المرضى على الحصول على متعة أكبر وإحساس أفضل بالإنجاز من الأنشطة التى تسجل على أسس يومية . ويقدر المرضى كل نشاط منجز (باستخدام مقياس من صفر إلى ١٠) لكل من درجة التمكن والمتعة المصاحبة ، وعادة ما يناقش التقدير معتقدات المرضى حول أنهم أصبحوا لا يستطيعون إنجاز شىء أو الاستمتاع به .

وأحياناً ما يجد المعالج أنه من الضروري ، بهدف مساعدة بعض المرضى على بدء الأنشطة المتقنة والباعثة على البهجة ، القيام بتجزئة أحد الأنشطة إلى أجزاء تتراوح بين الأكثر سهولة إلى الأكثر صعوبة وتعقيداً . ونحن نطلق على هذا

الأسلوب اسم ، منحى المهام المتدرجة، وتساعد هذه التجزئة المرضى الاكتئابيين على إنجاز المهام ، التي كانت غير ممكنة في البداية وبالتالي توفر برهاناً على النجاح .

وتتطلب البيروقات المعرفية سؤال المريض أن يتصور أو يتخيل كل خطوة متضمنة في إنجاز مهمة معينة . وهذا الأسلوب مفيد على وجه الخصوص لأولئك المرضى ، الذين يعانون من صعوبة القيام بمهمة تتطلب خطوات متتالية لإتمامها . وأحياناً ما يكون ضعف القدرة على التركيز هو الذى يؤدي إلى صعوبات المرضى فى تركيز انتباههم على المهمة المحددة .

ملحوظة : الأنشطة المتدرجة - ت للتمكن ، ب للاستمتاع من صفر - ١٠

الأحد	السبت	الجمعة	الخميس	الأربعاء	الثلاثاء	الاثنين	الوقت
							٦-٧ صباحاً
							٧-٨
							٨-٩
							٩-١٠
							١٠-١١
							١١-١٢
							١-٢
							٢-٣ ظهراً
							٣-٤
							٤-٥
							٥-٦
							٦-٧
							٧-٨ مساءً
							٨-٩
							٩-١٠
							١٠-١١

جدول (٣ - ٦) قائمة الأنشطة الأسبوعية .

ويساعد التخيل الذي يستثار بأسلوب البروفات المعرفية المريض على التركيز ، كما يساعد المعالج على تحديد المعوقات ، التي تجعل الواجبات صعبة بالنسبة لمريض معين .

ويعتمد بعض المرضى الاكتئابيين على غيرهم للعناية بأغلب احتياجاتهم اليومية ، ويتعلم المرضى من خلال تدريبات الاعتماد على الذات أن يأخذوا على عاتقهم مسئوليات متزايدة في الأنشطة الروتينية ، مثل : الاستحمام ، وترتيب أسرتهم ، وتنظيف المنزل ، وطبخ وجباتهم والتسوق . ويتضمن الاعتماد على الذات تنمية التحكم في ردود الفعل الانفعالية .

وللعب الأدوار استخدامات متعددة في العلاج المعرفي ، فقد يستخدم لاستخلاص الأفكار الآلية من خلال تمثيل موقف تفاعلي معين مثل مواجهة .. مع مشرف العمل . كما يمكن أيضاً استخدام لعب الأدوار خلال الواجبات المنزلية؛ لأرشاد المريض لممارسة وتطبيق استجابات معرفية جديدة في المواجهات المعرفية للمشكلة . استخدام ثالث للعب الأدوار ، هو عمل بروفات لأشكال سلوكية جديدة ، وبالتالي فإنه لعب الأدوار يمكن استخدامه كجزء من التدريب التوكيدي ، ودائماً ما تصاحبه نمذجة ومرانه .

وقلب الأدوار عبارة عن تنوع في ممارسة لعب الدور ، يمكن أن يكون شديد الفعالية في مساعدة المرضى على اختبار كيف يمكن للآخرين رؤية سلوكهم . ويتضح ذلك بصورة جيدة في حالة مريضة ، تعرضت لخبرة مهينة أثناء شرائها لبعض الملابس من أحد المتاجر ، وبعد لعبها لدور الصراف ، استخلصت المريضة أنها كانت تفتقر للبيانات الكافية للنتيجة ، التي سبق أن توصلت إليها ، وهي أنها ظهرت في صورة الخرقاء الحمقاء . ويبدأ المرضى من خلال قلب الأدوار في رؤية أنهم بقدر أقل من القسوة أنهم استخلصوا استجابات تتعاطف مع ذواتهم .

أخيراً ، يقدم المعالج أساليب تحويل مختلفة لمساعدة المريض على تعلم خفض شدة الآثار المؤلمة . ويتعلم المريض كيف يحول التفكير السلبي من خلال نشاط بدني وصلات اجتماعية ، وعمل ، ولعب ، وتخيل بصري ، إلى تفكير إيجابي . وتساعد ممارسة أساليب التحويل المريض على أن يكتسب أيضاً تحكماً إضافياً في ردود الفعل الانفعالية .

طرح الأسئلة

كما أكدنا على امتداد هذا الفصل ، فإن طرح الأسئلة أو الاستجواب أداة علاجية معرفية رئيسة . وأغلب تعليقات المعالج خلال جلسة العلاج عبارة عن أسئلة ، ويمكن للسؤال الواحد أن يخدم عدة أغراض في الوقت نفسه ، بينما يمكن لسلسلة من الأسئلة جيدة التصميم مساعدة المريض على التفكير في قضية معينة ، أو قرار أو رأى . ويسعى المعالج المعرفي لاستنباط ما يفكر فيه المرضى من خلال طرح الأسئلة ، ويحاول المعالج تجنب إخبار المريض بما يفكر هو فيه شخصياً . وتستخدم الأسئلة في بداية العلاج للحصول على صورة كاملة وتفصيلية لمشكلات المريض النوعية . كما تستخدم لتعرف خلفيته والبيانات التشخيصية ، ولتقييم تحمل المريض للضغوط ، ومدى تمكنه من القيام بالاستبطان ، وأساليبه في التغلب ، إلخ . وللحصول على معلومات عن مواقف المريض الخارجية وسياق تفاعله الشخصي ولتعديل الشكاوى غير الواضحة ، من خلال العمل مع المريض ؛ للوصول إلى مشكلات نوعية مستهدفة يمكن العمل عليها .

ويستخدم المعالج ، مع تقدم العلاج ، الأسئلة للكشف عن كيفية تناول المريض للمشكلات ولمساعده على تقدير المزايا والعيوب للحلول الممكنة ، ولفحص مترتبات الاستمرار في سلوك غير توافقي ، ولأستخلاص الأفكار الآلية ولعرض مخططات سوء التوافق المبكر ومترتباتها . وباختصار .. فإن المعالج يستخدم الأسئلة في أغلب الأساليب العلاجية المعرفية .

وبينما يعد الاستجواب في حد ذاته وسيلة قوية لتحديد وتغيير الأفكار الآلية والمخططات ، فمن المهم أن تكون الأسئلة مصاغة بحرص ومهارة . وإذا استخدمت الأسئلة ، لاصطياد تناقض المرضى مع أنفسهم ، فقد يشعر المرضى أن المعالج هاجمهم أو تلاعب بهم . ويؤدي استخدام كثير من الأسئلة ذات النهاية المفتوحة لجعل المرضى حائرين حول ما الذي يتوقعه منهم المعالج . وعلى المعالجين أن يعرفوا الوقت المناسب والصيغة الملائمة للأسئلة لمساعدة المرضى على تعرف أفكارهم ومخططاتهم وتقييم القضايا المختلفة موضوعياً .

الواجبات المنزلية لمساعدة الذات

المبررات

تعد التكاليف الخاصة بالواجبات المنزلية المنتظمة أمراً شديداً الأهمية في العلاج المعرفي ؛ فعندما يستخدم المرضى بشكل منتظم ما تعلموه خلال جلسات

العلاج فى حياتهم خارجها ، يصبح الاحتمال أكبر أن يحققوا تقدماً جوهرياً فى العلاج ، وأن يصبحوا قادرين على الحفاظ على ما حققوه بعد نهايته . ودائماً ما تكون التكاليفات بواجبات منزلية يقوم بها المرضى ، هى الوسيلة المناسبة لجمعهم البيانات ، واختبار الفروض ، وبالتالي يبدأون فى تعديل أفكارهم ومخططاتهم . يضاف إلى ذلك أن البيانات التى تتوافر من خلال الواجبات المنزلية تساعد على تحويل محور العلاج من كونه ذاتياً ومجرداً ليصبح موضوعياً وعيانياً .

وعندما يقوم المعالج والمريض بمراجعة أنشطة الاسبوع المنصرم أثناء الجزء المخصص من الجلسة لوضع جدول أعمالها ، فإنهم يقومون بذلك بسرعة ، ويستطيع المعالج توضيح العلاقات بين ماتم خلال الجلسة وبين مهام معينة . ومن هنا يمكن تجنب القضايا الهامشية والبعيدة عن الموضوع ، كما تساعد الواجبات المنزلية على زيادة اعتماد المريض على نفسه وتوفر له طرق الاستمرار فى العمل على حل المشكلات بعد نهاية العلاج . ويؤكد المعالجون المعرفيون أهمية الواجبات المنزلية ، من خلال إشراكهم المرضى فى القناعات المتعلقة بدورهم فى العلاج . وهم حريصون بالمثل على تفسير المنافع النوعية ، التى يمكن استخلاصها من كل واجب منزلى مفرد .

التكاليفات بواجبات منزلية ومراجعتها

يصمم المعالج المعرفى كل تكليف بواجب منزلى للمريض المعين . ويتعين أن يكون الواجب على صلة مباشرة بمضمون الجلسة العلاجية ؛ حتى يفهم المريض الغرض منه وأهميته . ويتعين صياغة كل تكليف بوضوح وبشكل محدد ، ويكتب من الواجب المنزلى نسختين قرب نهاية الجلسة ، يحتفظ المعالج بإحدهما ويحصل المريض على الأخرى .

وعادة ما تتضمن بعض الواجبات المنزلية قراءة كتاب أو مقال حول مشكلة معينة ، وممارسة لأساليب الاسترخاء أو تحويل الانتباه ، وعد الأفكار الآلية ، وتقدير الأنشطة من حيث إثارتها للمتعة ، والإحساس بالتمكن فى قائمة الأنشطة ، والاحتفاظ بسجل يومية للأفكار غير السوية ، والإنصات لشريط تسجيل للجلسة العلاجية .

ويقوم المعالجون خلال الجلسة بسؤال المرضى حول ردود أفعالهم للواجبات المنزلية ، وهم يسألون على سبيل المثال عما إذا كان الواجب واضحاً وسهل

التطبيق . وقد يطلب المعالج من المريض ، بهدف تحديد المعوقات المحتملة ، تخطيط القيام بالخطوات التي يتضمنها الواجب . وقد يكون هذا الأسلوب مفيداً على وجه الخصوص ، خلال المراحل الأولى للعلاج ، ويأخذ المريض على عاتقه مسئولية أكبر في تطوير الواجبات المنزلية ، مع تقدم العلاج خلال المرحلة المتوسطة والأخيرة منه .

ومن الضروري أن يقوم المعالج والمريض بمراجعة الواجب المنزلي الخاص بالأسبوع السابق خلال جلسة العلاج نفسها ، وإذا لم يقوموا بذلك ، فقد يستنتج المريض أن الواجب المنزلي غير مهم . وعلى المعالج والمريض القيام بمناقشة واجب الأسبوع الأخير ، خلال الجزء الأول من الجلسات العلاجية ، ثم يقوم المعالج بتلخيص النتائج .

الصعوبات الخاصة بإكمال الواجب المنزلي

عندما لا يكمل المرضى واجباتهم المنزلية أو يقومون بها دون اقتناع ، فإن المعالجين المعرفيين يستثيرون الأفكار الآلية والمخططات ، أو المشكلات السلوكية التي يمكن أن تساعد كلاً من المعالج والمريض على فهم أين توجد الصعوبة . ولا يقدم المعالج فروضاً أولية حول أن المريض مقاوم أو يمارس عدوانية سلبية . وعندما تحدد الصعوبات بنجاح يعمل المعالج والمريض متعاونين على التغلب عليها . ومن الشائع بالطبع بين المرضى أن توجد صعوبات في إكمال الواجب المنزلي ، وستتناول بعض المشكلات وطرق مواجهتها .

عندما لا يفهم المرضى الواجب المنزلي فهماً كاملاً ، فعلى المعالج أن يشرحه بقدر أكثر اكتمالاً ، محدداً توقعاته بالتفصيل ، وأحياناً ما يكون استخدام الأساليب السلوكية للبروفات المعرفية (التي سبق وصفها) مفيداً في كل هذه المواقف .

ويعتقد بعض المرضى أنهم بطبيعتهم غير منظمين ، وأنهم لا يستطيعون الاحتفاظ بتسجيلات ومتابعة لواجباتهم تفصيلاً ، وعادة ما يستطيع المعالج دحض مثل هذه المعتقدات العامة ، من خلال سؤال المرضى عن الظروف التي يضعون فيها قوائم (أى عند التخطيط لرحلة أو القيام بجولة تسوق) ، كما يستطيع المعالج أن يسأل هؤلاء المرضى أيضاً عما إذا كانوا يستطيعون إكمال الواجب إذا ما تطلب الأمر وجود حافز أو مكافأة مادية ، وهذا النوع من الأسئلة يساعد

المريض على الاعتراف أن التحكم في النفس ليس مشكلة ، أو أن المريض لا يعتقد بالأحرى أن وجود حافظ أمر كبير الأهمية بما يكفي . وعندما يتوصل المريض إلى أن المشكلة تتعلق بانجاهاته فقط ، يستطيع المعالج والمريض مواصلة تعداد مزايا إكمال الواجب .

وقد يحتاج المرضى من أصحاب الاكتاب الأكثر حدة المساعدة في تنظيم وقتهم ؛ بحيث يصبح الواجب نشاطاً منتظماً ، وبصفة عامة يمكن تحقيق ذلك من خلال تحديد فترة زمنية معينة كل يوم لأداء الواجب المنزلي . ويستطيع المعالج ، إذا كان ذلك ضرورياً ، تقرير نظام للمكافأة أو العقاب للتأكد من اتمام الواجب المنزلي . مثال ذلك أن المرضى يستطيعون مكافأة أنفسهم لأكمالهم الواجب المنزلي بشراء شيء مميز ، أو معاقبة أنفسهم لعدم قيامهم بالواجب بالامتناع عن مشاهدة برنامج تلفزيوني محبوب . ويخشى بعض المرضى من الفشل في أداء الواجب المنزلي بطريقة ملائمة . ويستطيع المعالج في مثل هذه الحالات أن يفسر للمريض أن واجبات مساعدة الذات لا تفشل ؛ فالقيام بالواجب جزئياً يعد أكثر فائدة من عدم القيام به على الإطلاق . كما أن الأخطاء توفر معلومات قيمة عن المشكلات ، التي مازالت في حاجة للعمل على حلها . يضاف إلى ذلك أنه طالما أن الأداء لا يقيم ، فلن يخسر المرضى إذا نظروا إلى النشاط من منظور أكثر توافقية .

وأحياناً ما يعتقد المرضى أن مشكلاتهم شديدة العمق والتعقيد ؛ بحيث تستعصى على الحل من خلال الواجبات المنزلية . ويستطيع المعالج أن يشرح لهؤلاء المرضى أنه حتى الأمور الأكثر تعقيداً تبدأ حلولها بخطوات عيانية صغيرة ومتسقة . من ذلك أن بعض المؤلفين يحلون مشكلة «عصيان الكتابة» من خلال تبنيهم الاتجاه الآتي ، إذا لم أستطع تأليف كتاب ، فإنني أستطيع على الأقل كتابة فقرة ، وعندما يتم كتابة عدد كافٍ من الفقرات ، فإن النتيجة تكون كتاباً . ويستطيع المعالج والمريض التفكير في مزايا وعيوب اعتقاد المريض أن المشكلات لا تحل من خلال الواجبات المنزلية . ويستطيع المعالج سؤال المريض أن يفحص الأمر قبل أن ينتهي إلى هذه النتيجة . وفي هذه الحالات التي يعتقد فيها المريض أنه لم يحقق قدراً كافياً من التقدم ، وبالتالي لم يكن الواجب المنزلي مفيداً ، يستطيع المعالج تقديم عرض تفصيلي للتقدم الذي احرزته المريض ، أو يستطيع مساعدة المريض على رؤية أن الأمر يستغرق بعض الوقت قبل إدراك حدوث

تغير جوهرى .

وعندما يبدأ المرضى فى الامتعاض من تكليفهم بواجبات منزلية ، يستطيع المعالج تشجيعهم على اختيار تكليفاتهم بأنفسهم ، كما يتعين أيضاً على المعالج أن يقدم عدداً من البدائل ليختار المرضى من بينها ، على أن يكون عدم الإذعان للقيام بواجب منزلى أحد هذه البدائل ، وإذا اختار المرضى بديل عدم الإذعان ، يستطيع المعالج المساعدة على فحص المترتبات الناتجة عن اختيار هذا البديل .

وتبقى بعد ذلك استراتيجية أخرى ، وهى أن يقدم المعالج للمرضى ممن لديهم هدف معين (التغلب على الاكتئاب) نموذجاً للعلاج بوصفه سلعة ، وأن هذه السلعة هى ما لدى المعالج من وسائل لتحقيق هذا الهدف الذى يسعون اليه ، وأن المرضى احرار فى قبول هذه الوسائل أو رفضها بالقدر نفسه من الحرية ، الذى يملكونه فى شراء سلعة أو عدم شرائها من السوق .

وعندما يقتنع المرضى أنه يمكن تحقيق التحسن دون الواجبات المنزلية ، يصبح أمام المعالجين بديلان : إما أن يقدموا خبرتهم الإكلينيكية الخاصة حول أن أغلب المرضى الذين يقتنعون بذلك قد ثبت خطأهم ، وكان تحسنهم أكثر بطناً ، والبديل الثانى هو أن يقوموا بتجربة لفترة محدودة لا يودى المرضى خلالها واجباتهم المنزلية ، ثم يقوم المعالج والمريض فى نهاية هذه الفترة سابقة التحديد بتقييم مدى تحسن المريض خلالها . ومرة أخرى يجب أن يتمسك المعالج المعرفى بعقل متفتح ؛ فبعض المرضى يحققون بالفعل تحسناً جوهرياً دون إكمال الواجب المنزلى .

مشكلات خاصة

عادة ما يقع المعالج المعرفى المبتدىء فى خطأ التمسك بالإجراءات المقننة ، التى سبق وصفها حتى إذا لم تكن فعالة بصورة جيدة . ويجب أن يكون المعالج المعرفى على قدر كافٍ من المرونة لإجراء تعديلات تتوافق مع احتياجات المريض والمشكلات العديدة الخاصة التى تظهر عادة خلال العلاج . وقد صنفنا هذه المشكلات الخاصة فى فئتين : صعوبات فى العلاقات بين المعالج والمريض ، ومشكلات تتعلق بأن العلاج ذاته غير فعال .

صعوبات العلاقة بين المعالج والمريض

تتعلق المجموعة الأولى من المشكلات بعلاقة المعالج والمريض في حد ذاتها . فعندما يبدأ المعالج في إدراك أن المريض غير راضٍ أو عدواني ، فمن المحتم أن يواجه المريض بهذه الملاحظات . وعندئذ يستطيع المعالج سؤال المريض عن صحة ملاحظاته ، وعن مشاعر المريض وأفكاره نحو المعالج . ومن الجوهري أن يكون المعالج واعياً أن المرضى الاكتئابيين يمكن أن يسيئوا تفسير عديد من أساليب التدخل بصورة سلبية ، ويتعامل المعالجون - في حالة إساءة التفسير - مع هذه الأفكار بالطريقة نفسها ، التي يتعاملون بها مع الأفكار الأخرى ، فيعملون مع المريض على جمع البيانات وفحص البدائل المفسرة للدلائل . وعادة ما تحل مشكلات العلاقات بين المعالج والمريض من خلال الحوار . وهناك أوقات يحتاج فيها المعالجون لتشكيل سلوك معين للوفاء باحتياجات خاصة بأحد المرضى ، مثال ذلك قد يتحرر المعالجون من صراحتهم وردود أفعالهم الشخصية للوفاء باحتياجات المرضى ، الذين يصرون على النظر إلى المعالج بصورة تخلو من الشخصية . وبالمثل قد يشير المعالجون لضرورة مراجعة صياغات المريض لأفكاره بصورة متكررة ؛ لإشباع الاحتياجات الدائمة للمرضى الذين يعتقدون أن المعالج لم يفهمهم .

ومن الأمور الملحة في مثل هذه المواقف ألا يفترض المعالج أن المريض يقاوم بعناد ، أو أنه غير عقلاني . ويتعاون المعالج المعرفي مع المرضى لتحقيق فهم أفضل لاستجابات المريض . ودائماً ما توفر ردود الفعل في حد ذاتها بيانات حول أنواع التشويهاات ، التي يقوم بها المرضى في مواقف العلاقات الاجتماعية والشخصية الأخرى . وبالتالي فإن استجابات المرضى تمنح المعالج فرصة العمل ، بالتعاون مع المرضى على تفسيراتهم غير التوافقية للعلاقات .

التقدم غير المرضي

تظهر مجموعة أخرى من المشكلات ، عندما يبدو أن العلاج غير فعال حتى إذا كان المرضى يكملون واجباتهم المنزلية بعناية ، وكان التعاون مع المعالج يبدو ناجحاً . وأحياناً ما تنشأ المشكلات نتيجة لتوقعات المريض غير الملائمة ، أو توقعات المعالج غير الواقعية حول سرعة واستقرار التغيرات . وعندما يبدو أن العلاج لا يتقدم بالسرعة المتوقعة ، فعلى كل من المعالج والمريض أن يتذكرا أنه

يتعين توقع الصعود والهبوط خلال فترة العلاج . ومن المهم بالنسبة للمعالجين أن يضعوا في اعتبارهم ببساطة أن بعض المرضى ، يتحسنون ببطء أكبر مقارنة بغيرهم . وقد يقلل المعالج أو المريض أو كلاهما من أهمية التغيرات الضئيلة التي تحققت بالفعل ، ويستطيع المعالج في هذه الحالة أن يؤكد المكاسب الضئيلة ، التي تحققت ويذكر المريض أن الأهداف الكبرى ، تتحقق من خلال خطوات صغيرة تؤدي إليها .

ويمكن أن يؤدي يأس المرضى - في بعض الأحيان - إلى خفض مصداقية مكاسبهم العلاجية ، ويتعين على المعالجين السعي إلى كشف الأفكار والغروض غير التوافقية ، التي تسهم في هذا اليأس المتمكن . ويجب على المعالجين في هذه الحالات العمل على تصحيح الأفكار الخاطئة حول عمليات التغيير ، وحول طبيعة الاكتئاب قبل حدوث تقدم تالي في العلاج . كما قد توجد بعض الأساليب العلاجية ، التي لم تستخدم بصورة صحيحة في بعض الحالات ، التي يبدو خلالها أن العلاج لا يعمل بصورة ناجحة . ودائماً ما تظهر المشكلات عندما لا يعتقد المرضى حقيقة في أهمية الاستجابات العقلانية ، أو عندما لا يكونوا قادرين على تذكرها في حالة الكدر الانفعالي . ومن المهم أن يحدد المعالج مقدار ما لدى المريض من اعتقاد في الاستجابات العقلانية ، ومساعدته على استخدام استجابات جديدة في أقرب وقت ممكن ، بمجرد ظهور الأفكار الآلية . وبالنسبة للمريض الذي لا يؤمن تماماً بأهمية الاستجابات العقلانية ، يستطيع المعالج أن يقترح وقفه لتجربة يتم خلالها تبنى اعتقاد جديد «على سبيل التجربة» . ويمكن أن يقال للمريض الذي يؤدي ضيقه الانفعالي إلى عدم القدرة على التفكير في اجابات ، إن حالات الكدر الانفعالي تجعل التفكير المنطقي أكثر صعوبة ، وأن أفكاراً مثل «إذا لم ينجح هذا الأمر ، فلن ينجح أي شيء آخر» يمكن أن تؤدي فقط إلى تفاقم المشكلة . ويتعين أن يؤكد للمرضى أنهم قادرون على التفكير في استجابات عقلانية بشكل أفضل مع التدريب .

وهناك مشكلة أخرى تنشأ عن سوء تطبيق أساليب العلاج المعرفي ، عندما يستخدم المعالج أسلوباً معيناً بطريقة غير مرنة . ودائماً ما يكون من الضروري أن يحاول المعالج عدداً من الأساليب السلوكية والمعرفية ، قبل أن يعثر على طريقة يستجيب لها المريض بصورة جيدة . ويجب أن يستمر المعالج المعرفي في الطريقة المعينة لفترة ما ؛ ليرى ما إذا كانت ناجحة أم لا ، كما أنه يجب أن يكون

قادراً على تجربة أساليب بديلة عندما يصبح من الواضح أن المريض لا يتحسن .
وكمثال محدد . فإن الواجبات السلوكية المنزلية أحياناً ما تكون مفيدة مع مرضى
معينين ، على الرغم من أن المعالج لديه كل الأسباب ، التي تجعله يتنبأ مقدماً أن
الواجبات المعرفية ستكون أكثر فعالية .

وعندما يبدو في بعض الحالات أن تقدماً ضئيلاً قد حدث ، فقد يتبين أن
المعالج قد اختار مشكلة عرضية . ويتعين أن يكون المعالج المعرفي يقظاً لمثل هذا
الاحتمال منذ المراحل المبكرة للعلاج على وجه الخصوص . وعندما يحدث تغير
ضئيل أو لا تغير في مستوى الاكتئاب ، حتى إذا بدا أن المريض قد حقق تقدماً
جوهرياً في مجال مشكلة معينة ، فعلى المعالج أن يفكر في احتمال أن المشكلة
الأكثر إثارة للاكتئاب لم تكتشف بعد . والمثال التقليدي لمثل هذه الصعوبة هو
المريض الذي تكون صعوباته في مجال العمل هي المشكلة الرئيسية ، ثم يتبين
بعد ذلك أن المشكلات الزوجية هي التي تسهم بشكل جوهري في صعوبات العمل
لديه ، وأن المريض قد يكبت المشكلة الحقيقية لأنها تبدو له مهددة للغاية .

وأخيراً فإن العلاج المعرفي لا يصلح لكل شخص ، فإذا كان المعالج قد
حاول كل الأساليب المتاحة واستشار المعالجين المعرفيين الآخرين دون جدوى ،
فمن الأفضل أن يحول المريض إلى معالج آخر ، سواء لديه التوجه العلاجي نفسه
أو توجه آخر .

ودون النظر إلى السبب الذي لم يؤد إلى تقدم العلاج بصورة مرضية ،
فعلى المعالجين المعرفيين التمسك بمعارفهم الخاصة ، وعليهم مواصلة محاولة حل
المشكلات ، وألا يسمحوا لأنفسهم بالتأثر بياس المرضى ، أو النظر إلى أنفسهم على
أنهم غير أكفاء ، ويأس المريض أو المعالج ما هو إلا عقبة في سبيل حل
المشكلات . وإذا استطاع المعالجون مواجهة تقييمهم الذاتي السلبي لأنفسهم
وأفكارهم الأخرى غير الملائمة ، فسيكونون قادرين بشكل أفضل على التركيز
على مساعدة المرضى للعثور على حلول للمشكلات .

مرحلة خفض الأعراض

دراسة حالة : إيرين

سندرس من خلال الحالة التالية برنامج علاج امرأة مكتتبه عرضت في
عيادتنا . وسنعرض من خلال دراسة هذه الحالة عديداً من المفاهيم التي سبق

وصفها في هذا الفصل ، بما في ذلك استثارة الأفكار الآلية ، والمثلث المعرفي للاكتئاب ، والتجريبية التعاونية ، وتنظيم بنية الجلسة العلاجية والعائد .

تقييم المشكلات القائمة

اتصلت المريضة التي سندعوها باسم إيرين بالمركز طالبة المساعدة ، حيث سمعت عن العلاج المعرفي في برنامج إذاعي محلي . واعترفت إيرين أنها عانت كثيراً من أعراض الاكتئاب التي أشير إليها في البرنامج الإذاعي .

وقد اخضعت لكل إجراءات التقييم النمطية في المركز ، والتي تتضمن ساعة ونصفاً من المقابلات الشخصية الإكلينيكية المقننة ، وساعة ونصف إضافية من اختبارات الورقة والقلم .

وتضمن تقرير القائم بالمقابلة أن إيرين امرأة قوقازية في التاسعة والعشرين من العمر تعيش مع زوجها وطفلين صغيرين . وقد تزوجت وهي في المدرسة الثانوية ، وتوقفت عن العمل بعد الزواج . وقد وصفت إيرين مشكلتها الأساسية باعتبارها اكتئاباً (على مدى الأعوام القليلة الماضية) وصعوبة في التعامل مع الأطفال ، وصراع زواجي ، وإحساس بإهمال زوجها لها . وفيما يتعلق بزواجها ذكرت إيرين أنها تشعر أنها أصبحت موصومة ؛ لأن زوجها خرج للتوم من أحد مراكز علاج الإدمان ، بالإضافة إلى أنه فصل للتو أيضاً من عمله ، وبالتالي أصبح عاطلاً ، وهو يرفض الاشتراك معها في برنامج للإرشاد الزواجي .

وذكرت إيرين أنها أصبحت معزولة اجتماعياً منذ زواجها ، على الرغم مما ذكرته من صداقاتها العديدة السوية عندما كانت طفلة ومراهقة . وكان أحد العوامل التي شعرت أنها تقف خلف صعوبة إقامتها لعلاقات اجتماعية بينها وبين نساء أخريات في الجوار ، هو اعتقادها أنهن ينظرون إليها من أعلى ؛ نتيجة لعدم قدرتها على التحكم في أطفالها ويسبب سجل زوجها في الإدمان .

وقد شخصها القائم بالمقابلة على أنها تعاني من أكتئاب رئيسي متكرر على المحور الأول ، واضطراب الشخصية الاعتمادية على المحور الثاني . وأكدت درجاتها على المقاييس تشخيص الاكتئاب ، وكانت درجة إيرين على بطارية بيك للإكتئاب (٢٩) بما يضعها في مستوى بين الاكتئاب المتوسط والحاد . وكانت أكثر الأعراض الاكتئابية المسيطرة لديها تتضمن الشعور بالذنب ، ولوم الذات ، وفقدان البهجة ، والتهيج ، والانسحاب الاجتماعي ، وعدم القدرة على اتخاذ

القرارات ، والشعور بالتعب ، وصعوبة حفز نفسها لأداء الأعمال اليومية ، وفقدان طاقة الحب . وقد حصلت على (٣٠ درجة) على مقياس يونج للوحدة (Young (١) (1983) وبما يشير إلى درجة متطرفة الارتفاع من الشعور بالوحدة . وقد استخدمنا هذا المقياس ؛ لأننا لاحظنا أكلينيكياً أن الاكتئاب دائماً ما يكون مرتبطاً بالشعور بنقص الشعور بالرضا في العلاقات التفاعلية . ويطارية يونج لمشاعر الوحدة مشابهة في صورتها لبطارية بيك في الاكتئاب ، وتقيم المدى من الكدر الذي يكون عليه المريض ، من خلال غياب الأنماط المختلفة من الصداقات والعلاقات الحميمة .

الجلسة الأولى

قام المؤلف الثاني (أرون بيك) بعلاج إيرين من البداية ، ولأن المقابلة التشخيصية الأولى أكملت بواسطة معالج آخر ، فلم يتم المعالج الحالي بإنفاق وقت في مراجعة الأعراض تفصيلاً ، أو الحصول على تاريخ الحالة . وبدأت الجلسة مع إيرين بوصفها «لحالات الحزن» التي تعرضت لها . وبدأ المعالج (م) على الفور في استنباط الآتي .

(١) أفكار إيرين الآلية خلال هذه الفترات .

م : ما نوع الأفكار التي كانت لديك أثناء هذه الأيام الأربعة ، عندما قلت إن أفكارك ظلت تراودك المرة بعد المرة ؟

إ : حسناً ، غالباً - كانت مجرد «لماذا يحدث ذلك مرة أخرى» ، فكما تعرف لم تكن هذه هي المرة الأولى التي ترك العمل فيها . أنت تعرف «ما الذي على أن أقوم به» ، وكانت لدى بالمثل أفكار مختلفة . وكانت جميعها حول أشياء مختلفة مثل غضبي منه ، وغضبي من نفسي لكوني في هذا الموقف كل هذا الوقت ، كما أنني أريد تركه ، أو إذا كنت أستطيع القيام بأى شيء يقومه ، وألا اظن معتمدة عليه بهذا القدر ، كان لدى الكثير من الأفكار .

م : والآن هل نستطيع العودة قليلاً إلى الورا لحالات الحزن التي مرت بك . هل مازلت تعانيين من هذه الحالات ؟

إ : نعم

م : هل تعانيين منها الان ؟

إ : نعم ، نوعاً ما ، وهى أفكار حزينة حول - لا أعرف - لدى أفكار سيئة- مثل أن الكثير مما افكر فيه سيء مثل أن الأمور لن تتحسن وستظل على ما هي عليه . لا أعرف . فكثير من الاشياء تسوء ، أنت تعرف أن هذه أفكارى .

م : إذا فأحد الافكار هي أن الامور لن تتحسن عن ذلك ؟

إ : نعم

م : وانك تعتقدين في ذلك تماماً في كثير من الأحيان ؟

إ : نعم أعتقد ذلك ، أحياناً .

م : هل تعتقدين في ذلك الآن في هذه اللحظة ؟

إ : نعم نعم ، اعتقد .

م : في هذه اللحظة أنت تعتقدين أن الأمور لن تتحسن ؟

إ : حسناً . هناك بريق من الأمل ، إلا أنه غالباً ...

م : ما الذى تتطلعين إليه للمستقبل فيما يتعلق بحياتك ، بدءاً من هذه اللحظة ؟

إ : حسناً ، ما الذى أتطلع إليه - أستطيع أن أخبرك ، ولكننى لا أريد أن أخبرك (قهقهة) أو .. إنما أتطلع إلى كثير .

م : ألا تريدين إخبارى ؟

إ : لا . سأخبرك ، ولكن ما أفكر فيه ليس جيداً أو عظيماً . أنا أرى نفسى مستمرة فى الطريق الذى اسير فيه بالطريقة التى لا أريد أن أكون عليها ، كأن لا أفعل شيئاً ، مجرد أن أعيش ، نوع من كونى عديمة الفائدة . ومثل أن زوجى سيظل هنا وسيكون - أنت تعرف - سيظل متردداً بين إدمان المخدرات والإقلاع عنها ، ومهما يكون ما سيفعله سأظل موجودة فى المكان نفسه بالضبط .

بدأ المعالج من خلال فحص الأفكار الآلية لدى إيرين فى فهم منظورها . وهو أنها قد تظل على ما هي عليه إلى الأبد ، محاصرة ، مع زوجها فى دخوله

وخروجه من مراكز علاج الإدمان . ويوضح ذلك بأسها من المستقبل ، الذي يتسم به معظم مرضى الاكتئاب . وهناك ميزة أخرى في هذا الخط من الفحص ، هي أن المعالج عرض إيرين لفكرة النظر إلى أفكارها الخاصة وهو الأمر المحورى فى العلاج المعرفى .

سبر المعالج ، مع استمرار الجلسة ، منظور المريضة فيما يتعلق بمشكلاتها الزوجية ، ثم اتخذ قراراً وهو ألا يركز على الزواج باعتباره الهدف العلاجى الأول ، طالما أن هناك احتمالاً أن ذلك سيتطلب كثيراً من الوقت قبل التوصل إلى خفض الأعراض . واختار المعالج بدلاً من ذلك التركيز على نقص نشاط إيرين وانسحابها . وعادة ما يكون ذلك هو الهدف العلاجى الأول عند العمل مع مريض يعانى من اكتئاب حاد .

وقام المعالج خلال السياق التالى بإرشاد إيرين لتقوم بفحص مزايا وعيوب بقائها فى الفراش طوال اليوم .

أ : عادة ما لا أريد النهوض من الفراش ، أود أن أبقى فيه ، مجرد أن ألقى الغطاء فوق رأسى ، وأبقى على هذا الحال ، أنت تعرف ، لا أريد أن أقوم بعمل أى شىء . أريد فقط أن أترك على حالى بمفردى والبعد عن كل شىء ، والتخلص من كل شىء .

م : والآن ، هل تشعرين أنك أفضل حالاً عندما تبقيين تحت الأغطية ، محاولة البعد عن كل ما حولك ؟

إ : نعم

م : هل تشعرين فعلاً بالتحسن ؟

إ : نعم ، أشعر بالتحسن بهذه الطريقة .

م : ما مقدار الوقت الذى تقضيه فى هذه الحالة ؟

إ : الآن ، أخيراً ؟ لم أعد أفعل ذلك كثيراً ؛ لأن لدى طفلين . لم أعد أستطيع أن أفعل ذلك بالقدر نفسه ، ولكننى أحب عمل ذلك أكثر ، أقصد أن ذلك سيساعدنى ، سأشعر بالامان ، نوع من الأمن ، كما لو أن حائطاً يفصلنى عن كل شىء ، ولا شىء يقربنى .

م : والآن بعد أن أنفقت بعض الوقت تحت الأغطية ، ما شعورك عن نفسك ؟

إ : عندما أكون راقدة ، لا أعرف .

م : لنقل بعد ذلك

إ : بعد ذلك ، عادة ما لا تكون لدى أية مشاعر سيئة حول ذلك . آه نعم أشعر ،
ياإلهي ، لقد ظللت راقدة هنا لا تفعلين شيئاً ، كان عليك النهوض لعمل هذا ،
وكان عليك عمل ذلك ، كان عليك النهوض وعمل شيء ما ، مهما كان
يقترض أن أقوم به ، وحتى عندما أكون في الفراش فإنني لا أحل أى مشكلة ،
مجرد أن أبقى في الفراش .

م : أنت تستمتعين من ناحية ، وتنتقدين نفسك من ناحية أخرى بعد ذلك ؟

لاحظ أن المعالج لم يحاول حوار إيرين أو نصحتها للخروج من الفراش ، بل
شجعها بالأحرى من خلال تساؤلاته على القيام بفحص وثيق للغاية لفروضها
حول كونها في حالة أفضل خارج الفراش . وهي العملية التي نطلق عليها أسم
التجريبية التعاونية .

أعدت إيرين خلال الجلسة التالية فحص فروضها حول استمرار بقائها في
الفراش .

أ : فيما يتعلق بالبقاء في الفراش بدلاً من النهوض منه . لقد فكرت بالنسبة لليوم
السابق . فكرت عندما أخبرتك - أنني كما لو كنت أقول شيئاً ما حول إبعاد كل
الأشياء السيئة عنى مثلما أكون تحت الأغطية ، أو مجرد راقدة في الفراش ،
والواقع أنني لا أبعد هذه الأشياء السيئة حقيقة ، فدائماً ما كنت أشعر أنني أتخلص
منها ، دائماً ما كنت أدفع اذاها ، الحقيقة أنني لا أعرف ، أعتقد أنني ذكرت لك
أن ذلك يجعلني في حال أفضل ، أن أظل في الفراش ، ولكنني لا أعرف إذا ما
كان ذلك يحدث بالفعل . لا أعتقد أن ذلك يحدث الآن بالصورة التي أفكر بها .

م : من المضحك إذاً أنك عندما تتكلمين يكون تذكرك لها هو أنها مريحة حقيقة ،
ولكن ذلك يحدث في بعض الأحيان ، وهو ما يحدث مع بعض الناس ، وهو
يحدث لي أيضاً . فأنا أعتقد أحياناً أن شيئاً ما جيد حقيقة ، ولكنه لا يكون
كذلك عندما أتفحص الأمر .

وبالعودة إلى الجلسة الأولى بعد قليل من الفحص ، الذي قام به المعالج ،
نجد أن إيرين أشارت إلى أن العلاج المعرفي هو «في الغالب أخر أمل لها» ، وقد

استخدم المعالج ذلك بوصفه فرضاً للكشف عن يأسها وافكارها الانتحارية .

م : ما الذى كان يدور فى ذهنك عندما قلت « إن هذا اخر امل لى » . هل لديك تصور ما فى ذهنك ؟

أ : نعم ، وهو أنه إذا لم ينجح ، فإننى أعتقد أننى لا أستطيع مواصلة العيش على ما أنا عليه بقية عمرى .

م : إذا لم ينجح العلاج ، فما الذى سيحدث ؟

أ : لن أهتم عندئذ بما سيحدث لى .

م : هل فى ذهنك شىء ما على وجه التحديد ؟

أ : حسناً ، فى هذه اللحظة بالذات ، لا أعتقد أننى سأحاول الانتحار ، ولكن ربما يحدث فيما بعد ، فلا أظن أنه قد تبقى لى شىء . يجب . لا أعرف إذا ما كنت قد فكرت فى الانتحار من قبل أم لا ، ولكنى لم أكن قادرة أبداً على النجاح فى ذلك . أنا أعرف أشياء محددة هى التى توقفتنى مثل أطفالى ، لا أظن ، على الرغم من أننى أعتقد أحياناً أننى لست جيدة كام . بالقدر الذى كان يجب أن أكون عليه . ولكنى أعتقد أنهم سيكونون أسوأ كثيراً مع زوجى . أعتقد أن ذلك يمكن أن يدمر أشخاصاً آخرين ، مثل أمى إذا فعلت شيئاً مثل هذا . هذا ما أعتقد أنه ما أوقفنى أساساً ، أطفالى وأمى . مجرد أنهم - أعتقد أننى خائفة أننى إذا فعلت شيئاً مثل هذا فقد تشعر أمى أنها فشلت فى شىء ما ، وهو أمر غير صحيح . لا أعتقد ، وبالمثل بالنسبة لأطفالى ، لا أستطيع أن أثق فى زوجى مع أبنائى ، أعتقد أن ذلك قد يكون حقيقة - حتى لو فقدتهم - أعتقد أنه سيفقدهم أكثر .

م : إذا فهذه هى بعض الأسباب التى تجعلكى لا تحاولين الانتحار . والآن ما بعض الأفكار التى تجعلك تريدين الانتحار ؟ هل فكرت فى ذلك ؟

أ : مجرد اليأس أحياناً ، فلا وجود لحلول للمشاكل ، لأن كل الأمور مستمرة بالصورة نفسها الثابتة طوال الوقت .

وقد أراد المعالج جعل إيرين تشعر بالراحة بقدر الإمكان فى مناقشة الأفكار الانتحارية ، وبالتالي فقد حاول جاهداً فهم كل من أسباب يأسها والعوائق . وبعد

ذكرها أنه لا توجد خطط وشيكة للقيام بمحاولة انتحار (على الرغم من قيامها بمحاولة قبل ذلك بعامين) قال لها المعالج إنه سيعمل معها على حل مشكلات حياتها الآن ، وسيعمل كذلك على الأشياء التي تدور في ذهنك . وعندئذ طلب منها اختيار مشكلة صغيرة ، يمكنهما أن يعملوا معاً على حلها .

م : والآن ، هل هناك أية قرارات أصغر ، يمكنك اتخاذها وتؤثر في حياتك إيجاباً؟
 إ : لا أعرف . حسناً أظن مثلما كنت أريد الابتعاد لفترة طويلة ، أو عمل أشياء أخرى ، لا أعرف . مثل أن أشترك في شيء ما . أن أشعر كما لو أنني جزء من شيء ما ، أنت تعرف ، غير أنني لا أستطيع ذلك ، لا أعرف إذا ما كنت لا أستطيع لأسباب مادية ، أفصد أن هذا القدر هو الذي التمسه ، غير أنني أعتقد أحياناً أنه ليس سبباً مالياً ، أحياناً ما يكون مجرد أنني لم أعزم على القيام به .

م : حسناً هل هناك مجموعة معينة في ذهنك تريد الانضمام إليها ؟

إ : لا أعرف (قهقهة) أعتقد أن هذا قرار آخر لا أستطيع اتخاذه ، أعتقد أن كل شيء يثير شغفي ، ولا شيء يثير شغفي .

م : لماذا لا نضع قائمة ولنرى ما سيحدث - قائمة عقلية : ما بعض الأشياء التي يمكن أن تكوني شغوفة بالقيام بها ؟

إ : لعب التنس ، لقد رغبت في ذلك منذ وقت طويل

م : والآن هل يعني ذلك انضمامك إلى فريق للتنس ؟

إ : نعم هذا ما أرغب في عمله

م : حسناً ، هل تعرفين أشخاصاً ينتمون إلى فريق ؟

إ : لا ، أعرف أشخاصاً آخرين ، ولكنهم لا ينتمون إلى فريق تنس في فيلادلفيا ، حسناً إنهم ينتمون ، ولكني أعتقد ...

م : ماذا تفعلين للبحث عن فريق للتنس ؟

إ : ما عليك إلا الذهاب إلى أقرب نادي للتنس . هذا كل شيء

م : وما الذي يحدث عندما تذهبين إليه ؟

إ : لا اعرف ، فلم يحدث أن كنت في أحد هذه الأندية .

م : حسناً ماذا تعتقدو، أنك ستفعلين عندما تذهبين إلى هناك ؟

إ : أظن انك مجرد - أنا لا أعرف كم شخصاً في المجموعة ، ولا أعرف إذا ما كان يجب أن تذهب مجموعة كاملة معك ، وتقول حسناً نحن نريد أن نكون فريقاً ، ولكنى أظنك تعرف أن هناك بعض النقص في المجموعات ، وبالتالي يمكنك دخول فريق . أظن ذلك .

م : حسناً ، كيف يمكنك الحصول على هذه المعلومات ؟

إ : اظن إذا ذهبت إلى هناك .

م : هل تعتقدين أن باستطاعتك الحصول على المعلومات إذا ذهبت إلى هناك ؟

إ : نعم .

م : وهل تستطيعين عندئذ اكتشاف ما إذا كان يمكنك الانضمام بمفردك ، أو مع مجموعة كفريق ، وعدد الأفراد المطلوبين ، إذا احتاجوا لأشخاص لتكملة العدد ؟

إ : نعم ، نعم .

م : ما شعورك حول القيام بذلك ؟

إ : نوع من الغباء (قهقهة) .

م : هل تبدو لك المسألة بهذا القدر من التفاهة ؟

إ : حسناً ، إنها تبدو مثل - حسناً لماذا لم افعل ذلك من قبل .

م : حسناً ربما كانت لديك أسباب وجيهة لعدم القيام بذلك من قبل ، يحتمل مجرد أنك كنت غارقة في يأسك .

إ : صحيح ، صحيح .

م : عندما تكونى فى حالة يأس فإنك تميلين إلى إنكار ، كما حدث ، أو استبعاد الحلول الممكنة . تذكرى عندما فقد زوجك وظيفته ، قلت إنك رفضتى قبول حقيقة أنه قد يحصل على تعويض .

إ : صحيح .

م : وعند وقوعك في اليأس لا يوجد وقتها شيء يمكنك القيام به ، هل هذا ما تفكرين فيه ؟

إ : نعم .

م : إذا فبدلاً من شعورك بالانقباض لأنك لم تذهبي من قبل ، لما لا نقوم بذلك مباشرة .

يوضح هذا الاقتباس عملية المهام المتدرجة المهمة للغاية في المراحل المبكرة من علاج الأشخاص المكتئبين ؛ حيث يقوم المعالج بتوجيه سلسلة من الأسئلة للمريض لتفتيت عملية الاشتراك في فريق للتنس إلى خطوات أصغر . وقد عرفت إيرين كل المطلوب عمله ، ولكن كما أشار المعالج ، كان بأسها هو الذي منعها من رؤية الحلول الممكنة .

إ : الخطوات الأولى صعبة بالفعل بالنسبة لي .

م : الخطوات الأولى أصعب بالنسبة لكل شخص ، وهذا هو السبب في وجود المثل الذي يقول «رحلة الألف ميل تبدأ بالخطوة الأولى»

إ : هذا صحيح تماماً .

م : ولهذا السبب - من المهم للغاية القيام بالخطوة الأولى ، ثم الخطوة الثانية والخطوة الثالثة وهكذا . لذا فإن كل ما عليك القيام به هو خطوة ، وليس عليك القيام بخطوات عملاقة .

إ : حسناً ، نعم ، أستطيع أن أتبين ذلك الآن ، لا أظن أنني لاحظت ذلك من قبل ، أظن أنني كنت أفكر قبل ذلك أن كل خطوة ستكون بصعوبة الخطوة الأولى نفسها ، إلا أنها قد لا تكون كذلك على الإطلاق ، ربما تكون أسهل .

وفي الجلسة التالية قررت إيرين نجاحها .

إ : لقد اتصلت بنادى التنس ، وأبلغوني أن علي أن أحضر فقط واعطيهم اسمي ، وأن هذا كل ما علي أن أقوم به . مجرد الذهاب وتسجيل الأسم ، وهو أمر من السهل في الحقيقة القيام به ، وستكون هذه هي الخطوة الأولى ، وقد فوجئت أنها بهذه السهولة ، وأظن أنني اعتقدت أنها ستكون أصعب من ذلك ، ولكنها لم تكن .وبنهاية الجلسة ، ساعد المعالج إيرين على كتابة قائمة بالأنشطة للأسبوع التالي ، وكانت الأنشطة شديدة السهولة ، مثل : أخذ الأطفال لزيارة أمها ،

وقراءة كتاب ، والتسوق ، ومراجعة موضوع فريق التنس ، وأخيراً طلب منها المعالج إعطاءه انطباعاتها (عائد) عن الجلسة ، وعن ياسها .

م : هل لديك أية انطباعات (ردود فعل) ؟

إ : أعرف أنني مررت بمراحل من السعادة والحزن ، ومن السعادة والحزن ، ومن السعادة والحزن .

م : وفي أي مرحلة أنت الآن ؟

إ : أبن أنا الآن ؟ نصف جيدة .

م : نصف سعيدة/ونصف حزينة .

إ : لا ، أنا أكثر سعادة قليلاً من كونى حزينة .

م : والآن ، ربما تسألين نفسك وأنت تغادرين أننا لم نتناول بعد المشكلات الكبرى ، لذا يجب أن تكون لديك إجابك عن هذا السؤال .

إ : أظن ، مجرد سأقول أن ذلك سيتطلب قدراً أكبر قليلاً من الوقت .

الجلسة الثانية

بدأ المعالج فى الجلسة الثانية فى وضع اجندة بالتعاون مع إيرين ، وقد أرادت إيرين مناقشة جدال حدث بينها وبين زوجها ، والتعامل مع مشاعر الدونية لديها . وقد أضاف المعالج للأجندة قضية الأنشطة فى مقابل انعدام النشاط ، ثم قاما معاً بمراجعة الواجب المنزلى السابق . وقد قامت إيرين بكل الأنشطة الواردة بالقائمة ، كما أضافت بعض أفكارها السلبية التى ظهرت خلال الفترة بين الجلستين . وقد أنخفضت درجتها على مقياس بيك للاكتئاب بقدر ما (عادة ما يجيب المرضى على بطارية بيك للاكتئاب قبل بداية كل جلسة ، وبذلك يستطيع كل من المعالج والمريض ملاحظة التقدم فى العلاج) .

قامت إيرين بعدئذ بمشاركة المعالج فى مناقشة قائمة أفكارها السلبية ، وكان أحد انشغالاتها أنها بكت خلال الجلسة الأولى .

إ : أعرف أنك متخصص . ولكنى شعرت أن حالتى المزاجية تغيرت من حال إلى حال وهذا الأمر - عندما فسرتة لى لى أشعرنى كما لو أننى كنت العوبة- وهذا الشعور بدا مثل أن - لا أعرف ، شعور أننى لا أريد أن أكون منقادة

بمثل هذه السهولة .

م : حسناً ، هذا أمر جيد ، لقد أعتقدت أنني أتلاعب بك ، إنني كنت بشكل ما أضغط ازراراً ، وأدير مفاتيح ؟

إ : حسناً ، نعم .

م : كل ما يمكنني أن أقوله أنني لم أتلاعب بك ، وأنتك شخصياً لست من هذا النوع سهل الانخداع الذي يسهل التلاعب به ، كل ما في الأمر هو الطريقة التي كنا نعمل بها خلال المقابلات ، لقد طرقتنا بعض النقاط الحساسة ، وبعض النقاط الأخرى غير الحساسة ، وعندما تكلمنا عن السلبيات شعرت شعوراً سيئاً ، وعندما تكلمنا عن الأشياء الإيجابية شعرت وقتها أنك أفضل ، أو ربما شعرت أنك أفضل ، عندما كنت قادرة على تناول بعض المشكلات المعينة وتمكنت من التغلب عليها ، والآن علينا تناول مشكلة أخرى ، تشعرين حيالها أنك في حالة سيئة . إذا الأمر مجرد المقابلة وليس أن لديك شيئاً ما تقومين به ، باعتبارك ضعيفة أو باعتباري أتمتع بقوة فائقة للتلاعب بك . ولكن هذا الشعور من جانبك جيد للغاية وعلينا المضي من خلال هذا التفسير مرة أخرى ، لا لمجرد تزويدك بالمعلومات ، ولكن لنرى كيفية التغلب على الأفكار السلبية .

كان هذا عرضاً لكيف يستخدم المعالج المعرفي الأحداث خلال الجلسات لتعليم المرضى كيف يحددون أفكارهم الآلية ، ويفكرون في التفسيرات البديلة .

وقد ناقشت إيرين بعد ذلك جدالها مع زوجها ، وحددت أفكارها المتعلقة بأن عليها أن تهجره . وقد وافقت هي والمعالج على أنه من الأفضل الانتظار ؛ حتى ينخفض اكتئابها قليلاً قبل محاولة اتخاذ مثل هذا القرار الكبير .

وكثيراً ما ينصح أن يؤجل المرضى اتخاذ القرارات الخطيرة ، إلى أن يصبحوا قادرين على إعادة اكتساب وجهات نظر جديدة حول حياتهم .

وقد قدم المعالج تلخيصاً للسياقين الأساسيين الذين حددهما ، من خلال الاستماع إلى أفكار إيرين الآلية حول زوجها وحول العلاج . وتضمن السياق الأول خوفها من تحكم الآخرين ، بما فيهم المعالج ، فيها وتوجيههم لحياتها (مخطط

الخصوع^(١) ، والثاني هو أن الآخرين لا يهتمون بها (مخطط الحرمان العاطفي^(٢)) . وكثيراً ما يحدد المعالجون المعرفيون المخططات غير التوافقية خلال المرحلة الأولى من العلاج ، ويبدأون في التصحيح المبكر لها ، وهم يعملون بصورة أكثر كثافة على تغيير هذه المخططات خلال المرحلة الثانية عندما يكون المريض أقل اكتئاباً ، كما سنعرض ذلك في الجزء الثاني من هذا الفصل . ونقدم في القسم التالي شرحاً لكيفية توصل المعالج إلى استخلاص أن مخطط الحرمان العاطفي مهم لدى إيرين .

م : من ذلك أنه في اللحظة الحالية ، عندما تتحدثين عن الطريقة التي يعاملك بها زوجك ، بدوت كما لو أنك متضايقه فعلاً من انعدام اهتمامه بمشاعرك ورغباتك .

إ : نعم ، نعم .

م : لا أريد أن أعرف المزيد عن ذلك في اللحظة الراهنة ، ولكنك قلت أيضاً أنك بعد ولادة طفلك الثاني ، كان شعورك أنه لا يوجد من يهتم بك ، من أسرتك على وجه التحديد .

إ : حسناً ، أنا لا اعرف ماذا حدث ، لا أستطيع تذكر ظروف ما حدث .

م : ولكن مهما كانت هذه الظروف ، كانت هذه هي الخلاصة التي خرجت بها .
إ : نعم .

م : إذا فأحد الأفكار التي يمكن أن تسيطر عليك وتستطيع حصارك بشدة وتجعلك تشعرين شعوراً مفرغاً . هل تتعلق هذه الفكرة بأن أحد لا يهتم بك في هذا المجال بالذات الحساسة فيه للغاية بما يجعلك تعتقدين أننا نستغلك كمجرد حيوان تجارب ، وأنهم «شغوفين فقط برؤية كيف أعمل» ، وغير مهتمين بك ، والعيادة أيضاً غير مهتمة بك ، وأنا غير مهتم بك . ومرة أخرى تبدولك هذه الفكرة حول أن الناس المهمين لديك غير مهتمين ، فهل هذا صحيح ؟

إ : نعم ، في أغلب الأحوال ، نعم .

(1) Subjugation Schema

(2) Emotional Deprivation Schema

م : في كل الحالات التي أشرت إليها .

إ : نعم .

م : حسناً ، ما الذى نخرج به من ضرورة أن تكونى متنبهة للإحساس أنه لا يوجد من يهتم بك لأن ذلك يجعلك تشعرين شعوراً سيئاً ، على الرغم من أن هذا الإحساس غير صحيح . فإذا اكتشفت على سبيل المثال أن أمك تهتم بك فبالتالى تكونى مخطئة ، إلا أن الأفكار سنظل قوية للغاية ، ومازالت أفكارك الحالية والسابقة هى أننا غير مهتمين .

وحول منتصف الجلسة طنب المعالج عائداً (رد فعل) .

م : والآن عند هذه النقطة ، هل هناك ما يشعرك بالضيق فيما ناقشناه اليوم؟

إ : يشعرنى بالضيق ؟

م : نعم

إ : أوه ، أشعر أننى أكثر غباءً وأكثر غباءً مع كل خطوة نتقدمها .

م : هذا مهم ، حسناً هل تستطيعى ...

إ : حسناً ، كنت أحاول ولكننى لا أعرف .

م : حسناً إذا كنت ، مهما كنت ، لماذا تتركى لنفسك الشعور بالغباء ولا تحدثينى عنه .

إ : حسناً لقد شعرت مجرد أن على أن اتعرف كل هذه الأشياء أيضاً .

وقد أدى هذا التعليق لتحديد السياق الثالث ، وهو مخطط عدم الكفاءة⁽¹⁾ فأيرين اعتبرت نفسها متزايدة الغباء خلال السنوات القليلة الماضية ، على الرغم من ذلك ، فعند هذه النقطة كانت المريضة قد بدأت فى استيعاب فكرة الإجابة العقلانية على أفكارها ، وبعد اشارة المعالج إلى الفكرة السلبية فى الاقتباس السابق ، تطوعت المريضة بالقول :

إ : أعرف ما يتعين عمله مع فكرة «أنا غبية» ، إننى لم أتبين هذه الأشياء بنفسى .

م : ما الذى تفعليه إزاءها فى هذه اللحظة ؟

إ: سأقول - «حسناً ، أنت الأخصائى المعالج ، وأنت من يفترض أن يرى هذه الأشياء» .

م : صحيح ، هل ستطردنى إذا لم ارها . صح ؟

إ: لم أفكر فى ذلك ، لكن (ضحك) لا لن أطردك ، لن أطرد أى شخص .

م :إذا فما تقولينه هو أنه بما أننى شخص مدرب تدريباً تخصصياً ، فإننى أستطيع رؤية أشياء معينة . والأمر الآخر هو أن الأشخاص الآخرين موضوعيون ودائماً ما يستطيعون رؤية أشياء فينا أفضل مما نستطيع نحن أن نراها فى انفسنا . الواقع أن هذه هى حقيقة الطبيعة البشرية .

إ: نعم .

وقد ظهرت الأفكار السلبية ذاتها مرة أخرى فيما بعد خلال الجلسة ، عندما شعرت إيرين بالغباء لعدم معرفتها بإجابة أحد أسئلة المعالج لها . وفى الاقتباس الممتد فيما يلى ، ساعد المعالج إيرين على القيام بتجربة لأختبار فكرة «إننى أبدو غبية» .

م : حسناً ، دعينا الآن نقوم بمجرد تجربة ؛ لنرى إذا ما كنت نستطيعين الاستجابة بمفردك للفكرة الالية ، ودعينا نرى ما يحدث لمشاعرك . لنرى إذا ما كانت الاستجابة العقلانية تجعلك تشعرين أنك فى حالة أسوأ ، أو تجعلك فى حالة أفضل .

إ : حسناً

م : حسناً ، لماذا لم أجب عن هذا السؤال إجابة صحيحة ؟ أنا أبدو غبية . ما الإجابة العقلانية على ذلك ؟ الإجابة الواقعية ؟

إ : لماذا لم أجب عن السؤال ؟ لأننى فكرت للحظة أن هذا ما يفترض بى قوله ، وعندما سمعت السؤال بعد ذلك مرة أخرى ، أدركت انه ليس هو الذى سمعته . لم أسمع السؤال جيداً ، هذا هو السبب الذى جعلنى لا أجيب إجابة صحيحة .

م : حسناً إذا فهذه هى حقيقة الموقف ، وأن حقيقة الموقف أنك تبدين غبية ، أم أنك مجرد لم تسمى السؤال جيداً ؟

إ : لم اسمع السؤال جيداً

م : أو محتمل أنني لم أقل السؤال بطريقة واضحة .

إ : ممكن .

م : ممكن تماما ، فأنا لست إنساناً معصوماً ، لذا فمن الممكن جداً أنني لم أعبر عن السؤال بطريقة ملائمة .

إ : ولكن بدلاً من قولك أنك أخطأت ، ما زلت أقول أنني الذي أخطأت .

م : علينا برؤية شريط الفيديو لنرى ما حدث . هل يعنى عدم تعبيرى جيداً عن السؤال ، وأنتى اخطأت ، هل يجعلنى ذلك غيبياً ؟

إ : لا .

م : وإذا كنت أنت التى أخطئت ، هل يجعلك ذلك غيبية ؟

إ : لا ، فى الواقع لا .

م : ولكنك شعرت بالغباء ؟

إ : نعم فعلت

م : أما زلت تشعرين أنك غيبية ؟

إ : لا

يعرض الحوار السابق أسلوب استخدام إعادة الإعزاء (1) . فقد عزت المريضة صعوبة الإجابة على المعالج فى البداية باعتبارها دليلاً على انها غيبية . ونتيجة للمنحى التوجيهى للاستكشاف ، أعادت عزو المشكلة لعامل من عاملين : إما أنها لم تسمع السؤال جيداً ، أو لأن المعالج لم يسأل السؤال بوضوح كاف . وعبرت إيرين فى نهاية التجربة عن رضائها لمعرفة أنها أخيراً لهذا الميل لتشويه أحكامها :

إ : إننى أشعر فى هذه اللحظة بالذات بالسرور . أشعر أنني افضل قليلاً ، فهناك شخص على الأقل أوضح لى هذه الأشياء لأننى لم أرها من قبل على الإطلاق . لم أعرف أبداً أنني فكرت اننى لست بهذا الغباء .

(1) Reattribution

م : إذا فانت تشعرين شعوراً طيباً أنك قدمت هذه الملاحظة عن نفسك ؟
 ا : صحيح .

بعد أن قام المعالج بتلخيص النقاط الأساسية للجلسة الثانية ، وضع تكاليفات الواجب المنزلي للأسبوع التالي : ملء سجل يوميات الأفكار غير السوية (١) (انظر شكل ٢ - ٦) ، وقائمة الأنشطة الأسبوعية (انظر شكل ٣ - ٦) .

الجلسة الثالثة

تحسنت الحالة المزاجية لإيرين بصورة ملحوظة بعد الجلسة الثالثة ، فقد انضمت لفريق للعب التنس مع أختها ، وبدأت في الاستجابة بشكل أكثر عقلانية لفكرتها الآلية حول كونها غبية . والواقع أنها كانت تمارس مهارات علاجها المعرفي ، من خلال مساعدتها لصديقة لها لديها مشكلة مشابهة تتعلق بلوم الذات ، وكان البند الأول في الأجددة ، التي اختارت إيرين البدء بالعمل عليه هو «كيف أترجع أمام الآخرين» ، وهو جانب من مخطط الخضوع . وقد وصفت حادثة تفوقت فيها إحدى جاراتها عليه ، دون أن تستطيع تأكيد حقها . وعبرت إيرين من خلال مناقشة أفكارها عن التناقض ، الذي يسم مخطط الخضوع ، والذي يتدخل في سلوكها التوكيدي :

ا : أريد أن أكون شخصاً لطيفاً ، لا أريد أن أتسبب في كثير من المشكلات ، لا أود العراك باستمرار مع شخص ، ولكنني لا أحب نفسي عندما استسلم كثيراً .

م : حسناً ، هل من الممكن أن تكوني شخصاً لطيفاً دون أن تكوني مستسلمة كل الوقت ؟

ا : أظن .

واصل المعالج الفحص لفهم أسباب اعتقاد المريضة أن الشخص اللطيف لا يمكنه أن يغضب أو أن يكون توكيدياً . ومع تطور النقاش ، أصبح من الواضح أن المريضة ترى نظرياً أنها غير سيئة بالضرورة لأنها غضبت ، ولكنها شعرت على الرغم من ذلك أنها على خطأ في مواقف الحياة الطبيعية . وكانت مهمة المعالج التالية هي مساعدة المريضة على التفكير عقلياً لاكتشاف التشويه في تفكيرها

(1) Dysfunctional Thoughts

في سياق حدث واقعي . وبناء على طلب المعالج ، وصفت إيرين جدلاً صرخت فيه على إحدى جاراتها لسبب مبرر جداً على الرغم من أنها شعرت أنها سيئة . وقد ساعدها المعالج على استخدام المنطق لتقييم مخطئها غير التوافقي :

م : كانت لديك فكرة هي «أنا مخطئة بثورتي عليها ، وبصراخي في وجهها» ، ويبدو من المحتمل أنك تعتقدين في هذه الفكرة ، وأن هذه الفكرة صحيحة ، وأنت مخطئة . وطالما تعتقدين أن هذه الفكرة صحيحة ، تصبح لديك رغبة عندئذ في الانسحاب .

إ : صحيح .

م : دعينا نفحص الآن هذه الفكرة . هل تعتقدين أن هذه الفكرة سليمة ؟

إ : لا ، لا أعرف كيف يمكن أن تكون سليمة .

م : إذاً فوفقاً لتقييمك الشخصي ، أنت لا تعتقدين أنه من الخطأ الدفاع عن حقوقك ؟

إ : صواب

م : وهل تعتقدين أن الفرع سيصيبك إذا طلبت جارتك الشرطة من أجل سيارة سدت الطريق على سيارتها ؟

إ : حسناً ، يجب ألا تسد سيارة الطريق على سيارتها . . .

م : ليس هذا هو السؤال ، هل تستدعي الشرطة ؟ ؟

إ : لا أنا لم استدع الشرطة عندما وضعت سيارتها في وسط طريق الدخول والخروج .

م : حسناً ، إذاً ، هل تعتقدين أنه من الطبيعي بالنسبة لأي شخص أن يثور على شخص آخر بسبب شيء مثل هذا ؟

إ : انتظر ، ما هذا ؟

م : دعيني أقولها بشكل لآخر . هل تعتقدين أنه من الطبيعي أن تثور في هذا الموقف ؟

إ : نعم .

م : حسناً ، إذا فأنت لا تترين أى خطأ فى ثورتك ؟

إ : لا

م : لا ، وبالتالي فإن تفكيرك كان صائباً بعد أن كان خطأً أن تثورى وتصيحى فى وجهها .

إ : نعم هذه فكرتى الآن .

م : حسناً ، هذه إحدى المشكلات ، إذا أردت أن تتجاوزى هذا الإحساس ، وتعطى لنفسك الوقت الكافى ، فإن أحد الأشياء التى يمكن القيام بها هى النظر فى هذه الفكرة - كان من الخطأ أن أقوم بهذه الأفعال وتلك - وعليك الرجوع لهذه المناقشة التى قمنا بها الآن ، وقررى بنفسك ما إذا كنت بالتأكيد مخطئة . والآن فى كل مرة تؤكدين فيها نفسك بهذه الطريقة المحددة فكرى - أننى مخطئة فى ذلك - وستشعرين شعوراً سيئاً ، وعندئذ لن تريدى توكيد نفسك مرة أخرى . هل هذا واضح ؟

إ : أوه ، أوه .

م : إذا علينا أن نقرر هنا والآن ، هل فكرت فعلاً أنك مخطئة بتأكيد نفسك فى مواجهة جارتك ؟

إ : لا .

م : والآن فى المرة التالية عندما تنتابك فكرة - أنا مخطئة - ما كان يجب أن أقول ذلك ، ما كان يجب أن أتمسك بحقوقى - ما الذى ستجيبين به على هذه الفكرة ؟

إ : إذا لم أكن مخطئة ؟ أنا غير مخطئة ، ويجب أن أدافع عن حقوقى .

م : والآن هل تقولين ذلك لأن هذه هى الإجابة ، أم لأن هذا ما تعتقدن فيه ؟

إ : لا ، هذا ما أعتقده . أنا فعلت الصواب هنا . لقد فعلت الصواب . لقد فعلت الصواب .

تابع المعالج هذه المناقشة مستخدماً أسلوباً يسمى ، نقطة مقابل نقطة،⁽¹⁾ لمساعدة إيرين على ممارسة الاستجابات العقلانية لأفكارها الآلية بقدر أكثر

(1) Point counter point .

كثافة . وقد عبر المعالج فى هذا الجزء المقتبس من الحوار عن أفكار المريضة نفسها المتسمة بالسلبية ، بينما تحاول هى الدفاع عن نفسها بعقلانية أكبر :

م : والآن سأمثل دور المدعى فى المحكمة ، وسأقول «أنا أفهم أنك تصرخين فى وجه جارتك لأنها أستدعت الشرطة . هل هذا صحيح ؟»

إ : نعم

م : يبدو لى الآن أنك ارتكبت فعلاً سيئاً .

إ : لا ، ليس سيئاً

م : ألا تعتقدى أنه كان سيئاً ؟

إ : لا ، كان يجب أن أضربها .

م : حسناً يمكنك الجلوس هنا ، والقول أنه كان عليك ضربها ، أظن أنك قلت قبل ذلك أنك أردت أن تكونى شخصاً لطيفاً .

إ : لقد كنت لطيفة عندما لم أطلب الشرطة ، عندما أغلقت على الطريق بسيارتها .

م : أعرف ، ولكنك تقولين الآن أنه كان عليك أن تضربها .

إ : لا ، ماكنت لأضربها ، ما كنت سأضربها ، مالم تضربنى هى .

م : حسناً ، ولكن مازالت هناك حقيقة أنك صرخت فى وجهها .

إ : نعم صرخت فى وجهها .

م : لا يبدو لى أن الناس الذين يتصفون بالرقه يصرخون فى وجوه الآخرين .

إ : حسناً ، أنا مازلت شخصاً لطيفاً ، ولكنها أخطأت ، وكان لا بد أن أقع أنا الأخرى فى الخطأ .

م : حسناً ، كيف يمكن أن تظلى شخصاً لطيفاً إذا كنت تصرخين فى وجوه الناس ؟

إ : كيف أظل شخصاً لطيفاً ؟ أنت بالفعل شخص لطيف . أنت بالفعل شخص لطيف ، إن الأمر مجرد أن الشخص اللطيف يمكنه أن يغضب هو الآخر .

م : تقولين إن الشخص اللطيف يمكنه أن يغضب أيضاً ؟

إ : عندما يخطئ بعض الناس في حقه .

م : من أين أتيت بهذه الفكرة حول أن الناس يغضبون عندما يكونون مخطئين ؟

إ : عندما يكون الشخص الآخر على خطأ ؟ من أين أتيت بهذه الفكرة ؟ إنها فكرة صحيحة .

م : هل تعتقدين حقاً أنها فكرة سليمة ؟

إ : نعم ، الأشخاص اللطفاء مثلهم مثل بقية الناس

م : إذاً ، يمكن للأشخاص الذين يتصفون باللطف أن يغضبوا ؟

إ : (همهمة) هم . . . هم

عاد المعالج في النهاية إلى المخطط ، وسأل المريضة عن مقدار اعتقادها في هذا المنظور الجديد :

م : إذا غضبت ، فأنت لست شخصاً لطيفاً ، هل تعتقدين الآن في صحة ذلك ؟

إ : لا

م : هل تعتقدين أنها فكرة صحيحة جزئياً ؟

إ : (همهمة) ، لا ، حسناً أنهم لا يغضبون من أجل لا شيء ، إنهم يغضبون عندما يكون هناك سبب .

م : حسناً إنك تقولين حتى الآن أنك تعتقدين - الآن نتكلم عن الاعتقاد - لنضع الأمر بعبارة أخرى ، الاعتقاد أن غضبك قد يثور ، ومع ذلك تظلين شخصاً لطيفاً ، ما مقدار اعتقادك في ذلك ؟

إ : ١٠٠ :

م : ١٠٠٪

إ : نعم

م : أنت متأكدة ١٠٠٪ وليس ٩٠٪ أو ٨٠٪ .

إ : لا اعتقد ١٠٠٪

راجعت إيرين والمعالج خلال الوقت المتبقى من الجلسة بعض حالات نقص التوكيدية ؛ لتدعيم النقطة الأساسية للجلسة ، وهي أن : الأشخاص الذين

يتصفون باللفظ يمكنهم السلوك بطريقة توكيدية ، وأن الأمر قد يصل بهم أحياناً إلى الغضب الشديد . وانتهت الجلسة بملخص للقضايا الأساسية التي أثّرت خلال الجلسات الثلاثة الأولى .

ملخص الجلسات الأولية

قام المعالج خلال الجلسات الثلاثة الأولى بوضع أسس بقية فترة العلاج . وقد بدأ على الفور في تعليم إيرين كيف تحدد أفكارها الآلية السلبية ، ومن هنا بدأ المعالج في فهم مشاعرها اليائسة والكشف عن أفكارها الانتحارية . ومن خلال تحديد أفكارها في مواقف مختلفة ، أصبح قادراً على استدلال عدد من مفاتيح المخططات ، التي برهنت فيما بعد على أنها تلعب دوراً محورياً في تفكير إيرين : اعتقادها أن الآخرين لا يهتمون بها ، وأنه يسهل قيادها ، وأنها غبية ، وأنها لن تكون شخصاً لطيفاً إذا مارست سلوكاً توكيدياً . وقام المعالج باستخدام أقصى مهاراته لفحص أفكار المريضة ، خلال جلسات العلاج لمساعدتها على معرفة أنها كانت تشوه الدلائل حول التفاعل العلاجي ، وأنها كانت تتوصل إلى استخلاصات غير صائبة حول أنها غبية ، ويمكن التلاعب بها .

وفيما يتجاوز تحديد الأفكار والتشوهات ، قام المعالج بتوجيه إيرين لتقوم بخطوات عيانية لتتجاوز افتقارها للنشاط وسلوكها الانسحابي : فقد طلب منها أن تقيم مزايا وعيوب البقاء في فراشها . وحل معها مهمة الالتحاق بمجموعة للعب التنس إلى خطوات صغيرة وعملية ، وشاركها في تطوير قائمة أنشطة تقوم بها خلال الأسبوع .

وأخيراً استخدم المعالج مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات ليعرض على إيرين كيفية اختبار صحة أفكارها ، والتوصل إلى استجابات عقلانية ، والإحساس بمشاعر أفضل . مثال ذلك أنه خلال البرنامج العلاجي ثلاثي الجلسات ، صمم المعالج تجربة ، واستخدم إعادة الإعزاء ، وقدم زوايا جديدة للنظر ، وممارس أسلوب نقطة مقابل نقطة .

وهناك نقطة أخيرة نود تأكيدها ، هي أن النموذج العلاجي الأولي هو الاستجواب ، وأغلب تعليقات المعالج كانت في صيغة أسئلة . وقد ساعد ذلك إيرين على تقييم أفكارها خارج الجلسة ، ومنعها من الشعور أنها هوجمت أثناء العلاج .

وبنهاية هذه الجلسات الأولية ، ذكرت إيرين أن لديها قدراً أكبر من التفاؤل حول أن حياتها يمكن أن تتغير ، وعندئذ تم تحويلها إلى معالج معرفي آخر ، هي دكتور جوديث ايدلسون Judith Eidelson للقيام ببقية العلاج (وقد فسرت أسباب هذا التحويل للمريضة قبل مقابلتها للمعالج الأول [أ . ت . بيك]) .

الجلسات التالية

كانت القضية الأولى التي تعاملت معها المعالجة الثانية هي اعتقاد إيرين أنها غبية . وقد بدأت المريضة في تعبئة سجل يومي للأفكار غير السوية ، وجمع الأدلة حول أنها ليست غبية كما اعتقدت . والواقع أن إيرين توصلت إلى إمكانية حصولها على دورة دراسية بإحدى الكليات . وكانت هناك عدة عقبات :

(١) أن زوجها لم يسبق له إطلاقاً إعطاؤها سواء مفاتيح منزلها أو سيارتها .

(٢) لم يكن لديها ما يكفي من النقود للحصول على هذه الدورة الدراسية .

(٣) أقلقها أن زوجها قد يحاول عقابها إذا حاولت إن تصبح أكثر استقلالية .

وقد صممت المعالجة عدداً من التجارب مع إيرين لاختبار سلسلة من المعتقدات ، هي : أن زوجها قد يعاقبها ، وأنها ستفشل في القيام بوظيفة حتى إذا حصلت على واحدة ، وأنها قد تفشل في الوصول إلى المستوى الذي يسمح لها بالالتحاق بالدورة الدراسية .

وقامت إيرين من خلال مجموعة من المهام المتدرجة بسؤال زوجها حول إمكانية حصولها على المفاتيح ، والالتحاق بمجموعة التنس ، والبدء في الاختلاط بأصدقاء . وعلى الرغم من شعور زوجها بالرفض واتهامه لإيرين بالغباء ، إلا أنه لم يتخذ على الإطلاق أية خطوة إيجابية للوقوف في وجهها . وعلى الرغم من توقعاتها ، حصلت إيرين على وظيفة ساقية ، ومرة أخرى على النقيض من توقعاتها كانت ناجحة للغاية ، وتلقت قدراً كبيراً من ردود الفعل الإيجابية حول عملها .

وما أن حصلت إيرين على الوظيفة ، حتى انتظمت في دورة لدراسة علم الاجتماع ، وحصلت على تقدير ممتاز . وحددت إيرين ، خلال كل خطوة في

هذا التتابع أفكارها الآلية واستجابات لها ، قبل أن تقوم بالخطوة التالية في اتجاه الاستقلالية .

وقد أثارت المريضة خلال الجلسات الاخيرة قضية هجرها لزوجها . وعملت المعالجة مع إيرين على تقييم عدد من الأفكار :

(١) أن تغييراً قد يحدث لزوجها بشكل ما ، وتعود حياتهما الزوجية لمسارها السليم .

(٢) أن الزواج التزم على مدى العمر .

(٣) لا أستطيع تدبير أمورى بمفردي .

(٤) هجرى له قد يمثل فشلاً لى .

وقد استبعدت إيرين بعد ذلك كل فكرة من هذه الافكار بوصفها غير صحيحة أو غير محتملة ، وقررت إنهاء حياتها الزوجية . وقد أنهت إيرين العلاج بعد ذلك بوقت قصير . وقد شعرت بالثقة في نفسها وفي قراراتها ، وكانت درجتها على بطارية بيك للاكتئاب BDI في المدى السوى وقد اكتملت فترة علاج خفض الأعراض بصورة ناجحة خلال ٢٠ جلسة .

ويصف الجزء التالي مرحلة منع الانتكاس في العلاج المعرفى .

المرحلة الثانية : العلاج بالتركيز على المخططات لمنع الانتكاس

يظل المرضى ، حتى بعد أن يشعروا أنهم أصبحوا في حال أفضل ، عرضة لاكتئاب تالٍ مالم تحدد مخططات عدم السواء لديهم ويتم تعديلها . وبالتالي فإن منع الانتكاس مكون مهم في علاج الاكتئاب . وعلى الرغم من أن الانتكاس يظهر بقدر أقل بين المرضى ، الذين يعالجون علاجاً معرفياً مقارنة بالأساليب العلاجية الأخرى (Whisman, 1991; Hollon et al., 1991; Beck et al. 1979) إلا أنه يظل على الرغم من ذلك موضوعاً جوهرياً ، يشغل اهتمام الاخصائيين الاكليديكيين . نتيجة لذلك طورت مرحلة علاجية إضافية تهدف للتكامل مع بنية هذا الاستعداد النفسى العميق . وتسمى هذه المرحلة الجديدة مرحلة العلاج بالتركيز على المخططات ، وهى تسمى كذلك لأن التأكيد فيها يكون على تحديد وتعديل المخططات الكامنة لدى المريض . وقد نشر يونج وكلوسكو (Young and Klosko (1993 كتاباً حديثاً

للمساعدة الذاتية للمرضى ؛ لتوجيههم خلال هذه المرحلة .

وقد ذكر بيك وزملاؤه (Beck et al. 1990) الآتي :

يبدو من الصعب تبديل المخططات ، فهي متشبثة تماماً بموقعها نتيجة للسلوك والعناصر المعرفية والانفعالية . وعلى الاسلوب العلاجي أن يتخذ منحى ثلاثياً . واتخاذ منحى معرفياً صارماً ومحاولة جدال المرضى بعيداً عن تشوّهاتهم أمر غير فعال . وجعل المرضى ينفثون عن أنفسهم خلال الجلسة ويتخيلون ، ويتذكرون لا ينجح في حد ذاته . والبرنامج العلاجي الذي يتجه إلى هذه المجالات الثلاث جوهرى ؛ فتشوّهات المريض المعرفية تعمل بوصفها معلم يشير إلى المخطط (ص ١٠) .

نتيجة لهذا تختلف مرحلة العلاج المتمركزة حول المخططات جوهرياً عن المرحلة المبكرة ؛ من حيث إنها تؤكد بقدر أكبر على الأنماط والجذور الارتقائية المبكرة ، وصعوبات التفاعل الممتدة عبر الزمن ، والعلاقة بين المريض والمعالج والممارسات التجريبية والانفعالية .

مرحلة منع الانتكاس

دراسة حالة : ميشيل

توضح دراسة الحالة الثانية أهمية علاج المخططات فى النريات الاكتابية، من خلال إلقاء الضوء على مرحلة العلاج بالتركيز على المخطط .

تاريخ الحالة والمشكلات الحالية

قرأت المريضة «ميشيل» عن العلاج المعرفى فى عدد من المجلات ، وفكرت فى أن ذلك قد يساعدها ، واتصلت بالمركز لتحديد موعد . وذكر القائم بالمقابلة الأولى أن ميشيل امرأة يهودية فى الثلاثين من العمر متزوجة على مدى السنوات الستة السابقة من جيم وهو كاثوليكي ، يعمل فى الاستثمارات المصرفية فى وول ستريت . ولم يسبق لأحدهما الزواج من قبل . وقد ذكرت المريضة أنها «كانت تعيش حياة زوجية سعيدة حتى آخر ٨ اشهر الأخيرة . وحتى ذلك الوقت ظلت محتفظة بوظيفتها الناجحة فى مجال بيع العقارات» .

وكان دافعها المباشر للعلاج رد فعلها من زيارة لطبيبها المتخصص فى أمراض النساء ؛ فبعد سماعها أنها غير حامل ، انهمرت ميشيل فى البكاء فأقده

القدرة على التحكم في نفسها ، وأقنعت بالسعى للحصول على مساعدة نفسية .
وقد حصلت على ٢٨ درجة على بطارية بيك للاكتئاب ، مما يضعها في مدى اكتئاب بين المتوسط والحاد . وقد أجابت أيضاً عن بطارية تاريخ أنماط الحياة المتعددة (١) (Lazarus & Lazarus, 1991) ، وهي أداة تتكون من ١٥ صفحة ، تغطي مجالات عريضة من القضايا المتعلقة بالمشاعر والأفكار ، والسلوك ، ومجموعة متنوعة من قضايا العلاج النفسي . وقد ذكرت المريضة في إجاباتها عن بطارية تاريخ أنماط الحياة المتعددة مشكلاتها الأساسية على أنها اكتئاب وعدم سعادة مع نفسها ، وشعورها أنها غير محبوبة ، ولا تحظى بالتقدير . كما ذكرت أيضاً السلوكيات الآتية بوصفها تنطبق عليها : مماثلة ، منسحبة ، لديها صعوبات في التركيز ، واضطراب في النوم ، وبكاء وسورات مزاجية . كما أشارت أيضاً إلى أنها دائماً ما تشعر بالغضب والحزن والاكتئاب والصراع وعدم السعادة واليأس والوحدة . وقررت العبارة الآتية : «أنا بلا قيمة ، وحياتي خاوية ، وضائعة ، وليس هناك ما يتطلع المرء إليه» .

وكانت ميشيل قد تركت وظيفتها ، عندما جاءت لأول مرة لإجراء المقابلة ، وكانت تغادر البيت بصعوبة ، فقط لمجرد التسوق ، وكانت تقضى أغلب وقتها في الفراش أو في مشاهدة التلفزيون . وقد شُخص القائم بالمقابلة المريضة ، بناء على كل البيانات السابقة ، على أنها تعاني من نوبة واحدة من الاكتئاب الأساسي ، وقد أحيلت إلى المؤلف الثالث (أ) . واينبرجر) للعلاج .

وقام المعالج (م) باتتباع المنحى العام نفسه ، الذي سبق وصفه في هذا الفصل لإيرين : فقد حدد الأفكار غير السوية وتحداها ، وحصل على سجلات للأفكار ، وصمم أجندة وقوائم للأنشطة ، وتابعها إلى أن انخفض اكتئاب ميشيل (ش) . وعادة ما تبدأ مرحلة التركيز على المخطط ، بعد أن يبدأ المريض في الشعور أنه أصبح في حالة أفضل ومواصلاً لأداء أكثر فعالية . وبعد ١٨ جلسة أنخفضت درجة ميشيل على بطارية بيك للاكتئاب إلى ١٧ درجة وعندئذ تحول المعالج إلى مرحلة التركيز على المخططات ، مع تقديم تفسير لهذا الانتقال كالاتي:

م : حسناً ، ما أفكر فيه هو أن ما يجب أن نعمل عليه الآن ، يا ميشيل ، هو بما

(1) The Multimodal Life History Inventory

أنك أصبحت الآن أقل اكتئاباً ، وأصبحت قادرة على مغادرة الفراش ، وأصبحت قادرة على العمل خلال النهار - هو قضية ما يدور بينك وبين زوجك .

ش : حسناً ، نعم ، لقد كنت خائفة من أننا سنتناول هذا الأمر .

م : وعندما نبدأ في النظر في مشكلات العلاقة . وهذا النوع من القضايا ، سنحاول النظر فيما نطلق عليه اسم المخططات . والمخططات تشبه الأنماط المستمرة على مدى العمر ، والسياقات المستمرة على مدى العمر في حياتنا ، والتي نقوم بتكرارها مرة تلو المرة باستمرار ، وهي مثل الأزرار التي يضغط عليها ، وعند الضغط عليها نتصرف بطريقة انفعالية للغاية نحوها .

ش : حسناً ، أعتقد أنه يعرف على وجه التحديد كيف يضغط على أزراري .

م : نعم ، وما أفكر فيه أن ما نستطيع عمله الآن في هذا الجزء من العلاج ، هو أن نحاول أن نجد على وجه الدقة ما هذه الأزرار التي يضغط عليها فيك ، ومساعدتك على تعلم كيف تعملين بشكل أفضل مع هذه الأزرار .

وقد ركز المعالج في هذه المرحلة على الأنماط الأكثر دواماً ، والمشكلات ، والسياقات التي قد تكون سبباً في تعرض المريضة لنوبات مستقبلية من الاكتئاب .

وفي حالة ميشيل ركز المعالج على المشكلات الحياتية الآتية :

(١) عدم قدرتها على التعبير عن نفسها ، وطلب أشياء من زوجها على وجه الخصوص ، وقد اعترفت على الفور بالآتي : «أنا في حاجة لأطلب أكثر ، ولكنني لا أستطيع ذلك»

وكان هذا يعني على وجه التحديد حاجتها لطفل ، ولكنها تعتقد أن ذلك سيفسد الأمور مع جيم .

(٢) أفكار متكررة حول انهيار علاقتها الزوجية ؛ لأنه دائماً ما يشعرني كما لو أنه على وشك تركي .

(٣) تقدير ذات منخفض ، شعور بعدم المرغوبية ، وأنها غير محبوبة ، لأن وزني يزيد عن المعدل بحوالي ١٢ إلى ١٥ رطلاً .

عناصر التقييم

يمكن تقسيم مرحلة التركيز على المخططات إلى مكونين متميزين : مكون التقييم ، ومكون التغيير أو العلاج . ويتضمن التقييم بمفرده ثلاثة أجزاء متميزة ولكنها مترابطة : مراجعة متركزة حول تاريخ المريض ، في محاولة للربط بين الخبرات السابقة والمشكلات القائمة ، استخدام اختبار المخطط ، وهو أداة صممت لتحديد المخططات ، وجزء تجريبي لتنشيط وحفز المخططات .

بدأ المعالج المراجعة المتركزة حول التاريخ من خلال التدقيق في طفولة المريضة وبداية صعوباتها الانفعالية ومسار هذه الصعوبات . وكان تذكر ميشيل لحياتها الأسرية المبكرة ناقصاً . فقد ذكرت أن والدها كان شخصية متألقة ومعطاءً جيداً ، ودائماً ما لا تجده حولك، وتذكرت أمها باعتبارها شخصية رقيقة ولكنها سلبية على ما يبدو . وخلال نضجها لم تكن تفضي بمكنون نفسها لأي منهما خوفاً من إثارة الغضب ، أو السخرية أو «ما هو أسوأ» وبالأخص من جانب والدها . وكانت أختها التي تصغرها بعامين هي محبوبة والديها «وهي تذكر إعزازهما لها حتى الآن» .

وذكرت ميشيل عدم وجود أية نويات اكتئابية منذ بدأت مواعدة الشبان ، «وبدء شعورها أنها وحيدة بشكل مفرغ ، وأنها مهملة» عندما تعرضت لعلاقاتها للمعاناة . وكشفت أسئلة إضافية حول ماضيها وخبراتها السابقة مع العلاج النفسي عن وجود عدد من النويات الاكتئابية الصغرى ، ونوية واحدة من الاكتئاب الأساسي . وقد تبين أن علاقاتها المتذبذبة المتصورة أو الحقيقية مع زوجها جيم استنارت لديها عديداً من ردود الفعل الاكتئابية ، خلال فترة زواجهما وكذلك خلال فترة تعارفهما . وكان إعلان جيم لها بعد عدة شهور من تعارفهما أنه سينهى علاقاته بها هو ما استنارت نويتها الاكتئابية الأساسية . وحيث أصبحت فاترة الهمة وتفقد دافعية الاستمرار في دراستها ، وكانت على حافة ترك الدراسة ، فقد نصحتها أسرتها أن تسعى للحصول على مساعدة ، وحصلت على علاج مع مرشد أكاديمي . وعلى الرغم من كون العلاج «مفيداً إلى حد ما» ، فقد شفيبت تماماً عندما اجتمع شملها مع جيم بطريقة آمنة وتوقفت عن العلاج .

وبناء على هذه المراجعة المحورية لتاريخها ، والتي كشفت عن سياقات من العزلة الانفعالية ، أب غائب ، وخوف من التعبير عن النفس ، وانخفاض في تقييم الذات . افترض المعالج أن صعوبات ميشيل الراهنة ، وهي : عدم القدرة على التعبير عن احتياجاتها لزوجها ، ومشاعر عدم الأمان المتعلقة بحياتها الزوجية ترتبط بمخططات سابقة لسوء التوافق تقع في مجال انقطاع الصلة^(١) وفقدان المرغوبة . ووفقاً لمنحى المخططات ، فإن سياقات الانفصال تدور حول توقعات المرء أن حاجاته لعلاقات آمنة ومستقرة ومضمونة لا يتم الوفاء بها بطريقة تقبل التنبؤ . ويشير عدم المرغوبة إلى اعتقاد المرء أنه غير مرغوب من الآخرين (انظر شكل ١ - ٦) .

وللكشف عن هذه الفروض بقدر أعمق ، تقدم المعالج نحو الخطوة التالية في عملية التقييم وطلب من ميشيل إكمال اختبار المخططات SQ كواجب منزلي ، ويتكون اختبار المخططات من ٢٠٥ بنود وهو يستخدم لتقييم الـ ١٦ مخططاً الذي سبق عرضهم في شكل (١ - ٦) ، ويطلب فيه من المرضى أن يقدروا كل جملة من حيث درجة دقتها في عرض ما يشعرون به . ويراجع المعالج بعد ذلك الإجابات تفصيلاً مع المريض ، مع طلبه لمعلومات إضافية أو إيضاحات أثناء المراجعة . وكانت أعلى درجات ميشيل على البنود التي تقدر مخططات الهجر (عدم الاستقرار المدرك ، أو عدم مصداقية الأشخاص المتوفرين للدعم أو الاتصال) ، النقص (اعتقاد المرء أنه غير محبوب أساساً ، ومعيوب ، وناقص وعاجز) ، والخضوع (تسليم المرء المفرد بقرارات وتفصيلات الآخرين لتجنب الغضب ، والانتقام ، أو الهجر) . وقد وافقت ميشيل بشدة على بنود ، مثل : «أجد نفسي ملتصقة بالأشخاص القريبين مني لأنني أخشى أن يتركوني» ، «لا يريد أحداً ممن أرغب بقاءهم بالقرب مني إذا عرف الحقيقة عني» ، و«أترك الآخرين يفعلون ما يشاؤون لأنني أخشى العواقب» ، كما وافقت أيضاً على عدد من البنود ، التي تتناول الحرمان العاطفي ولكن بقدر أقل . واستخبار المخططات أداة مفيدة لصياغة الفروض . واستطاع المعالج مع توفر هذه المعلومات الإضافية تحديد أربع مخططات مختلفة . وقد أدى ذلك إلى تأكيد الفروض حول أن جزءاً من مشكلة ميشيل الراهنة ناتج عن المخططات .

(1) Disconnection

وحتى هذه النقطة يعد التقييم تاريخياً و«منطقياً» في الأساس ، وفحص المعالج واستئثار المخططات تجريبياً في الجزء الاخير من مكون التقييم ، وذلك لاختبار فروض إضافية ، وللكشف عن مصادر المخططات ، ولمعرفة كيف يمكن أن ترتبط بالمشكلات الحالية . وأحد المؤشرات الواضحة على أن مخططاً أمكن استثارته ، هو ظهور درجة مرتفعة من الانفعال . وكما يذكر بيك وزملاؤه Beck et al. (1990) ، لا توحى استثارة المشاعر القوية أن مخططاً محورياً قد اكتشف فقط ، بل وأيضاً أن التفكير غير السوي أكثر قابلية للتعديل» (p.82) .

وأحد المبررات الإضافية لفحص المخططات ، هي جعل المريض يمارس مباشرة كل من محتوى المخطط وشدته . ونعرض في الاقتباس التالي كيف ساعد المعالج ميشيل على تحديد أصول مخطط الهجر ، واستعادة خبرته :

م : ميشيل ، لماذا لا تغلق عينيك الآن ، وتري إذا ما كان يمكنك أستحضار صورة بصرية لأي شيء يرد إلى خاطرك ، مجرد أن تخبريني فقط بما ترين .

ش : هل يجب أن أرى شيئاً ؟

م : نعم ، هذه ليست أفكاراً ولكن ما نريده هو الصور ، قد تكون صورة شخص ، أو مكان ، أي شيء كان كما لو كنت تشاهدين فيلماً سينمائياً في رأسك .

ش : ما المقصود بكل هذا مرة أخرى ؟

م : حسناً ، المقصود هو محاولة اكتشاف المشاعر والسياقات ، والأزرار إذا رغبت ، التي يضغط عليها والتي لا تكوني واعية بها الآن ، فقد ذكرت لي الآن أنك تشعرين بالبهجة ، ولكنك لا تعرفين لماذا ، ونحن دائماً ما نجد أنه عندما يغلق الناس أعينهم يتخيلون صوراً تخبرهم لماذا يشعرون بهذه المباحج ، لماذا هم عصبليون . لذلك تعد هذه طريقة للوصول إلى القضايا العميقة ، دون الحديث عنها مباشرة ولكن من خلال تصورها .

ش : حسناً ، لم أر شيئاً .

م : استمري في الاسترخاء ، لأن الامر يتطلب لحظات في بعض الأحيان ، وعينك أن تتركه يحدث . لا تغلقى ، حافظي فقط على عينيك مغلقتين وسيأتى شيء ما .

ش : ماذا إذا لم أر شيئاً ؟

م : حسناً ، لا بأس ، إذا لم يأتيك شيء يمكننا العودة دائماً مرة أخرى ومحاولة ذلك مرة أخرى فيما بعد .

ش : أنا أرى شيئاً ما . أرى والدي يترك البيت مبتعداً ، وهو لا يريد الدخول والبقاء معي .

م : هل تريئه بالفعل يترك البيت ؟

ش : نعم ، إنه يبتعد الآن خارج البيت ، وهو يعلم أنني بالداخل ، وهو يعرف أنني أريد أن أكون معه ، ولكنه مجرد غير مهتم بالبقاء معي (بكاء) .

م : حسناً ، إنه يترك البيت ، إلى أين يذهب ؟

ش : لا أعرف ، إنه يريد الابتعاد عني فقط .

م : وهل يعرف أنك تريدين رؤيته ؟

ش : نعم ، أنت تعرف ، ولكنه يعتقد كما لو أنه لا وجود لي ، إنني لا أستحق أن أكون معه ، هذه هي دائماً الطريقة التي يريد أن يشعرني بها .

وتكشف هذه الاستراتيجية التحفيزية بشكل حاد عن المعاناة الطفلية غير الصحية المبكرة لميشيل مع والدها ومشكلاتها الراهنة مع زوجها .

م : والآن يا ميشيل ابقى عينيك مغلقة من فضلك ، وانظري إذا كنت تستطيعين استحضار صورة لجيم وأخبريني بما تريئه .

ش : حسناً ، كما نقول ، أرى أن ما يفعله جيم هو أنه يسير خارج الباب ويغلقه خلفه بعنف .

م : مثلما كنت مع والدك ، المشاعر نفسها عندما كنت هناك ؟

ش : نعم ، أشعر أنها مثلها تماماً .

واعتماداً على هذا النوع من العلاقة ، كان في مقدور المعالج أن يحدس أنه نتيجة لخبراتها السابقة غير التوافقية مع والدها ، تعاني الآن من المشاعر نفسها في علاقاتها بزوجها ، وذلك بالاستمرار في الاعتقاد أن زوجها غير مستقر ، وأنها ستعرض للهجر مرة أخرى ، إذا قامت على وجه الخصوص بالتعبير عن احتياجاتها ومشاعرها ، وقد استمرت في تدعيم صلتها بماضيها وبمخططها

المتعلق بالهجر .

وتذكرت المريضة من خلال التخيل أثناء الجلسة التالية أنها عندما كانت في السادسة من العمر ، أنهمرت في البكاء أثناء وجودها في أحد المتاجر ، عندما لم تجد والدها بجوارها واعتقدت أنه قد تركها . وقد أدى وضع هذه النتائج معاً في التقييم الخاص بالمرحلتين إلى تعزيز كل منهما للأخرى ، وهو ما سمح للمعالج بصياغة تصور مفهوم حول أصول مخططات المريضة ، كيف ارتبطت فيما بينها ، وكيف أسهمت في مشكلاتها الراهنة .

قام المعالج بعدئذ بمشاركة ميشيل في صياغته ، وطلب منها عائداً (رد فعلها) .

م : لما لا نبدأ بتلخيص ما توصلنا إليه الآن لكي نفهم بعض المخططات ، التي أثرت في حياتك . والمخططات الثلاثة التي حددناها خلال مراجعتنا لتاريخ حياتك المبكر ، والتي قمنا بمناقشتها ، هي : الهجر والخضوع والعجز ، ونناقش كذلك استخبار المخططات ، والتخيل والأعمال الأخرى التي قمنا بها .

وكما تذكرين فالخضوع هو اعتقادك أنك لا تستطيعين التعبير عما تريدينه؛ نتيجة لخوفك من الانتقام ، والذي يعنى في حالتك أن شخصاً ما سيغضب منك وسيتركك نهائياً ، وأنت لا تستطيعين طلب ما تريدين ، دون أن يغضب جيم أو والدك منك ، ويبتعدان عنك أو يتركانك .

وخلف مخططك للهجر يوجد مخططك للخضوع ، أى إحساسك بأن الناس سيتركونك ، وأنت لا تستطيعين الاعتماد عليهم ليبقوا . ويفسر ذلك لماذا أصبحت شديدة الخوف ومرتبعة عندما كنت طفلة مع والدك ، والآن في حياتك مع جيم . والتفسير الذى وصلنا إليه حول لماذا قد تهجرين هو لأنك بشكل ما عاجزة : إحساسك أن فيك شيئاً ما خطأ ، وأنت بلا قيمة ، وأنه يمكن نبذك بسهولة ، وأنت تكونين مزعجة أو سيئة بشكل ما عندما تطلبين ما تريدين . ويساعد ذلك على تفسير - فى تفكيرك - لماذا يريد جيم تركك ، لماذا سترينه على الفور خارج الباب ما أن تبدين عدم موافقة على شىء ما ، والطريقة التي تعاملت فيها مع مخاوفك من أن تهجرى ، هي حتى الآن أن ذلك يحدث من خلال طلبك لاحتياجاتك .

هل تشعرك هذا التفسير أننا على الطريق الصحيح ؟ هل يبدو لك صائباً ؟
هل هذه هي المفاتيح الثلاثة أو المخططات التي أستثرناها في موقف جيم ؟

وقد وافقت ميشيل على الصياغة التي قدمها المعالج ، على الرغم من استمرارها في الإصرار على أنها ، إذا طلبت شيئاً فإنه سيتركنى ، وهو سعيد بالبقاء معى بقدر ما لا أطلب منه شيئاً .

مكون التغيير

لإعداد ميشيل لمكون التغيير في علاج المخططات ، بدأ المعالج في تعليمها طبيعة المخططات المبكرة وعملية تغيير المخطط . وعلى الرغم من حصول ميشيل على بعض التفسيرات حول فحص ودلالة المخططات ، قام المعالج بتقديم وصف تفصيلي ، فبالإضافة إلى اقتراحه أن تقرأ مطبوعة خاصة بالعملاء حول المخططات ، قام في هذه المرحلة بإعطائها وصفاً أكثر اكتمالاً عن كيفية نشوء المخططات ، لماذا تكون بهذا القدر من قوة الاعتقاد ، وكيف تندعم على مدى العمر بالاتجاهات والسلوكيات . وللإعداد الإضافي لها لمرحلة التغيير ، نصحتها المعالج أيضاً أن تتوقع قدراً كبيراً من المقاومة من جانب مخططاتها ، وأن مخاوفها من الهجر والعجز ستستثار ما أن تحاول التعبير عن نفسها ، وتتخطى مخطط خضوعها .

وتختلف استراتيجيات وأساليب التدخل وأساليب التعليم المستخدمة ، خلال مرحلة التغيير في العلاج من مريض لآخر . ويعتمد الأسلوب المعين المستخدم على طبيعة المخططات النوعية المتضمنة وكيفية ارتباطها معاً (Bricker, Young & Flanagan, 1993) . وعلى الرغم من ذلك ، فقد أختبرنا أربعة استراتيجيات ، ممثلة للمناحي المعرفية والتجريبية والتفاعلية والسلوكية لعرض هذا الجزء من العلاج .

وعلى الرغم من الميل لانتخاب شركاء - يقومون باستشارة المخططات الكامنة كطريقة لمواصلتها ، فإن مرضى مشكلات الهجر يمكنهم - وهم يقومون بالفعل - بإعطاء تقدير مبالغاً فيه لمدى ما يكون عليه شركاؤهم من سلوك هاجر ، وبالتالي بدأ المعالج مرحلة التغيير باستراتيجية معرفية : باختبار الدلائل المتعلقة باحساس ميشيل بعدم الأمان ، بالنسبة لحياتها الزوجية و رغبة زوجها في تركها بمجرد بوحها باحتياجاتها له .

م : هل من المحتمل بناء على بعض هذه المخططات التي تحدثنا عنها ، أن بعض مشاعرك حول أنك عاجزة ، أو أن الناس سيبتعدون عنك ، هي التي تجعلك تبالغين في أن جيم يميل إليك بقدر ضئيل ؟

ش : سيكون الامر رائعاً إذا كان ذلك صحيحاً ، ولكنني لا أعتقد ذلك .

م : حسناً ، لننظر في الأمر ، ما الذي يمكنك الإشارة إليه على أنه دليل على افتتانه بك والتزامه نحوك ؟

ش : إنه يقول إنه يحبني . ودائماً ما يكون سعيداً برؤيتي وبالتواجد معي وهو يمتدحني أحياناً عندما نخرج معاً ، لذا أعرف أنه مفتون بي ، وهو يشتري لي هدايا جميلة للغاية . خواتم ومجوهرات ، وكتباً ، وهو يأخذني لنخرج معاً في العطلات الأسبوعية . وهو يسألني أين تريدنا أن نذهب في الإجازات . أعتقد أنه يفكر في .

م : هل هناك دليل على تركه لك ؟ هل سبق له أن تركك أو هددك أنه سيتركك ؟

ش : عندما كنا نتواعد (قبل الزواج) تركني عدة مرات .

م : وبعد أن أصبحتما زوجين ؟

ش : لا ، لم يحدث منذ زواجنا ، لم يتركني إطلاقاً .

م : هل حدث مرة أن قال لك أي شيء حول رغبته في تركك ؟

ش : لا

نتيجة لميل هذه التأثيرات العلاجية للتشتت مع الوقت ، عندما تكون معتقدات المريض ناتجة عن مخطط ، يتعين إعادتها مرات ومرات أخرى ؛ حتى يستطيع المريض تحدى المخطط بصورة أكثر اتساقاً . وأحد أساليب المتابعة المعرفية التي وجدنا أنها فعالة للغاية ، هي استخدام بطاقات الاسترجاع (١) وبطاقة الاسترجاع ببساطة عبارة عن بطاقة دليل ، تحتوي على ملخص للمخطط ومضاد أو مقاوم معرفي . وكانت البطاقة التي طلب من ميشيل قراءتها بشكل منتظم مصممة بالتعاون معها ؛ لكي تقاوم مخططاتها بطريقة ، تتجه مباشرة نحو مشكلاتها الراهنة في تعلقها بالخضوع والعجز والهجر :

«أعتقد الان أن على أن أتخلى عن الفكرة الطفلية أو غيرها حول أن جيم سيتركنى ، على الرغم من شعورى بذلك وبسبب مخططاتى الخاصة بالهجر والخضوع والعجز . وقد توصلت إلى هذه المعتقدات نتيجة لقصور اهتمام والدى ، وإحباطه لى عندما كنت أرغب فى أن أكون معه . وحقيقة أن جيم لم يهددنى إطلاقاً بتركى منذ تزوجنا ، وحتى عندما كنا نتواعد ، كان يعود إلى فى كل مرة يتركنى فيها .

ولدى أدلة كثيرة على أن جيم مفتون بى ، ويحببنى ولن يتركنى، منها أنه معى منذ عشر سنوات ، وهو يشتري لى هدايا غالية، ويخرج معى فى العطلات الأسبوعية ، ولا يرغب أبداً فى القيام بأجازات بمفرده ، وهو يقلق على إذا خرجت ، وأسرته تحببى .

والمرّة الوحيدة التى أصررت فيها على ما أريد فيما يتعلق بالانتقال للسكن فى الضواحي ، تشاجر معى ثم أذعن ولم يتركنى . وبالتالي يمكننى أن أخبر جيم بما أريده ، وأثق أنه غالباً لن يتركنى» .

وقد كشف الجزء الأول من هذه الاستراتيجية المعرفية عن مقدار أخطاء الإدراك لدى ميشيل فيما يتعلق بزوجها ؛ فقد قلت من تقييمها لالتزام جيم نحوها، وبالغت فى تقييم رغبته فى تركها . وقد اعترفت بالتباين بين مشاعرهما وتوقعاتها، وخبراتها الحقيقية مع جيم . وقد أظهرت مراجعة الحقائق أنه كان يستجيب لها ، عندما كانت تسأله بالفعل عن شىء ما ، وحتى عندما كان لا يوافقها الرأى ، لم يذكر أبداً أو يبدي أى ميل لتركها .

وقد شرح المعالج لميشيل أنها بعدم تعبيرها عن نفسها واستمرارها فى كبت احتياجاتها تواصل فى الواقع تدعيم مخططاتها . وتضمن الجزء الثانى من الاستراتيجية استخدام بطاقات الاسترجاع ، كما زودها بأداة فعالة ، يمكنها استخدامها لمقاومة مخططاتها خارج الجلسات .

يتعلق بهذا ملاحظة انه إذا كان جيم قد تحول حقيقة إلى شخص غير مبالٍ وعرضة لهجر ميشيل ، فكان سيصبح على المعالج فى هذه الحالة أن يسعى إلى مسار علاجي مختلف ، إما يتضمن علاج الزوجين معاً أو احتمال إنهاء الزواج .

وتقدم المعالج بعد ذلك لممارسات تجريبية لمساعدة ميشيل على تفكيك مخططاتها التي مازالت متبقية . ويستلزم ذلك جزئياً الدخول في حوار مع والدها، والتعبير عن غضبها منه لجعلها تشعر بهجره وعجزها ، كما كانت تحتاج أيضاً لتعلم كيف «تشعر» أن إهمال والدها ليس خطأها :

م : هل تستطيعين الآن تخيل والدك خارجاً مبتعداً عنك ، وأنت تسأليه أن يعود ليقتضى معك بعض الوقت ؟

ش : دادى ، دادى ، دادى أرجوك أن تعود وتلعب معى .

م : ماذا يقول ؟

ش : إنه يتظاهر أنه لم يسمعنى ومستمر فى السير بعيداً .

م : والآن فكرى فيما إذا كنت تستطيعين القول بصوت مرتفع فيما يفكر فيه .

و : (والدها) «ها هى تلح مرة أخرى . تريدنى أن أبقى معها ، إنها تتوقع الكثير . لابد أن هناك شيئاً خطأ فيها لتكون كثيرة المطالب هكذا .

م : وما الذى تريدن قوله لوالدك ، بوصفك انسانة راشدة بعد أن سمعت أفكاره ؟

ش : (لوالدها) «أنا غاضبة منك للغاية . كيف تكون مشاعرك هكذا نحوى؟»

م : حسناً ، استمرى فى إخباره ما الذى تشعرين به الآن ، وماذا تعتقدين ؟

ش : حسناً ، (لوالدها) «أنا ابنتك ، أنا لست حشرة ، أريد فقط أن أكون معك لأننى أحبك ، وأشعر شعوراً طيباً عندما أكون إلى جوارك . أنا ابنتك ، من المفترض أنك تحبلى وترغب فى البقاء معى . أنت أب سىء لأنك لا تبادلى المشاعر نفسها .

وقد أدى الحوار بين ميشيل ووالدها إلى تخلصها من مشاعرها نحو أبيها بطريقة بناءة ، وبالتالي شعورها بالقوة لتوكيدها لاحتياجاتها وحقوقها .

وخلال مرحلة العلاج بالتركيز على المخططات ، منح قدر كبير من الاهتمام للمخططات النشطة بين المريضة والمعالج خلال الجلسات ، ويؤدى ذلك إلى تزويد المرضى بمعلومات إضافية حول كيفية التخلص من مخططاتهم ، حتى فى المواقف المحايدة أو المدعمة . وفى الملخص التالى ، قام المعالج بمساعدة ميشيل على رؤية كيف أن مخططها الخاص بالعجز أصبح ناشطاً خلال جلسة ،

قام فيها المعالج بتفسير مفهوم المخططات المتصلة أو المستمرة :

م : الشيء المحزن فيما يتعلق بالمخططات ، هو أنها تكسب نفسها ديمومة ، حتى على الرغم من جعلها المرء غير سعيد . إن الأمر يبدو كما لو أنه من المريح أكثر البقاء مع اعتقاد مألوف ومؤلم ، بدلاً من التغيير إلى اعتقاد مختلف ، حتى لو كان هذا التغيير سيجعل المرء أكثر سعادة .

ش : لا بد أنني شديدة الغباء لأفعل ذلك بنفسى ، يرببنى للغاية أن أفكر أنني أفعل ذلك بنفسى .

م : مرعب بمعنى أنك تلومين نفسك ، أو مرعب بمعنى أنك حزينة لأنك تفعلين ذلك ؟

ش : كليهما ، وأنت ترى الآن كم أنا غبية .

م : حسناً ، فكرى فيما إذا كنت تستطيعين محاولة الابتعاد قليلاً عن نفسك للحظات ؛ لتكونى أكثر موضوعية ، إذا كان كل مريض يأتى لمقابلتى لديه مخططات ، وكلهم يكررون أنماطهم مرة تلو المرة مثلما تفعلين ، هل تعتقدين أنني أعتبرهم بهذا الغباء ؛ لأنهم يعانون من هذه المشكلات ؟

ش : لا ، أنا متأكدة أنك لا تفعل ذلك ، لكنى أشعر فقط أنني مقتنعة تماماً أنك تعتقد أنني كذلك .

م : حسناً ، إذا سيدهشنى إذا لم تستخدمى مخطط العجز هذا ضد نفسك ، ليعطيك برهاناً على أن ثمة خطأ فيك مرة أخرى . هل هذا ما تفعلينه الآن ؟

ش : نعم ، نعم .

م : إذا فهذا مثال آخر على أنك تأخذين هنا فى العلاج ، وفى المواقف الأخرى تعبيرات حقيقية عن الاهتمام والتعاطف مع ما تمرين به ، وتفسرينها على إنها إقلال من شأنك أو أنك بشكل ما غير ملائمة . وربما عليك الاستمرار فى محاولة ملاحظة المواقف هنا فى العلاج وخارجه التى تشعرين فيها أنك غبية ، أو أن شخصاً ما يفكر أنك غبية واستمرى فى التساؤل حول ذلك مع نفسك والقول ، انتظرى ربما كان هذا مخططى يعمل ، ربما لا يكون هذا ما يعنيه آرثر ، أو ما لا يقصده جيم حقيقة .

وكما يشير هذا التغيير ، يمكن أن تكون العلاقة العلاجية ذاتها بمثابة أداة لتحديد المخططات . ويمنح انتباه شديد للحالات المزاجية لميشيل ، ولاستجاباتها ، وسلوكها في المواقف الحية ، عرض عليها المعالج دلائل إضافية ومقلعة للغاية ، على كيف أن الاستمرار في إساءة تفسير بعض خبراتها إنما ينتج عن مخططاتها . أتجه المعالج بعد ذلك نحو مخططات معينة لتغييرها في إطار العلاقة العلاجية . وقد تضمن ذلك بالنسبة لحالة ميشيل عدم الخضوع في حد ذاته ، ولا حتى لتوجيهات معالجها . بمعنى آخر إن الاتفاق مع صياغات المعالج ، والتكليفات بواجبات منزلية والاقتراحات ، التي تقبلها بينما تعارضها في الحقيقة قد يؤدي إلى إطالة استمرارية مخططاتها ، بل قد يعيق أيضاً تقدمها في العلاج . ولمنع ذلك طلب منها المعالج إعطاءه عائداً روتينياً ، باعتبار ذلك وسيلة للتأكد من أنها ليست مسيرة له لمجرد تجذب استثارة مخططاتها .

جزء جوهرى في علاج ميشيل هو التركيز على أنها أصبحت متزايدة الوعى باحتياجاتها الخاصة والتعبير عنها ، أولاً لمعالجها ثم لزوجها بعد ذلك .

كانت الخطوة التالية والأخيرة التي يتعين عرضها هي تغيير السلوك المستثار بالمخططات . ويستلزم ذلك جعل المرضى يعدلون أنماط سلوكهم الممتدة على مدى زمنى بعيد ، والذي يستخدم لتدعيم المخططات خلال افضل مراحل العمر . والعمل ضد ما تمليه هذه المعتقدات هو بلاشك أكثر الأجزاء صعوبة ومشقة في العملية العلاجية . ولتحقيق تقدم ، فإن المعالج يحتاج لدفع المرضى ليسلكوا على النقيض من أنماطهم السلوكية غير السوية ، التي مارسوها على مدى أعوام . ويعنى هذا بالنسبة لميشيل تعبيرها عن احتياجاتها لزوجها ، وألا تشعر بالعجز عن القيام بذلك ، أو الشعور بأنها ستعرض للهجر نتيجة لذلك . ويوضع مخطط الخضوع لديها في الاعتبار ، طلب منها المعالج أن تضع لنفسها أجندة :

م : هل هناك شىء ترغبين القيام به مع جيم ، ولكنك تتجنبينه أو أنك خائفة من الاستمرار فيه ؟

ش : أنا واثقة أن هناك الكثير من الأشياء ، ولكن ما أرغب فيه حقيقة هو أن نمارس الجنس معاً بتكرار أكبر . ولكننى مذعورة من طلب ذلك منه ، أنا أخشى الاقتراب منه .

م : هل يمكنك التفكير في طريقة يمكنك بها التعبير عن ذلك له ، وبالتالي يكون هناك احتمال أكبر أن تحصلى منه على استجابة إيجابية أو محايدة على الأقل ، وبالتالي لا تقعى فى المخططات التى كنت تعيشين فيها من قبل ؟

ش : نعم أستطيع أن أقرب منه وأقبله ، ولا أطلب منه ؛ لذا على أن أحاول تقبيله والتأثير عليه والقيام بإغرائه ، كما تعرف .

م : حسناً ، إذا ما شعورك حول أن يكون ذلك واجبك المنزلى ، التأثير عليه ، أن تكونى المبادرة فى ممارسة الجنس ؟

ش : رائع ، أظن أن هذا أحسن واجب منزلى كلفتنى به .

بعد متابعة واجب المريضة المنزلى وذكرت أنها نجحت فيه ، شجعت بعد ذلك من خلال بعض بطاقات الاسترجاع وأساليب أخرى على الحديث مباشرة مع زوجها ، لا عن احتياجاتها الجنسية فقط ، ولكن أيضاً عن رغبتها فى إنجاب طفل وتكوين أسرة . وبسرعة حققت تحسناً مرضياً وشعرت بقدر كاف من الثقة لكى تتوقف عن العلاج . وقد انتهت ميشيل حالياً علاجها منذ أكثر من ثلاث سنوات . وعرفنا من خلال مريضة حولتها لنا أنها أنجبت طفلاً ، وأن حياتها الزوجية تبدو أكثر سعادة ، وأنها لم تتعرض لأية انتكاسات اكتئابية .

خلاصة :

هناك العديد من الأدلة على أن العلاج المعرفى علاج فعال ، يستغرق وقتاً قصيراً بالنسبة للمرضى الخارجيين الراشدين ممن يعانون من الاكتئاب ثنائى القطب ، والعلاج المعرفى يعلم المرضى كيف يظهرون أفكارهم الآلية ومخططات سوء توافقهم المبكر . وعندئذ توضع هذه المعارف (موضع الاختبار) من خلال فحص الدلائل ، وتصميم مواقف تجريبية حية ، وموازنة المزايا مقابل العيوب ، والقيام بمهام متدرجة ، واستخدام استراتيجيات تدخل أخرى . ومن خلال هذه الإجراءات ، يبدأ المرضى فى النظر إلى أنفسهم وإلى مشكلاتهم بواقعية أكبر ، ويشعرون بالتحسن ، ويغيرون أنماط سلوكهم غير التوافقية ، ويقومون بخطوات لحل صعوبات الحياة الفعلية . وتأتى هذه التغيرات بوصفها نتائج مباشرة لتكليفات بواجبات منزلية جيدة التخطيط ومعاونة للذات .

ويواصل المعالج المعرفى على امتداد العلاج تحالفه المشترك مع المريض ، ويكونان نشطين فى تشكيلهما للجلسة العلاجية على امتدادها ، لمساعدة المريض

على الوصول إلى استخلاصاته الخاصة . ويعمل المعالج بوصفه مرشداً ، يساعد المريض على الحركة خلال الدهاليز المعرفية غير السوية ، بما في ذلك مخططات عدم التوافق المبكر ، والتي تحتاج لإعادة التقييم .

ملحوظات

(١) اعتمد التشخيص في هذا الفصل أساساً على النظام النهائي ، الذي أوصت به مجموعة العمل ولجنة المهام للدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (American Psychiatric Association DSM-IV (APA)) . وعلى الرغم من ذلك ، فإن التشخيص الخاص بالمرضى في الحالات المعروضة ، اعتمد على الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والاحصائي الثالث المعدل (APA, 1987) ، وهو النظام الذي كان سائداً عند إجراء التشخيص .

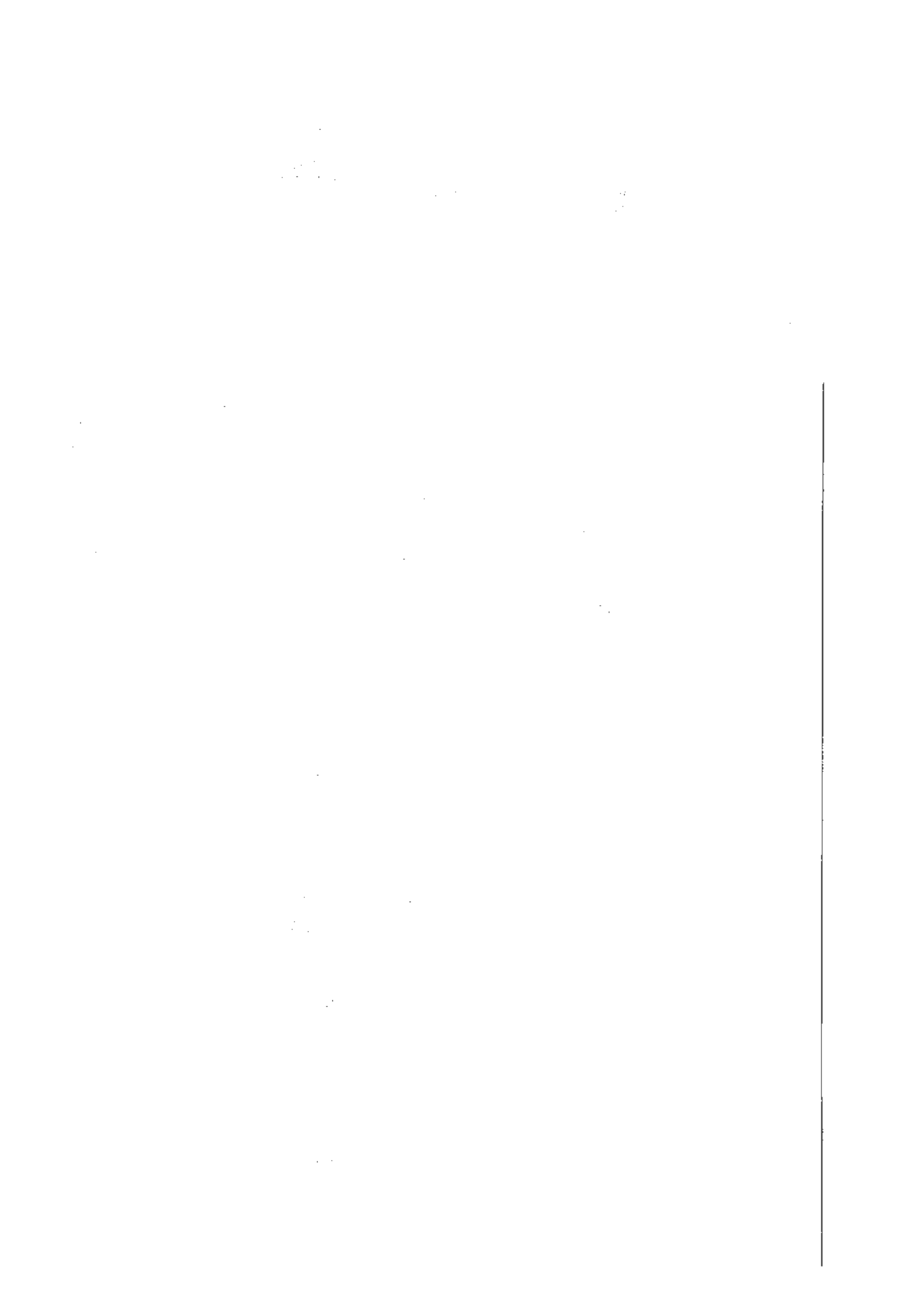
(٢) في الوقت الذي كانت تعالج فيه إيرين ، لم تكن مرحلة العلاج بالتركيز على المخططات قد تطورت تماماً . وقد انتهت فترة علاجها بمجرد شفاء الأعراض ، كما يحدث بالنسبة لكثير من المرضى . ولهذا استخدمنا حالة مختلفة ، هي حالة ميشيل لعرض المرحلة الثانية .

REFERENCES

- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnontic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1993). *DSM-IV draft criteria as of 3 / 1 / 93*. Washington, DC: Author.
- Barber, J. P., & DeRubcis, R. J. (1989). On second thought: Where the action is in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 13* (5), 441 - 457.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1988). *Love is never enough*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of of depression*. New York: Guilford Press.
- Bergin, A. E., & Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed.) (pp. 139 - 190). New York: Wiley.
- Beutler, L. E., Scogin, F., Kirkish, P., Schretlen, D., Corbishley, A., Hamblin, D., Meredith, K., Potter, R., Bamford, C. R., & Levenson, A. I. (1987). Group cognitive therapy and Alprazolam in the treatment of depression in older adults. *Journal Consulting and Clinical Psychology, 55* (4), 550 - 556 .
- Blackburn, I., & Bishop, S. (1979, July). *A comarison of cognitive therapy, pharmacotherapy, and their combination in depressed outpatients*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Oxford, England.
- Blackburn, I., & Bishop, S. (1980, July). *Pharmacotherapy and cognitive therapy in the teratment of depression: Competitors or allies?* Paper presented at First World Congress on Behavior Therapy, Jerusalem, Israel.
- Bricker, D., Young, J. E., & Flanagan, C. (1993). Schema-focused cognitive therapy : A comprehensive framework for characterological problems. In K. T. Kuchlwein & H. Rosen (Eds.), *cognitive therapies in action: Evolving innovative practice* (pp. 88 - 125). San Francisco: Jossey-Bass.
- DeRubeis, R. J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 14* (5), 469 - 482 .
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D.,

- Grove, W. M., Evans, M. D., Garvey, M. J., & Tuason, V. B. (1990). How does cognitive therapy work? Cognitive change and symptom change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58* (6), 862 - 869 .
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57* (3), 414 - 419 .
- Gallagher- Thompson, D., Hanley-Pererson, P., & Thompson, L. W. (1990). Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58* (3), 371 - 374 .
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1978). Psychotherapy and drug therapy: Comparison and combinations. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed.) (pp. 437 - 490). New York: Wiley.
- Hollon, S. D., Shelton, R. C., & Loosen, P. T. (1991). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59* (1), 88 - 99 .
- Ingram, R. E., & Holle, C. (1992). Cognitive science of depression. In D. J. Stein & J. E. Young (Eds.), *Cognitive science and clinical disorders* (pp. 187 - 209). San Diego: Academic Press .
- Jarrett, R. B., & Nelson, R. O. (1987). Mechanisms of change in cognitive therapy of depression. *Behavior Therapy, 18*, 227-241 .
- Lazarus, A. A., & Lazarus, C. N. (1991). *Multimodal Life History Inventory* (2nd ed.). Champaign, IL: Research Press.
- McDermott, S. P., & Wright, F. D. (1992). Cognitive therapy: Long-term outlook for a short-term psychotherapy. In J. S. Rutan (Ed.), *Psychotherapy for the 1990s* (pp. 61-99). New York: Guilford Press.
- McLean, P. D., & Haksian, A. R. (1979). Clinical depression: Comparative efficacy of outpatient treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47* , 818 - 836 .
- O'Leary, K. D., & Beach, S. R. H. (1990). Marital therapy: A viable treatment for depression and marital discord. *American Journal of psychiatry, 147* (2), 183 - 186 .
- Persons, J. B., Burns, D. D., & Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research, 12* (6), 557 - 575.
- Rehm, L. P. (1990). Cognitive and behavioral theories. In Wolman, B. B., & Stricker, G. (Eds.), *Depressive disorders: Facts, theories, and treatment*

- methods* (pp. 64 - 91). New York: Wiley.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and imipramine in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research, 1*, 17 - 37.
- Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Beckham, E., Collins, J. F., Elkin, I., Sotsky, S. M., & Docherty, J. P. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *American Journal of psychiatry, 147* (6), 711 - 718.
- Stein, D. J., & Young, J. E. (1992). Schema approach to personality disorders. In D. J. Stein & J. E. Young (Eds.), *Cognitive science and clinical disorders* (pp. 271 - 288). San Diego: Academic Press.
- Sullivan, M. J. L., & Conway, M. (1991). Dysphoria and valence of attributions for others' behavior. *Cognitive Therapy and Research, 15*(4), 273 - 282.
- Truax, C. B., & Mitchell, K. M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 299 - 344). New York: Wiley.
- Weissman, A., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale*. Paper presented at the annual meeting of the American Association of Behavior Therapists, Chicago. (Available from Center for Cognitive Therapy, Room 602, 133 South 36th St., Philadelphia, PA 19104).
- Whisman, M. A., Miller, I. W., Norman, W. H., & Keitner, G. I. (1991). Cognitive therapy with depressed inpatients: Specific effects on dysfunctional cognitions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59* (2), 282 - 288.
- Wierzbicki, M., & Bartlett, T. S. (1987). The efficacy of group and individual cognitive therapy for mild depression. *Cognitive Therapy and Research, 11* (3), 337 - 342.
- Young, J. E. (1992). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy* (pp. 388 - 389). New York: Wiley.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (1993). *Reinventing your life: How to break free of negative life patterns*. New York: Dutton.



الفصل السابع

اضطرابات الأكل

كاتلين م . بايك

Kathleen M. Pike

جامعة كولومبيا

ثيرينس ويلسون

G . Terence Wilson

جامعة رونجرز

ترجمة

دكتورة حصه عبدالرحمن الناصر

قسم علم النفس جامعة الكويت

يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية والعقلية (DSM IV; APA) بشكل أكثر وضوحاً فقدان الشهية العصبي⁽¹⁾ والشهه العصبي⁽²⁾ ويفصل فيه ، ويصف للمرة الأولى اضطراباً جديداً للأكل تحت اصطلاح اضطراب حفلات اغتراف الطعام⁽³⁾ . وقام بتأليف هذا الفصل مؤلفان ضالغان فى ابتكار فئات تصنيف اضطرابات الأكل المذكورة بالدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية والعقلية ، من بين من أسسوا أكثر أساليب العلاج نجاحاً التي تم وصفها لهذه الاضطرابات ، وهما يصفان طريقتهما فى العلاج المتميز للشهه العصبي . وعلى الرغم من التركيز على الشهه العصبي ، وهو الاضطراب المعروف بقدر أكبر ، فقد أشار المؤلفان إلى أن البرنامج العلاجي له عديد من التطبيقات على فقدان الشهية العصبي ، واضطراب حفلات اغتراف الطعام ، وهو الأمر الذى يعد انطلاقة مفاجأة بالنسبة لبعض القراء . وقد ذكر المؤلفان أن المشكلة الرئيسية التي تتطلب التدخل ليست بالضرورة هي اضطراب حفلات اغتراف الطعام أو التخلص منه ، ولكنها الاتجاهات والمعتقدات الثقافية غير الطبيعية بخصوص الشكل والوزن . ويتضمن هذا الفصل أكثر الأمثلة المفصلة للعلاج المعرفي

(1) Anorexia nervosa

(2) Bulimia nervosa

(3) Binge eating disorder

المطبق على اضطرابات الأكل ، والتي لم يتم التعامل معها بعد .
ويفترض أن يكون مفيداً للغاية للاختصاصيين الإكلينكيين الذين
يتعاملون مع هذه المشاكل .

د . ه . ب

مقدمة

التصنيف والتشخيص

يعد فقدان الشهية العصبي والشراهة العصبي أكثر اضطرابين للأكل مقررين جيداً . وهناك ثلاث خصائص تحدد فقدان الشهية العصبي ، الأولى : هي وجود انخفاض غير طبيعي في الوزن بنسبة ١٥ ٪ عن المتوقع . الثانية : تخص النساء اللاتي يظهر لديهن هذا النوع من الاضطراب بشكل كبير ، وتتمثل في غياب ثلاث دورات شهرية متتالية . والثالثة : هي حدوث اضطراب في الخبرة الخاصة بوزن أو شكل الجسم ، مثل : نكران خطورة انخفاض الوزن بصورة غير سوية ، أو التأثير غير المبرر لوزن وشكل الجسم على التقويم الذاتي (Da Costa & Halmi, 1992) . وهناك نمطان من فقدان الشهية العصبي يميز بينهما الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية والعقلية ، هما :

(١) الممتنعين^(١) ، أو الأفراد الذين إما ينخرطون في حفلات الأكل أو يتقيئون .

(٢) وأولئك الذين ينخرطون سواء في الإفراط في الأكل والشرب أو التقيؤ (APA, 1993) .

ويبلغ معدل الانتشار عند النساء ٥,٥ ٪ إلى ١ ٪ تقريباً .

وينسب الشراهة العصبي بثلاث خصائص إكلينيكية رئيسية ، هي :

- (١) الإفراط في الأكل والشرب (أى ، الأكل بشكل كبير ودون تحكم) .
- (٢) الرجوع المنتظم لطرق مصممة للتأثير على الوزن والشكل ، مثل القيء (التقيؤ عن عمد أو سوء استعمال المليينات) ، أو الصوم عن الأكل أو الممارسة المتطرفة للرياضة .

(٣) التقويم الذاتي ، والذي يتأثر بشكل غير مبرر بشكل ، ووزن الجسم .
وتختلف المعايير التشخيصية للشراهة العصبي في الدليل التشخيصي

(1)Restrictors

والاحصائي الرابع للأمراض النفسية والعقلية بعض الشيء ، عن تلك المذكورة في الطبعة الثالثة المنقحة من الدليل (APA, 1993) وهي مدرجة في جدول (٧-١) . وعلى النقيض مما ذكر في الطبعة الثالثة ، فإن تشخيص الشره العصبي استبعد المرضى ، الذين تنطبق عليهم حالياً أعراض فقدان الشهية العصبي ، والذين يستوفون الآن معايير الشره العصبي ومعظم مرضى فقدان الشهية العصبي يقعون في إطار الحدود السوية للوزن . والسبب المهم لاعطاء الأولوية في التشخيص لفقدان الشهية العصبي على الشره العصبي ، يرجع إلى أهمية الأول مقارنة بالثاني . وهناك حاجة ملحة لاكتساب مزيد من الوزن عند هؤلاء المرضى ؛ لأن الانخفاض الخطير في وزنهم ، يمكن أن يكون مصدراً مهدداً لحياتهم . إضافة إلى ذلك ، أظهرت التجارب الطبية أن المرضى الذين يشكون من فقدان الشهية العصبي ، يسببون كثيراً من المشاكل للإدارة الطبية ؛ لأنهم يقاومون بقوة المحاولات التي تبذل لتغيير الوزن وسلوك الأكل لديهم . وعادة تكون قابليتهم للعلاج ضعيفة للغاية مقارنة بمرضى الشره العصبي . ويبلغ معدل انتشار الشره العصبي بين النساء الشابات ١٪ إلى ٣٪ تقريباً ، ولكنه نادراً ما يظهر عند الرجال (Fairburn & Beglin, 1990; Hsu, 1990) . وغالباً ما يظهر هذا النوع من اضطراب الأكل مع أشكال أخرى من الأمراض العقلية (مثل : الاكتئاب الرئيسي ، واضطرابات القلق ، وسوء استخدام الأدوية) عند المرضى أنفسهم وعند أفراد عائلاتهم (Kassat et al., 1989; Laessal et al., 1989; Schwalberg, Barlow, Alger, & Howard, 1992; Wilson 1993) .

ويتضمن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية والعقلية فئة ثالثة من اضطرابات الأكل ، وهي «اضطرابات الأكل غير المحددة» . ويتضمن هذا الصنف غير المحدد الأفراد الذين يشكون من اضطرابات في الأكل ، تتميز بالشدّة الإكلينيكية ولكن لا تنطبق عليهم معايير التشخيص الخاصة بكل من فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي . فعلى سبيل المثال ، هناك أفراد يشكون من جميع خصائص الشره العصبي ولكن تكرر حفلات اغتراف الطعام قليل جداً لدرجة أن لا تنطبق عليهم المعايير التشخيصية . وعلى الرغم من أنه نادراً ما يكون هؤلاء المرضى محط تركيز البحث العلمي ، إلا أن هذه الفئة من المرضى معروفون للمعالجين الإكلينكيين ، الذين يعالجون جميع حالات اضطرابات الأكل . ومثال على فئة «اضطرابات الأكل غير المحددة» والتي اجتذبت كثيراً من الاهتمام

(1) Eating disorders not otherwise specified (EDNOS)

حالياً معرّف بالدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية والعقلية ، على أنه «اضطراب حفلات اغتراف الطعام» . ودائماً ما يفرط المرضى بهذا النوع من التشخيص في الأكل والشرب ، ولكنهم لا يظهرون السلوك التعويضي الحاد مثل التقيؤ . والذي يؤثر على وزن / أو شكل الجسم ، ولا يظهر لديهم الخلل في الاتجاهات المطلوبة لتشخيص الشره العصبي (Spitzer et al., 1992) .

ويركز الفصل الحالي على العلاج المعرفي السلوكي^(١) لمرضى الشره العصبي ، وهو أكثر الاضطرابات التي تم إجراء البحوث فيها . ولكن استراتيجيات العلاج الموصوفة هنا لها علاقة أيضاً بالاضطرابات الأخرى . ويمكن علاج مرضى فقدان الشهية العصبي خاصة هؤلاء الذين يتقيئون أو ينخرطون في حفلات اغتراف الطعام ، باستخدام العلاج المعرفي السلوكي ، على الرغم من قلة التراث الطبي حول هذه التطبيقات (Garner & Bemis, 1985 Garner, 1993) . كما يخضع المرضى البدينون الذين يشكون من حفلات اغتراف الطعام للعلاج بأسلوب منقح من العلاج المعرفي السلوكي (Marcos, 1993; Telch, 1993; Wilfley & Kenardy, 1990; Wilfley et al., 1993) أنظر Brownell, O'Neil الفصل الثامن من الكتاب) .

جدول (١-٧)

معايير التشخيص المقترحة والمذكورة لشره العصبي بالدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية والعقلية .

الشره العصبي

أ - نوبات تظهر بين الحين والآخر من الإفراط في الأكل والشرب (حفلات اغتراف الطعام) ، وتتصف بكل من التالي :

١ - الأكل في فترات غير مترابطة من الوقت (مثال ، خلال أي ساعتين من الوقت) ، وتناول كمية من الأكل ، من المؤكد أنها أكبر من أي كمية يتناولها معظم الأشخاص إذا استغرقوا الوقت نفسه وفي ظل الظروف نفسها .

٢ - الشعور بفقدان السيطرة على التحكم بالأكل خلال نوبة الأكل (مثال ، الشعور بأن الفرد لا يستطيع التوقف عن الأكل ولا يستطيع

(1) Cognitive-behavior

أن يتحكم بما يأكله أو كمية ما يأكله) .

ب - ظهور سلوك تعويضي غير مناسب بفرض منع زيادة الوزن ، مثل : التقيؤ المتعمد ، سوء استعمال المليينات ، واستعمال الأدوية المدرة للبول وغيرها من الأدوية ، والصوم ، أو الإكثار من مزاوله التمارين الرياضية .

ج - تظهر كلاً من حفلات اغتراف الطعام والسلوك التعويضي غير المناسب بمتوسط ، يبلغ مرتين في الأسبوع على الأقل ولمدة ثلاثة أشهر .

د - التقييم الذاتى يتأثر بشكل غير مبرر بشكل ووزن الجسم .

هـ - لا يظهر الاضطراب بشكل خاص خلال نوبات فقدان الشهية العصبى .

تحديد النمط :

نمط القيء : يزاول الفرد وبشكل منتظم التقيؤ المتعمد ، أو سوء استعمال المليينات أو الأدوية المدرة للبول .

نمط دون قيء : يزاول الشخص أنواعاً أخرى من السلوكيات التعويضية مثل الصيام أو الإكثار من ممارسة التمارين الرياضية ، ولكنه لا يزاول التقيؤ المتعمد أو يسئ استعمال المليينات أو الأدوية المدرة للبول .

(المصدر : APA, 1993)

مراجعة أساليب العلاج

تم استعمال عديد من أساليب العلاج النفسى لعلاج مرضى حفلات اغتراف الطعام والشهه العصبى بما فيها العلاج المعرفى السلوكى والعلاج السلوكى والعلاج النفسى الدينامى^(١) والعلاج الأسرى^(٢) والعلاج التجريبي^(٣) ، ومبدأ الـ ١٢ خطوة المبني على نموذج الإدمان للاضطراب (Fairburn & Wilson, 1993; Garner & Garfinkle, 1985) بالإضافة إلى ذلك ، تم استعمال عديد من الأساليب الدوائية للعلاج بما فيها مضادات الاكتئاب ومضادات التشنجات والأدوية المهدئة (Mitchel & de Zwaan, 1993)

(1) Psychodynamic therapy.

(2) Family therapy.

(3) Experiential therapy.

العلاج الدوائى

يعد العلاج بأدوية مضادات الاكتئاب من ناحية والعلاج المعرفى السلوكى من ناحية أخرى من أكثر أنواع العلاج التى تم دراستها وتوثيقها فى التراث . فقد أظهر عديد من الدراسات أن الأصناف المختلفة من أدوية مضادات الاكتئاب بما فيها ثلاثية المراحل⁽¹⁾ (مثال : إيميبرامين وديسيبرامين) ، ومثبطات الأمين الأحادى المؤكسد (مثال : فينيلزين) وموانع الامتصاص للسيروتونين (مثال : فلوكسيتين) ، تعتبر أكثر فاعلية من حبة الدواء الوهمى (البلاسيبو) فى التقليل من حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ عند انتهاء العلاج . على سبيل المثال ، أشار كل من كريفهيد وأجراس (1991) "Craighead & Agras" إلى انخفاض فى معدل التقيؤ بنسبة ٨٢% (يتراوح المعدل من ٦٤% إلى ٩٠%) ، مع وجود معدل للانتكاس بنسبة ٤٥% عند مراجعتهم لثمانى دراسات سابقة . ومع ذلك يجب توخى الحذر فى تفسير الدرجات ، التى تم الحصول عليها من خلال المعالجة الإحصائية ؛ لأن الدراسات المشار إليها اختلفت بشكل كبير فى جودة المنهج المتبع فى كل منها ، وأيضاً لم تتضمن هذه المراجعة النتائج المستخرجة من أكبر الدراسات التى أجريت ، واستخدم فيها دواء مضاد للاكتئاب ثلاثى المراحل (ديسيبرامين) ، (Walsh, Hadigan, Devlin, Gladis & Roose, 1991) . فى هذه الدراسة المضبوطة التى أتبعته منهج العلاج الوهمى (ن = ٨٠) ، بلغ معدل الانخفاض فى حفلات اغتراف الطعام ٤٧% ، فى حين بلغت نسبة الأنتكاس ١٢,٥% فقط . وكانت النتائج مع الفلوكسيتين متشابهة ، بمعدل منخفض للتكرار فى حفلات اغتراف الطعام ؛ ليصل إلى ٦٥% فى حين بلغت نسبة الأنتكاس ٢٧% (Walsh, 1991) .

وعلى الرغم مما سبق ، فقد تجاهلت الدراسات وبشكل كبير الآثار الناجمة عن مواصلة العلاج بالأدوية ، والبيانات المتوفرة غير مشجعة ؛ حيث إن معظم المرضى تظهر لديهم الأعراض مرة أخرى ، وبشكل سريع عند التوقف عن تعاطى مضادات الاكتئاب ، وحتى الذين يستمرون فى تعاطى الأدوية خلال مراحل ما بعد العلاج إما ينتكسون أو يتوقفون عن تعاطى الأدوية (Pyle et al., 1990; Wlsh et al., 1991) . ومن الواضح أن غياب الدليل حول الآثار بعيدة

(1) Tricyclics

المدى ، مع الوضع بعين الاعتبار المعدل العالى من المنسحبين (Craighead & Agras, 1991) والتردد العام من قبل المرضى فى تقبل الأدوية كأسلوب وحيد للعلاج (Leitenberg et al., 1992) ، من شأنه أن يقلل من تأثير وأهمية العلاج النفسى لهذا النوع من الاضطراب .

العلاج المعرفى السلوكى

تظهر أفضل الدراسات المضبوطة للعلاج المعرفى نسبة معتدلة من انخفاض معدلات حفلات اغتراف الطعام ، تتراوح من ٩٣ ٪ إلى ٧٣ ٪ ، والأرقام المقابلة لها للتقيؤ تتراوح من ٩٤ ٪ إلى ٧٧ ٪ . وتتراوح معدلات الأنتكاس لحفلات اغتراف الطعام بين ٥١ ٪ إلى ٧١ ٪ ، وللتقيؤ من ٣٦ ٪ إلى ٥٦ ٪ (Agras, Schneider, Amow, Raeburn, & Telch, 1989; Agras et al., 1992; Fairburn et al., 1991; Garner et al., 1991; Mitchell, Pyle, Eckert, Hatsukami, Pomeroy, & Zimmerman, 1990) . فضلاً عن معدلات الانخفاض الدالة طبياً الخاصة بحفلات اغتراف الطعام والتقيؤ ، فقد أظهرت الدراسات - وبشكل متكرر - انخفاض فى قيود الحمية الغذائية^(١) ، بدأ بالانخفاض (Fairburn et al., 1991; Garner et al., 1993; Wilson, Eldredge, Smith & Niles, 1991, Rossiter, Agras, Losch & Telch) مع وجود زيادة فى كميات الأكل المستهلك بين نوبات الشره (Rossiter, Agras, Losch & Telch, 1988) . كما تحسنت أيضاً الاتجاهات المتعلقة بالوزن والشكل ، والتي تعتبر من الخصائص الرئيسية لهذا الاضطراب النفسى من وجهة النظر المعرفية . (Fairburn et al., 1991; Garner et al., 1993; Wilson et al., 1990)

وبوجه عام ، فقد أظهرت الدراسات الخاصة بالعلاج المعرفى السلوكى درجة مقبولة من استمرارية التغيير فى سلوك المرضى ، أثناء متابعتهم ، لفترات تتراوح من ٦ شهور إلى سنة . وتعتبر أكثر النتائج إثارة تلك المستخلصة من تقييم المتابعات ، التي أجريت بواسطة «فيربورن» وزملائه فى أكسفورد (Fairburn, Jones, Peveler, Hope & O'Connor, 1993) ؛ فقد وصل معدل الانخفاض فى حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ إلى أكثر من ٩٥ ٪ خلال سنة واحدة ، وتوقف

(1) Dietary restraint

٣٦٪ من المرضى عن الانخراط في حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ .

هناك أيضا دلائل حاسمة تشير إلى وجود تأثير كبير للعلاج السلوكي المعرفي على الأمراض النفسية المرتبطة ؛ حيث كشفت معظم الدراسات عن تحسن كبير في الاكتئاب وتقدير الذات والوظائف الاجتماعية ومقاييس اضطرابات الشخصية (e.g. Fairburn, Kirk, O'Connor, & Cooper, 1986; Fairburn, Peveler, Jones, Hope, & Doll, in Press; Garner et al., 1993).

وقد أظهرت دراسات الشره العصبي أن العلاج المعرفي السلوكي متفوق وباستمرار في المجموعات التجريبية مقارنة بالمجموعات الضابطة، (Fairburn, Agras, & Wilson, 1992) ، فقد ثبت أنه أكثر فاعلية من العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب والتدخلات النفسية البديلة (Fairburn et al., 1992; Wilson, 1993a) . ويتضمن الأخير العلاج النفسي التدعيمي^(١) (Kirkley, Schneider, 1993) ، وعلاجاً نفسياً تدعيمياً ومعبراً^(٢) (Garner et al., 1993) . وعلى الرغم من أنه متفوق على العلاج النفسي التفاعلي^(٣) على المدى القصير (Fairburn et al., 1991) ، إلا أن العلاج المعرفي السلوكي والتفاعلي النفسي الشخصي على القدر نفسه من الكفاءة على المدى البعيد (Fairburn & Jones et al., 1993) . ويبدو أن استعمال كل من العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب مع العلاج السلوكي المعرفي أكثر فعالية من استخدام العلاج السلوكي المعرفي وحده على معظم المقاييس (Agras et al., 1992; Leitenberg et al., 1992; Mitchell et al., 1990)

ولازال الغموض يكتنف الطريقة التي يعمل بها العلاج المعرفي السلوكي ، فهو منحى من العلاج المتعدد الأوجه يضم كلاً من الإجراءات المعرفية والسلوكية والمصممة حسب الاحتياجات الفردية للمريض . وبالتالي فإنه من الممكن أن يساعد مختلف المرضى من خلال ميكانزمات مختلفة ، وسيتم مناقشة هذه الميكانزمات المحتملة للفعل في موقع آخر (Wilson & Fairburn, 1993) . ويبدو

(1) Supportive psychotherapy

(2) Supportive-expressive psychotherapy

(3) Interpersonal psychotherapy

أن للعلاج المعرفى السلوكى تأثيرات علاجية محددة ، أكثر من كونه يعمل على ما يطلق عليه التأثيرات غير المحددة الدارجة فى العلاجات النفسية المعتمدة . ويعزى ذلك إلى أن : (١) العلاج المعرفى السلوكى أظهر أنه أكثر فاعلية من أنواع العلاجات البديلة الأخرى ، والتي قد يكون لها تأثيرات مشابهة غير محددة . (٢) يظهر تأثير العلاج المعرفى السلوكى على مدى زمنى مختلف عن المدى الزمنى للعلاجات البديلة . على سبيل المثال ، وفى الدراسة المقارنة التى أجراها «فيربورن» وزملاؤه (Fairburn et al., 1991) أظهر العلاج السلوكى المعرفى تغيرات كبيرة مقارنة بالعلاج النفسى التفاعلى ، خلال فترة ما بعد العلاج على معظم المقاييس ، على الرغم من أن العلاج النفسى التفاعلى بطبيعة الحال تسبب فى إحداث تأثيرات مماثلة على مدى سنة من المتابعة . ويتسق هذا النمط المميز للنتائج مع ما أشار إليه العلماء من وجود تمييز بين السببية النوعية (١) ، والعواقب غير المحددة بواسطتها (Hollon, DeRubies, & Evans, 1987) ؛ بمعنى آخر ، مختلف أنواع العلاج تحكمها ميكانيزمات مستقلة حتى لو أسفرت عن النتائج النهائية نفسها .

نموذج معرفى سلوكى

إن دراسة أسباب نشوء الشره العصبى واضطرابات الأكل الأخرى مازال مبهماً . ولكن هناك اتفاقاً على بعض الأسباب المهمة المسؤولة عن تطور واستمرار الشره العصبى . ولعل أكثر الخصائص المثيرة لكل من الشره العصبى وفقدان الشهية العصبى ظهوره وبشكل خاص عند النساء ، إضافة إلى ذلك فإن الشره العصبى كان غير معروف بشكل كبير قبل فترة السبعينات ؛ مما يشير إلى الدور القوى الذى لعبه السياق الثقافى الحالى فى نشأته .

السياق النفسى الاجتماعى

تعرف البيئة الثقافية الحالية الشكل المثالى لجسم الأنثى على أنه نحيف ومرن . وتمر النساء بالكثير من حالات الضغط النفسى ، للوصول إلى هذا المستوى الجسمى المثالى (Striegel-Moore, Silberstein, Rodin, 1986) . ونتيجة لذلك تمارس معظم النساء فى الولايات المتحدة الأمريكية نظام حمية للتأثير على وزن وشكل أجسامهن . وليس من المصادفة أن الشره العصبى يعتبر من الأشياء الشائعة ضمن هذه الفئة من المجتمع ؛ خاصة لدى النساء البيض من

(1) Causal specificity

الطبقات الاجتماعية الاقتصادية الوسطى والوسطى العليا ، واللاتي يمارسن الحمية لمسايرة التوقعات الثقافية . وهناك ارتباط عام بين الضغط الثقافي لتكون النساء نحيفات ، وظهور اضطرابات الأكل لديهن في مختلف الجماعات العرقية (Hsu, 1990) .

نظام الحمية

تشير الخبرات الإكلينيكية والبيانات الوبائية - بقوة - إلى أن الحمية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً ببدء الشره العصبي (Hsu, 1990; Polivy & Herman, 1993) ، فالغالبية العظمى من مرضى الشره العصبي يقرون بحدوث حفلات اغتراف الطعام بعد اتباع نظام قاس من الحمية . وهناك دراسة مقنعة أكثر ، أجريت على طالبات المرحلة الثانوية في لندن يبلغ عددهن ١٠١٠ طالبات ، حيث أظهرت النتائج أن الطالبات اللاتي يزاولن نظام الحمية أكثر عرضة لظهور اضطرابات الأكل لديهن مقارنة باللاتي لا يزاولن نظام الحمية ، وذلك بعد مرور سنة على إجراء الدراسة (Patton, Sabine-Jhonson, Wood, Man, & Wakeling, 1990) وعلى الرغم من أنه لم يتم تحديد العلاقة بين نظام الحمية وظهور الشره العصبي ، إلا أنه يمكن أن يكون لنظام الحمية عديد من المترتبات البيولوجية والمعرفية والوجدانية ، والتي ينتج عنها حفلات اغتراف للطعام (لمزيد من المعلومات أنظر، Polivy & Herman, 1990; Booth, Lewis, Blair, 1990; Wilson, 1993b) . ويتبع ظهور حفلات اغتراف الطعام مباشرة نزعة شديدة من سلوكيات التحكم بالوزن مثل التقيؤ ؛ لتعويض ما يدركه الفرد على أنه إفراط في الأكل .

وقد تم تصميم العلاج المعرفي السلوكي لتعديل هذه الاتجاهات المتطرفة عن وزن وشكل الجسم ونظام الحمية غير الصحي . ويصف «فيربورن» (Fairburn (1985) ما يطلق عليه النموذج المعرفي من الشره العصبي كالتالي :

نظام قاس من الحمية ، والتقيؤ ، وإفراط في استعمال المليينات ، واستحواذ الدهون بالأكل والطعام ، وحساسية للتغيير في الوزن والشكل ، والوزن المتكرر أو تجنب تام للوزن تفهم جميعها ، حالما يتم معرفة أن هؤلاء المرضى يعتقدون أن وزنهم وشكلهم لهما أهمية قصوى ، وأن كليهما يجب التحكم به بشدة . وحتى حفلات

اغتراف الطعام يمكن فهمها بالمنطق المعرفي باعتبارها تمثل استجابة ثانوية للانصياع لنظام قاس من الحمية . وبالتالي تظهر هذه المعتقدات والقيم ، بدلاً من كونها وبساطة من أعراض الشره العصبي ، على أنها أساسية الأهمية لاستمرار الحالة (ص ١٦٠ - ١٩١) .

وبناءً على هذا النموذج ، فإن تعديل الاتجاهات غير السوية عن الأهمية الشخصية لوزن وشكل الجسم ، وتبديل نظام الحمية غير الفاعل بأنماط طبيعية أكثر للأكل هو ما يجب أن يكون عليه التركيز الأساسي للعلاج ، وهذا بالفعل ما سنقوم بتوضيحه في بقية هذا الفصل .

دراسة أسباب الشره العصبي

على الرغم من الأدلة المتعددة التي تشير إلى علاقة الحمية بظهور ، واستمرار حفلات اغتراف الطعام فقد لا تكون هي بالضرورة سبباً للحالة (Blundell, 1990) أو سبباً كافياً (Wilson, 1993b) . من جهة أخرى ، قد تظهر حفلات اغتراف الطعام في غياب الحمية ، على الرغم من أنه من النادر تقريباً أن يكون الإكلينيكيون على علم بحالات من الشره العصبي ، لمن لم يسبق نظام الحمية عندهم ظهور حفلات اغتراف الطعام (Striegel-Moore, 1993) ، وهذا النمط دارج بشكل كبير عند البدينين المفرطين في حفلات اغتراف الطعام (Marcus, 1993; Wilson, Nonas, & Rosenblum, 1993) . ومن جهة أخرى ، فإن نظام الحمية وحده لا يسبب الشره العصبي . فبينما تمارس معظم النساء في الولايات المتحدة الأمريكية نظام الحمية ، فإن الأقلية منهن يظهر لديهن اضطراب في الأكل . وهناك عامل آخر أو مجموعة من العوامل يجب أن تتفاعل مع ميكانزمات الحمية لتسبب اضطراب الأكل ، حيث تتراوح الاحتمالات ما بين الاستعدادات الوراثية (kindlar et al., 1991) إلى الشخصية والأمراض النفسية الفردية (Hsu, 1990) والتأثيرات العائلية (Attie & Brooks-Gunn, 1989; Humphrey, 1987, 1988; Pike & Rodin, 1991) .

ويبدو أن إدراك دور العوامل الأخرى - خلاف نظام الحمية - لمعرفة أسباب ظهور واستمرارية الشره العصبي كان واضحاً في برامج العلاج المعرفي السلوكي ، التي أخذت من النموذج المعرفي للعالم فيربرون، (١٩٨٥) . وقد كان التركيز على تعديل الاتجاهات غير السوية والتحكم بالحمية متضمن في عمل

العلاج المعرفى السلوكى ، والذي يتضمن من بين مواصفات أخرى مشروحة فيما يلى . التركيز على تطوير مهارات معرفية وسلوكية للتعامل مع المثيرات الداخلية والخارجية ، المؤدية لظهور حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ ، وتحسين مهارات التحكم بالنفس لتنظيم سلوك الأكل ، والتدريب على استراتيجيات منع الانتكاس . ويهدف هذا الخليط من التدخلات السلوكية والمعرفية المتنوعة تسليط الضوء على جوانب ، ذات صلة بالأمراض النفسية مثل عدم الاستقرار الوجدانى ، والذي يعتقد أنه يتفاعل مع الحمية فى التسبب باضطرابات الأكل .

سياق العلاج

الموقف

يتم تطبيق برنامج العلاج المعرفى السلوكى للشهه العصبى على مرضى العيادة الخارجية . ويبدو أن العلاج الفردى هو العلاج الشائع والممارس إكلينيكياً ، على الرغم من أن عدداً من الدراسات طبقت العلاج المعرفى السلوكى فى الموقف الجماعى . ولم يتم تقييم الكفاءة النسبية للعلاج الفردى مقارنة بالعلاج الجماعى ، ولا توجد فى الوقت الحالى أسس إمبريقية لتفضيل منحنى على الآخر . وقد تضمنت دراسات العلاج التى استخدمت العلاج المعرفى السلوكى مجموعات متجانسة تقريباً من المرضى ، الذين تنطبق عليهم محكات التشخيص الرسمية للشهه العصبى . ومازال العلاج النفسى التقليدى للمجموعات غير المتجانسة ، والتى تتضمن مرضى يشكون من مختلف اضطرابات الأكل ، مستخدماً فى العيادات الإكلينيكية . وحسب خبرتنا الإكلينيكية ، فإن الفروق الملحوظة دائماً بين مرضى الشهه العصبى ومرضى فقدان الشهية العصبى تخلق مزيداً من المشاكل فى الإدارة الإكلينيكية والتجاوب مع العلاج ، أكثر من كونها فرصاً علاجية بين هذه المجموعات المختلطة . ومن هنا يتم العلاج المعرفى السلوكى الجماعى بشكل أكثر ملاءمة وفعالية مع المرضى ، الذين تتشابه لديهم الأعراض .

وهناك أسباب قليلة تستدعى إدخال مرضى الشهه العصبى للمستشفى ، ويستثنى من ذلك إصابة المريض بالاكتئاب الشديد ، أو أن يكون هناك احتمال لقيامه بالانتحار . وثمة حالة أخرى استثنائية هي وجود مشاكل طبية مثل خلل حاد فى التحلل الكهربائى⁽¹⁾ . ويندر حدوث مثل هذه التعقيدات عند مرضى

(1) Electrolyte disturbance

الشهه العصبى ذوى الأوزان العادية ، ويمكن التعامل معها كجزء من علاج مرضى العيادة الخارجية . ومن الطبيعى أن تتضمن برامج العلاج فى المستشفيات إجراء مسح روتينى لتعرف الحالات الكهربائية غير السوية . ولكن هناك نظرة متحفظة أكثر ، ونصح بأفضلية المسح الروتيلى . والسبب الثالث لإدخال المريض للمستشفى هو فى حالة فشل العلاج المكثف ، الذى خضع له فى العيادة الخارجية . ويمكن أن يكون الوضع المنضبط للمستشفى مفيداً جداً لإحداث تعديل مباشر فى سلوك الأكل لدى المرضى .

متغيرات المرضى

معظم مرضى الشهه العصبى وفقدان الشهية العصبى من النساء كما أوضحنا فى السابق ، كما أن غالبية المرضى البدناء من جراء حفلات اغتراف الطعام هم من النساء . وعلى النقيض من الشهه العصبى وفقدان الشهية العصبى ، يوجد نسبة أعلى من الرجال (Spitzer et al., 1992) . ولا توجد معلومات كافية عن العدد القليل من المرضى الرجال الذين يشكون من الشهه العصبى ، ويبدو أن هناك معدل ظهور أكثر من المتوقع للشذوذ الجنسى بين الرجال الذين يشكون من الشهه العصبى وربما يعزى ذلك لكثير من الارتباك فى التطورات النفسية الجنسية، مقارنة بقرنائهم من النساء (Fitcher, Hoffman, 1990) . وعلى الرغم من ذلك فإن خبراتنا الإكلينيكية متسقة مع التراث القليل عن هذا الموضوع ، والذى يشير إلى أن المرضى (الرجال والنساء) الذين يشكون من الشهه العصبى ، هم أقرب إلى التشابه منهم إلى الاختلاف ، حيث تظهر لديهم الاضطرابات النفسية المصاحبة نفسها لاضطراب الأكل ، ولديهم القدر نفسه من التجاوب مع العلاج (Anderson, 1990) .

ويلجأ معظم مرضى الشهه العصبى للعلاج فى مرحلة المراهقة المتأخرة أو البلوغ المبكر (Hsu, 1990) . ويغلب على مرضى فقدان الشهية العصبى صغر سنهم ، بينما يكون مرضى حفلات اغتراف الطعام غالباً من الكبار ، فقد كان متوسط العمر بالأربعينات لمرضى حفلات اغتراف الطعام فى مختلف عينات الدراسة الميدانية التى أجراها سبيتزر (Spitzer et al., 1992) .

وتتصف الحالات الإكلينيكية لمرضى فقدان الشهية العصبى والشهه العصبى بمدى واسع من ظهور متلازم للاضطرابات النفسية ؛ إذ تنتشر

اضطرابات القلق والاكتئاب على وجه الخصوص عند المرضى المصابين بهذه الاضطرابات (Laessle et al., 1991) ، وتم ملاحظة ارتفاع معدلات سوء استعمال العقاقير النفسية واضطرابات الشخصية (Jhonson, Tobin, & Enright, 1989; Wilson, 1993b) . بالمثل ، كشفت بعض الدراسات معدلات عالية من الاكتئاب وسوء استعمال العقاقير عند الأقارب من الدرجة الأولى لأسر مرضى فقدان الشهية العصبي ومرضى الشره العصبي (Kassett et al., 1989) .

بناءً على هذه النتائج ، اقترح بعض الباحثين وجود سبب بيولوجي مشترك في كل من اضطرابات الأكل والاكتئاب . وعلى الرغم من الظهور المتلازم لكل من الاكتئاب واضطرابات الأكل معاً ، إلا أن هناك إجماعاً أن فقدان الشهية العصبي والشره العصبي لا يشكلان نوعاً من أشكال الاضطراب الاكتئابي . على سبيل المثال ، أظهرت دراسات العلاج لمرضى الشره - وبشكل متسق - أن ظهور الاضطرابات النفسية عادة ما يختفى بعد العلاج الناجح لاضطراب الأكل ؛ مما يشير إلى أنها مترتبات ثانوية لاضطراب الأكل .

نظرة أخرى شائعة تتمثل في أن اضطرابات الأكل عبارة عن تعبير ضمنى عن اضطراب الإدمان . وعلى الرغم من وجود معدلات مرتفعة من سوء استعمال العقاقير عند المرضى ، الذين يعانون من اضطرابات الأكل وعند أفراد أسرهم ، إلا أنه لا يوجد دليل مقنع لأي دلالة مهمة للظهور المتزامن بين هذه المشاكل عند عينات غير منتقاة من المجتمع ويمكن أن يكون مرضى اضطرابات الأكل الذين يسعون للعلاج هم أنفسهم من يشكون من أكثر من نوع من الاضطرابات . بالإضافة إلى ذلك ، تعتبر معدلات الظهور المتزامن للقلق والاكتئاب معاً عند مرضى الشره العصبي مرتفعة ، مقارنة بالمرضى الذين يشكون من اضطراب سوء استعمال العقاقير النفسية . ويجب التأكيد على أن الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي من الاضطرابات النفسية ، ولا يمكن التقليل من شأنهم ليكونوا تعبيراً ضمنياً لاضطراب آخر .

وتتداخل أعراض سوء استعمال العقاقير النفسية مع أشكال أخرى من الاندفاعية⁽¹⁾ عند مرضى الشره العصبي بشكل واسع في مراكز العلاج المختلفة . ومن الخطأ الفادح أن نصف المريض بالشره العصبي بأنه يكذب ويسيء استعمال العقاقير النفسية ويسرق ويمارس الشيوعية الجنسية⁽²⁾ (أي تعدد العلاقات الجنسية

(1) Impulsivity .

(2) Promiscuity .

وممارسة الجنس مع أكثر من شخص). وعلى الرغم من أن عدداً قليلاً من المرضى يمكن أن تنطبق عليهم هذه الأوصاف ، إلا أن الغالبية العظمى لا تنطبق عليهم . بالإضافة إلى ذلك ، يحدث الشره العصبي عند المرضى على اختلاف شخصياتهم ، ولا يوجد مفهوم موحد لشخصية المريض بالشره العصبي . ويمكن أن يكون تفسير النماذج النمطية من هذا النوع مضللاً ، ويولد كثيراً من الأخطاء للمرضى ، الذين يعانون من هذا النوع من الاضطراب .

ونادراً ما يسبب الشره العصبي عند المرضى ذوى الوزن الطبيعي تعقيدات جسمانية رئيسية . ويمكن للتقيؤ أن يولد عدم توازن كهربائى ، والذي يمكن بدوره أن يكون له عواقب خطيرة مثل عدم انتظام دقات القلب وتآكل الأسنان . وعلى الرغم من توثيق هذه المعلومات فى التراث ، إلا أنه يندر حدوث مشاكل مثل التقرحات المعدية .

متغيرات المعالج

كما هو الحال فى جميع حالات العلاج المعرفى السلوكى فإنه من المهم جداً أن تنمولى المعالج والمريض علاقة علاجية فعالة (O'Leary & Wilson, 1987) . فيجب على المعالج أن يكون محل ثقة واحترام المريض . كما يعتمد نجاح العلاج المعرفى السلوكى بشكل كبير على رغبة المريض فى أن يؤدي دوراً فعالاً فى العلاج ، وأن يتابع أداء التكاليف المنزلية ؛ حيث يطلب من المريض أن يفعل أشياء قد تكون فى غاية التهديد ، وتتعارض بشكل كبير مع معتقداته عن الأكل ونظام وزن الجسم . على سبيل المثال ، قد يطلب منه أن يستمر بتناول ثلاث وجبات متوازنة فى اليوم ، بدلاً من حذف الوجبات أو التقليل الشديد من الأكل . ويتخوف معظم المرضى من أن هذا العلاج قد يتسبب فى زيادة وزنهم وهو ما لا يرغبون فيه على الإطلاق . ومن الجدير بالذكر أن المرضى لن يقوموا بعمل ما يمثل بالنسبة لهم خطر نفسى رئيسى مثل تغيير عاداتهم بالأكل ، ما لم تكن لديهم ثقة بمعالجهم ، وأن طريقتهم بالعلاج موثوق بها .

ودائماً ما يشعر مرضى اضطرابات الأكل بالخجل من سلوكياتهم وهم حساسون جداً لمؤشرات الرفض وعدم التجاوب . وبالتالي ، يجب على المعالجين أن يظهروا تقبلهم للمريض وتفهمهم لمشاكله . وليس من غير المعتاد أن تواجه مرضى باضطرابات الأكل تلقوا بالسابق علاجات غير متفهمة ، وغير متعاطفة

من مهنيين ، سواء كانوا رجال أو نساء على السواء ممن يفتقدون للخبرة فى هذا النوع من الاضطرابات . فقد تعرضت إحدى المريضات للموقف التالى مع معالجتها أثناء المقابلة الإكلينيكية ، فقد ذكرت المريضة مناقشة جرت مع صديقها عن اضطراب الأكل لديها ، فعلق معالجتها بالتعليق التالى : «هل تعنين أنه سيستمر فى الخروج معك ، على الرغم من معرفته بالأشياء المقززة التى تقومين بها؟»

ليس هناك دليل على أن جنس المعالج يؤثر على نتائج العلاج ، كما هو الحال فى العلاج المعرفى السلوكى لاضطرابات أخرى . وليس مهماً أن يكون المعالج رجلاً أم امرأة ولكن المهم هو الاهتمام والفعالية بين الأشخاص والكفاءة الفنية ؛ فيجب أن يكون المعالجون على دراية بطبيعة اضطرابات الأكل ، وأن يكون لديهم تدريب معين للعلاج . والتركيبية النموذجية من وجهة نظر العلاج المعرفى السلوكى ، تكمن فى وجود معالج لديه خلفية قوية فى العلاج المعرفى السلوكى للمشاكل الإكلينيكية بشكل عام مع تدريب متخصص على تطبيق هذه المبادئ والإجراءات على اضطرابات الأكل .

ويجب على المعالجين أن يكونوا متخصصين فى علاج اضطرابات الأكل؛ لأن ذلك أفضل من الآخرين الذين يتبنون الطريقة الأساسية نفسها مع كل المرضى ، بغض النظر عن طبيعة التشخيص . ويجب أن يتم إبلاغهم عن الاضطرابات البيولوجية المرتبطة بالاضطراب ؛ حتى يتمكنوا من التدخل أو عمل التحويل المناسب عند الحاجة . ويجب أن يعرفوا أيضاً عن تنظيم الوزن والعمليات التى تحكم الحمية ، وحفلات اغتراف الطعام ، والتقيؤ . وأخيراً يجب أن تتوفر لديهم الخبرة الإكلينيكية الكافية والقدرة على التعرف ، وإن دعت الحاجة معالجة الأمراض النفسية المرتبطة بمثل هذه الاضطرابات ، مثل : الاكتئاب وسوء استعمال العقاقير النفسية . ويعتبر علماء النفس الإكلينيكيون والأطباء المدربون المهنيين القادرين على توفير هذا المستوى من الخبرة على أفضل وجه .

التقييم

المقابلة الإكلينيكية

تعد بعض أنواع المقابلات الإكلينيكية من أكثر الطرق استعمالاً لتقييم حفلات اغتراف الطعام لدى المرضى . وتتنوع هذه المقابلات بشكل كبير فى

كيفية تقنينها ، وما إذا كانت مبنية على أساس الباحث والمبحث . وأفضل الطرق المعروفة للمقابلات الإكلينيكية لتقييم الأسباب المحددة لاضطرابات الأكل ، هي «فحص اضطراب الأكل» (1) (Fairburn & Cooper, 1993) . وقد تم استخدام «فحص اضطراب الأكل» على نطاق واسع في البحث الإكلينيكي والوبائي في أمريكا الشمالية وأوروبا وأستراليا ؛ لهذا تم ترجمته إلى عديد من اللغات (للمزيد من التفاصيل ، انظر؛ Rosen, Vara, Wendt, & Leitenberg, 1990; Wilson, 1993b) . وهو أولاً ، يمتاز بمعاملات مرتفعة للثبات والصدق . ثانياً ، يقيم بشكل مباشر معايير التشخيص لجميع اضطرابات الأكل . ثالثاً ، يوفر معلومات متعمقة وكثيرة ، تساعد على تقييم الخصائص الرئيسية للشه العصبي واضطرابات الأكل الأخرى ، ولا يعادله في ذلك أى استخبار أو مقابلة أخرى .

ويعتبر إعادة ظهور حفلات اغتراف الطعام معياراً تشخيصياً ، ليس فقط للشه العصبي ، ولكن أيضاً لفقدان الشهية العصبي ، واضطراب حفلات اغتراف الطعام ، والتقيؤ (APA, 1993) ، ومع ذلك فقد تم تعريفها بشكل محدود . وما يدركه المرضى والأفراد في المجتمع على أنه حفلات اغتراف الطعام ، يختلف عن التعريف المذكور في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية والعقلية (Belgin & Fairburn, 1992) . ويحتوى «فحص اضطرابات الأكل» على أكثر الخطط تفصيلاً وشمولية لتصنيف الأشكال المختلفة للإفراط في الأكل . ويعرف المقياس أربعة أشكال مختلفة من الإفراط في الأكل ، اعتماداً على ما إذا كانت كمية الأكل المستهلكة كبيرة بالأصل (الإفراط في الأكل الذاتي) ، وما إذا كان الشخص يشعر بإحساس فقدان السيطرة (نوبات شهه مرضى) . وهذه الصيغ المختلفة من الإفراط في الأكل الفعلي والملحوظ ليست كلية ، وتشير البيانات إلى أن كلاً من مرضى الشهه العصبي والمرضى البدينين المفرطين في حفلات اغتراف الطعام ، تتنابهم نوبات من الشهه العصبي الذاتية والموضوعية .

وعلى عكس معظم استخبارات التقرير الذاتي ، يعرف «فحص اضطراب الأكل» الإفراط في الأكل ، ويؤكد أن كلاً من المعالج والمريض يحملون المعنى نفسه للمفاهيم الرئيسية . «الكمية الكبيرة» والتي يتم تعريفها من قبل المعالج على أنه ما يلاحظه الناس الآخرون على أنه كمية كبيرة ، بشكل غير عادى في ظل

(1)Eating Disorders Examination (EDE) .

ظروف معينة . ويقوم المعالج بتوجيه عدد من الأسئلة للتوصل إلى هذا الحكم . ويعرف «فقدان السيطرة» على أنه عدم القدرة على مقاومة نوبة من الإفراط في الأكل أو التوقف عن الأكل إذا بدأ . وتعرف حفلات اغتراف الطعام بالدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية والعقلية على أنها الاستهلاك غير المتحكم به لكمية فعلية من الأكل . وفي ظل غياب دليل قاطع يشير إلى المسائل المهمة المتعلقة بوجود فروق في كمية وحجم نوبة الإفراط في الأكل والشرب وما إذا كان لذلك دلالة تشخيصية (Garqner, Shafer, & Rosen, 1990; Rossiter & Agras, 1992) ، يجب على الباحثين والإكليتيكيين تقييم جميع أشكال الإفراط في الأكل . وبهذه الطريقة فقط يمكن حل ما يقال عنه الكثير مقابل القليل من الجدل، على أساس من التجريب العلمي .

ويعتبر كل من التقيؤ العمدى وسوء استعمال المليينات أعراضاً غير غامضة نسبياً يمكن تقييمها بشكل مباشر . ومع ذلك فإنه من الصعب تقييم الحمية القاسية، على الرغم من أن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية والعقلية لا ينظر للحمية على أنها سلوك تعويضي غير ملائم لحفلات اغتراف الطعام ، على عكس الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية . ومن المهم أن نقيم هذا السلوك ؛ لكي نحصل على صورة إكليتيكية متكاملة عن طرق أكل المريضة واتجاهاتها نحو الأكل . ويعتبر ذلك من الأشياء الخاصة ذات العلاقة الإكليتيكية بالعلاج المعرفي السلوكي ، عند الأخذ بعين الاعتبار أهمية الحمية في النموذج المعرفي السلوكي للشهه العصبي . ويوفر «فحص اضطرابات الأكل» تحليلاً مفصلاً للحمية وسلوكياتها : تفويت الوجبات ، وتجنب أنواع معينة من الأطعمة والخضوع لعدد معين من السعرات الحرارية ، وردود الفعل حيال كسر قوانين الحمية الموضوع ذاتياً والانشغال بالأكل وما يحتويه من عدد من السعرات الحرارية . وتم التحقيق أيضاً من تأثير المزاج على الأكل .

ويعتبر الخلل في الاتجاهات عن وزن وشكل الجسم من المعايير التشخيصية الرئيسية للشهه العصبي وفقدان الشهية العصبي . وكما هو مذكور أعلاه ، يعتبر أيضاً العنصر الرئيسي في النموذج المعرفي السلوكي لهذه الاضطرابات ، وقد أظهرت درجة تغيير العلاج الذاتي في هذه الاتجاهات توقع النوبة (Fairburn et al., في الطباعة) ، وبالتالي فمن النادر أن تعرف أو تقيم بشكل منتظم . كما يوفر

«فحص اضطرابات الأكل، معلومات مفصلة عن الاتجاهات المتعلقة بوزن وشكل الجسم . ويحتوى المقياس الفرعى الخاص «بالاهتمام بالوزن» على خمسة بنود (أهمية الوزن ، وردود الفعل للوزن الموصوف ، والانشغال بالشكل والوزن ، وعدم الرضا عن الوزن ، والاستمرار بفقدان الوزن) . أما المقياس الفرعى الخاص «بالاهتمام بالشكل، فيحتوى على ثمانية بنود (أهمية الشكل ، والانشغال بالوزن والشكل ، وعدم الرضا عن الشكل ، والخوف من السمنة ، وعدم الارتياح من مشاهدة الجسم ، وتجنب المواجهة والتعرض ، والشعور بالسمنة ، والرغبة بمعدة نحيفة) ، ويصف الشكل (٧ - ١) بند «أهمية الشكل» .

والعيب الرئيسى لفحص اضطرابات الأكل أنه يتطلب تدريباً متخصصاً ، كما أنه يمكن أن يستغرق ساعة أو أكثر لتطبيقه . ومع هذا فإن المعلومات الكثيرة التى يوفرها مع ردود فعل المريضة المركزة ، يمكن أن تساعد المعالج بشكل كبير على فهم المريضة وتفاصيل الاضطراب لديها .

استخبارات التقرير الذاتى

يمكن استعمال عديد من الاستخبارات لتقييم الأمراض النفسية للمرضى المصابين باضطرابات الأكل . ويعد أكثر المقاييس شيوعاً فى الاستخدام قائمة اضطرابات الأكل^(١) (EDI-2; Garner, 1991) ومقياس الإفراط فى الأكل والشرب^(٢) (BES; Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982) . وتوفر قائمة اضطرابات الأكل، صورة نفسية متناغمة وتقييم معيارى واسع لمسببات فقدان الشهية العصبى والشهه العصبى ، فى حين يستخدم مقياس الإفراط فى الأكل والشرب، بشكل واسع لتقييم حفلات اعتراف الطعام عند المرضى البدينين (Marcus, 1993) .

وعموماً توفر هذه الاستخبارات معايير عامة عن شدة أعراض اضطرابات الأكل ، وبالتالى أثبتت فائدتها فى تقييم التغييرات الناجمة عن العلاج . وتتسم بأنها وسائل اقتصادية وكافية لتقييم المشاكل ، ويمكن استخدامها مع عدد كبير من الأفراد عندما تكون المقابلة الإكلينيكية - التى تستغرق كثيراً من الوقت - غير عملية . ولكن هناك بعض القيود على الممارسات الإكلينيكية ، وأحد مساوئ

(1) Eating Disorder Inventory (EDI)

(2) Binge Eating Scale (BES)

تقييم الإفراط في الأكل والشرب هو أن مصطلحات الإفراط في الأكل والشرب «حفلات اغتراف الطعام» ، لم تعرفاً بشكل نموذجي ، ويعتبر ذلك مشكلة خطيرة من وجهة نظر الدليل التشخيصي ؛ حيث إنه لا يوجد تعريف متفق عليه للإفراط في الأكل والشرب . بالإضافة إلى ذلك ، لا تقيّم الاستخبارات الإفراط في الأكل والشرب «اغتراف الطعام» بشكل مباشر ، وبدلاً من توفير مقياس واضح للسلوكيات المحددة للإفراط في الأكل .. فإنها توفر نوعاً من الهيكل المتكامل لسلوكيات الأكل والمشاعر والاتجاهات المرتبطة في الإفراط بالأكل . فهذه المقاييس لا توفر المعلومات المفصلة ، ولا تقوم بتحديد تكرار نوبة الإفراط في الأكل والشرب ، وذلك هو الإجراء المطلوب ، الذي من شأنه أن يساعد كثيراً في عملية التشخيص أو لمراقبة تقدم العلاج والنتائج (Wilson, 1993c) .

* على مدى الأسابيع الأربعة الماضية ، هل كان شكلك مهماً من حيث تأثيره على شعورك (الحكم ، التفكير ، التقييم) عن نفسك كشخص ؟

* لو تخيلت الأشياء التي تؤثر على طريقة شعورك عن نفسك (أن تحكم، وتفكر وتقيم) مثلاً أداؤك في العمل ، كونك أباً/أمّاً، زواجك ، كيف تتعامل مع الناس الآخرين وتضع هذه الأشياء بترتيب من حيث الأهمية ، أين يكون موقع شكلك العام ؟

لو كان شكلك قد تغير خلال الأسابيع الأربعة الماضية بأى طريقة كانت ، هل كان هذا سيؤثر على الطريقة التي تشعر بها تجاه نفسك ؟ هل من المهم بالنسبة لك ألا يتغير شكلك ؟

(قيم درجة الأهمية التي وضعها المفحوص المتعلقة بشكل الجسم وموقعها بقائمة التقييم الذاتي . لعمل هذا التقييم ، يجب عمل بعض المقارنات مع جوانب أخرى من حياة المفحوص ذات أهمية بقائمة التقييم الذاتي الخاصة به ، على سبيل المثال ، جودة العلاقة ، كونه أباً/أمّاً ، الأداء في العمل أو في النشاطات الترفيهية . لا تتعامل مع المصطلحات مثل «بعض» أو «باعتدال» أو «بتفوق» . لو ذكر المفحوص أن كلاً من الوزن والشكل متساويين من حيث تفوق الأهمية ، ضع الدرجة ٦ على هذا البند ، وعلى «أهمية الوزن» .

صفر - غير مهم .

- ١

٢ - بعض الأهمية (بتأكيد جانب التقييم الذاتي) .

- ٣

٤ - متوسط الأهمية (بتأكيد أحد الجوانب الرئيسية لتقييم الذاتي) .

- ٥

٦ - فائق الأهمية (لا يوجد شيء أكثر أهمية بقائمة التقييم للمفحوص) .

[سأل عن الشهرين الماضيين]

[قيم الشهرين الماضيين . الدرجة ٩ إن لم يتم السؤال]

الشهر الثاني []

الشهر الثالث []

شكل (١ - ٧) أهمية بند الشكل مأخوذ من فحص اضطرابات الأكل (الطبعة ١٢) . الأسئلة بنجمة يجب طرحها . من Cooper & Fairburn, 1993 ، ص ٣٥١ . حقوق الطبع ١٩٩٣ بواسطة Zafra و Christopher G. Fairburn . تم إعادة طباعته بعد الاستئذان . Cooper

وهناك بعض الاستخبارات التي تقيّم التحكم بالحمية . ولعل أفضلها للإكلينيكيين اختبار عوامل الأكل الثلاثية^(١) من إعداد ميسك وستنكارد (Messick, Stunkard (1985) ، ويتكون من ٥١ بنداً ومن ثلاثة مقاييس فرعية مأخوذة من التحليل العاملي للمقياس ككل ، وهي : التحكم المعرفي ، وكف الأكل ، والجوع المدرك . ويمكن تقييم الاتجاهات نحو وزن وشكل الجسم من خلال استعمال مقاييس مأخوذة من قائمة اضطرابات الأكل ؛ خاصة بالنزعة للنحافة ، وعدم الرضا عن شكل الجسم^(٢) ، واستخبار شكل الجسم^(٣) (BSQ; Cooper, (2)

(1) Three-factor Eating Questionnaire .

(2) EDI Drive Thinness and Body Dissatisfaction Scales .

(3) Body Shape Questionnaire (BSQ) .

(Taylor, Cooper & Fairburn, 1987). ويفتقد مقياس «اضطرابات الأكل» إلى الصدق التمييزي لمقابلة «فحص اضطرابات الأكل» (Wilson & Smith, 1989). ويرتبط اختبار شكل الجسم بشكل كبير مع مقياس «فحص اضطرابات الأكل» لاضطرابات الاتجاهات (Loeb, Walsh, Pike, 1992)، وتم تزكيته كبديل للتقييم الذاتي في مقابلة «فحص اضطرابات الأكل» (Rosen et al., 1990). ومع ذلك يرى كل من «كوبر وفيربورن» (1993) أن «فحص اضطرابات الأكل» و«استخبار شكل الجسم» يقيمان خصائص مختلفة لمسببات الشره العصبي. كما يرون أن «فحص اضطرابات الأكل» يقيم المشاعر غير السوية لما يطلقون عليه الأفكار المبالغ فيها عن الوزن والشكل، وهي صفة ضرورية للتشخيص؛ بينما يقيس «استخبار شكل الجسم» عدم الرضا عن الجسم، والذي لا يمثل أهمية تشخيصية، ويعتبر بشكل رئيسي وظيفة للمزاج الحالي للمريض. ويتسق مع هذا التمييز المقترح تقديم كل من «كوبر وفيربورن» (1993) بيانات تظهر أن مقياس الاتجاه نحو الوزن والشكل في «فحص اضطرابات الأكل» يرتبط بالتغيرات في تقدير الذات، بينما يرتبط «استخبار شكل الجسم» بقدر كبير بتغيرات المزاج.

المراقبة الذاتية :

تعتبر المراقبة الذاتية طريقة تقييمية لا يمكن الاستغناء عنها في العلاج المعرفي السلوكي بشكل عام كما أنها قيمة جداً للعلاج المعرفي السلوكي للشره العصبي. وعادة ما تتضمن سجلات ومذكرات المرضى عن كل من الأكل والشرب، الذي تناوله في اليوم الواحد على نماذج خاصة للمراقبة، وعلى امتداد فترة أسبوع واحد. ويجب أن يطلب من المرضى أن يسجلوا استهلاكهم للأكل بالسرعة الممكنة بعد الأكل مباشرة؛ لتوخى الدقة، ويحتاج المرضى إلى معرفة الهدف من المراقبة وأهميتها لتقييم العلاج. ويجب توقع وجود المعوقات المتوقعة لإكمال التقييم الذاتي، كما يجب وضع المقترحات اللازمة للتغلب على هذه المعوقات.

وتزود المراقبة الذاتية المعالج بتقرير يومي مستمر عن الإفراط في الأكل والشرب، حفلات اغتراف الطعام، والتقيؤ والظروف التي يحدث فيها كل منهما. ويتم تعريف المسببات الأقرب للإفراط في الأكل والشرب بشكل رئيسي، من خلال الطلب من المرضى أن يقوموا بتسجيل الظروف التي تحدث فيها مثل هذه النوبات. وتوفر المراقبة الذاتية المعلومات التي تسمح للمعالج أن يحدد أين ومتى حدثت النوبة، وبما إذا كان المريض يفكر، ويحس، ويعمل في ذلك الوقت،

وطبيعة السياق الداخلى الشخصى . وهذه المعلومات مهمة جداً فى العلاج المعرفى السلوكى لاختيار أساليب التغيير المعرفية والسلوكية (للمزيد من التحليل المفصل عن استخدام المراقبة الذاتية كأداة للتقييم ، انظر (Wilson, 1993c) .

عملية العلاج

ومن الضرورى التنويه إلى أن الاستعمال الحالى الواسع الانتشار للعلاج المعرفى السلوكى فى أمريكا الشمالية وأستراليا مأخوذ مباشرة من الصياغة الأولى لفيربورن لهذا المنحى فى بداية الثمانينيات ، وقد ساهم نشر دليل مفصل للعلاج بشكل كبير فى انتشار العلاج المعرفى السلوكى والبحث العلمى المتعلق بفعالته (Fairburn, 1985) .

وكما يصفه فيربورن، (Fairburn 1985) يتكون برنامج العلاج المعرفى السلوكى من ١٩ جلسة من العلاج الذاتى ، تستمر تقريباً عشرين أسبوعاً . ويركز العلاج على المشكلة ويشكل رئيسى على الحاضر والمستقبل ، ويتكون العلاج من ثلاث مراحل : المرحلة الأولى تتضمن الشرح العصبى والتعريف بعلاجه باستخدام العلاج المعرفى السلوكى . ويتم خلال هذه المرحلة شرح وتفسير النظرة المعرفية الخاصة بتعديل الاضطراب والاستمرار فى ذلك ، وتوضيح علاقة الاضطراب بالمشاكل التى يعانى منها المريض فى الوقت الحالى . كما يتم مناقشة قواعد وأهداف العلاج . وتعتبر المعلومات المفصلة والمتعلقة بالتغذية وتنظيم الوزن مهمة للتخلص من اضطرابات الأكل . ويتم تقديم الأساليب السلوكية ، والبدء بالمراقبة الذاتية لتتبع عادات الأكل ولتقييم المواقف التى تثير الإفراط فى الأكل والشرب والتقيؤ . كما يتم استعمال أساليب تنظيمية ذاتية أخرى للتقليل من تكرار الإفراط فى الأكل والشرب ، وتعديل الصيغ المتبعة فى الأكل مثل التحكم بالمثيرات . والهدف من هذه المرحلة هو إعادة المريض إلى تناول ثلاثة وجبات غذائية فى اليوم ، مع الوضع بعين الاعتبار تأكيد ضرورة تناول وجبات صحية .

وعلى الرغم من أن التركيز فى هذه المرحلة المبكرة يكون على تعديل السلوكيات إلا أن المعالج يربط بشكل متكرر النظرة المعرفية للشرح العصبى بمشكلة المريض المحددة . على سبيل المثال :

إذا كانت نوبة الإفراط فى الأكل تبدأ بكسر قواعد الحمية - أى على سبيل المثال أكل الشكولاته - فيمكن أن يستعمل ذلك للتعبير

عن نقطة مهمة هي ان وجود نظام قوى من الحمية يشجع على الإفراط فى الأكل بين حين وآخر . والهدف هو مساعدة المريض على أن يكونَ فهماً للآليات التى تطيل من مشكلة الأكل ، وأن يتم تقدير الحاجة لكل من إحداث تغيير فى السلوك والتفكير (Fairburn, 1989, pp. 287-228) .

أما المرحلة الثانية فتركز بشكل مكثف على الجانب المعرفى ؛ حيث يتم تزويد المريض بوسائل متبعة فى المرحلة الأولى مع التنوع فى الإجراءات ؛ من أجل التقليل من قيود الحمية وتطوير مهارات تعايش سلوكية ومعرفية للتقليل من الإفراط فى الأكل والشرب . وهذا النموذج المعرفى مأخوذ من نموذج «بيك» (1976) الخاص بالعلاج المعرفى للاكتئاب حيث يتم تعليم المرضى كيفية تعرف وتغيير الأفكار والاتجاهات غير الفاعلة حول الوزن والشكل والأكل . ويتم التوصل لتغيير الأفكار من خلال جعل المرضى ، يتعرضون للتجارب السلوكية المصممة لتحدى افتراضاتهم غير الفاعلة .

ويكون التركيز فى المرحلة الثالثة على استعمال أساليب منع الانتكاسة ؛ للتأكد من المحافظة على التغيير الذى يلى العلاج (Marlatt & Gordon, 1985) . ويتم تطبيق العلاج المعرفى السلوكى على أساس زيارات ، يقوم بها المريض للعيادة باستثناء بعض الحالات الخاصة مثلاً ، عندما يحاول المريض الانتحار ، وهنا لابد من إبقائه داخل المستشفى . ويمكن تطبيق العلاج المعرفى السلوكى للمرضى المقيمين بالمستشفيات ، ولكن يجب إتمام العلاج بعد الخروج من المستشفى ؛ لمساعدة المرضى على تنظيم أكلهم والتأقلم مع المواقف الخطرة المحددة لحفلات اغتراف الطعام والتقيؤ ، والتي لا يمكن التركيز عليها خلال علاج المرضى فى المستشفى .

من الجدير بالذكر أن هناك اختلافات فى الطرق ، التى يطبق بها هذا الأسلوب على مختلف أوضاع العلاج . فعلى سبيل المثال ، تم وصف تعديلات برنامج العلاج الخاص «بفيربورن» (1985) التى قام بها «أجراس» وزملائه (Agras et al. (1989 و «ويلسون» وزملائه (Wilson et al. (1991 . وعلى الرغم من ذلك ، فإن هناك مجموعة من الأهداف العامة متفق عليها تعرف العلاج المعرفى السلوكى لعلاج الشره العصبى . وقد تبنى البعض دليل «فيربورن» (Fairburn (1985 للشره العصبى لعلاج الإفراط فى الأكل والشرب المعاود عند

المرضى اليدياء (Fairburn, Marcus & Wilson, 1993). وتوضح دراسة الحالة التي سئصفاها بعد قليل طريقة علاج مريضة ، تشكو من الشره العصبى باستخدام دليل علاج معدل من فيربورن (1985) Fairburn لمحاولة العلاج المتحكم به (Wilson, 1989). والحالة مأخوذة من برنامج علاجى مدته عشرون جلسة لمرضى خارجيين ، يشكون من الشره العصبى فى معهد نيويورك للطب النفسى فى جامعة كولومبيا .

دراسة حالة

هذه حالة كئيرة ، وهى امرأة تبلغ من العمر ٢٦ عام . وتشكو من الشره العصبى منذ ثمانى سنوات . ومنذ ذلك الوقت تقدمت للعلاج . وقد تم تغيير بعض تفاصيل الحالة لإخفاء شخصية المريضة ، ولشرح بعض النقاط التى ظهرت خلال العلاج من هذا النوع .

التقييم

يتم تقديم العلاج فى سياق بحث إكلينيكى مبرمج فى عيادتنا الخاصة باضطرابات الأكل ، لهذا عادة ما تكون إجراءات التقييم فى غاية الشمولية . وفى البداية عندما تقوم المريضة بالاتصال بالعيادة لتلقى العلاج ، يتم تشخيص حالتها وتصنيفها أثناء المكالمة التليفونية ، وينظر فى ما إذا كانت تنطبق عليها معايير التشخيص ؛ حتى تكون قابلة للتحويل للعيادة التجريبية . وإن كانت كذلك ، يتم وصف البرنامج العلاجى لها ، وإذا كانت تقبل الاشتراك يتم عمل تقييم من جزئين لها . يتكون التقييم من تقييم إكلينيكى شامل للتأكد من وجود الشره العصبى ، ولتقييم مدى التطور ومدى ظهور الاضطراب . إضافة إلى ذلك ، يتم تقييم الأمراض النفسية المرتبطة بالاضطراب وسوء استعمال العقاقير وتاريخ العائلة والتاريخ الاجتماعى والطبى . وأخيراً ، يتم عمل فحص بدنى كامل يتضمن اختبار الحمل والتصفية من حيث استخدام العقاقير . ويتم التركيز بشكل خاص على النقاط الكهربائية غير الطبيعية . ولا يؤهل الاستعمال النشط للمخدرات الفرد للانضمام للبرنامج العلاجى . وأيضاً بسبب اختيار بعض المرضى بشكل عشوائى للعلاج ضد المخدرات ، فإن الحمل لا يؤهل المريضة للخضوع للبرنامج العلاجى ، ويتضمن نظام التقييم أيضاً استبياناً شاملاً تقوم المريضة بالإجابة عنه بنفسها .

ويقوم بعمل التقييم بشكل جزئي مساعد إكلينيكي مدرباً على تطبيق المقابلات المقننة . ويتم عمل الفحص البدني بواسطة أحد الأطباء النفسيين ، ومن هنا يبدأ الاختصاصي الإكلينيكي بالبدء في الجلسة الأولى ويمتناوله معلومات كثيرة عن المريضة مقارنة بالممارسة الخاصة . وعلى الرغم من أنه من غير المحتمل أن مثل هذه الإجراءات الرسمية ضرورية في الممارسة الفردية ، فمن المهم عمل تقييم متعمق قبل البدء بالعلاج .

الأمراض النفسية المحددة

اتضح منذ بداية العلاج أن لدى «كلير» حالة من الإفراط في الأكل والشرب . حفلات اغتراف الطعام ، تتكرر من ١٠ إلى ١٥ نوبة في الأسبوع . وأن خمس من هذه النوبات تتضمن حالة الإفراط في الأكل والشرب ، كما هي معروفة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية والعقلية (أي استهلاك لا يمكن التحكم به لما ينظر إليه الآخرون ، على أنه كم كبير من الأكل) ، كما أن ٥ إلى ١٠ من هذه النوبات يتدرج تحت ما يشير إليه «فحص اضطرابات الأكل» على أنه نوبات شاملة من الشره العصبي (أي انها نوبات لا تتضمن كم كبير وغير معتاد من الأكل ولكن تظل غير خاضعة للسيطرة) . وتظهر نوبات حفلات اغتراف الطعام خلال الليل على مدار الأسبوع . وقد تقيمت «كلير» تقريباً ٥ إلى ١٠ مرات أسبوعياً بعد كل نوبة من الإفراط في الأكل والشرب . ولو فكرت أنها قد أكلت أكلاً سيئاً بشكل خاص ، فإنها تعتمد إلى التقيؤ بعد الإفراط في الأكل والشرب ، وإلى شرب الكثير من الماء والتقيؤ مرة أخرى لتنظيف نفسها .

تستقل «كلير» القطار للذهاب للعمل الساعة ٣٠ : ٧ صباحاً ، وتتناول طعام الإفطار ، الذي يتكون من نصف قطعة خبز وقهوة أثناء العمل عند الساعة ٨:٣٠ صباحاً .

ويجلب أحد العاملين بالمكتب فطائر أو حلويات لوجبة الإفطار تقريباً مرة كل أسبوعين . كانت «كلير» تأكل فطيرة أو ٥ إلى ٦ قطع من الحلويات ، ثم تقوم بالتقيؤ بعد ذلك ، وغالباً ما كانت تتجاهل وجبة الغذاء ، ولكن عندما كانت تأكل وجبة في منتصف اليوم ، فإنها عادة ما تكون عبارة عن سلطة بيتزا أو أكل صيني . وكانت تتقيأ تقريباً في ثلث الوقت الذي كانت تتناول خلاله وجبة الغذاء ، ولم تكن «كلير» تأكل وجبات خفيفة أثناء اليوم ، إلا إذا كانت هناك مناسبة

اجتماعية فى المكتب ، حيث كانت تتناول قطعة من الكيك ثم تتقيأ بعد ذلك . وبعد العمل كانت تتوجه إلى المنزل حيث تفرط بالأكل والشرب ثم تتقيأ ، ولم تكن هذه النوبات من الإفراط فى الأكل كبيرة خلال الأسبوع . وفى الغالب ، كانت الوجبات تتكون من وجبة طعام خفيفة مملحة مثل بطاطس مقلية أو حبوب مع حليب ، وسكر ، وأربع قطع من الخبز وثلاث علب من المشروبات الغازية ، وكانت «كثير» تتقيأ بعد هذه النوبات .

أما فى عطلة نهاية الأسبوع ، فقد كانت «كثير» تبدأ يومها فى الساعة ١١:٠٠ صباحاً بنوبة من الإفراط فى الأكل والشرب ، تتضمن وجبتها أربع قطع من الخبز (التوست) مع مربي أو جبن وحبوب مع حليب وسكر وفطيرة واحدة إلى ثلاث فطائر وقطعة خبز مع جبن وأى شىء آخر تستطيع الحصول عليه ، ثم تتقيأ وتستحم . ثم أشعر بارتياح لعدة ساعات ، . أما فى وجبة الغداء ، فإنها تتناول شطيرة ما بين الساعة ٢:٠٠ و ٣:٠٠ عصراً ، ثم تفرط فى الأكل والشرب ، وتلتهم كل ما يوجد بالثلاجة ، وتتقيأ تقريباً بعد مضي ساعة واحدة على الغداء . أما العشاء فغالباً ما يبدأ كوجبة عادية واجتماعية مع زوجها ، ومن المحتمل مع بعض الأقارب الذين يزورونهم على العشاء . ويتحول نصف هذه الوجبات على الأقل إلى نوبات من الإفراط فى الأكل والشرب ، متبوعة بتقيؤ بعد مغادرة الضيوف المنزل وبعد أن ينام زوجها .

وتتضمن نوبة حفلات اغتراف الطعام لدى «كثير» فى عطلة نهاية الأسبوع أربعة أكواب من الباستا مع الجبن والصلصة وثلاثة قطع من الخبز بالثوم وإناء من الحبوب مع نصف كوب من الشكولاته والحليب وآيس كريم وثلاثة إلى أربعة أكواب كبيرة من المشروبات الغازية قليلة السعرات . وعادة ما تحدث هذه الحالات من الإفراط فى الأكل والشرب فى منتصف اليوم ، بينما يشترى زوجها حاجيات المنزل بالخارج . ومع ذلك فقد ذكرت «كثير» أن بعض هذه الحالات من الإفراط فى الأكل والشرب كانت تحدث أثناء تواجد زوجها بالمنزل ، أو عندما تزور منزل والدتها وإذا لم أستطع التعامل مع الوضع فأسرتهى تعرف بالأمر ، ولكن الموضوع محرج بالنسبة إلى ، فأنا لا أود أن أفرط بالأكل والشرب أمامهم ، ونحن لا نتكلم عن هذا الموضوع ؛ لأن والدتهى تعتقد أنه أمر مشين إلا إذا كانت غاضبة منى فتدعونى بالمجنونة . وزوجى يريد لكل شىء أن يكون على ما يرام ، وبالتالي حتى لو سألتنى إذا كنت لأزال أمارس هذه العادة فإننى أقول لا .

وبيلما تفرط ،كثير، بالأكل والشرب ، قالت إنها تحس أن الوضع لا يمكن التحكم فيه : «أشعر أنني بحال مختلفة كأنتى لا أعرف ما أفعله . فى الحقيقة لا توجد لدى أى مشاعر فى ذلك الوقت . وأمر بمرحلة من التخدير . إنه شىء أقوم به فقط» . لقد وصفت تجربتها عن التقيؤ كالتالى : «أشعر بتحسن عندما أتخلص من الأكل ، ولكننى أشعر أنني كالمجنونة ، أشعر بالوحدة ... ويسوء . وأتساءل كيف أقوم بالتجربة نفسها مرة تلو الأخرى ، . وعلى الرغم من أن «كثير» أكثر من سوء استعمال المليينات لمدة ستة أشهر تقريبا ، فقد توقفت عن استعمالها سنتين قبل التقدم للعلاج ، عندما أحست بالخوف نتيجة شعورها بالدوخة واضطراب بدقات القلب . كما أنها حاولت استعمال مدرات للبول فى إحدى المرات .

وتزاو «كثير» التمارين الرياضية بتطرف ، ولكنها لم تكن تتمرن عدد التقدم للعلاج . وخلال الفترات القصيرة التى تزاو فيها التمارين ، كانت تستيقظ الساعة ٣:٣٠ فجرا لتبدأ فترة تستمر ساعة ونصف من التمارين قبل توجيهها إلى العمل . وكانت مهتمة بشكل كبير بوزنها وعبرت كثيراً من عدم رضاها عن جسمها ، على الرغم من أن وزنها كان فى إطار المعدل الطبيعى . وتجنبت شراء ملابس جديدة ؛ لأنها لا تعتقد أنها ستبدو جميلة بأى شىء .

بدأت «كثير» حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ فى سن الثامنة عشرة ، بعدما تصننت على فتاتين فى الجامعة ، يتحدثان حول مشكلة فتاة أخرى كانت تشكو من الشره العصبى . وقد اعتقدت أن الإفراط فى الأكل والشرب والتقيؤ أمراً مخيفاً، ولكن بعد فترة ليست طويلة قامت بتجربته . فى السنة الأولى التى أفرطت فيها بالأكل والشرب ، كانت تمر بنظام قاس من الحمية أو التقيؤ ، ثم تقيأت بشكل أقل بعدها لأنه كان أمراً صعباً عليها . وعندما أصبح من السهل عليها التقيؤ بشكل تلقائى ، بدأت باستعمال التقيؤ للإكثار من الاستفراغ . وزيادة معدل التقيؤ أدى إلى فقدان الملحوظ للوزن ؛ حيث فقدت «كثير» ١٥ رطلاً تقريباً وأصابها انقطاع فى الطمث خلال تلك الفترة ، وكانت أيضاً تتمرن ساعة إلى ساعتين يومياً . خلال ثلاثة أرباع السنة العشرين من عمرها ، كانت المعايير التشخيصية لفقدان الشهية العصبى تنطبق تقريباً على «كثير» ، ولم يتبين إصابة «كثير» بأى أمراض نفسية أخرى مرتبطة ، وذات أهمية باضطراب الأكل لديها .

التاريخ الأسرى/ الاجتماعى

نشأت «كثير» مع أبويها وأخت أكبر منها وأخ أكبر منها فى إحدى الضواحي الكبيرة ، وعندما بلغت «كثير» ١٢ سنة تطلق والداها . وقد وصفت

طلاقهما «إنه الحدث الرئيسي والوحيد الصادم في حياتي . . . أشعر أنني لم أصل لهذا الوضع ، لولا هذا الحدث فقد كنت دائماً قريبة من والدي ، وعندما حدث الطلاق كنت بالكاد أراه . بعد الطلاق كان على الأم أن تكون مسؤولة عن جميع نفقات أفراد الأسرة ؛ مما نتج عنه انهماكها في العمل لساعات إضافية طويلة . وأضافت «كثيراً ، أنه خلال تلك الفترة كانت دوماً تقضى فترة بعد الظهر وحيدة ومكتئبة . ولم يكن هناك تاريخ أسرى ذو أهمية ، يتعلق بالسمنة أو اضطرابات الأكل أو أى اضطراب نفسى آخر .

وعندما بلغت الثالثة والعشرين من العمر ، تزوجت «كثيراً من رجل كانت على علاقة به منذ أيام الجامعة . وفي الوقت الذى تقدمت فيه «كثيراً للعلاج كانت تقيم مع زوجها لمدة ثلاث سنوات فى شقة ، تتكون من غرفة نوم واحدة فى المدينة نفسها التى تقيم بها والدتها . وقد وصفت علاقتها بزوجها بأنها جيدة ، ولكنها عبرت عن انفصال المشاعر فيما بينهما فى السنوات الأخيرة . فقد كان زوجها يعمل لأيام طويلة وكان مطلوباً منه السفر بشكل مستمر للعمل . ونتيجة لذلك كانت تبقى بمفردها فى البيت لمدة طويلة ، كما قالت أنه فى عديد من المرات عندما أفرطت فى الأكل والشرب ، كانت تشعر بأحاسيس سيئة تجاه علاقتها به ، ولكنها لم تكن قادرة على التعبير بأى تفاصيل . ولم يكن لها ولا لزوجها أى أطفال .

العلاج

يتلقى كثير من المرضى علاج فى وقت سابق وهو أمر معتاد ، على أساس نموذج نفسى ديناميكى ، والذى يعتبر غير محدد البنية وغير مباشر مقارنة بالعلاج المعرفى السلوكى . ومن المهم للمعالج أن يوضح للمريض بعض الفروق الرئيسية بين العلاج المعرفى السلوكى والعلاج النفسى التقليدى الحالى . يجب عليه أن يذكر ، على وجه الخصوص ، أن التركيز الرئيسى لطريقة العلاج المعرفى السلوكى ، يكون على تعرف أشكال حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ ، مع توضيح العوامل أو الشروط التى تثير وتحافظ على هذه الأشكال . وحال التعرف على هذه الأشكال والمثيرات ، يكون تركيز العمل موجهاً نحو تعرف الأفكار والاتجاهات المرتبطة بهذه النوبات والأساليب البديلة ، التى تتطور للتعامل مع المواقف ذات الخطورة العالية . ويجب العلم أن أسلوب العلاج المعرفى السلوكى

يعتمد على الوضع الراهن؛ لذا يجب التركيز بشكل أكبر على الوضع الحالي للمشاكل، أكثر من الاهتمام بالتاريخ المرضي لاضطرابات الأكل.

وتعتبر الواجبات المنزلية المتداولة بين جلسات العلاج جزءاً مهماً من العلاج المعرفي السلوكي، فيجب التأكيد على المريضة بأن أداءها للواجبات مسألة مهمة للعلاج؛ لأن ذلك من شأنه أن يوفر مادة مهمة للتفهم والتعامل مع المشاكل، التي تعاني منها المريضة. ويرتبط الجهد الذي تكرسه المريضة لإنجاز الواجبات المنزلية بقرب شفائها، مع الاهتمام الذي تتلقاه من المعالج، وتبدأ معظم الجلسات بمراجعة للواجبات المنزلية. ومن المفيد أن يعطى للمريضة ملف أو ظرف كبير للاحتفاظ بالنماذج خلال فترة العلاج؛ حيث يساعد ذلك المريضة على متابعة الواجبات المنزلية والأوراق الخاصة بها، ويسمح لكل من المعالج والمريضة بالرجوع إلى مختلف الواجبات المنزلية خلال فترة العلاج، ويتم وزن المريضة بشكل أسبوعي من قبل المعالج في بداية كل جلسة علاج.

أخيراً، من المهم أن نوضح للمريضة طوال جلسات العلاج (والتي تستمر في عيادتنا لفترة ٤٥ دقيقة) ومدة برنامج العلاج (في عيادتنا ٢٠ جلسة تمتد على فترة ٥ شهور تقريباً) أن بعض المرضى قلقين من أن هذه المدة غير كافية لمعالجة اضطرابهم. ومن المهم أن نوضح للمريضة أن نتوقع أنه مثلما استغرق تطور اضطرابها في الأكل فترة من الوقت، فإن تأسيس التحكم الشخصي والأكل بالشكل الطبيعي سوف يستغرق وقتاً مماثلاً. ويجب أن يشرح للمريضة أنه خلال مدة العلاج، ستتعلم كثيراً من المهارات الضرورية؛ لتكون قادرة على علاج نفسها، وبالتالي يجب أن يتم تشجيعها لتتوقع استمرار التحسن حتى بعد الانتهاء من العلاج، ولكن يجب التنبيه أيضاً أنه إذا كانت المريضة تحتاج إلى المزيد من العلاج بعد نهاية العشرين جلسة، سيتوجب عمل التحويل المناسب.

الجلسة الأولى

الأهداف

- ١ - تأسيس التفاهم
- ٢ - تحديد برنامج العلاج والأهداف:
- أ - تعرف أشكال الإفراط في الأكل والشرب.

- ب - تعرف المثبرات البيئية والمعرفية والعاطفية .
 ج - العمل على تطبيع واستقرار أنماط الأكل .
 د - يتعلم الفرد أن يكون معالجا لنفسه (التركيز على المجهود المتعاون للعلاج) .
 ٣ - التركيز على أهمية الواجبات المنزلية .
 ٤ - توضيح تسلسل المخاطر الكبيرة .

مقتطفات مختارة

م : أعرف أنك قابلت عديداً من الناس قبل موعدنا اليوم ، كيف تشعرين وأنت تبدئين أخيراً ؟

ك : إننى سعيدة جداً ، وأعرف أنني يجب أن لا أشعر كذلك ؛ أى إننى أعرف أنك تحاول أن تساعدنى ، ولكننى كنت غاضبة جداً من تلك المواعيد الأخرى ، وأننى اضطررت أن أنتظر أسبوعاً قبل أن أراك .

م : يجب أن لا تشعرى بذلك ؟

ك : كما تعرف يجب على أن لا أشعر بالغضب .

م : فى الواقع أننى أقدر أنك قلت لى أنك غاضبة . إننى أتخيل أنه من الصعب أن تمرى على مرحلة التقييم ، والتي تتطلب منك مقابلة عديد من الناس ، والإجابة عن عديد من الأسئلة ، وفى بعض الأحيان أكثر من مرة ، وبعدها الانتظار لمدة أسبوع قبل البدء فى العلاج .

دعينا نبدأ بمراجعتى معك للأساس ، والهدف من التدخل العلاجى . سنتقابل على مدى عشرين جلسة ، وسوف تعقد أول ثماني جلسات على أساس مرتين فى الأسبوع . سيكون تركيزنا على فهم مشاكل أكلك الحالية ، سنركز على مشكلة الإفراط فى الأكل ، والأكل غير المفرط من خلال خبرتنا أن مشكلة الأكل لا تأتى فقط من خلال نوبة الشره العصبى . سنقوم بالتركيز على المواقف ، التى من الصعب جدا التصرف خلالها بما يتعلق بأكلك . نطلق على هذه المواقف مواقف عالية الخطورة . بعد تعرف هذه المواقف العالية الخطورة ، سنحاول أن نعرف كل ما يتعلق بما يجعلها صعبة بالنسبة إليك . بمعنى آخر ، لماذا تفرطين

في الأكل في موقف دون الآخر ؟ سنركز على كيفية شعورك ، وبما تفكرين فيه خلال هذه الأوقات . الهدف هو أن نربط أفكارك وسلوكياتك بشكل ذي معنى حتى تتمكن من أن نفهم ما الذي يساعد على استمرارية الشره العصبى لديك ، وعمل التغييرات ؛ حتى تتمكني من التفاعل بأسلوب تكيفي أكثر .

قبل البدء بذلك ، أود أن أقول لك أيضاً أنني سأقوم بوزنك أسبوعياً في بداية الجلسة . هل تقومين بوزن نفسك الآن ؟

ك : نعم ، لا بد أن أزن نفسي خمس مرات يومياً ، قبل أخذ حمام الصباح ، وبعد أن أنتهي من الحمام ، وكل الأوقات قبل وبعد حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ .

م : ماذا يحدث عندما تزنين نفسك ؟

ك : حسناً إذا كان وزني مرتفعاً ، أشعر بالتخمة . وفي بعض الأحيان يثير ذلك نوبة من الإفراط في الأكل والشرب . أعرف أن ذلك يبدو جنوناً ولكن في بعض الأحيان إن كان وزني منخفضاً ، فإن ذلك يثير نوبة من الإفراط في الأكل والشرب أيضاً ؛ لأنني أشعر أنني أستطيع أن استهلك السعرات الحرارية دون أن أضمن - إنه شيء كأنه مكافأة .

م : تعتقدين أنه يمكن استهلاك السعرات الحرارية ، دون أن تزددي من وزنك ؟

ك : نعم ، لا أعرف ... في الغالب أيا كان الوضع ، فإنه غير سار بالنسبة إلى .

م : هذا بالضبط ما أود أن أشجعك عليه ، وهو أن تضعي الميزان بعيداً الآن . إن

الطريقة التي ننظر بها إلى الوزن هي أنه منتج نهائي يتأثر بعدد من

المتغيرات - وأثناء دورتك الشهرية ، في أي وقت من اليوم كانت ، هل

تناولت الكثير من الأطعمة المالحة بالأمس ، كم من التمارين تمارسيتها ،

وهلم جرا . نتيجة لذلك ، يتغير وزنك ما بين صعود ونزول لعدة ارطال ،

وهذا طبيعي وصحي ولكن بالنسبة لك فإنه مؤشر خطر . وأحد أهداف

العلاج هنا هو أن تشعرى بالارتياح أكثر لوزنك والتغيرات التي لا يمكن

تجنبها . وعند البدء بعمل بعض التغييرات في أكلك ، أود أن أزنك هنا ؛

حتى أتمكن من متابعة ما يحدث لوزنك ومناقشة ذلك . وعندما يكون

وزنك في المعدل الطبيعي ، وترتاحين من أكلك ووزنك ، سنقوم بوضع هذا

النظام لديك بالمنزل . هل تعتقدين أنك قادرة على التخلي عن الميزان في

الفترة الحالية ؟

ك : سأحاول .

م : حسناً ، لنرجع إلى النقطة الأولى ، الآن نحن نعرف أن أحد المواقف عالية الخطورة هو عندما تزنين نفسك ؛ لأن ذلك من شأنه أن يثير نوبة من الإفراط في الأكل والشرب .

ك : نعم ، أعتقد أن ذلك صحيحاً .

م : هذا نموذج نود أن نكمّله معاً الآن . وسأطلب منك أن تكمليه كواجب منزلي لجلستك القادمة . ما نود أن نفعله هنا هو أن نضع قائمة بالمواقف ، التي تشعرين أنه من المستحيل أن تقاومي خلالها إغراء الإفراط في الأكل والشرب ، والمواقف التي يمكنك أن تقاومي خلالها إغراء الإفراط في الأكل والشرب ، والمواقف التي يمكن أن تدخل في الاحتمالين . عندما تزنين نفسك على سبيل المثال ، إلى أي مدى يمكن أن يثير ذلك نوبة من الإفراط في الأكل والشرب ؟

ك : أوه ، غالباً نصف الوقت .

م : حسناً ، إننا سنضع هذا الموقف هنا ٥٠/٥٠ ، والآن ماذا عن الأسبوع الماضي ، ما المواقف التي أثارت لديك نوبات من الإفراط في الأكل والشرب ؟

ك : حسناً ، أنا دائماً أفرط بالأكل والشرب عندما أعود للمنزل من العمل ، وقبل أن يأتي زوجي للمنزل .

العواقب اللاحقة		العواقب الحالية		
سلبية	إيجابية	سلبية	إيجابية	
				لو توقفت عن حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ
				لو استمررت في حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ .

شكل (٢ - ٧) نموذج توضيحي للمدرج الهرمي للخطورة العالية .

م : فى الغالب دائماً - هل يعنى ذلك ٧٥ ٪ من الوقت ، أم أكثر أو أقل ؟

ك : غالباً ثلاثة ليال من أصل خمس ليال .

م : حسناً ، إذا سيكون هذا بالمعدل نفسه الذى ذكرناه ، وماذا عن الموقف الذى يثير دائماً لديك نوبة من الإفراط فى الأكل والشرب ؟

ك : إذا تشاجرت مع زوجى لدرجة تجعله يغادر المنزل .

م : إذا يوضع هذا الموقف هنا ، وماذا عن الموقف الذى لا يثير لديك إفراط بالأكل والشرب ؟

ك : أنا لا أفرط بالأكل والشرب ، عندما أكون فى مطعم مع بعض الأصدقاء - لأننى أعرف أنه لا يمكننى التقيؤ بعدها .

م : حسناً ، إذا لدينا بعض الأمثلة الآن . ما أود منك فعله كواجب منزلى هو إكمال هذا النموذج . ضعى ثلاثة أو أربعة مواقف فى كل عامود ، ويكون ذلك لكل من حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ ، وعندما نتقابل فى المرة القادمة سنراجع النموذج سوياً .

وبالإضافة إلى تعرف المواقف عالية الخطورة ، أود منك الإشارة إلى مدى قيامك بالإفراط فى الأكل والشرب والتقيؤ كل يوم ، وذلك باستعمال هذه المذكرة الخاصة بنوبات الإفراط فى الأكل والشرب والتقيؤ . هذه المراقبة اليومية مهمة جداً ، لأنها ستساعدنا على متابعة مدى تكرار نوبات الإفراط فى الأكل والشرب والتقيؤ ، ونحن نتقدم بالعلاج . سيكون من المفيد مبدئياً تعرف هذه النوبات ؛ حتى نتمكن من مناقشة ما يحدث فى الأوقات التى تفرطين فيها فى الأكل والشرب وتقيئين . وبالتالي نتعرف هذه الصيغ ، والمواقف عالية الخطورة . ونحن نحاول عمل تعديلات فى أكلك ، سيكون من الضرورى أن نراقب ما يحدث لإفراطك بالأكل والشرب ؛ لأن ذلك سيمكننا من تعرف التدخلات الفعالة واستمرارية المشاكل الأخرى .

ويعتبر الوقت الحالى مناسباً جداً لى ؛ لكى تؤكد لك أهمية الواجبات المنزلية؛ سيتوجب عليك عمل بعض الواجبات المنزلية خلال الجلسات ، والتى ستزودنا بالمعلومات المهمة بخصوص مشاكلك المتعلقة بحفلات اغتراف الطعام والتقيؤ . سيتوجب عليك أحياناً كتابة بعض الأشياء ، وأحياناً أخرى سيتوجب

عليك تجربة بعض الأنماط السلوكية . ومن المهم حقاً أن تؤدي واجباتك المنزلية ، وقد تكون بعض المهام صعبة ، ولكني أريدك أن تبذلي قصارى جهدك ، سنقوم بمناقشة أى مشاكل تواجهينها أثناء هذه الفترة .

والشيء الأخير الذى أريدك أن تفعلينه اليوم ، هو قراءة ورقتين سأعطيهم لك واحدة بخصوص التقنيو وسوء استعمال الميلينات ، والأخرى بخصوص أكل مجموعة من المأكولات بما فيها الدهون والكربوهيدرات فى نظام الأكل الخاص بك . وعندما نتقابل فى المرة القادمة ، سنقوم بمناقشة هذه الأوراق .

الواجبات المنزلية :

- ١ - إكمال نموذج سلم المخاطر العالية .
- ٢ - قراءة الأوراق .
- ٣ - إكمال المذكرات اليومية بخصوص حفلات اغتراف الطعام والتقنيو .

الجلسة الثانية

الأهداف

- ١ - مراجعة الواجبات المنزلية .
 - أ - توفير تغذية رجعية (عائد) إيجابية .
 - ب - سؤال المريضة عن صيغ ردود الفعل المتعلقة بالمراقبة الذاتية .
 - ج - التركيز على أهمية الواجبات المنزلية إذا دعت الحاجة .
- ٢ - مراجعة نموذج هيكل المخاطر العالية لحفلات اغتراف الطعام والتقنيو .
- ٣ - الكشف عن ردود فعل المريضة تجاه وزنها ، والتركيز على أهمية تحديد عدد المرات التى تزن فيها المريضة نفسها .

مقتطفات مختارة

المعالج : حسناً إن وزنك اليوم ١٣٦ رطلا . (كان وزن المريضة ١٣٥ ، بزيادة رطل واحد) .

ماذا تعتدين ؟ وماذا تشعرين حيال ذلك ؟

كلير : فظيع . يجب أن أنقص وزني تقريباً بمعدل ١٠ أرطال على الأقل، وهذا يجعلني أشعر بتحسن أفضل .

م : يجعلك تشعرين بارتياح أفضل ؟

ك : نعم ، فعندما يصل وزني إلى هذا الحد ، أشعر بأنني سميئة وأنني فاشلة .

م : هل تعتقدين أنك سميئة وتعتقدين أنك فاشلة لأنك تزنين ١٣٦ رطلا ، ويبدو أن ذلك يجعلك تشعرين بالإحباط ، ويمكن بالغضب ويمكن بالحزن . عندما نعمل على مثل هذه النقاط سأحاول مساعدتك على توضيح ما إذا كنا نتكلم عن الأفكار أو المشاعر . مؤكداً أنهما مترابطان ، ولكن بينما نحاول التمييز بين ما يجري هنا في أكلك ، نود أن نعرف ما إذا كانت المشكلة تتبع من أفكارك أو مشاعرك أو من الاثنين معاً .

أود أن أشجعك على عدم الحكم على وزنك إلى أن تتمكني من التحكم في أكلك . وحتى ذلك الحين من المستحيل علينا أن نعرف أين سيستقر وزنك . أيضاً ، وكما ذكرت في الأسبوع الماضي ، أن وزن كل واحد يتذبذب بعض الأحيان . أود أن أشجعك على التفكير بوزنك على أنه يتأرجح في ٥ أرطال وليس على أنه رقم محدد . بمعنى آخر ، بدلاً من التفكير في أن وزنك ١٣٦ رطلا ، فكري في أنه يتراوح من ١٣٤ إلى ١٣٩ رطلا . وأي شيء في هذا المدى لا يعد تغييراً مهماً في الوزن .

ك : ليس من السهل عمل ذلك ، أخشى أنني سأستمر في اكتساب مزيد من الوزن .

م : أعرف أن ذلك صعب ، ولكن دعينا نتذكر أن زيادة رطل واحد ليست مثل زيادة ٢٥ رطلا - نحن نطلق على ذلك أسم «التضخيم» ، عندما نعطي المزيد من الأهمية لشيء لا يستحق ذلك .

ك : أعرف ما تعني ، ولكن من الصعب عليّ تذكر ذلك طوال الوقت .

م : حسناً هذا هو الوقت المناسب للتحدث عن الأوراق المتعلقة بالتقيؤ وسوء استعمال المليينات والأخرى المتعلقة بالدهون والكربوهيدرات . باعتقادي أن القوة التي تدفعك إلى التقيؤ هي أنك غير سعيدة بوزنك ، وأنت تحاولين مواجهة الإفراط في الأكل والشرب . ما رأيك في الأوراق المتعلقة بذلك ؟

تصف الأوراق العواقب الضارة للتقيؤ وسوء استعمال الميلينات ، وتشرح كيف أن هذه السلوكيات التعويضية تفشل في الواقع في مساعدة الأفراد على التحكم والسيطرة على وزنهم بفعالية . وتشرح الدورة الموضوعية أنه يتم استخدام التقيؤ عند كثير من الناس ؛ لأنهم يريدون معاكسة الإفراط في الأكل والشرب لانزال وزنهم ، ولكن ما يحدث هو العكس بالضبط . عندما يتقيأ الأفراد أو يستعملوا الميلينات بشكل منتظم ، فهم يميلون إلى الأكل بشكل أكبر ؛ لأنهم يصبحون تحت الاعتقاد الضاغظ أنهم قادرين على التخلص من كل السعرات الحرارية . نتيجة لذلك ، ينتهي المطاف بهم إلى استهلاك مزيد من السعرات الحرارية ، أكثر من الوضع لو كانوا لم يتقيؤوا أو لم يستعملوا الميلينات .

ك : ذلك منطقي على الرغم من أنني اعتقدت أنني أجد صعوبة كبيرة في الاعتقاد بأن وزني لن يزداد لو توقفت .

م : أنا متأكد من ذلك ؛ فقد كنت تفرطين في الأكل والشرب والتقيؤ لمدة ثماني سنوات . سلقوم بعمل بعض التغييرات لأكلك بمعدل تدريجي ، تستطيعين مجاراته ؛ حتى تتمكني من اكتشاف الحقيقة بنفسك . وأود أن أؤكد لك أننا سنتقدم ببطء وسنستمر في مراقبة وزنك ، وأكلك بشكل حثيث ؛ حتى تتمكنين من الحصول على البيانات الخاصة بك عند عمل التغييرات .

لننظر إلى النموذج الهرمي للمخاطر ذات الدرجة العالية ، والتي أكملتها كواجب منزلي للتوصل إلى الطريقة التي تتبعينها في أكلك - وما عادات الأكل المرتبطة بهذا الوزن .

تتواصل الجلسة الثانية من حيث انتهت الجلسة الأولى بهرم المخاطر العالية . ويجب على المعالج والمريضة مراجعة كل المواقف على حدة ، بهدف ترجمة العوامل المختلفة عندما تفرط المريضة بالأكل والشرب وتقيأ ، وعندما لا تفعل ذلك . وأحد الأهداف الرئيسية لهذا التدخل التقليل من المؤشرات ، التي تفيد أن لدى المريض شره عصبي من خلال الإشارة إلى أنها لا تفرط في الأكل والشرب أو لا تتقيأ بشكل مستمر .

م : إذاً أحد الأشياء التي نراها أنك لست دائماً غير قادرة على التحكم بسلوكك على الدوام ، فهناك مواقف عديدة لا علاقة لها بالإفراط في الأكل والشرب والتقيؤ بالنسبة إليك . هذا مهم لأنه بالنسبة للكثير من النساء ،

الذين يرون أنهم شرهات عصبياً ، يظنون أن كل طرق أكلهم خارجة عن نطاق سيطرتهم . وهذه مشاكل التعميم من حيث النظرة أو التصنيف ، بمعنى آخر أننا فى كثير من الأحيان نجد أن طريقة تفكير الفرد بخصوص بعض الأشياء يمكن أن تساهم فى خلق المشاكل .

وقد عرفت بقائمتك هنا عديداً من المواقف ذات الصلة بالإفراط فى الأكل والشرب والتقيؤ بالنسبة إليك . ما المثيرات العاطفية بالنسبة إليك ؟

ك : فى كثير من الأحيان عندما أكون محبطة أو غاضبة ، أخفي هذه المشاعر بداخلى ، وأبدأ باعتراف الطعام والتقيؤ عندما أكون وحدي . وهذا ما يحدث مع زوجى فى مرات عديدة ، عندما يقوم بفعل شئ يثير جنونى ، ولكننى لا أقول له شيئاً .

م : هذا يذكرنى بما قلته بالجلسة السابقة من أنك يجب ألا تغضبى أو تحبطى بخصوص كل الخطوات ، التي ستمرين بها قبل البدء بالعلاج . هل هذا ما يحدث مع الناس الآخرين أن يخفون مشاعرهم ؛ لكي لا يغضبوا أو يشعروا بإحساس معين ؟

ك : نعم ، هذا يحدث طول الوقت . أظن أن أمى دائماً ما تقول لي ألا أغضب عندما انفصلت هى عن والدى ، وألا أغضب من أى شئ لن يفيدنى شيئاً ، وألا أكون سعيدة بما أملكه من أشياء .

م : إذا ما تصفينه هو كيف تولد لديك الاعتقاد بأنه لا يجب أن تشعرى بأحاسيس معينة وتحديداً بالغضب . وهذا مثال ممتاز يوضح كيف أن ماضينا يشكل طريقة تفكيرنا فى الأشياء فى حياتنا الحالية . وبدلاً من التركيز على كيف تعلمت التفكير بخصوص الأشياء بطريقة معينة ، سنطرح سؤالاً : ما إذا كانت الطريقة التي تفكرين بها فى الأشياء تدعمها خبراتك الحالية وما إذا كانت مناسبة لك الآن أم لا ؟

لديك توجه أنك يجب ألا تعبري عن غضبك ؛ لأن ذلك لن يفيدك ، ولكن انظري لما يحدث عندما لا تعبرين عن غضبك ، هل يفيدك ذلك ؟

ك : لا أعتقد أنه يفيدنى ، وأنا غير متأكدة كيف لي أن أغير ذلك الآن .

م : سنتكلم عن ذلك ، ولكن ما أود أن تفعليه للجلسة التالية هو أن تصيفي لهذه

القائمة للمخاطر من الدرجة العالية بعض الحالات العاطفية - ما الحالات العاطفية المرتبطة بشكل كبير أو بشكل عادي بمثيرات اغتراف الطعام والتقيؤ بالنسبة لك ؟ وأضيفي للمواقف التي وضعتها بالقائمة وصفاً لما تشعرين به في مثل هذه المواقف .

وآخر شيء أود أن تفعليه هو أن تكلمي ما نطلق عليه نموذج تحليل القرار ، سيساعدنا هذا النموذج على فهم سبب رغبتك في تغيير سلوكك ، كما سوف يشير إلي النقاط التي تتدخل في قدرتك على إنهاء الشره العصبى بنفسك .

في العامود الأول ، يجب عليك وضع العواقب الإيجابية قصيرة المدى للتوقف عن الإفراط في الأكل والشرب . وفي العامود الثاني ضعى العواقب السلبية قصيرة المدى ، وفي العامود الثالث عليك وضع العواقب الإيجابية طويلة المدى ، وفي العامود الرابع ضعى العواقب السلبية طويلة المدى . وفي ظهر النموذج ضعى قائمة بعواقب استمرار اغتراف الطعام والتقيؤ .

اجتهدى قدر استطاعتك وسنراجع هذه القوائم فى الجلسة القادمة .

العواقب اللاحقة		العواقب الحالية		
سلبية	إيجابية	سلبية	إيجابية	
				لو توقفت عن حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ
				لو استمررت فى حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ .

(شكل ٣ - ٧) : نموذج تحليل اتخاذ القرار .

«منع الانتكاس : المنطق النظري ومراجعة شاملة للنموذج» بواسطة G.A.Marlatt,

1985 في منع الانتكاس : أساليب المحافظة على العلاج للسلوكيات المدمنة . G.A. Marlatt &

R. Gordon, Eds ص. ٥٨ نيويورك مطبعة جيلفورد . حقوق الطبع محفوظة لسنة ١٩٨٥

بواسطة مطبعة جيلفورد ، وتم اقتباسها بتصريح .

الواجبات المنزلية :

- ١ - التوسع فى نموذج قوائم المخاطر عالية الخطورة .
- ٢ - إكمال نموذج تحليل القرار .
- ٣ - إكمال المذكرات اليومية .

الجلسة الثالثة :

الأهداف

- ١ - مراجعة الواجبات المنزلية .
- ٢ - تقييم الأفكار غير الفاعلة :

أ - ربط الأفكار والمشاعر والسلوكيات ، كما هى موضحة بواسطة
المواقف ٥٠/٥٠ على نموذج مخطط المخاطر العالية .

ب - تعرف الوظائف المعرفية غير الفاعلة . يعطى المريضة قائمة
بالوظائف المعرفية غير الفاعلة ، ويطلب منها توفير أمثلة
بالوظائف المعرفية المختارة ، ويفضل من الأسبوع الماضى .

ج - توضيح مبادئ أساليب التفكير الفاعل ، وغير الفاعل مقابل
التفكير غير المنطقى ، أو المجنون ، (أى ، هل هذه الأفكار تعمل
لصالحك أو ضدك؟) .

مقتطفات مختارة

كلير : كانت الأيام القليلة الماضية صعبة بالفعل ، فقد بدأت بالإفراط فى الأكل
والشرب يوم الخميس عندما وصلت إلى البيت ، وقد انتهى ذلك لأننى
خلدت إلى النوم .

كان زوجى فى الخارج فى رحلة عمل طوال الأسبوع . وقد واجهت مشكلة
كبيرة كونى فى المنزل وحدى هكذا ؛ خاصة أننى كنت مضطربة بسبب
العمل .

المعالج : إذا يعتبر هذا موقفاً آخر عالى الخطورة .

ك : نعم ، كان لدى شعور سيئ بخصوص العمل ، كانت رئيستى بالعمل

محبطة بشأنى لأننى لم أحضر لها التقرير المطلوب منى فى الموعد المحدد. كنت أعرف أنها على حق ، أعنى أننى قضيت نصف اليوم السابق لتقديم التقرير وأنا أفراط بالأكل والشرب والتقيؤ فى العمل . كنت قلقة بخصوص إنهاء التقرير بالشكل الصحيح ولكننى أنهيته متأخرة يوماً كاملاً .

م : حسناً ، الآن نعرف أن الشعور بالقلق حالة شعورية أخرى تثيرك للإفراط بالأكل والشرب .

ك : نعم ، هذه حالة كبيرة ورئيسية .

م : لننظر إلى نموذج المخاطر العالية لبعض الوقت للمرور على المشاعر الأخرى ، التى تربطونها مع هذه النوبات ، وبعدها ننظر أيها تنطبق على هذه النوبة الأخيرة . حسناً ، لقد دونت هنا أنك عندما تغضبين وتكتئبين هناك خطورة كبيرة أنك ستفترطين بالأكل والشرب وتتقيئين . وكتبت أنك عندما تكونين هادئة وسعيدة لا تفترطين بالأكل والشرب ولا تتقيئين . كتبت أيضاً أنك عندما تشعرين أن على زوجك أن يمكث فى البيت لفترة أطول ، يمكن أن يحدث الاحتمالين : الإفراط أو عدم الإفراط فى الأكل . والشعور أن على زوجك البقاء فى المنزل لفترات أطول، هى بالحقيقة فكرة فأنت تعتقدين أنه على زوجك أن يمكث بالمنزل لفترات أطول ، وعندما لا يكون فى المنزل فأنت تشعرين أنك

ك : وحيدة ويتم تجاهلى . أعنى أنه لو يحبنى ، كان سيبدل المزيد من الجهد . لا أعرف هو يقول أنه يفعل ذلك من أجلنا . نحن نحاول توفير المال لنشترى منزلاً وبقية الأشياء ، ولكن فى كثير من الأوقات ، يفضل أن يكون بالعمل على أن يكون معى .

م : هل هذا أحد الأسباب التى أدت بك إلى النوبة الأخيرة من اغتراف الطعام؟

ك : نعم . أعتقد أنه لو كان السبب هو فقط أو عملى ، لكنت قادرة على التكيف ، ولكننى لا أستطيع التعامل مع الاثنين فى آن واحد .

م : حسناً ، دعينا ننظر للموقف ، ونتعرف طريقة تفكيرك بكل شىء ، ونحاول أن نفهم كيف يمكن لطريقة تفكيرك أن تساهم فى صعوبة الموقف .

فيما يخص العمل ، فقد قلت إنك شعرت بالقلق الشديد للانتهاء من العمل الموكل إليك بالشكل الصحيح إلى الدرجة ، التي جعلتك تفرطين بالأكل والشرب والتقيؤ ، لماذا كان هذا ؟

ك : اعتقد أنني أميل إلى الكمال بعملى . يجب أن أعمل الأشياء بشكل متكامل ، أو اعتقد أنها لا تستحق العناية بالمرّة . وعن هذا التقرير لرئيستى ... لم تكن لدى كل المعلومات التي أحتاجها لإنجاز التقرير بالشكل الصحيح ؛ لهذا ظلت أوجل حتى اليوم قبل موعد تسليمه ، ومن ثم بدأت بالإفراط في الأكل والشرب والتقيؤ ، ومكثت هناك حتى منتصف الليل أحاول إنهاء التقرير .

م : إذا كان هناك نوبتان من الإفراط في الأكل والشرب : واحدة قبل تسليمك التقرير ، والثانية في الليلة التي كنت فيها بالمنزل بعد تسليمك التقرير ، صحيح ؟

ك : نعم .

م : بماذا كنت تفكرين أيضا ، عندما انتابتك نوبة الإفراط في الأكل والشرب في العمل ؟

ك : شعرت أنني في غاية الفشل ؛ لأننى لم أستطيع عمل أى شيء بالطريقة الصحيحة .

م : لقد شعرت أنك في غاية الفشل . ماذا تعنين عندما تقولين أنك لم تستطعي عمل أى شيء بالطريقة الصحيحة ؟

ك : أنت تعرف ما يتعلق بالتقرير .

م : لقد قلت أنه لم تتوفر لديك جميع المعلومات ، ولكن هل كانت لديك المعلومات الكافية لتكلمى بعض من هذا التقرير ؟

ك : نعم ، كانت هناك أربعة أجزاء للتقرير ، وكانت المعلومات المفقودة تخص الجزء الثالث .

م : إذا في الحقيقة أنه كانت لديك معظم المعلومات المطلوبة لعمل التقرير ، ولكن بسبب عدم توفر بعض المعلومات للجزء الثالث ، شعرت أنك لن تكونى قادرة على عمل الجزء الثالث بشكل متكامل ، وشعرت بعدم الكفاءة .

ك : نعم .

م : وأنت تصفين هذا الموقف لى ، لاحظت أن هناك طرقاً تفكرين بها فى المواقف ، والتي تجعل من هذه المواقف أكثر صعوبة لك . كلنا لدينا قواعد نتحكم فى طرق تفكيرنا بالعالم وبأنفسنا وتجاربنا عن العالم . بعض هذه القواعد أو الأفكار تلقائية لدرجة أننا لا ندرك أنها لدينا أو أنها تؤثر علينا . بعض العمل الذى سنقوم به معاً هو تعرف الأفكار التلقائية التى لديك ، والتي يمكن أن تساهم فى مشاكل الشره العصبى ، ونطلق على هذه الأفكار ، الأفكار غير الفاعلة ، أو التشويه المعرفى .

هناك كثير من الأفكار التلقائية الصحية والقابلة للتكيف والضرورية لتفاعلنا اليومى ، خذى على سبيل المثال تعلم كيفية قيادة الدراجة . عندما تتعلمين للمرة الأولى كيفية قيادة الدراجة ، يجب عليك التفكير بكل التفاصيل : كيف تمسكين بالمقود ، وكيف تتوقفين ، وكيف تنزنين ، وأين يجب التركيز والنظر ، وهلم جرا . حالما تتعلمين كيفية القيادة ، لا تفكرين بهذه الأشياء بتركيز ، فهى تأتى بشكل تلقائى . مثلاً يمكن أن تفكرى بالصديق ، الذى أنت فى الطريق لزيارته فتركبين الدراجة وتبدئين بالقيادة ، دون التركيز على الطريقة الفنية لقيادة الدراجة . وهذا النوع من التفكير التلقائى تكيفى جداً ؛ فهو يسمح لك بتعلم شىء ، ثم الانتقال إلى تعلم وعمل الأشياء الأخرى .

ولكن فى بعض الأحيان لا تكون الأفكار التلقائية فاعلة ، وهذه هى الأفكار غير الفاعلة أو التشويه المعرفى . لن نركز كثيراً على الطريقة التى توصلت بها إلى التفكير عن الأشياء بشكل معين ، ولكن المهم هو تأثير هذه الأفكار غير الفاعلة على حياتك الحالية . يجب علينا تقييم هذه الأفكار ، وأن نضع فى عين الاعتبار مقدار الدعم الذى تحظى به فى حياتك الحالية ، وما إذا كانت هناك طرق تكيفية أخرى للتفكير بنفسك وبالمواقف التى تجدين نفسك فيها .

من المهم أن يظل فى بالك ، ونحن خلال هذه الجلسة ، أنه عندما نتكلم عن الأفكار غير الفاعلة والتشويه المعرفى [انظر جدول ٧-٢] ، فنحن لا نطلق على الشخص أنه غير منطقى أو مجنون . وعلى الرغم أنه من الصعب على بعض الناس تتبع تاريخ كيفية توصلهم للتفكير فى شىء معين بشكل معين ، فالكثير من الناس يعرفون مباشرة لماذا يفكرون بأشكال معينة . تقليدياً فالناس

مروا بتجارب معينة ، ونظروا إليها بطريقة معينة ، أو قيل لهم إن بعض الأشياء تنمو ، وتجعلهم يفكرون فى العالم بهذه الطريقة أو بطريقة أخرى ، أنت لست مجنونة لأن لديك أفكاراً معينة . الفكرة هى هل تفيدك هذه الأفكار ؟ ومن ضمن كل الأفكار التلقائية التى تتحكم وتؤثر على سلوكياتنا أيها تعتبر دقيقة ، ومفيدة وقابلة للتكيف ، وأيها غير فاعلة بحيث أنها تكون مدعومة بواقعك الحالى ، وتساهم فقط بجعل مثل هذه المواقف أكثر صعوبة .

بالرجوع إلى حالة الإفراط فى الأكل والشرب التى مررت بها فى العمل ، قلت إنك إما أن تعملى الأشياء بشكل متكامل وإلا فلا . وهذا مثال على التفكير من نوع إما الكل أو لا شئى ، يجب أن يكون العمل متكاملأ ١٠٠ ٪ ، أو أنه لا يستحق العناية .

كما أنك أطلقت على نفسك «الفشل الكامل» ، وهذا مثال آخر من التفكير من نوع الكل أو لا شئى ، وهو أيضاً مثال على تصنيف نفسك .

لنقرأ معاً كل من هذه التشوهات المعرفية . هذه هى عشر صيغ من التفكير يمكن أن تشكل لك الكثير من المشاكل ، والتى نلاحظها مع الأفراد الذين يعانون من الشره العصبى . يمكن أن تميزى بعض هذه الصيغ من الأفكار بنفسك فى الحال . ويمكن أن يكون البعض الآخر لا يصفك بالمرة . وما نود أن نفعله على امتداد الأسابيع القليلة القادمة ، هو تعرف أياً منها ينطبق عليك ، وماذا يعنى ذلك لشركهك العصبى .

مع مرور الوقت يكون هدفنا تحدى الأفكار غير الفاعلة التى تتعرفينها ، ونحاول بناء طرق تكيفية أكثر للتفكير بالأشياء . لم تحدث مشاكلك بالشره العصبى فى فترة قصيرة ، ولم تبدئى التفكير فى شكل غير فاعل فجأة . وبالمثل سيكون التعرف والتغلب على الأفكار غير الفاعلة لعدم تعلم أو إعادة تدريب الأفكار والمشاعر والسلوكيات ، التى تقودك إلى الشره العصبى ، وتبقيك فيه . أريدك أن تفكرى بمثال واحد على الأقل لكل من التشوهات المعرفية الخمس بالقائمة ، فى الوقت الممتد من الآن إلى الجلسة التالية . وأيضاً عندما تفكرين فى نوبات الإفراط فى الأكل والشرب والتقيؤ ، التى عانيت منها فى الأسبوع الماضى ، أريدك أن تضعى اهتمامك فى ما إذا كنت تفكرين قبل أن تبدأى النوبة . انظرى إذا كنت قادرة على تعرف قائمة الأفكار غير الفاعلة التى ساهمت فى إثارة هذه

النوبة . بعد التفكير في النوبات السابقة ، حاولى تعرف الأفكار غير الفاعلة ، التى ظهرت قبل نوبات الإفراط فى الأكل والشرب والتقيؤ ، من الآن وإلى المرة القادمة التى سنلتقى بها . وسنراجعها معاً فى المرة القادمة .

الواجبات المنزلية

١ - إحضار مثال واحد على الأقل لكل فكرة من الأفكار الثلاثة الأول غير الفاعلة .

٢ - محاولة تعرف الأفكار غير الفاعلة المرتبطة بنوبات اغتراف الطعام والتقيؤ من الأسبوع الماضى ، خلال الأسبوع الحالى .

٣ - استكمال تدوين ملاحظات الأكل لنوبات اغتراف الطعام والتقيؤ .

جدول (٧-٢)

أمثلة عن التفكير غير الفاعل المشار إليه فى العلاج المعرفى السلوكى .

١ - التفكير الثنائى (الكل أو لا شىء) :

التعليق على الأشياء باعتبارها أسود أو أبيض . لا توجد هناك ظلال رمادية أو حلول وسطية . يكون المريض إما بكامل السيطرة أو غير مسيطر على الوضع على الإطلاق : يكون الأكل إما «جيد» أو «سئ» .

٢ - الاستنتاج غير المدعم :

القدرة على التوصل إلى استنتاجات بغياب الدليل المدعم والثابت ، أو عندما يكون الدليل غير مدعم .

٣ - الإفراط فى التعميم :

القدرة على التوصل إلى استنتاجات معمة من حدث معين ، وربط هذا الحدث الوحيد بشكل غير مناسب بعدد من المواقف .

٤ - التضخيم أو التصغير :

القدرة على تقييم أهمية الأشياء بشكل خاطئ . تقوم المريضة تقليدياً بالمبالغة فى جمال النساء الأخريات ، والتقليل من شأن نفسها وجاذبيتها .

٥ - الوقع على النفس :

القدرة على لوم النفس للأحداث السلبية الخارجية ، عندما لا يكون هناك أساس لمثل هذا الربط .

٦ - التجريد الانتخاى :

القدرة على التركيز بشكل خاص على تفاصيل محددة ، وتجاهل كثير من المعلومات الدقيقة والمهمة .

ملاحظة : من Beck, Rush, Shaw, and Emery (١٩٧٩ ، ص.١٤) حقوق الطبع

١٩٧٩ بواسطة Aaron T. Beck, A. John Rush, Brian F. Shaw, and Gary Emery
بتصريح للنشر .

الجلسة الرابعة

الأهداف

١ - مراجعة الواجبات المنزلية .

أ - توفير تغذية رجعية (عائد) إيجابية .

ب - مناقشة الأمثلة عن أول الأفكار الثلاثة غير الفاعلة .

٢ - تعرف وتوفير أمثلة للمزيد من التفكير غير الفاعل من الأسبوع
الماضى .

٣ - تقديم التحديات للأفكار غير الفاعلة .

أ - فحص عملية التعرف ، وتصنيف اختبار الفكرة والواقع : هل هذا
حقيقى ؟ ما دليلى على هذه الفكرة ؟ تشكيل تحدى تكيفى ، وفاعل
لمحاربة الأفكار غير الفاعلة .

فى الجلسة الثالثة لم يكن هناك وقت للمعالج لمراجعة نموذج تحليل
القرارات مع المريضة . ومن المهم عمل ذلك خلال واحدة من الجلسات القادمة ؛
نظراً لأهمية المعلومات المأخوذة من النموذج ، ولدعم وتقدير مجهودات المريضة
على إكمال واجباتها المنزلية . وعندما لا يتوفر القدر الكافى من الوقت لمراجعة
الواجبات فى الجلسة التى أعدت من أجلها ، فمن المهم أن نقر بأهمية ذلك

للمريضة ، والتركيز على مراجعة مثل هذه الواجبات بأسرع وقت ممكن .

مقتطفات مختارة

تم وزن المريضة وهي في طريقها إلى مكتب المعالج قبل بداية الجلسة الرابعة ، وكان وزنها ١٣٥ رطلا .

المعالج : ما شعورك حيال وزنك اليوم ؟

كلير : لا زلت أشعر أنني سمينة . أكره النظر إلى نفسي بالمرآة ، أو حتى عندما آخذ حماماً أشعر بالغثيان .

م : تشعرين بالغثيان . . .

ك : نعم أعنى أنني أرى كل النساء الجميلات يمشين في الشارع ، ولا أستطيع المقارنة ، أعنى أنظر إلى ، يقول زوجي أنه يحب جسمي ويحبني بالشكل الذي أنا عليه ولكنني لا أصدقه . أعنى أن هناك عديداً من النساء اللاتي يعمل معهن بالعمل ، وهن أصغر سناً وأجمل مني ، كيف له أن يجدني جذابة ؟ سأشعر بتحسن أكبر عن نفسي لو فقدت عشرة أرطال أخرى ، ولكن مهما حاولت مع نظام الحمية يبدو أنني أفسد الأمر خلال أيام قليلة .

م : ماذا تعنين عندما تقولين أنك تفسدين الأمر ؟ كيف يحدث ذلك ؟

ك : أنت تعرف أنني أبدأ بالحمية وأبدو بحالة جيدة . أتناول بشكل جيد الأطعمة الصحية ، وعادة ما أتناول الفواكه على الإفطار ، ووجبة الغداء مليئة بالألياف ووجبة العشاء غير مسمنة مثل السمك أو الخضروات الصينية . أشعر بالسعادة لو التزمت بهذا النظام ، ولكنه لا يدوم طويلاً . دائماً ما تكون هناك حفلات أدعى لها أو مناسبات في العمل أو أى شيء آخر . وينتهي بي المطاف بأكل الكثير من الكعك أو الخبز ، ثم يتحول الأمر إلى إفراط بالأكل والشرب .

م : إذا الفكرة أنك تريدين أن تطبقي نظام الحمية بشكل مثالي ، وأن تكوني مثالية بالتطبيق يعنى أن تلتزمي بنظام صارم من الحمية دون وضع أى استثناء . لا كعك ولا خبز ، وإن أكلت أى من هذه الأطعمة فقد أفسدت نظام الحمية وفسلت .

ك : نعم .

م : يبدو ذلك قاسياً بالنسبة لى .

ك : إذا كيف لى أن أفقد هذا الوزن ؟ أنا أعرف نفسي ، لا أستطيع تناول القليل من هذه الأطعمة ، وحتى لو تناولت قُصمة صغيرة فإننى أريد المزيد . من الأفضل لى ألا أتناول أى منها .

م : لست متأكداً من ذلك . انظرى ما يحدث عندما تحاولين تجنب هذه الأطعمة تماماً فأنت تحدين من نظام الحمية ، وينتهى بك المطاف بالشعور بالحرمان ، وعندها ستبدئين باغتراف الطعام والتقيؤ ، لو أكلت شيئاً مما هو ممنوع عليك . انظرى إلى وزنك أيضاً ؛ حيث إنه على مدى الثمانى سنوات الماضية ازداد بشكل مستقر إلى أن وصلت إلى وضعك الحالى .

ك : كل ما أعرفه أنتى لو تناولت هذه الأطعمة ، فسأصاب بالتخمة .

م : أنا أعتقد عكس ذلك . طالما أن هذه الأطعمة ممنوعة فسوف تواجهين مشاكل تتعلق بوزنك وأكلك ، ونحن لسنا على استعداد لعمل ذلك الآن ، ولكن أثناء العلاج سأقوم بتشجيعك والعمل معك ؛ لتحدى بعض هذه الأفكار التلقائية المتعلقة بالوزن والأكل .

وقبل أن نصل إلى تلك المرحلة ، لنرجع لبضعة دقائق لنماذج هرم المخاطر العليا ونماذج تحليل القرارات . ما نعرفه حتى الآن أن هناك مواقف داخلية شخصية معينة وحالات عاطفية ، والتي تواجهين صعوبة فى التأقلم معها وتكون مرتبطة بإثارة حالة من الإفراط فى الأكل والشرب . ما نعرفه أيضاً من اليوم أن هناك أفكاراً محددة لديك عن جسمك وعن الأكل وطرق معينة لأكلك ، والتي تضعك فى موقف خطير يتسبب فى اغتراف الطعام والتقيؤ .

الآن ، لنرجع إلى نموذج تحليل القرار ، ونتعرف مدى تأثير الشره العصبى من حيث حل هذه المشاكل ، ودعينا نتعرف المشاكل التى تتولد جراء ذلك . بمعنى آخر ، اغتراف الطعام والتقيؤ يفعل شيئاً لك ، وإلا لما كنت تمرين بمثل هذه التجارب . ولننظر هنا فى نموذج تحليل القرار لنرى ماذا وضعت بقائمة العواقب السلبية على المدى القصير والمدى الطويل للتوقف عن اغتراف الطعام والتقيؤ ؟ ماذا ستخسرين ؟ ماذا سيكون أصعب عليك لو توقفت عن هذا السلوك ؟ (تراجع الإجابات) .

ك : (وهي تراجع القائمة) حسناً ، هناك شيء مؤكد وقد اكتبته هنا ، وهو أنني أخشى أن يزيد وزني ، وأخشى أن أحرم من أكل طعامي المفضل مرة أخرى. وشيء آخر هو أنني سأضطرب للتعامل مع بعض المشاكل التي أتجلبها في علاقاتي .

م : حسناً ، تعتقدون أنه سيزيد وزنك لو توقفت عن اغتراف الطعام والتقيؤ . هذه الفكرة : ، توقفي عن الإفراط في الأكل والشرب أو الأكثر أهمية لو توقفت عن التقيؤ سأكون بدينة . وهذا يجعلك تشعرين بالقلق والخوف ، ولكن الحقيقة أنك لا تعرفين ما سيحدث . على مدى الثمانى سنوات الماضية كنت تؤدين الأشياء بشكل معين بسبب هذه الأفكار والافتراضات ، ولكنك في الحقيقة لا تعرفين ما الذى سيحدث لو توقفت عن اغتراف الطعام والتقيؤ . ونطلق على هذا خطأ قارئ الطالع، (1) [على المعالج والمريض أن يراجعا كل بند في عامود العواقب السلبية بالطريقة نفسها] .

م : حسناً ، والآن ما المشاكل التي سببها الشره العصبى أو على الأقل ساهم فيها؟ بمعنى آخر ، ماذا ستجنين لو تخليت عن اغتراف الطعام والتقيؤ ؟ ما هي العواقب الإيجابية على المدى القصير وعلى المدى الطويل لعدم اغتراف الطعام والتقيؤ ؟ [راجع الإجابات] .

ك : سأتمكن من عمل الكثير من الأشياء الاجتماعية ؛ لأننى لن أكون خائفة من فقدان السيطرة .

م : ستتمكنين من عمل المزيد من النشاطات الاجتماعية . وهل يحدث الآن أنك تتجنبين بعض النشاطات والمواقف ؛ لأنك تخشين من اغتراف الطعام والتقيؤ؟

ك : نعم بالطبع ، كل الوقت . وإلا سينتهى بي المطاف بإلغاء كثير من الأشياء لأننى أكون بمنصف نوبة من الإفراط في الأكل والشرب ، أو أنني للتو انتهيت من التقيؤ وأشعر بالإرهاك . ومن الأشياء الأخرى التي كتبتها بالقائمة أنني أعتقد أن علاقتي مع زوجي سوف تتحسن ، وما أعنيه أنه في الوقت الحاضر يعد هذا الموضوع من الأمور السرية التي لا نتحدث عنها .

(1) Fortune teller's error .

م : إذا التخلص من اغتراف الطعام والتقيؤ سيساعد على تحسن علاقاتك ، ولكن كما دونت المشاكل التي كنت تتجلبينها في العامود الآخر ، لا يعنى التخلص من الشره التخلص من هذه المشاكل بشكل أوتوماتيكي ، لكنه يجعلك أكثر قدرة على أن تتعاملى مع هذه المشاكل ولا تستمرى فى تجنبها .

يجب على المعالج والمریضة مراجعة نموذج تحليل القرار بشكل متعمق من خلال مراجعة كل بند ، بالإضافة إلى الثناء الدقيق على المترتبات الناتجة عن التخلص من الشره العصبى ، وعادة ما توجد تشويهاة معرفية فى الاستجابات التى ستتداخل مع العلاج ، إذا لم يتم التعامل معها بوضوح .

م : من خلال مراجعتنا للمودج تحليل القرار ، تمكنا من توضيح لماذا تريدين المساعدة ، وتوضيح بعض الأمور التى تتداخل مع إحداث التغييرات . وقد تعرفنا على بعض التشوهات فى تفكيرك عن الشره العصبى الذى تشكين منه .

دعينا نراجع بعض هذه التشوهات المعرفية ونبدأ بتحدىها . يمكن أن نبدأ بالتشوهات التى تعرفنا عليها فى الواجب المنزلى اليوم . سنبدأ بالعمل معاً على تطوير التحديات الوظيفية والمنطقية ، وبممكنك أن تكملى بقية الواجب المترلى .

يجب على المعالج أن يراجع قائمة التشوهات المعرفية ، والتى تعرفها المريض ، واختيار مثال أو مثالين للتحدي مع المريضة ، حتى يتمكن من إعطاء نموذج للمريضة .

م : دعينا نأخذ هذا المثال ، رئيستى بالعمل كانت غاضبة لأننى لم أتمكن من تسليم التقرير فى الوقت المحدد . أنا لست موظفة جيدة . أنا فاشلة . لنأخذ هذا الموقف جملة جملة . رئيستك غاضبة . كيف عرفت ذلك ؟

ك : هى قالت ذلك .

م : ماذا قالت ؟

ك : قالت إنها تمت لو أننى قلت لها أننى سأناخر فى تسليم التقرير ، وأنه يجب على إبلاغها بأى تأخير فى المرات القادمة .

- م : حسناً ، فهي لم تحب الطريقة التي تعاملت بها مع هذا التأخير ، وكانت قادرة على إبلاغك بذلك . هل هذا يجعلك «موظفة غير جيدة» ؟
- ك : لا أعتقد ذلك ، ولكن هذا هو شعورى .
- م : ما نوع هذا التشويه المعرفى ؟
- ك : التفكير العاطفى .
- م : هذا صحيح ، أنت تشعرين أنك فاشلة ، وبالتالي أنت كذلك . والآن كيف تتحددين ذلك ؟
- ك : لا أعرف . أعتقد أننى لست موظفة سيئة إلى هذا الحد .
- م : كيف تعرفين ذلك ؟
- ك : أنا أعمل منذ خمس سنوات .
- م : وما نوع المعلومات والانطباعات التي حصلت عليها ، هل حصلت على ترقية أو مكافأة ؟
- ك : نعم ، فالناس يقولون لى إنهم يحبون العمل معى ، كل من رؤسائى ومن يعمل تحت رئاستى .
- م : إذا التحدى لكونك موظفة سيئة هو أنك تعتقدى أنك فاشلة فى وقت معين لا يجعلك فاشلة دائماً؛ فقد تلقيت كثيراً من المعلومات والانطباعات ، والتي تدعم عكس هذه الفكرة وأنت موظفة مقتدرة . والآن جزء من هذا التشويه هو أنه عند تلقيك القليل من المعلومات السلبية ، تشعرين أنك فاشلة فما نوع هذا التشويه ؟
- ك : التضخيم ، والتصنيف وأيضاً التفكير بالكل أو اللاشئ .
- م : هذا صحيح ، حاولى تحدى ذلك ، وابدائى هنا مع واجبك المنزلى ، واستمرى فى القائمة المكونة من الأفكار غير الفاعلة التي وضعتها بالقائمة ، والأفكار التي تعرفتها ، ونحن نراجع نموذج تحليل القرار . أود منك أن تكتبى الأفكار غير الفاعلة وتعرف التشويه ، ومحاولة تحدى هذه التشوهات . ناقشى نفسك أو تخيلى أن صديقاً يقول لك عن التشويه المعرفى . كيف لك أن تحدى هذا التشويه ؟ وكيف لك أن تبدئى التفكير بالأشياء بشكل مختلف ؟

الواجبات المنزلية

- ١ - اضافة أمثلة بأرقام من ٦ إلى ١٠ على قائمة التشويه المعرفي .
- ٢ - تعرف الأفكار غير الفاعلة والتحديات .
- ٣ - إكمال مذكرات اغتراف الطعام والتقيؤ .

الجلسة الخامسة

الأهداف

١ - مراجعة الواجبات المنزلية :

- أ - مناقشة الأمثلة من ٦ إلى ١٠ من الأفكار غير الفاعلة والتحديات .
- ٢ - تقديم سجل يومي بالأفكار غير الفاعلة (انظر شكل ٧-٤) .

بدأت الجلسة بمراجعة الواجبات المنزلية ، مع التركيز على الأفكار المعرفية غير الفاعلة والتحديات . وكما هو الوضع مع عديد من المرضى ، وجدت «كثير» أنه من الصعوبة إيجاد التحديات المقنعة ؛ وذلك لإبطال المشاعر السلبية المرتبطة بأفكارها غير الفاعلة . ومن المهم جدا للمعالج أن يساعد المريضة على خلق التحديات المناسبة للتشويه المعرفي الذي لا يكون محل مقارنة . وعادة ما يتطلب الأمر تكرارات عديدة قبل أن تتمكن المريضة من خلق تحديات ، مقنعة وقوية ، ويعتبر هذا جزءاً رئيسياً من إعادة البناء المعرفي في العلاج المعرفي السلوكي للشه العصبي .

حالما تتمكن المريضة من تعرف التشويه المعرفي ، وتكون قادرة على خلق التحديات ، تكون الخطوة التالية أن نساعدنا على ربط هذا التشويه مع المواقف عالية الخطورة ذات الصلة باغتراف الطعام والتقيؤ . وإحدى الأدوات الرئيسية التي تستعمل لتسهيل هذا النوع من العمل هو سجل الأفكار غير الفاعلة(١) . ويوضح الجزء التالي من الجلسة الخامسة كيفية تقديم هذا السجل والبدء بالعمل به .

(1) Dysfunctional thought record (DTR).

مقتطفات مختارة

المعالج : حسناً ، لقد تمكنا من تعرف بعض الأمثلة من التشويه المعرفي الشائع والمسبب للمشاكل . وما نود أن نفعله الآن هو أن نربط هذا التشويه مع بعض المواقف المعينة ؛ خاصة خلال الوقت الذي تمارسين فيه اغتراف الطعام والتقيؤ . دعينا نلقى نظرة على مذكراتك اليومية ، فقد أشرت هنا أنك أفرطت في الأكل والشرب وتقيأت بالأمس ، بعدما رجعت إلى المنزل من العمل . دعينا ننظر إلى هذا الموقف بمزيد من التفصيل باستعمال ما نطلق عليه سجل الأفكار غير الفاعلة ، سنستعمل هذا النموذج ليساعدنا على فهم أفضل للمواقف التي تثير نوبات اغتراف الطعام والتقيؤ لديك ، مع التركيز على الأفكار والمشاعر التي كنت تمرين بها قبل تلك النوبة . ما الموقف بالأمس ؟

ك : حسناً ، كانت الساعة ٨ مساءً ، وكنت قد رجعت لتناول المنزل . كنت محبطة لأن «توم» لن يكون بالمنزل لأنه في كاليفورنيا إلى الغد .

م : حسناً ، الموقف أنك في المنزل وحدك بعد يوم طويل من العمل . نكتب ذلك في العامود ١ هاهنا . في العامود ٢ نكتب ما شعورك ؟ قلت إنك كنت تشعرين بالإحباط ، وماذا بعد ؟

ك : كنت أشعر بالسوء لأن «توم» لم يتصل بي في العمل . . . عادة ما يتصل بي عندما يكون في طريقه إلى مكان ما .

م : تشعرين بالسوء ، ماذا تقصدين بالضبط ؟

ك : أعتقد أنني كنت أشعر بالإحباط ، وبعوض الغضب على ما اعتقد أيضاً .

م : حسناً إذاً لدينا إحباط وغضب في العامود ٢ ، وماذا بعد ؟

ك : قلقه نوعاً ما أيضاً .

م : قلقه ؟

ك : نعم ، فقد سلمت تقريراً لرئيستي في ذلك اليوم ، ولا أعرف ماذا كانت فكرتها عنه .

م : إذاً لدينا غاضبة ومحبطة وقلقة . دعينا نربط هذه الأفكار المرتبطة بهذه المشاعر . كنت محبطة لأنك . . .

الهدف هنا هو ربط حالات المشاعر مع التشويه المعرفي موضوع النقاش . عموماً لن يكون التشويه المعرفي واضح المعالم لأفكار المريضة الأولى . ومن

المهم أن يقوم المعالج بتشجيع المريضة على متابعة فكرة معينة إلى أقصى مدى ؛ لأنه عادة ما يكون التشويه على بعد بضعة خطوات من سطح الفكرة . ولو توقف المعالج في هذه المرحلة من الاكتشاف مبكراً فسيظل التشويه غير مكتشف ومبهم . ومن أفضل الطرق للتوصل إلى التشويه موضوع النقاش هو استعمال جمل مفتوحة ، والتي يمكن للمريضة أن تكملها .

ك : توم لم يكلمني بالتليفون .

م : وهذا يجعلك محبطة لأنه . . .

ك : أشعر أنه لا يهتم بي .

م : تعتقدين أنه لا يهتم بك ، وهذا يجعلك تشعرين بالإحباط ، تشعرين أنه لا يهتم بك لأنه لم يتصل بك تليفونيا .

ك : أعرف إنني أشعر بالغباء وبالحاجة له .

م : غباء وبالحاجة له ؟

ك : نعم ، أعلى أنني أعرف أنه من الغباء أن أنهك نفسي بالعمل ، ولكن عندما يذهب أشعر أنني منبوذة .

م : منبوذة ؟ (يضيف هذه الكلمة مع القائمة في العامود ٢) .

ك : نعم أعلى في بعض الأوقات أشعر أنه يحب السفر ، أكثر من أن يظل معي في المنزل .

م : حسناً ، فقد كنت تشعرين بالإحباط لأن «توم» لم يكلمك هاتفياً ، وبما أنه لم يتصل بك فأنت تعتقدين أنه لا يهتم بك . تشعرين بالرفض وتعتقدين أنه يحب السفر أكثر من البقاء معك في المنزل . دعينا ننظر إلى التشويه هنا ، فأفكارك تقول إن «توم» لا يهتم بك لأنه لم يتصل بك . ما نوع هذا التشويه ؟ (يسلم «كبير» قائمة من التشويه المعرفي) .

ك : حسناً ، تضخيم ؟

م : تضخيم أهمية هذا الحدث الوحيد ، صحيح . قلت أيضاً أنك تشعرين بالرفض وأنه يحب السفر أكثر من البقاء في المنزل معك ، على الرغم من أنه يقول عكس ذلك . ما نوع هذا التشويه ؟

ك : أظن أنه تفكير عاطفي .

م : صحيح . . . على افتراض أن مشاعرك السلبية تعكس بالضرورة واقع الأشياء - «أشعر به وبالتالي لابد أن يكون حقيقياً» . هل سبق وأن تحققت من ذلك معه ؟

الموقف : وصف :	المشاعر :	الأفكار التلقائية :	الاستجابة المنطقية :	النتيجة :
١ - الحدث الفعلي يؤدي إلي مشاعر غير سارة أو	١ - حسد حزينة/قلقة /غاضبة ، إلخ .	١ - أكتب الأفكار التلقائية التي سبقت المشاعر .	١ - أكتب الاستجابة المنطقية للأفكار التلقائية .	١ - أعدد التقدير فسي إيمانك بأفكار التلقائية . ١٠٠-١
٢ - سئيل من الأفكار وأحلام اليقظة ، أو الاسترجاع الذي يؤدي إلي مشاعر غير سارة .	٢ - قدر شدة المشاعر من ١ - ١٠٠ .	٢ - قدر إيمانك بهذه الأفكار التلقائية ١٠٠-١	٢ - قدر إيمانك بالاستجابة المنطقية .	٢ - قدر المشاعر المتوترة . ١٠٠-١
١/١٢	أنا وصديقي بدأنا بمناقشة ما يعتبر جذاباً في الرجال والنساء . وبعد بدأت أشعر بالبداية وشعرت أنه لا يمكن أن ينجذب لي علي الرغم من أنه يقول إنه كذلك .	أنا بدينة وهو لن ينظر إلي علي أنني جذابة . سيكون في غاية السعادة والرضا مع شخص آخر . ١٠٠٪	١ - بالطبع هو منجذب لي فقد كنا نخرج سواء لمدة طويلة . أنا أيضاً أعجب بأشياء أخرى في رجال آخرين ، ولكن هذا لا يعني أنني لا أحبه أو أنني لا أجده جذاباً .	٢٠٪
			٢ - لا يوجد أحد راض تماماً عن الطريقة التي ينور عليها .	٢٠٪
			٣ - اغتريف الطعام والتقيؤ لن يجعلني أفقد المزيد من الوزن .	

الشرح : عند شعورك بشعور غير سار ، لاحظ الموقف الذي يثير مشاعرك إذا ظهر الشعور بينما أنت تفكر أو تحلم (أحلام اليقظة) الرجاء تدوين ذلك ثم دون الأفكار التلقائية المصاحبة للمشاعر ، وحدد درجة إيمانك بهذه الأفكار ٠٪ = لا يوجد علي الإطلاق إلي ١٠٠٪ = تماماً . ويتقدير درجة المشاعر من ١ = قليل إلي = ١٠٠ الأكثر شدة .

شكل (٧-٤) : سجل يومي للأفكار غير الفاعلة . من كتاب العلاج المعرفي والاعتناء (ص. ٤٠٢) تأليف A.T. Beck, A.J. Rush, B. F. Shaw and G. Emery, 1979 نيويورك مطبعة جيلفورد . حقوق الطبع محفوظة Aaron Beck, A. John Rush, Brian F. Shaw, and Gary Emery. اقتباس مصرح به .

ك : لا .

م : إذاً بشكل ما يعتبر ذلك نوعاً من قراءة الأفكار .

ك : نعم ، أعتقد أنه يجب على التأكد من ذلك ، بدلاً من افتراض الأسوأ .

م : بالإضافة لشعورك بالإحباط ، قلت إنك تشعرين بالغضب . كنت غاضبة بسبب . . .

ك : أظن أنه للأسباب نفسها . لو أنه فعلاً يهتم بي ، كان يجب عليه أن يتصل تليفونيا .

م : هل هذا تصريح بالوجوب .

ك : أعرف ، ولكن يجب عليه أن يتصل تليفونيا .

م : هل سيكون من الأدق أن نقول إنك تريد من الاتصال ، وإن لم يفعل تشعرين بأنك حزينة ومهملة ؟

ك : نعم .

م : حسناً ، أول خطوة هي تعرف تصريح الوجوب . والتحدى لتصريح الوجوب هو . . . ؟

ك : هناك العديد من الطرق التي يظهر لي من خلالها أنه يهتم بي ، حتى عندما لا يكون في المنزل ليس من المفروض عليه الاتصال لكي أعرف أنه يهتم بي ولكني أحب أن يتصل بي .

م : حسناً عندما تدركينه بهذه الطريقة ، ما مدى الحزن والغضب الذي تشعرين به ؟

ك : ليس إلى حد كبير ، ربما بعض الحزن لأنني أفقده .

م : إذا الخطوة التالية هي تعرف كيفية التصرف حيال هذه المشاعر بشكل أكثر فعالية . بمعنى آخر ، حتى بعد التعامل مع التشويه ، تبقى لديك بعض المشاعر التي يصعب عليك ضبطها وتحملها . الآن ، ما تفعلينه هو الإفراط في الأكل والشرب . نحتاج العمل على بعض الأساليب المختلفة للإفراط في الأكل والشرب في مثل هذه الأوقات ، وقبل أن نبدأ بهذا يجب أن ننظر إلى قلقك .

- ك : هذا يتعلق برئيستى . دائماً أشعر بالقلق عندما أسلمها أى شىء .
- م : لقد قمت بتسليم تقرير لرئيستك ، وهذا يجعلك قلقة بسبب . . .
- ك : أعرف أنه كان هناك أجزاء منه يمكن أن تكون أقوى . أتمنى لو أننى قضيت المزيد من الوقت على هذه الأجزاء لكنك شعرت بشىء من التحسن .
- م : كانت هناك أجزاء منه يمكن أن تكون أقوى ، وهذا يجعلك تشعرين بالقلق بسبب .
- ك : لأن رئيستى سترسله لى مرة أخرى لتصويبه .
- م : وهذا يجعلك تشعرين بالقلق بسبب . . .
- ك : لأن ذلك يعنى أنه غير كامل .
- م : وبما أنه غير كامل فذلك يجعلك قلقة بسبب . . .
- ك : ستعتقد رئيستى أننى لست موظفة جيدة .
- م : حسناً ، فقد سلمت تقريراً ، وهو سبب قلقك لأن بعض أجزائه يمكن أن تكون أفضل ؛ حيث إنه غير مكتمل . وحقيقة أن التقرير غير مكتمل تجعلك قلقة لأن رئيستك ستعتقد أنك موظفة غير جيدة . ما التشويه هنا ؟
- ك : أعتقد أن هذا عبارة عن «تصفية ذهنية» (١) ؛ أعنى معظم التقرير كان جيداً .
- م : إذاً كما ترين أنيك تركزين على التفاصيل الصغيرة السلبية على حساب الصورة الذهنية للتقرير بالكامل ، والتي تشير إلى أنه تقرير جيداً جداً .
- ك : نعم ، أعتقد أنها مشكلة مع الكمال أيضاً حيث إننى يجب أن أقوم بالأشياء بشكل متكامل ، وإلا سوف أشعر أننى فى غاية الفشل .
- م : إذاً هذا شكل من تفكير الكل وإلا فلا . والآن ما التحديات ؟
- ك : كان التقرير كبيراً . معظمه كان جيداً ، ويجب أن أتذكر أن معظم التقرير

(1) Mental filter .

كان في حالة جيدة والأجزاء التي تحتاج للعمل ، كانت أشياء تحتاج إلى معلومات من رئيسي على أية حال . فهي تتوقعه أن يكون متكاملًا ، وبالتالي لماذا أتوقعه أنا أيضاً أن يكون متكاملًا ؟

م : إذا كيف تشعرين الآن ؟

ك : أفضل . لو أنني أستطيع أن أتوقف عن التفكير في هذه الأشياء ، عندما أكون بالموقف ؛ أعني أن الأمر يحصل بشكل سريع .

م : هذا ما نود العمل عليه الآن ، وهو مساعدتك على التباطؤ بعض الشيء والتفكير بشيء من الوضوح عن شعورك ، وكيف تفكرين في الموقف المشابهة . الآن كأنك على وضع الطيران الأوتوماتيكي . يبرز موقف صعب ، وينتهي بك المطاف باعتراف الطعام والتقيؤ وتبدئين من هنا (يشير إلى عامود ١ من سجل الأفكار غير الفاعلة) إلى هنا (يشير إلى الخط ما بين العامودين ٣ و ٤) . وأطلق على هذا خط اعتراف الطعام والتقيؤ ، وسنعمل على تبطلته ؛ حتى تتمكني من التركيز على أفكارك ومشاعرك في العامودين ٢ و ٣ . وسنحاول مساعدتك على تخطي هذه الكبوة والتغلب على خط الإفراط في الأكل والشرب ، دون المرور بمثل هذه النوبة من خلال العمل على التحديات وتطوير أساليب بديلة للتأقلم .

الواجبات المنزلية

- ١ - إكمال أول أربعة أعمدة من سجل الأفكار غير الفاعلة ، خلال مواقف عالية الخطورة .
- ٢ - إكمال مذكرات الأكل لنوبات اعتراف الطعام والتقيؤ .

الجلسة السادسة

الأهداف

- ١ - مراجعة الواجبات المنزلية .
- ٢ - إكمال سجل الأفكار غير الفاعلة لنوبات اعتراف الطعام والتقيؤ ، والتي حدثت خلال الأسبوع الماضي .

٣ - تقديم ثلاثة وجبات باليوم .

٤ - التخطيط لبعض الوجبات المحتملة .

في الغالب عند تقديم سجل الأفكار غير الفاعلة للمرة الأولى يعطى للمرضى للإكمال كواجب منزلي ، ويكمل المرضى النموذج قبل أن يفرطوا بالأكل والشرب ويتقبلوا . وفي بعض الأحيان يكمله المرضى بعد أن يفرطوا بالأكل والشرب ويتقبلوا أو لا يكملونه على الإطلاق . وعادة يرى المرضى أنهم لا يفكرون في استعمال سجل الأفكار غير الفاعلة ، إلا عندما ينغمسون في نوبة الإفراط في الأكل والشرب ، أو بعد أن يكملوا النوبة بكاملها . ويتطلب الأمر تمارين متكررة مع المعالج لإكمال سجل الأفكار غير الفاعلة بشكل جيد ، قبل أن تستعمل المريضة السجل بشكل فاعل بمفردها . ويجب على المعالج أن يحدث المريضة على استعمال سجل الأفكار غير الفاعلة في كل جلسة ، وأن يساعدها على التفكير بأثر رجعي في الطريقة التي تسهل إكمال سجل الأفكار غير الفاعلة قبل نوبة الإفراط في الأكل والشرب ، ومثال على هذا العمل تم وصفه في الجلسة السادسة .

مقتطفات مختارة

م : أشرت بمذكراتك أنك مررت بخمس نوبات من اغتراف الطعام والتقيؤ في الأسبوع الماضي . لننظر إلى سجل الأفكار غير الفاعلة ، التي أكملتها لواحدة منها .

ك : يوم السبت والأحد لم أتذكر شيئاً عن سجل الأفكار غير الفاعلة . أكملتها يوم الثلاثاء ، ولكن بعد انتهاء كل شيء .

م : ما الذي حدث حسب اعتقادك ؟

ك : لا أعرف . حدث كل شيء بسرعة ، وكان عقلي قد توقف . وبالنهاية تذكرت سجل الأفكار غير الفاعلة يوم الثلاثاء ، ولكن كان هذا بعد انتهاء كل شيء .

م : من الطبيعي ألا تتعودي على استعمال سجل الأفكار غير الفاعلة إلا بعد مضي فترة من الوقت . لننظر إلى ما استطعت أن تكمليه يوم الثلاثاء . الموقف هو أنك كنت في العمل ، وأكلت قطعة من الكعك ، والتي كانت

لأحد زملائك بالعمل وشعرت بعدها بالذنب والإحباط والسمنة . الأفكار التي لديك هنا هي الكعك هو إفراط بالأكل، و لا يجب على أن آكل مثل هذه المأكولات المسمنة، ؛ وسأغدو بدينة .

لنبدأ بالشعور بالذنب . كلما شعرت بالذنب ابحتي عن تصريح الوجوب . ما تقوليده هنا أنك لا يجب أن تأكلي المأكولات المسمنة ؛ لأنك ستكونين بدينة . ما هو التشويه ؟

ك : كما قلت ، إنه تصريح وجوب .

م : أى شيء آخر ؟

ك : التعميم ؛ أعنى أن قطعة واحدة من الكعك لن تجعلنى بدينة .

م : إذاً هذا هو التشويه والتحدى . جزء من هذا التشويه هو خطأ قراءة الطالع، ألا تعتقدين ذلك ؟

ك : نعم . وعلى الرغم من أننى أعرفه أن قطعة واحدة من الكعك لن تجعلنى بدينة إلا أننى لا أصدق ذلك .

م : فى الغالب أنك لن تصدقى ذلك كلية حتى تتحققى بنفسك من صحته . فى القريب سنقوم بتمارين صغيرة ؛ حتى تكتشفى بنفسك ما سيحدث عندما تأكلين قطعة كعك بشكل عابر .

إحدى حالات التشويه الأخرى والتي نراها هنا هي تصنيف بعض أنواع الأطعمة على أنها ممنوعة . والتصنيف هو مثال متطرف من التفكير بالكل أو لا شئى . أى أن الطعام إما أن يكون «جيداً» أو «سيئاً» .

ك : هذه هي الحالة بالضبط عندي ؛ فلدى قائمة طويلة من الأطعمة السيئة .

م : الطريقة التي نفكر بها بالأطعمة أنه لا يوجد أطعمة جيدة أو سيئة . ولا يوجد نوع واحد من الطعام سيجعلك بدينة . عادات الأكل مهمة ، ونحتاج إلى أن نعمل على طريقة أكلك من يوم إلى يوم ، أفضل من التوقف عند نوع معين من الطعام فى نظام الحمية . وعلى الرغم من أن ذلك يبدو مخيفاً ، فنحن نرى هنا أنك تأكلين هذه الأطعمة التي نطلق عليها ممنوعة ، ولكنك لا تستمتعين بها كثيراً . سنعمل على إدخال هذه الأطعمة فى وجباتك العادية ؛ لكي يكون الأكل ممتعاً أكثر بالنسبة إليك .

إذا ما التحديات للتشويه الذى تعرفته ؟

ك : حسناً ، لا يوجد طعام من نوع واحد سيجعلنى بدينة ، ولا بأس أن أكل قطعة من الكعك من حين لآخر .

م : هل تصدقين ذلك حقاً ؟

ك : نوعاً ما . أعتقد أنه صحيح مع كل شخص آخر ، ولكننى خائفة إن قُضمت قُضمة واحدة سينتهى بى المطاف أن أفرط بالأكل والشرب .

م : إن قُضمت قُضمة واحدة ، سينتهى بك المطاف إلى الإفراط فى الأكل والشرب بسبب . . .

ك : لأننى أشعر بأننى فاشلة ، وأنه يجب على أن لا أتناول أى شىء لأنه سيجعلنى بدينة .

م : لقد قمنا بتحدى فكرة أن قُضمة واحدة ستجعلك بدينة . ما التشويه والتحدى لكونك بدينة ؟

ك : أشعر أننى مسيطرة على الوضع إن لم أكل وأشعر أننى أفقد السيطرة ، عندما أبدأ بالأكل .

م : إذا هذا مثال لـ . . .

ك : تفكير الكل أو لا شىء .

م : والمشكلة أنك عندما لا تأكلين هل تشعرين أنك مسيطرة على الوضع ؟

يبدو لى أن عدم تناول أى من المأكولات التى تحبينها ، هو الوجه المقابل للإفراط بالأكل والشرب . كذلك فإنه يجعلك متأهبة للإفراط فى الأكل والشرب . لا أحد يستمر إلى الأبد بمنع نفسه من أكل المأكولات التى يحبها . والطريقة التى أفكر بها أنك ستسيطرين على الوضع تماماً ، عندما تتمكنين من أكل بعض هذه الأطعمة بشكل معتدل خلال وجباتك المنتظمة .

أود منك الرجوع إلى سجل الأفكار غير الفاعلة هذا ، ومراجعة التشوهات والتحديات فى المرة القادمة ، وأنت مقبلة على نوبة من الإفراط فى الأكل والشرب . وأود منك ملء نموذج جديد من سجل الأفكار غير الفاعلة ، بعد أن

تكملي قائمة المشاعر والأفكار والتشوهات والتحديات . وأرد منك التوصل إلى خمسة بدائل للإفراط في الأكل والشرب ، وتطبيق أحد هذه البدائل على الأقل .

الشيء الآخر الذي أود التركيز عليه ، هو أكلك في غير أوقات نوبات الإفراط في الأكل والشرب . هدفنا أن نجعلك تأكلين ثلاث وجبات في اليوم . وهذه أفضل طريقة مؤكدة لتأكلين كل ما ترغبين وبما يكفى من السعرات الحرارية؛ حتى تتجنبى الشعور بالجوع البدنى والحرمان النفسى . فأنت لا تأكلين عديداً من الوجبات في الوقت الحالى . وهذا أحد الأسباب الذى يثير عندك نوبات الإفراط في الأكل والشرب ، لأنه في نهاية اليوم تشعرين بالحرمان وفى الحقيقة أنك جائعة جداً . وبالإضافة إلى المثيرات الأخرى ، تكونين معرضة لنوبة الإفراط في الأكل والشرب في نهاية اليوم . فى الحقيقة هذا هو من أصعب الأوقات فى اليوم بالنسبة لاغتراف الطعام والتقيؤ ، أليس كذلك ؟

ك : نعم ، ولكنى أخشى إن بدأت الأكل صباحاً سينتهى بى المطاف بأن آكل طوال اليوم ، وهذا سيثير نوبة من الإفراط في الأكل والشرب .

م : كيف سيثير هذا نوبة من الإفراط في الأكل والشرب ؟

ك : سأفكر أننى أكلت كثيراً وأننى سأغدو بدينة وبالتالي سأتوصل إلى أنه يجب على أن أتقياً كى أفرغ ما أكلته . وإذا كان على أن أتقياً ، فمن الأفضل أن أكل كل الأطعمة التى أحرم نفسى منها .

م : أعرف أنه من الصعب عليك تصديق أنك لن تسمى لو أكلت ثلاث وجبات يومية ؛ حيث إن هذه هى الطريقة التى تفكرين بها حول أكلك منذ مدة طويلة وحتى الآن . وما أود أن أشجعك عليه هو أن تستهلكى السعرات الحرارية التى تحصلين عليها مقارنة بالماضى لأنك دائماً ما كنت تصرفين النظر عن استهلاك السعرات الحرارية التى تستهلكينها عندما تفرطين بالأكل والشرب ؛ لأنك تحت الانطباع أنك ستفقدى كل هذه السعرات الحرارية عندما تتقيين . والآن أنت تعرفين أن هذا ليس هو الوضع الذى فى بالك ، ومع صعوبة الوضع أريدك أن تجربى وضع بعض هذه السعرات الحرارية فى وجباتك المنتظمة ، وخففى من حرمان نفسك من الأكل خلال اليوم حتى لا تضعى نفسك موضع خطورة فى نهاية اليوم ؛ لأنك جائعة جداً ومحرومة جداً . دعينا نخطط لثلاث وجبات للأيام القليلة

القادمة ، ونرى كيف تسير الأمور.

ك : حسناً .

يجب على المعالج أن يراجع تخطيطاً كاملاً للوجبات مع المريضة للأيام التالية لهذه الجلسة وحتى موعد الجلسة القادمة . عادة ما تود المريضة أن تخطط لوجبات محددة وصارمة . من واجب المعالج أن يؤكد لها أن الوجبات مليئة بالسرعات الحرارية اللازمة والمفيدة .

الواجبات المنزلية :

- ١ - إكمال سجل الأفكار غير الفاعلة بالموقف العالى الخطورة .
- ٢ - إكمال مذكرات الأكل والاستهلاك المخطط والفعلى له .
- ٣ - إكمال مذكرات الأكل لنوبات حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ .

الجلسة السابعة

الأهداف

- ١ - مراجعة الواجبات المنزلية .
 - ٢ - إكمال سجل الأفكار غير الفاعلة لأى مشاكل بالنوبات منذ الجلسة السابقة .
 - ٣ - مناقشة البدائل لحفلات اغتراف الطعام والتقيؤ وأساليب التأخير .
 - ٤ - مراجعة مدى نجاح أسلوب الثلاث وجبات يومياً .
- ركزت هذه الجلسة على تجربة المريضة أن تأكل ثلاث وجبات يومية . وفى الأيام التى أكلت بها ثلاث وجبات لم تفرط بالأكل والشرب ولم تتقيأ . ولكن بعد أن أكلت ثلاث وجبات فى اليوم لمدة يومين ، كانت «تشعر بأنها بدينة» و«قلقة» ، وقررت أن تتناول وجبة العشاء فى ذلك اليوم ، وانتهى بها الوضع أن أفرطت بالأكل والشرب وتقيأت فى تلك الليلة . ووفرت هذه التجربة الدليل الكافى للربط بين الإفراط فى الأكل والشرب وعدم الإفراط فى الأكل والشرب ، وبالتالى كانت المريضة بعدها قادرة على أن تقرر بنفسها أن أفضل طريقة لتجنب الإفراط فى الأكل والشرب ، هو أن تأكل . ولكن كانت كثيرة القلق بخصوص ازدياد وزنها، كما هو موضح فيما يلى .

مقتطفات مختارة

ك : أشعر بتحسن كبير بعد أن أكلت وجبات منتظمة ، ولكنني أعرف أنني لا أستطيع الاستمرار لأنني سأنفجر من التخمة .

م : دعينا نراجع مرة أخرى بعض الأفكار التي تتعلق بالتحكم في وزنك . أنت تخشين الآن أكل ثلاث وجبات منتظمة يومياً ؛ لأنك تخشين أن يزداد وزنك . وأتفهم أنه من الصعب عليك أن تصدق عكس ذلك ؛ حتى تجربي هذا السلوك الجديد لفترة من الزمن ، ولكنني أريد التأكيد على نقطتين يمكن أن تساعدك ، وأنت تحاولين الاستمرار بأكل ثلاث وجبات يومياً .

أولاً ، هل تذكرين الملزمة التي أعطيتك إياها والمتعلقة بالتقيؤ وسوء استعمال المليينات ؟ راجعيها بشكل دوري وأنت تجربين الثلاث وجبات يومياً . تذكرى الاعتقاد المعاكس للاعتقاد السائد ، وهو أن التقيؤ ليس وسيلة فعالة لتجنب زيادة الوزن أو لفقدان الوزن ؛ فجسمك يمتص سعرات حرارية أكثر مما تظنين . وسوء استعمال المليينات غير مجدٍ وخطير . فنسبة ٨٠٪ من السعرات الحرارية التي يتم استهلاكها تمتص من قبل الجسم في الحال ، وبالتالي فإن التأثير الوحيد الحقيقي بالنسبة للتقيؤ هو استنفاد السوائل . وبالمثل فإن فقدان الوزن بسبب استعمال المليينات هو نتيجة لفقدان السوائل في الجسم . واستعمال المليينات يزيد من خطورة الأمر ، ولكن عند التوقف عن استعمال المليينات ، تعود كميات السوائل إلى مستواها الطبيعي .

وخطر آخر كبير متعلق بالتقيؤ أو سوء استعمال المليينات هو أنه يجعلك تفرطين أكثر بالأكل والشرب ؛ لأنك تتصورين أنك ستفقد كل ما أكلت في جميع الأحوال . وهو أيضاً يعيقك عن أكل وجبات منتظمة في أوقات أخرى من اليوم . ولو أفرطت بالأكل والشرب وتقيأت في فترة العصر ، هناك احتمال قوى أنك ستشعرين بشعور سيء ، ولن تتناولى وجبة العشاء ؛ إما لأنك منهكة للغاية ، أو لأنك تشعرين بالذنب بسبب نوبة الإفراط في الأكل والشرب أو . . .

ك : نعم ، لو أفرطت بالأكل والشرب أثناء العمل ، فإنني لا أتناول وجبة العشاء .

م : ولو لم تأكلى وجبة العشاء ، ماذا سيحدث بعد ذلك ؟

ك : إما أنني أنام مباشرة أو أنني أشعر بالجوع في ساعة متأخرة من الليل ،

وبالتالى فهناك احتمال أن أفرط بالأكل والشرب فى منتصف الليل .

م : إذا تستمر الدورة . . . ونحتاج لاستمرارية العمل لنكسر هذه الدورة من خلال التحكم فى المواقف عالية الخطورة بدون الإفراط فى الأكل والشرب ولا التقيؤ ، ومن خلال العمل على تأسيس عادات صحية للأكل خلال الأوقات الخالية من الإفراط فى الأكل والشرب . ولصعوبة الموقف ، فأنا أود منك الاستمرار على نظام الثلاث وجبات يوميا . وبالنسبة للتحكم بنوبات الإفراط فى الأكل والشرب المحتملة ، أود منك أن تكمل نموذج سجل الأفكار غير الفاعلة فى الأوقات العالية الخطورة ، مع محاولة التفكير فى خمس بدائل للإفراط بالأكل والشرب والتقيؤ لكل موقف .

ما الأشياء التى تتوقعين أنك قادرة على عملها ، بدلاً من الإفراط فى الأكل والشرب والتقيؤ ؟

ك : من الصعوبة تخيل ذلك . . . عندما أصل لمرحلة حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ ، أشعر أنه لا توجد بدائل .

م : وهذا مثال لأى نوع من التفكير ؟

ك : الكل أو لا شئ .

م : من السهل أن تفكرى بهذا الشكل ، بما أن هذه هى الطريقة التى تحكمت بها فى أكلك لمدة طويلة ، ولكن للعمل معاً للتوصل إلى بعض البدائل . فى اليوم التالى على سبيل المثال عندما أفرطت فى الأكل والشرب بعد أن وصلت للمنزل ، ماذا كنت ستفعلين بدلاً من ذلك ؟

ك : كبديل كان من الممكن أن أنظف الشقة عندما وصلت للمنزل . . . فهى فى غاية الفوضى . يجب على أن أفعل ذلك على أى حال .

م : يجب أن تكون البدائل مرتبطة بك وممتعة فى الوقت نفسه . لعله من الطبيعى أن تحتاج شقتك إلى التنظيف ، ولكن هل حقاً أردت تنظيفها عندما شعرت بنوبة من نوبات اغتراف الطعام ؟ دعينا نفكر بأنشطة ممتعة أكثر ، والتى يمكن أن تأتى بنتيجة .

ك : كان من الممكن أن أتوقف عند منزل إحدى صديقاتى أثناء عودتى للمنزل ، وأن أخطط لتناول وجبة العشاء معها بما أن زوجى بالخارج .

م : جيد ، وماذا بعد ؟ ما الذى يمكنك عمله هذا الأسبوع لو وصلت للمنزل فى إحدى الليالى ، وشعرت أنك تودين أن تفرطى فى الأكل والشرب ؟
ك : يمكن أن أقرأ لفترة .

م : هل سيشغلك هذا ويجعلك تتجنبى نوبة من الإفراط فى الأكل والشرب ؟
ك : أنا أقرأ الآن كتاباً جيداً بالفعل وبالتالى ربما .

م : حسناً دعينا نبدأ هنا . لو حاولت القراءة وشعرت أنك تودين الإفراط فى الأكل والشرب ، ماذا ستفعلين ؟

ك : سأحاول التخطيط لأكل وجبة عشاء منتظمة ، وبعدها أذهب لأمشى على الفور حتى لا تتحول إلى نوبة من الإفراط فى الأكل والشرب .

م : حسناً ، من المهم أن تتناولى وجبة العشاء ، حتى لو شعرت بقوة بنوبة من الإفراط فى الأكل والشرب ، إذ يكون من الآمن أن تأكلى العشاء دون أن تنتقلى إلى مشاكل الإفراط فى الأكل والشرب . وماذا بعد ؟

ك : أعتقد أنه يمكننى أن أتصل تليفونياً بإحدى صديقاتى . لو تمكنت من الأكل وحدى يمكننى أن أتكلم مع صديقتى حتى يزول الشعور بالقلق تماماً . . . يمكننى أن أتصل بأعز صديقاتى والتى تقطن بجوارى وأزورها وأدعوها لتحضر للعشاء ، إذا كنت وحيدة بالمنزل طوال الليل .

م : هذه بداية عظيمة ، ما أود أن تفعليه فى المرة القادمة هو أن تفكرى بقائمة من البدائل ، والتى ستساعدك على تأخير أو تجنب كامل نوبة الإفراط فى الأكل والشرب . وعندما تشعرين أنه بؤدك الإفراط فى الأكل والشرب أو التقيؤ ، أود أن يكون لديك عديد من النشاطات المتنوعة ، والتى يمكن أن تشغلك ، وأن تكون ممتعة بالوقت نفسه حتى تلجئ لمثل هذه النشاطات لتجنبى النوبة .

الواجبات المنزلية

١ - إكمال سجل الأفكار غير الفاعلة بالمواقف عالية الخطورة ، مع وضع البدائل .

٢ - إكمال مذكرات الأكل والاستهلاك المخطط والفعلى له .

٣ - إكمال مذكرات الأكل لنوبات حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ .

٤ - وضع قائمة من البدائل واستراتيجيات التأخير .

الجلسة الثامنة والتاسعة

الأهداف

١ - مراجعة الواجبات المنزلية :

أ - التركيز على المواقف العالية الخطورة المستمرة .

ب - مراجعة البدائل والاستراتيجيات لمقاومة حفلات اغتراف الطعام .

ت - تقييم أى مصاعب مستمرة مع سجل الأفكار غير الفاعلة .

٢ - مراجعة الثلاث وجبات يوميا .

٣ - تعرف المأكولات الممنوعة .

تم تقديم عديد من المفاهيم الجديدة والاستراتيجيات والتغيرات السلوكية والأدوات ، وبالتالي يعتمد كثير من العمل فى هذه المرحلة من العلاج على التركيز على المناطق ، التى تواجه فيها المريضة أفسى صعوبة ، والتى يمكن أن تتفاوت من شخص لآخر . فى حالة كبرى ، استمرت فى مواجهة مشاكل عديدة تتمثل فى أكل وجبة العشاء خلال أيام الأسبوع ، وإن أكلت حتى وإن لم تفرط فى الأكل والشرب ، فهى تشعر بالحاجة للتقيؤ . وتركز العمل خلال الجلسة الثامنة والتاسعة حول أكل وجبة العشاء والتشويه المعرفى لديها ، الذى يؤثر على تناول وجبة العشاء . وأدى هذا إلى تقديم مبدأ المأكولات الممنوعة كما هو موضح فيما بعد .

مقتطفات مختارة

ك : . . حسناً ، أكلت وجبة العشاء فى الغالب كل ليلة خلال الأسبوع الماضى ، ولكن انتهى بى الوضع إلى التقيؤ بعد العشاء مرتين أيضاً .

م : هل كان الوضع يتكرر بالصيغة نفسها فى كل ليلة تقيأت فيها ؟

ك : نعم ، وصلت للمنزل وخططت لتناول وجبة العشاء وبدأت أكل ، وأنا أحضرن

العشاء وانتهى بي الوضع أن أكلت أكثر مما خططت له وشعرت بالغثيان والتخمة فقررت أن أتقياً .

م : حسناً ، دعينا نراجع سجل الأفكار غير الفاعلة للمرة السابقة لحدوث ذلك .

ك : فى الليلة الماضية ، وصلت للمنزل وخططت لعمل مكرونة وسلطة وخبز ، وانتهيت بأكل قطعتين من الخبز مع الزبدة قبل العشاء ، وأخذت جزءاً من المكرونة خلال العشاء . شعرت بالغثيان وأنى ممتلئة ، شعرت بأنه يجب أن أتخلص من هذا الأكل .

م : المشاعر الأفكار ؟

ك : القلق ، لو استمررت فى الأكل بهذا الشكل سأغدو بدينة . أكلت زبدة ، وهذا غير مسموح .

م : التشويه ؟

ك : خطأ قارئ الطالع ، والتضخيم ، تفكير الكل أو لاشيء ، أعنى أنه حالما تذوقت الزبدة ، قررت أن أتقياً لأن الزبدة تؤدى إلى السمنة ، وإن أكلتها سأصبح بدينة .

عند هذا الحد كانت كثير، متوافقة مع إجراءات استخدام سجل الأفكار غير الفاعلة ، وبالتالي أصبحت المهمة العلاجية هى الوصول إلى النقاط المتبقية دون انفاق كثير من الوقت على الأجزاء التى تتحكم بها هى بنفسها بنجاح . وقد كانت قادرة على تحدى فكرة أن الشعور بالغثيان هو نفسه أن تكون بدينة ، ولكنها توقفت عند أكل الزبدة .

م : الآن هذا هو الوقت المناسب لنا للعمل بشكل مكثف على قائمة الأطعمة الممنوعة التى لديك . من خلال هذه القائمة ، ترين بوضوح أنك جهزت نفسك لأن تنقلى فى بعض الأوقات . وهدفنا هو أن نبدأ بالتدرج إدخال هذه الأطعمة ضمن وجباتك المنتظمة ؛ حتى تستمتعى بالأوقات التى تأكلين فيها ، وألا تكون مصدراً للوبت اغتراف الطعام والتقيؤ .

يبدو أيضاً أن تجربة أكل العشاء بأكملها ممنوعة فى مخيلتك ، سواء مررت أو لم تمرى بنوبة من الإفراط فى الأكل والشرب إذ تشعرين أنه يجب عليك أن تقومى بالتقيؤ كعمل مضاد لتناولك للطعام . ما نود عمله فى مثل هذه الأوقات هو

ليس تغيير أكلك ، بقدر ما هو تغيير الطريقة التي تفكرين بها في أكلك . هدفنا هو أن نجعلك قادرة على أكل العشاء الذي تصفينه ، دون أن تتقيني ، أكثر منه تغيير سلوكيات أكلك ، كما نود أن نفعل في حالة موضوعية من الإفراط في الأكل والشرب .

ما أود منك فعله للجلسة القادمة هو الاستمرار في أكل ثلاث وجبات يومياً ، مع التركيز على وجبة العشاء . كما أود منك تدوين كل الأطعمة الممنوعة التي يمكن أن تفكري فيها ؛ حتى نبدأ العمل على إدخال هذه الأطعمة ضمن نظامك الغذائي .

الجلسات من العاشرة إلى الخامسة عشر

الأهداف

١ - الاستمرار في تعرف المواقف عالية الخطورة واستعمال سجل الأفكار غير الفاعلة للعمل على تطوير التأقلم الوظيفي .

٢ - التركيز على النقاط المتعلقة بالاهتمام بشكل الجسم والوزن ، مع اعتدال سلوكيات أكل المريضة .

٣ - إدخال المزيد من أنواع الطعام في نظام المريضة الغذائي ، بما فيها أطعمة ممنوعة سابقاً .

خلال الفترة المتوسطة من العلاج ، أصبحت كثيره قادرة على بناء عادات أكل صحية ، تتضمن أكل ثلاث وجبات يومياً مع إدخال الأكلات الممنوعة ضمن نظامها الغذائي . كما استخدمت سجل الأفكار غير الفاعلة بشكل منتظم للتحكم في المواقف الصعبة واستعملت استراتيجيات التأخير والبدائل . كما أنها كانت قادرة على تجنب نوبات الإفراط في الأكل والشرب والتقيؤ في الغالب على الدوام . وتركز عمل هذه الجلسات على الأوقات التي لا يمكنها أن تتجنب فيها نوبات اغتراف الطعام والتقيؤ ، وعلى بناء مدى أوسع من السلوكيات البديلة . وكما هو متوقع ، فإن إحدى النقاط التي برزت خلال هذه الفترة من العلاج هي عدم رضا كثيره المستمر عن وزنها وشكل جسمها ، وجزء يتعلق بهذه النقاط موجود فيما يلي .

مقتطفات مختارة

- ك : . . . لا أدري ، أشعر أنني بديئة جدا حتى أنني في بعض الأوقات أريد أن أراجع إلى نظام حمية ، لو تمكنت فقط من إنزال وزني ١٥ رطلا .
- م : وماذا سيفعل ذلك لك ؟
- ك : سأشعر بالتحسن تجاه نفسي . أعتقد أنني سأبدو أفضل ، وستبدو الملابس على بشكل أفضل ، وسأبدو أفضل عندما أزن ١٢٠ رطلا .
- م : ماذا حدث لوزنك خلال فترة العلاج ؟
- ك : ظل نفسه ولم يتغير . أعتقد أنني فقدت رطلين طبقا للمرة السابقة ، التي وزنت فيها نفسي .
- م : وما شعورك وأنت تتحكمين بأكلك ؟
- ك : عظيم ، أصبحت منتجة بشكل كبير في العمل ، وقد ساعدني ذلك على التعامل بشكل فعال مع علاقاتي بالعمل ، ولكن أتمنى لو أنني أزن أقل من ذلك .
- م : ما السحر في الوزن ١٢٠ رطلا ؟
- ك : لا أعرف ، أشعر أنني سأكون سعيدة أكثر ، أحتاج إلى بعض الملابس ، وقد أجلت التسوق لأنني أعرف أنني سأبدو كالجاموسة .
- م : مثل الجاموسة ؟
- ك : حسناً إنني أبالغ بعض الشيء . أعتقد أن هناك تفكيراً من نوع الكل أو لا شيء بخصوص وزني . عندما يصبح وزني ١٢٠ رطلا ، سيكون ذلك عظيماً وأي شيء آخر غير مقبول .
- م : سيكون من المفيد لك أن تفكري بمدى مقبول من الوزن ، بدلاً من تجويع نفسك لكي تصلى لرقم معين . ومن هذا المنظور سيكون من المفيد أن تذهبي للتسوق وتجربة بعض الملابس ، التي تناسبك تماماً . لا تشتري شيئاً أصغر من قياسك برقمين . اشترى شيئاً جيداً لك الآن . ويمكن أن تكتشفي في الحقيقة أنك تبدين أفضل بوزنك الحالي .
- ك : أشك بذلك ولكنني سأحاول .

م : للجلسة القادمة ، لماذا لا تذهبين للتسوق ، وتشتري شيئاً يمكنك أخذه معك لإجازتك القادمة .

الجلسات من السادسة عشر إلى التاسعة عشر

الأهداف

١ - الاستمرار في تعرف الافتراضات موضوع العلاج المتعلقة بالوزن وشكل الجسم . . . إلخ ، باستخدام أمثلة معدة كواجب منزلي .

٢ - العمل على منع المعاودة :

أ - «تجنب جمل [ماذا لو . . .] لو أفرطت في الأكل والشرب ، تقيأت ، اصبح وزني أكثر . . . الخ ، ٤ .

ب - إعادة تعريف «لقد أفسدت الأمر» كأنها «هفوة» وتجربة للتعلم .

ج - تبنى اتجاه لحل المشاكل .

٣ - تعرف المواقف المحتملة عالية الخطورة بعد الانتهاء من العلاج .

تهدف هذه المرحلة من العلاج أن تقوم المريضة بعمل إعادة نظر للهفوات المستقبلية ، فلا تنظر لها على أنها كارثة . ويجب أن تدرك المريضة أنها قد تتعرض لمواقف صعبة لفترة من الزمن ، وخلالها يمكن أن تجرب أو أن تستسلم لنوبة من حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ . يجب أن يوضح للمريضة أنها إلى أن تتمكن من ضبط عادات الأكل لمستوى طبيعي ، وإلى أن تكون مرتاحة لوزن وشكل جسمها ، فإن القضايا المتعلقة بالوزن والأكل ستكون نقطة ضعفها ، وأن الاختبار الحقيقي للعلاج سيكون بمقدرتها على تبنى اتجاه لحل المشاكل ، فيما يتعلق بالحفاظ على مبادئها وعدم اللجوء للفرع والتخلي عن العلاج .

مقتطفات مختارة

ك : لا توجد أي نوبات اغتراف الطعام والتقيؤ .

م : هذا عظيم ، وكيف تسير أمور الوجبات ؟

ك : جيدة . عادة ما أكون قادرة على تناول ثلاث وجبات يوميا ، وفي بعض الأحيان ينتهي بي المطاف أن ألغى وجبة هنا أو هناك ، ولكن في معظم الأحيان أتبع نظام الثلاث وجبات . ، حتى أنني أكلت الحلوى عندما ذهبت

للعشاء مع «توم» الليلة الماضية .

م : هذا تطور عظيم . هل تبقى شىء على قائمة المأكولات الممنوعة لم تجربيه بعد ؟

ك : لا يوجد . لا آكل هذه الأشياء طوال الوقت ، ولكن عندما أريد شيئاً من الحلويات أتناوله الآن ، ولا أشعر أنه يجب على أن أشعر بالغثيان أو انه أفرط بالأكل والشرب فقط ، لأننى تناولت آيس كريم .

م : لقد تقدمت كثيراً . أحد الأشياء التى يجب علينا مناقشتها فى هذه المرحلة هى ماذا ستفعلين ، إذا واجهت بعض الأوقات العصبية ، عندما تنتهى فترة العلاج . نحن نعرف أن الوضع لا يزال صعباً بالنسبة إليك عند سفر «توم» ، وأنت أيضاً تواجهين كثيراً من الضغوط فى العمل . ومن المهم بالنسبة لنا أن نفكر للمستقبل ، الذى يمكن أن يكون من الصعب عليك التحكم به ، وحتى يمكنك تجنب أى مشاكل عصبية .

أحد التصورات التى يمكن أن تكون مفيدة ، هو أن تفكرى فى الوقت الذى بدأت فيه العلاج . كنت متورطة بدوامة مدمرة ، وقد حفرت لنفسك حفرة من خلال تكرار نوبات اغتراف الطعام والتقيؤ . وقد خرجت فى هذه المرحلة وبدأت طريقاً جديداً . وتأتى بعض الأوقات التى تشعرين فيها أنك لست على الطريق الصحيح ، ولكن ذلك لا يعنى أنك عدت للحفرة مرة أخرى . وفى هذه الأوقات العصبية تذكرى أنك واصلت طريقك ، ولكنك انحنيت قليلاً . وما نود أن نفعله هو أن نظل حساسين للدلائل التى تشير إلى إنك على الطريق الصحيح ، ومتى تخرجين خارج نطاق هذا الطريق ؛ حتى تتمكنى من العودة دون التعرض لنوبات قاسية ورئيسية .

ك : نعم إلى حد ما أكره التفكير فى هذا . ولكن أعتقد أنك على حق ، فأنا أشعر بالرضا عن نفسى الآن ، ولا أود أن أحسد نفسى .

م : أعرف أن الأمر مخيف ، ولكن من خلال التخطيط للأمام ، ستزداد فرص البقاء على الطريق الصحيح ، ولن تقل مثل هذه الفرص . هل يمكنك التفكير بأى مواقف محتملة وعالية الخطورة ؟

ك : نعم ، واحد من هذه المواقف سيأتى قريباً وهو زواج أختى . سيكون هناك عديد من الناس وأنا وصيفتها وبالتالي يجب أن أبدو جيدة بملابسى ، وكل

شيء آخر ، ولكننى فخورة بنفسى على الرغم من ذلك . وعندما كنا نقيس الملابس قاومت الحاجة الملحة لأن أقول لمصمم الملابس أن يصنع لى ملابس أقل قياساً لى أدخل بنظام قاس من الحمية لتناسبنى الملابس ، وكما تعلم فإنها تبدو على جيدة الآن .

م : عظيم ، هذا هو التحسن الحقيقى . أى شيء آخر ؟

ك : أنا فاقّة بخصوص العمل مع رئيس جديد ، وجميع الأشياء الأخرى .

م : ماذا يمكنك أن تفعلى ؛ حتى تتجنبى إثارة نفسك للمزيد من نوبات اغتراف الطعام والتقيؤ .

ك : أعتقد أننى أتعامل مع ضغوط العمل بشكل أفضل بكثير الآن . ولكن حتى وإن لم أشعر بالرغبة فى اغتراف الطعام ، أقوم بملء سجل الأفكار غير الفاعلة ، لو أن يومى كان سيئاً بالعمل ؛ فهى تساعدنى على تعرف ما يجرى بداخلى .

يجب على المعالج والمريضة أن يمارا بجميع المواقف المحتملة عالية الخطورة ، كما هو موضح بالأمثلة السابقة . ويجب على المعالج أن يستمر فى التشجيع على استعمال الأساليب المعرفية السلوكية فى جميع المواقف ، التى تصفها المريضة على أنها صعبة ، حتى وإن لم تشعر المريضة بالحاجة الملحة لنوبات اغتراف الطعام والتقيؤ .

الجلسة العشرون

الأهداف

- ١ - مراجعة الواجبات المنزلية .
- ٢ - مراجعة العلاج وما نجم عنه من تحسن .
- ٣ - مناقشة مرحلة المحافظة على العلاج والاستمرارية عليه .
- ٤ - تشجيع المريضة على الاستمرار باستعمال المهارات ، التى اكتسبتها عند انتهاء العلاج الرسمى ، وترسيخ مفهوم أن تعالج نفسها بنفسها .

يتم تكريس معظم الحديث فى هذه الجلسة على مراجعة التحسن ، الذى تم التوصل إليه والأهم من ذلك كيف تم التوصل إليه . ويجب التركيز بشكل خاص على العوامل الخاصة ، التى كانت فى غاية الأهمية لشفاء المريضة ، والعودة إلى

العادات الطبيعية للأكل وضرورة استمرار المريضة على تطبيق الاستراتيجيات ،
التي أوصلتها إلى هذه المرحلة .

مقتطفات مختارة

م : هذه جلستنا الأخيرة . ما شعورك ؟

ك : عظيم . سأفتقدك ولا أعرف ماذا سأفعل أيام الاثنين مساءً ، ولكن أشعر
شعوراً جيداً بخصوص أكلتي . لم أفرط في الأكل والشرب ، ولم أتقياً لمدة
شهرين الآن . وأنا قلقة بعض الشيء من التخاذل ، ولكن أقول لك الحقيقة
لا أظن أنني سأفشل . لدى نموذج سجل الأفكار غير الفاعلة مخزون
بعقلي ، وأنا أتبع الخطوات في كل الأوقات . في يوم ما كنت في اجتماع ،
وكان يسير بشكل سيء ووجدت نفسي أقول والآن ما هو الموقف ؟ وما
شعوري وبماذا أفكر ؟ شعرت بأنني كدت أضحك بصوت عال ، عندما
أدركت ما كنت أفعله ، وأصبح الأمر طبيعياً الآن .

م : إذا فقد ساعدك نموذج سجل الأفكار غير الفاعلة كثيراً ، هل تجد نفسك
تفكرين في التشويه المعرفي ؟

ك : في يوم ما أخبرت «توم» أن ما قاله هو مثال للتفكير «بالكل أو لا شيء» !
كان ذلك مثيراً . الآن وأنا أستمع إلى هذه التشويهاات ، أسمعها . وأنا قادرة
على التركيز على المشكلة التي أعاني منها بشكل أفضل . أعتقد بجد أن
ذلك ساعدني كثيراً في التعامل مع رئيستي بالعمل ومع «توم» .

م : وماذا عن وجباتك ؟

ك : جيدة جداً . أعرف أنه يجب علي أن أأكل ، وفي بعض الأحيان عندما أفكر
بالغذاء وجبة أشعر أنني أسمع صوتك ، وأنت تقول «أفضل طريقة للتعامل
والتحكم بوزنك هي أن تأكلي» . أيضاً أفكر بما قلت «الشعور بالامتلاء لا
يعنى البدانة» ، وهذا كلام مهم ، على أن أتذكره دائماً .

م : وماذا عن وزنك ؟

ك : لا زال كما هو لا أمانع لو فقدت عدة أرطال ، ولكنني أعرف أن ذلك لن
يحل جميع مشاكلي . وأنا أعرف بالتأكيد أن نظام الحمية ليس هو الحل
بالنسبة لي . أفكر الآن بالانضمام إلى ناد صحي في فصل الخريف القادم .

م : يمكن أن تكون هذه فكرة جيدة . فقط تذكرى أن تؤكدى لنفسك مدى أهمية وزنك بالنسبة لك . حاولى أن تتذكرى ذلك ، ولكن بالتأكيد من الجيد أن تمارسى التمارين الرياضية باعتدال ؛ لأنه جيد بالنسبة للجميع ، طالما أنك لن تنجرفى ، ولن تكون لديك توقعات غير منطقية .

لقد تحسنت كثيراً ولقد تطلب ذلك الكثير من العمل الجاد ، ويمكنك أن تفخرى بطريقة تعاملك مع نفسك . أعتقد أن أفكارك تكاملت ، وأحدثت تغييرات حقيقية فى تصرفاتك ، مما سيساعدك فى البقاء على الطريق الصحيح فى المستقبل . ولكن تذكرى حتى فى المستقبل ، فالوضع ليس الكل أو لا شئى ، ستكون بعض الأيام أفضل من غيرها . والأصل هنا هو التأكد من نفسك بشكل منتظم ، واستخدام المهارات التى حصلت عليها عندما يشتد بك الأمر . وأتوقع أن الأمور ستستمر بشكل جيد بالنسبة إليك ، ولكن أرجوك لا تترددى فى الاتصال بى ، لو شعرت أنك بحاجة للمساعدة .

ك : شكراً لكل ما قدمته لى من مساعدة .

م : أتمنى لك الأفضل دائماً .

العلاج على أساس دليل التعليمات والممارسة الإكلينيكية

كان العلاج الذى وصفناه مأخوذاً من دليل تعليمات معين . وبالتالي كان مؤسساً تأسيساً متيناً ومحدد الوقت . ويختلف العلاج من هذا النوع اختلافاً كبيراً عن الممارسة الإكلينيكية اليومية ، والتى يمكن للمعالج المعرفى السلوكى أن يختار فيها بحرية من مدى واسع من تقنيات العلاج ، وفى الغالب على مدى زمنى أطول . وهذا الأسلوب يفترض أن يكون أكثر فعالية من النموذج المختصر الضرورى للعلاج السلوكى المعرفى ، على أساس دليل التعليمات . ويمكن أن يكون الأمر مصمماً بقدر من الحرية على أساس الحاجات الفردية الخاصة للمريض ، فى العيادات الإكلينيكية غير المقيدة .

ليس معروفاً ما إذا كانت العيادة الإكلينيكية غير المقيدة فعالة أكثر مقارنة بالعلاج الاعتيادى المذكور ، كما شرحناه فى هذا الفصل . ومع تزايد استعمال الدليل ، ليس فقط فى دراسات العلاج ، ولكن أيضاً فى العيادات الإكلينيكية ، فإن هناك حاجة عامة لمقارنة العلاج المبني على الدليل العلاجى مع الممارسة الإكلينيكية العادية فى الإطار الزمنى نفسه . وبالوقت نفسه هناك أسباب جيدة

للرجوع إلى العلاج المبني على أساس الدليل ، حتى في العيادة الاكليتيكية اليومية ، مع الأخذ بعين الاعتبار الفعالية الإكليتيكية للعلاج التي تم عرضها والتأكد منها (Fairburn, Agras, & Wilson, 1992) . وثمة ميزة أخرى يجب أن نذكرها ، وهي أن هذا النوع من العلاج المؤسس تأسيساً جيداً ومحدد الوقت يركز انتباه كل من المعالج والمريض على العمل بشكل جاد لإجراء تغييرات واضحة (Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993) . أخيراً فإن إضافة بعض العناصر الأخرى إلى العلاج يتطلب إما تبديل بعض الجوانب ، أو أن يأخذ العلاج مدة طويلة . كلا الاختيارين لهما عيوب ، ولا يبدو جلياً أن إطالة مدة العلاج له أي مزايا ؛ فنحن نصف بالعلاج رسالة محددة وواضحة ، وهي أن المرضى يتم مساعدتهم على أن يكونوا معالجين لأنفسهم ؛ حتى يتمكنوا من الاستمرار في التحسن بعد الانتهاء من المدة الرسمية للعلاج .

مؤشرات لنجاح أو فشل العلاج

لا يوجد إجماع على مؤشرات ، يمكن أن يعتمد عليها لنتائج العلاج . ويعزى ذلك إلى حد كبير لاستخدام ما يطلق عليه عينات صغيرة من المرضى في الدراسات الخاصة بنتائج العلاج ، ممن اختبرت هذه الأمور ، وبالتالي فقدان القوة الإحصائية لقياس تفاعل المريض مع العلاج .

وهناك دليل على أن تقدير الذات هو مؤشر ما قبل العلاج للنتائج المتعلقة بالشرة العصبى (Fairburn, Kirk, O'Connor, Anastasiades, & Cooper, 1987; Fairburn, et al., in press) ، فالمرضى الذين لديهم درجات منخفضة على مقياس «روزنبيرج» (1965) (وهو مقياس مختصر يتكون من 14 بنداً) لا يتجاوبون بدرجة كبيرة مع العلاج النفسى . ووجد أيضاً أن التشويه فى الاتجاهات قبل العلاج يعتبر مؤشراً للتجاوب النفسى مع العلاج ، فقد تبين أن المرضى الذين يشكون من تشويه حاد فى الاتجاهات كانوا أفضل فى الاستجابة للعلاج المعرفى السلوكى ، والعلاج النفسى التفاعلى (Fairburn et al., in press) . ومن الصعب تفسير هذه النتائج ، والتي تحتاج إلى تكرار الدراسة مع عينة أكبر من المرضى ، ولكنها متطابقة مع دراسة «والش» وزملائه (Walsh et al. 1991) ؛ حيث وجد أن المرضى الذين تجاوبوا مع علاج الديسيبرامين حصلوا على نتائج أفضل فى استبيان شكل الجسم ، مقارنة بغير المتجاوبين مع العلاج .

ولم يظهر متغير آخر أى نتائج مهمة . وقد أصبح مع المعروف إكلينيكيًا أن ظهور الاضطرابات الشخصية خاصة الشخصية الحدية⁽¹⁾ ، يميز نوعية فرعية من المرضى ، والذين من الصعب علاجهم ، ولا يتجاوبون للعلاج المعرفى السلوكى (Johnson, Tobin, & Dennis, 1990) . وعدد قليل من مرضى الشره العصبى دائماً ما يتم تشخيصهم باضطراب فى الشخصية . وترى البيانات المأخوذة من دراسة أجريت مؤخراً فى ستانفورد أن المرضى الذين يشكون من اضطرابات فى الشخصية ؛ خاصة خصائص مجموعة B يتعاملون بشكل ردىء مع العلاج المعرفى السلوكى (Rossiter, Agras, Telch, & Schneider, 1993) . ويتسق مع ذلك نتائج الدراسة الخاصة بفيريورن وزملائه (فى الطباعة) ، والتي تتطابق مع هذه البيانات ، وهى لمتابعة المرضى لمدة سنة واحدة ، وأثبتت أن المرضى الذين انسحبوا من الدراسة حصلوا على معدلات مرتفعة فى اختبار تشخيص الشخصية⁽²⁾ (Hyler, Rieder, Spitzer, & Williams, 1978) ، مقارنة بالمرضى الذين استمروا فى محاولة العلاج .

على النقيض من ذلك ، أشار أميس فرانكل ، وآخرون Ames-Frankel et al. (1992) إلى وجود علاقة إيجابية بين معدلات المجموعة B والتحسّن فى علاج الشره العصبى بالديسبيرامين . والمشكلة فى تقييم الدور الذى تلعبه اضطرابات الشخصية فى علاج الشره العصبى ، هو النتيجة الثابتة أن هذه الاضطرابات غالباً ما تختفى بعد العلاج الناجح لاضطراب الأكل (Ames-Frankel et al., 1992; Garner et al., 1990) . ومن جهة أخرى ، فإن تأثير الحالة والسمة فى مقاييس اضطرابات الشخصية يظل مبهماً .

كان التاريخ السابق لفقدان الشهية العصبى عاملاً قوياً وسلبياً فى مآل الاضطراب ، وظهر ذلك فى دراسة جارنر وزملائه (Garner et al. (1993) . ولكن لم تتكرر هذه النتيجة فى دراسة كل من فيريورن وزملاؤه Fairburn et al. (1991) ، ولا فى دراسة والش وزملاؤه (Walsh et al. (1991) التى تناولت العلاج النفسى والدوائى على التوالى . وهناك أيضاً نتائج متناقضة متعلقة بتكرار الإفراط فى الأكل والشرب فى مرحلة ما قبل العلاج فى دراسة واحدة ، أجراها

(1) Borderline personality .

(2) Personality Diagnostic Questionnaire .

«جارنر، وزملاؤه (Garner et al., 1990) ، والتي تعتبر نتائج إيجابية ، في حين تظهر دراسات أخرى نتائج سلبية (Fairburn et al., 1991; Wilson & Eldredge, 1991) . وهناك ثلاث متغيرات أخرى ، يمكن أن يفترض أنها تتنبأ بالنتائج ، ولكنها فشلت في التوصل إلى ذلك ، وهي : مدة الاضطراب (Fairburn et al., in press) ، ودرجة الاكتئاب في مرحلة ما قبل العلاج (Agras, Dorian, Kirkly, Artnow, & Bachman, 1987; Walsh et al., 1988) والتاريخ السابق لسوء استعمال العقاقير المنشطة نفسياً (Mitchell, Pyle, Eckert, Hatsukami, & Soll, 1990; Stasser, Pike, & Walsh, 1992) . ومن الشائع أن نجد ارتباطاً بين سوء استعمال العقاقير المنشطة نفسياً واضطرابات الأكل ، ولم تشمل مراحل العلاج المضبوطة مثل هؤلاء المرضى . ويجب على المعالج في العيادات الإكلينيكية أن يحدد ما إذا كان عليه أن يعالج كلا الاضطرابين بشكل متواصل ، أو أن يتابع العلاج (أنظر Wilson 1993) ، ونحن نوصي أنه لو كان سوء استعمال العقاقير المنشطة نفسياً حاداً وسيئاً ، فيجب علاجه أولاً .

ولا توجد أيضاً معلومات كافية عن مؤشرات الانتكاس للاضطراب بعد العلاج الناجح . ومؤشر رئيسي للعلاج المعرفي السلوكي للشهه العصبي ، هو الحفاظ على التغيرات التي نتجت عن العلاج ، ومن بينها : التخلص من الخلل في الاتجاهات نحو شكل ووزن الجسم في نهاية العلاج . وقد أكد اختبار مبدئي هذا التنبؤ ، وقل من أهمية تعديل الاتجاهات المرضية نحو الشكل والوزن (Fairburn et al., in press) .

خلاصة وتوصيات

يمكن علاج الشهه العصبي ونوبات اغتراف الطعام عند المرضى البدناء بشكل فعال . وعند الأخذ بعين الاعتبار الدلائل المتوفرة من نتائج الدراسات بشكل عام ، يبدو أن العلاج المعرفي السلوكي أكثر أنواع العلاج فاعلية . ولكنه في الغالب غير كاف ، فهو فعال مع بعض المرضى ، وينتج عنه بعض التحسن فقط عند البعض الآخر . وأقل من ٥٠٪ من مرضى الشهه العصبي تم علاجهم باستخدام العلاج المعرفي السلوكي ، واختفت عندهم الأعراض المسببة للمرض بشكل تام . وربما يعتبر الشهه العصبي مرض متعدد الأوجه ؛ بحيث لا يوجد له نوع واحد من العلاج ، ولسوء الحظ لم نصل للمستوى الذي يمكننا من أن نقارن

أنواع العلاج لمجموعات المرضى لعدم وجود بيانات متعلقة بمؤشرات نتائج العلاج . وبالتالي بينما هناك دليل يشير إلى أن العلاج المعرفى السلوكى أقل فاعلية مع المرضى الذين يعانون من اضطرابات الشخصية ، فإنه ليس هناك نوع آخر من العلاج ، الذى أثبتت فاعلية أكبر ، كما هو مقترح بواسطة «جونسون» وزملائه (Johnson et al., 1990) .

لهذا نوصى أن يكون العلاج المعرفى السلوكى العلاج المناسب للشهر العصبى لثلاثة أسباب : (١) فقد أظهر أنه على القدر نفسه من الفاعلية ، إن لم يكن أكثر فاعلية مقارنة بأى نوع من العلاج النفسى أو الدوائى ؛ (٢) يعتبر العلاج المعرفى السلوكى علاجاً قصير نسبياً وبالتالي فهو علاج فعال ؛ (٣) تم وصفه بالتفصيل فى دليل العلاج ؛ مما يجعله متوافقاً بشكل واسع للإكليبديكين ، حتى وإن لم يتدربوا عليه بشكل خاص .

وعند الأخذ بعين الاعتبار القيود المتعلقة بالعلاج المعرفى السلوكى ، يجب العمل على تطوير الطرق البديلة من العلاج للذين لا يتجاوبون . ويعتبر العلاج النفسى التفاعلى^(١) طريقة وإعدة من العلاج ، ولكنه يحتاج إلى المزيد من الدراسة . حيث إنه يبدو - مقارنة بالعلاج المعرفى السلوكى - متساو معه فى الفعالية طويلة المدى عند المرضى الذين يشكون من الشره العصبى (Fairburn, Jones, et al., 1993) والبذاء المفرطين فى الأكل والشرب (Wilfley et al., 1993) ، ولكنه أظهر تحسناً عند المرضى الذين يشكون من السكرى والشره العصبى ، والذين فشلوا فى التعامل مع العلاج المعرفى السلوكى (Peveler & Fairburn, 1992) . ولا يبدو أن العقاقير المضادة للاكتئاب ستنجح فى حال فشل العلاج المعرفى السلوكى ، ولكن عقاقير مثل الفلوكستين يوصى بها لعلاج الأمراض النفسية المرتبطة مثل الاكتئاب ، الذى يمكن أن يعرقل تحسن اضطراب الأكل . الاختيار الأخير إذا فشل العلاج المعرفى السلوكى لمرضى العيادة الخارجية هو اقتراح يوم علاجى كامل بالمستشفى أو الدخول الكامل للمستشفى ؛ والعلاج المباشر والمركز للعادات غير المنتظمة للأكل لدى المريض ؛ حيث يمكن أن يتم تنظيم استهلاك الأكل ، ويمكن منع نوبات اغتراف الطعام والتقيؤ فى وجود هذا الوضع المقنن . ويعتبر العلاج اليومى فى المستشفى مفضلاً؛ لأنه غير مكلف

(1) Interpersonal Psychotherapy .

مادياً ، ولا يحرم المريض تماماً من المواقف الاجتماعية النفسية المرتبطة بالإفراط في الأكل والشرب والتقيؤ (Piran & Kaplan, 1990).

أخيراً ، يجب أن نلاحظ أن النوع المركز من العلاج النفسي مثل العلاج المعرفي السلوكي (أو العلاج النفسي التفاعلي) ليس ضرورياً دائماً ؛ إذ يستجيب بعض الأفراد الذين يشكون من الشره العصبي بشكل واضح مع المنحى التعليمي المقنن ، الذي يجرى في المواقف الجماعية⁽¹⁾ (Olmsted et al., 1991). وهذا النوع من البرامج غير المكلفة يبدو أنه مناسب للأفراد الذين يتفاعلون بشكل جيد دون تعقيدات الإصابة بالأمراض النفسية . ومن المناسب أن يقدم مركز العلاج برنامجاً مبنياً على العناية المنتابة ؛ حيث يبدأ المرضى بتلقى العلاج غير المكلف ، يتبعه برنامجاً علاجياً مركزاً ، إذا ثبت فشل استجابتهم للعلاج الأولي . (Fairbun et al., 1992).

REFERENCES

- Agras, W. S., Dorian, B., Kirkley, B. G., Arnow, B., & Bachman, J. (1987). Imipramine in the treatment of bulimia: A double-blind controlled study. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 29 - 38.
- Agras, W. S., Schneider, J. A., Arnnow, B., Raeburn, S. D., & Telch, C. F. (1989). Cognitive-behavioral treatment with and without exposure plus response prevention in the treatment of bulimia nervosa: A reply to Leitenberg and Rosen. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 778 - 779.
- Agras, W. S., Rossiter, E. M., Arnnow, B., Schneider, J. A., Telch, C. F., Raeburn, S. D., Bruce, B., Perl, M., & Koran, L. M. (1992). Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: a controlled comparison. *American Journal of Psychiatry*, 149, 82 - 87.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1993). *DSM-IV draft criteria as of 3/1/93*. Washington, DC: Author.
- Ames-Frankel, J., Devlin, M. J., Walsh, B. T., Strasser, T. J., Sadik, C., Oldham, J., & Roose, S. P. (1992). Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa: Clinical correlates and changes with treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 90 - 96.
- Andersen, A. (Ed.). (1990). *Males with eating disorders*. New York: Brunner / Mazel.
- Attie, I., & Brooks-Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 25, 70 - 79.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beglin, S. J., & Fairburn, C. G. (1992). What is meant by the term "binge"? *American Journal of Psychiatry* 149, 123 - 124.
- Blundell, J. E. (1990). How culture undermines the biopsychological system of appetite control. *Appetite*, 14, 113 - 115.
- Booth, D. A., Lewis, V. J., & Blair, A. J. (1990). Dietary restraint and binge eating: Pseudo-quantitative anthropology for a medicalized problem habit? *Appetite*, 14, 116 - 119.
- Cooper, P. J., & Fairburn, C. G. (1993). Confusion over the "core psychopathology" of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 385 - 390.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987).

- The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485 - 494.
- Craighead, L. W., & Agras, W. S. (1991). Mechanisms of action in cognitive-behavioral and pharmacological interventions for obesity and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 115 - 125.
- DaCosta, M., & Halmi, K. A. (1992). Classification of anorexia nervosa: Question of subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 305 - 314.
- Fairburn, C. G. (1985). Cognitive-behavioral treatment for bulimia. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 160 - 192). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Agras, W. S., & Wilson, G. T. (1992). The research on the treatment of bulimia nervosa: Practical and theoretical implications. In G. H. Anderson & S. H. Kennedy (Eds.), *The biology of feast and famine: Relevance to eating disorders* (pp. 318 - 340). New York: Academic Press.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1990). Studies of epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147, 401 - 408.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). *The Eating Disorder Examination* (12th edition). In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 317 - 360). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Hones, R., Peveler, R. C., Carr, S., Solomon, R., O'Connor, M. E., & Hope, R. A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48, 463 - 469.
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A., & O'Connor, M. E. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: The long-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy and cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419 - 428.
- Fairburn, C. G., Kirk, J., O'Connor, M., Anastasiades, P., & Cooper, P. J. (1987). Prognostic factors in bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 223 - 224.
- Fairburn, C. G., Kirk, J., O'Connor, M., & Cooper, P. J. (1986). A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 629 - 643.
- Fairburn, C. G., Marcus, M. D., & Wilson, G. T. (1993). Cognitive-behavioural therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assess-*

- ment, and treatment (pp. 361 - 404). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Peveler, R. C., Jones, R., Hope, R. A., & Doll, H. (in press). Predictors of 12 - month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Fairburn, C. G., & Wilson, G. T. (Eds.). (1993). *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press.
- Fichter, M. M., & Hoffman, R. (1990). Bulimia (nervosa) in the male, In M. M. Fichter (Ed.), *Bulimia nervosa: Basic research, diagnosis and therapy* (pp. 99 - 111). Chichester, England: Wiley.
- Garner, D. M. (1993). Binge eating in anorexia nervosa. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 50 - 76). New York: Guilford Press.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorders Inventory - 2*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1985). Cognitive therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 107 - 146). New York: Guilford Press.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (Eds.), (1985). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Davis, R., Rockert, W., Goldbloom, D., & Eagle, M. (1990). The association between bulimic symptoms and reported psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 1 - 15.
- Garner, D. M., Rockert, W., Davis, R., Garner, M. V., Oldsted, M. P., & Eagle, M. (1993). A comparison between cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 150, 37 - 46.
- Garner, D. M., Shafer, C. L., Rosen, L. W. (1992). Critical appraisal of the DSM-III-R diagnostic criteria for eating disorders. In S. R. Hooper, G. W. Hynd, & R. E. Mattison (Eds.), *Child psychopathology, diagnostic criteria and clinical assessment* (pp. 261 - 302). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7, 47 - 55.
- Holon, S. D., DeRubeis, R. J., & Evans, M. D. (1987). Causal mediation of change in treatment for depression: Discriminating between nonspecificity and noncausality. *Psychological Bulletin*, 102, 139 - 149.

- Hsu, L. K. G. (1990). *Eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Humphrey, L. L. (1987). A comparison of bulimic-anorexic and non-distressed families using structural analysis of social behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 248 - 255.
- Humphrey, L. L. (1988). Relationships within subtypes of anorexic, bulimic, and normal families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 544 - 551.
- Hyer, S. E., Rieder, R. O., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (1978). *Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ)*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Johnson, C., Tobin, D. L., & Enright, A. (1989). Prevalence and clinical characteristics of borderline patients in an eating-disordered population. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50, 9 - 15.
- Johnson, C., Tobin, D. L., & Dennis, A. (1990). Differences in treatment outcome between borderline and nonborderline bulimics at one-year follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 617 - 627.
- Kassett, J. A., Gershon, E. S., Maxwell, M. E., Guroff, J. J., Kazuha, D. M., Smith, A. L., Brandt, H. A., & Jimerson, D. C. (1989). Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1468 - 1471.
- Kendler, K. S., MacLean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A., & Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1627 - 37.
- Kirkley, B. G., Schneider, J. A., Agras, W. S., & Bachman, J. A. (1985). Comparison of two group treatments for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 43 - 48.
- Laessle, R. G., Beumont, P. J. V., Butow, P., Lenneris, W., O'Connor, M., Pirke, K. M., Touyz, S. W., & Waadi, S. (1991). A comparison of nutritional management and stress management in the treatment of bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 159, 250 - 261.
- Laessle, R. G., Wittchen, H. U., Fichter, M. M., & Pirke, K. M. (1989). The significance of subgroups of bulimia and anorexia nervosa: Lifetime frequency of psychiatric disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 569 - 574.
- Leitenberg, H., Rosen, J. C., Wolf, J., Vara, L. S., Detzer, M. J., & Srebnik, D. (1992). Comparison of cognitive-behavior therapy and desipramine in the treatment of bulimia nervosa. Unpublished manuscript, University of Vermont.

- Loeb, K., Walsh, T. B., & Pike, K. M. (1992, April 24). The assessment of bulimia nervosa. Paper presented at the Fifth International Conference on Eating Disorder, New York.
- Marcus, M. D. (1993). Binge eating in obesity. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 77 - 96). New York: Guilford Press.
- Marcus, M. D., Smith, D., Santelli, R., & Kaye, W. (1992). Characterization of eating-disordered behavior in obese binge eaters. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 249 - 256.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention*. New York: Guilford Press.
- Mitchell, J. E., & de Zwaan, M. (1993). Pharmacological treatments of binge eating. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 250 - 269). New York: Guilford Press.
- Mitchell, J. E., Pyle, R. L., Eckert, E. D., Hatsukami, D., Pomeroy, C., & Zimmerman, R. (1990). A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 47, 149 - 157.
- Mitchell, J. E., Pyle, R., Eckert, E. D., Hatsukami, D., & Soll, E. (1990). The influence of prior alcohol and abuse problems on bulimia nervosa treatment outcome. *Addictive Behaviors*, 15, 169 - 173.
- O'Leary, K. D., & Wilson, G. T. (1987). *Behavior therapy: Application and outcome* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Olmsted, M. P., Davis, R., Garner, D. M., Eagle, M., Rockert, W., & Irvine, M. J. (1991). Efficacy of a brief group psychoeducational intervention for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 71 - 84.
- Patton, G. C., Johnson-Sabine, E., Wood, K., Mann, A. H., Wakeling, A. (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls - a prospective epidemiological study: Outcome at twelve month follow-up. *Psychological Medicine*, 20, 383 - 394.
- Peveler, R. C., & Fairburn, C. G. (1992). The treatment of bulimia nervosa in patients diabetes mellitus. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 45 - 54.
- Pike, K. M., & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 198-204.
- Piran, N., & Kaplan, A. S. (1990). *A day hospital group treatment program for anorexia nervosa and bulimia nervosa*. New York: Brunner / Mazel.
- Polivy, J. M., & Herman, C. P. (1993). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. In C. G. Fairburn & G.

- T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 173 - 205). New York: Guilford Press.
- Pyle, R. L., Mitchell, J. E., Eckert, E. D., Hatsukami, D., Pomeroy, C., & Zimmerman, R. (1990). Maintenance treatment and 6-month outcome for bulimic patients who respond to initial treatment. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 871 - 875 .
- Rosen, J. C., Vara, L., Wendt, S., & Leitenberg, H. (1990). Validity studies of the Eating Disorder Examination. *Behavior Therapy*, *9*, 519 - 528 .
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rossiter, E. M., & Agras, W. A. (1990). An empirical test of DSM-III-R definition of binge. *International Journal of Eating Disorders*, *9*, 513 - 518.
- Rossiter, E. M., Agras, W. S., Losch, M., & Telch, C. F. (1988). Dietary restraint of bulimic subjects following cognitive-behavioral or pharmacological treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *26*, 495 - 498.
- Rossiter, E. M., Agras, W. S., Telch, E. F., & Schneider, J. A. (1993). Cluster-B personality disorder characteristics predict outcome in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *13*, 349 - 358.
- Schwalberg, M. D., Barlow, D. H., Alger, S. A., & Howard, L. J. (1992). A comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*, 675 - 681 .
- Spitzer, R. L., Devlin, M. J., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M. D., Stunkard, A. J., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, W. S., Mitchell, J., & Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: To be or not to be in DSM-IV? *International Journal of Eating Disorders*, *10*, 627 - 630.
- Strasser, T. J., Pike, K. M., & Walsh, B. T. (1992). The impact of prior substance abuse on treatment outcome for bulimia nervosa. *Addictive Behaviors*, *17*, 387 - 393.
- Striegel-Moore, R. H. (1993). Etiology of binge eating: A developmental perspective. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 144 - 172). New York: Guilford Press.
- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, *41*, 146 - 163 .
- Stunkard, A. J., & Messick, S. (1985). The Three Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, *29*, 71

- Telch, C. F., Agras, W. S., Rossiter, E. M., Wilfley, D., & Kenardy, J. (1990). Group cognitive-behavioral treatment for the non-Purging bulimic: An initial evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 629 - 635.
- Walsh, B. T. (1991). fluoxetine treatment of bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research, 35*, 471 - 475 .
- Walsh, B. T., Gladis, M., Roose, S. P., Stewart, J. W., Stetner, F., & Glassman, A. H. (1988). Phenelzine vs placebo in 50 patients with bulimia. *Archives of General Psychiatry, 45*, 471 - 475.
- Walsh, B. T., Hadigan, C. M., Devlin, M. J., Gladis, M., & Roose, S. P. (1991). Long-term outcome of antidepressant treatment for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 148*, 1206- 1212.
- Wilfley, D. E., Agras, W. S., Telch, C. F., Rossiter, E. M., Schneider, J. A., Cole, A. G., Siford, L., & Raeburn, S. D. (1993). Group CBT and group interpersonal psychotherapy for non-bingeing bulimics: A controlled comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 296 - 305.
- Wilson, G. T. (1989). A manual for cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa. Unpublished manuscript, Rutgers University.
- Wilson, G. T. (1993a). Psychological and pharmacological treatment of bulimia nervosa: A research update. *Applied and Preventive Psychology: Current Scientific Perspectives, 2*, 35- 42 .
- Wilson, G. T. (1993b). Short-term psychological benefits and adverse effects of weight loss. *Annals of Internal Medicine.*
- Wilson, G. T. (1993c). Assessment of binge eating. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 227 - 249). New York: Guilford Press.
- Wilson, G. T. (1993d). Binge eating and addictive behaviors. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 97 - 120). New York: Guilford Press.
- Wilson, G. T., & Eldredge, K. L. (1991). Frequency of binge eating in bulimic patients: Diagnostic validity. *International Journal of Eating Disorders, 10*, 557 - 561.
- Wilson, G. T., Eldredge, K. L., Smith, D., & Niles, B. (1991). Cognitive-behavioral treatment with and without response prevention for bulimia. *Behaviour Research and Therapy, 29*, 575 - 583.
- Wilson, G. T., & Fairburn, C. G. (1993). Cognitive treatments for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 261 - 269.
- Wilson, G. T., Nonas, K. A., & Rosenblum, G. D. (1993). As-

essment of binge eating in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 25 - 39.

sa: An evaluation of the Eating Disorder Examination. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 173 - 179.

Wilson, G. T., & Smith, D. (1989). Assessment of bulimia nervo-

الفصل الثامن

السمنة

باتريك ماهلن أونيل

Patrick Mahlen O. Neil

الجامعة الطبية لجنوب
كارولينا - شارلستون

كيلي د. براونيل

Kelly D. Brownell

جامعة بيل

ترجمة

دكتور جمعة سيد يوسف

قسم علم النفس جامعة القاهرة

برغم التطورات السريعة في معرفتنا ، فإن هناك مجالات قليلة هي التي أحدثت تغييراً جوهرياً في تفكير الخاص بالسمنة . وبالطبع ، فإن السمنة من الخطورة بما يجعلها ترتبط بالعوامل المهيمنة لأمراض القلب الجهرية ، وهي إحدى المشكلات الأكثر شيوعاً والتي تواجه المتخصصين في هذا البلد . وبرغم ذلك ، فإن المشكلات التي حظيت بالتجاهل هي تلك المشكلات النفسية الجهرية المترتبة على السمنة . ويقدم إثنان من الخبراء الرواد في العالم آخر النتائج العلمية في هذه المشكلة شديدة الصعوبة وتشمل الإجابات عن كل الأسئلة المهمة ، من الذين يعانون من السمنة ؟

وفي سياق ذلك الجانب من المناقشة الفنية لأسباب السمنة وقيمة النظام الغداني ، يقدم براونيل وأونيل نموذجاً تصورياً للفحص والعلاج التي توضح الأدوار التكاملية للمصادر المتعددة المتاحة للتعامل مع السمنة في مجتمعنا . ويقدم المؤلفان أيضاً معلومات

قيمة عن الأهمية النسبية لمثل هذه المصادر مثل جماعات المساعدة الذاتية ، والبرامج التجارية لإنقاص الوزن ، والإجراءات الطبية الدرامية (مثل : الجراحة) . وفي خضم الموجة التجارية التي تسود هذا المجال ، يقدم المؤلفان موجزاً تفصيلياً لأحد المناحي مع فرصة جيدة لتحقيق النجاح طويل المدى . ويشمل هذا المنحى شبكة من الأساليب والإجراءات التي تضم وضع اهداف واقعية وتغيير السلوك والاتجاهات لتؤدي إلى تغيير جوهري ومستمر لأسلوب الحياة . وقد تم أيضاً الجانب الإبداعي المتضمن في إنجاز هذه الأهداف الصعبة مع أمثلة وصور عديدة ومفيدة .

د . هـ . ب

نظرة عامة

تعتبر السمنة - من منظور الصحة العامة وبالنسبة للأفراد المتأثرين بها - مشكلة رئيسية (Brownell & Wadden, 1992) . وإذا استخدمنا محك الـ ٢٠٪ زيادة في الوزن ، وهي النقطة التي تزداد عندها المخاطر الصحية ، سنجد أن ٢٤٪ من الرجال ، و ٢٧٪ من النساء في الولايات المتحدة مصابون بالسمنة . وقد تضاعف انتشار السمنة منذ عام ١٩٠٠م وتزايد حتى في السنوات الحديثة .

وتتطوى هذه الاشكال على معدلات مرتفعة من السمنة لدى بعض قطاعات الجمهور العام - بوجه خاص - . ويزداد انتشار السمنة مع تقدم العمر ، خاصة لدى الإناث ، وهي مرتفعة لدى جماعات الإقليات والمحرومة إقتصادياً . ويلاحظ فان إيتالى (Van Itallie (1985 أنه عندما تتضافر هذه العوامل معاً - كما هو في حالة النساء السود اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٤٥ - ٧٥ ، ترتفع النسبة إلى ٦٠٪ .

وتتطوى السمنة على عوامل تعرض جوهرياً بالنسبة للأمراض الخطيرة . وبالنسبة للأفراد ذوي الوزن الزائد تزداد مخاطر التعرض لضغط الدم ، والسكر ، وأمراض القلب ، وبعض أنواع السرطان (Pi-Sunyer, 1991) . وتذكر بعض الدراسات أن خطر التعرض يبدأ في التزايد بمجرد حدوث ٥٪ زيادة في الوزن (Manson et al., 1990) وليس هناك شك في أن الفرد الذي لديه من ٢٠ - ٣٠٪ أو أكثر زيادة في الوزن ينتمى إلى المجموعات الهشة (الأكثر تعرضاً) .

كذلك فإن موضع شحوم الجسم مهمة . ويعتبر توزيع الدهون في الجزء الأعلى من الجسم ، خاصة الدهون المخزنة في التجويف البطنى الداخلى ، منطوياً على عوامل خطورة أكبر من الدهون المخزنة في الجزء الأسفل من الجسم (Sjostrom, 1992) .

دورة الوزن :

بدأ العمل حول دورة الوزن بافتراض أن الجسم يحمى نفسه ضد التهديدات لطاقته بإبطاء فقدان الوزن وتطوير استعادته بالريجيم التدريجى (Brownell, Greenwood, Stellar, & Shrager, 1986) .

وتنقسم البحوث في هذا الموضوع بين الدراسات التي تثبت تأثير هذه الدروة والأخرى التي لا ترى لها تأثيراً (Wing, Brownell & Rodin, 1993; 1992) وليس من الممكن القول ، في ضوء المعرفة الراهنة ، أن دورة الوزن تؤثر أو لا تؤثر في فقدان الوزن اللاحق .

وقد فحص العمل الحالى ما إذا كانت دورة الوزن ترتبط بمرتبات صحية سلبية أم لا . وأوضحت عدة دراسات وجود ارتباطات جوهرية - لدى كل من الرجال والنساء - بين ثباين وزن الجسم ومخاطر التعرض لأسباب الوفاة ، والوفاة الناتجة عن أمراض القلب (Blair, Shaten, Brownell, Collins & Lissner in Press, Lissner et al., 1991) وتقل هذه البيانات من أهمية المحافظة على الوزن .

معنى زيادة الوزن في الحضارة الحديثة

إن الضغوط المتعلقة بالرغبة في النحافة في ثقافتنا شديدة وصارمة . فالأفراد يتذكرون بشكل متكرر من خلال التلفزيون ، والمجلات ، ولوحات الإعلانات والمناقشة العامة بأن شكل الجسم المثالى هو النحافة المفرطة . ويتمثل الأطفال ذلك ، ويعترفون في عمر مبكر بأن زيادة الوزن أمر غير مرغوب . وينظر البعض إلى أجسامهم كمصدر للإزعاج والعار .

وتوضح حالة كاثرين Catherine هذه النقطة . كاثرين سكرتيرة بيضاء تبلغ من العمر ٣٦ عاماً ، تزن ١٨٠ رطلاً وطولها ٥,٦ بوصة . وهى جذابة تماماً وأنيقة المظهر والملبس . وكان العديد من المتخصصين يبدون دهشتهم لأن وزنها

كان زائداً كما يتضح من الميزان . وقد بدأت كاثرين العلاج حديثاً وأثناء مناقشة جماعية مع المعالج حول مشاعرها فيما يتعلق بالوزن الزائد أصبحت كاثرين هادئة بشكل غير متوقع .

المعالج : كاثرين ، هل لديك أى خبرة بمشاعر الحرج الناجمة عن وزنك ؟
كاثرين : أنا أحاول ألا أسمح لأنفسى الدخول فى هذه المواقف عندما أشعر بهذه الطريقة .

المعالج : هل تعنين أنك تتجنبين فعل الأشياء التى تجعل جسمك أكثر بروزاً ؟
كاثرين : إذا كنت تعنى أشياء من قبيل الذهاب للشاطئ ، بالطبع ، أنا لا أحب ذلك ، ولم أفعل ذلك منذ وصل وزنى إلى ١٣٠ رطلاً .

المعالج : وماذا عن الأماكن الأخرى ؟
كاثرين : أنا حقيقة لا أحب أن أذهب لأى مكان يتوجب على الذهاب إليه عندما أكون بدينة ، وزوجى دائماً يشتكى من ذلك .

المعالج : هل تستطيعين اعطاءنا أمثلة حديثة ؟
كاثرين : الأسبوع الماضى ، حدثت بيننا مشادة لأننى لم أكن أرغب فى الذهاب معه إلى مباراة إبننا فى كرة القدم . وكان متذمراً من ذهابه للحفلات بمفرده .

المعالج : أنتى لا تذهبين للحفلات ؟
كاثرين : آخر حفلة ذهبت إليها كانت من أربع سنوات ، وكنت طوال ذلك أشعر بالخزى ، لأننى كنت أعرف كم أنا بدينة وأن كل شخص يمكن أن يرى كم أنا بدينة . إنه لشيء سئ بالنسبة للأفراد الذين عرفونى قبل أن يزداد وزنى لهذه الدرجة .

المعالج : هل صدر عن هؤلاء الناس تعليقات على وزنك .
كاثرين : لا ، الناس كانوا شديدي الأدب فلم يفعلوا ذلك . لكنهم أخبرونى بالفعل كم أنا لطيفة . ولكنك تعرف إن الناس قد يقولون شيئاً ويعنون شيئاً غيره . وبعد تلك الليلة التى بدت فيها بدانتى ، قررت أن أمكث فى البيت قدر استطاعتى حتى أفقد الزيادة فى وزنى .

المعالج : هل سبب تجذب تلك المواقف الاجتماعية لكى المشاكل ؟

كاثرين : كما قلت ، زوجى فقد صبره معى . وفى الأسبوع الماضى أنا .. (تبكى)
أنا علمت أن والدى مصاب بالسرطان . إنه يبعد عنى ٢٠٠ ميل ، لكنى
لم أذهب لأراه على مدى ثلاث سنوات ، لأننى لا أريده أن يرانى على
هذه الحالة ، والآن أنا أفكر لو أن وزنى لم يزد بهذا الشكل لما أضعت هذه
السنوات بدونه .

لو أن الثقافة تنظر إلى الاختلافات فى وزن الجسم باعتبارها تبايناً بيولوجياً
طبيعياً كما هو الحال فى لون الشعر ، والطول ، لما كانت التباينات بين المثالى
والواقعى أساس لمثل هذا الكرب . هذه ليست هى الحالة فيما يخص وزن الجسم
فالتباينات يمكن أن تكون مزعجة فعلاً ، والسبب هو أن المجتمع يضىف معنى
إضافياً على وزن وشكل الجسم . وكما أشارت المناقشة التالية بين المعالج
والمسترشد ١ (مسترشد ١ ، ومسترشد ٢) فى جماعة ، فإن العديد من العملاء
يشعرون أن السمنة لها تأثير لا يتغير على حياتهم .

المعالج : ذكر شخص ما مدى الإزعاج الذى تسببه البدانة . كيف تفكر فى هذه
المشكلة مقارنة بالمشكلات الأخرى ؟

مسترشد ١ : بعض الأحيان أعتقد أنها ليست بهذه الدرجة من السوء . ولكن فى
أحيانٍ أخرى أعتقد أنه ليس لدى أى مشكلة أخرى سواها . لدى صديق
مكتئب ، لكننى أنا مكتئب بسبب وزنى .

مسترشد ٢ : كم تمنيت لو أننى مدمنة خمر أو مخدرات ولست بدينة . أننى أفكر
فيها طوال الوقت وأكره نفسى لأننى وصلت لهذه الحالة .

المعالج : هل هذا حقيقى يا سالى ، هل تتملين لو كنتى مدمنة خمر عما لو كنتى
بدينة ؟ إنها عبارة خطيرة .

مسترشد ٢ : يبدو فى بعض الأحيان أننى لا أستطيع التحول إلى أى شئ ولو
ضليل بدلاً من كراهية نفسى . أرغب فى فعل أى شئ للتخلص من هذا
الجسم البدين .

إن ضغط الرغبة فى النحافة ، برغم أنه يبدو كشئ ثابت وموجود فى كل
مكان ، يتضاءل بشكل غير متجانس لدى العديد من الجماعات السكانية . على

سبيل المثال ، تظهر النساء عدم رضا كبير عن أوزانهن مقارنة بالرجال (Fallon & Rozin, 1985) بالإضافة لذلك فإن عدم الرضا عن الجسم لا يعكس انتشار السمنة . ورغم المعدلات المرتفعة من السمنة لدى النساء السود عنه لدى النساء البيض فإن الاحتمال إن النساء السود لا يرين أنفسهن كبديئات (Kumanyika, 1987) .

إن البحث عن أو الحصول على الجسم المشوق ، Perfect body يمثل خصائص مهمة في مجتمعنا (Barsky, 1988; Brownell, 1991; Glassner, 1988; Rodin, 1992) إنه يدل على السيطرة على الشهوات ، وإرجاء الإشباع ، والعناية بالمظهر والصحة ، والخصال الشخصية الأخرى التي تعتبر مهمة . امتلاك البعض لجسم غير مشوق (معيب) لهو شهادة واضحة حول الآخرين ذوى الإرادة الضعيفة ، ونقص الجسم ، والسلوك الكسول والأرعن وغياب التحكم . ويوجد هذه القيم الثقافية ، من المنطقي الاعتقاد بأن المجتمع سوف يستجيب سلبياً لأولئك الذين يفشلون في استيفاء المعايير السائدة ، وسوف يعانى هؤلاء الأفراد من هذه الاستجابة على كل من المستوى الاجتماعى والنفسى .

المعاناة الاجتماعية والنفسية :

أوضح العديد من الدراسات التحيز والأفكار النمطية حول الاشخاص المصابين بالسمنة ، فالأفراد الذين قاموا بتقدير الصور أو الأوصاف للمصابين بالسمنة وذوى البنية الهزيلة أصبقوا خصائص سلبية بالأشخاص المصابين بالسمنة مستخدمين صفات من قبيل : كسول ، قذر (مهمل) ويفتقد للقدرة على التحكم . وكان ذلك صادقاً حتى عندما قام بعملية التقدير أطفال صغار . وقد قرر الأطفال أن الأشخاص ذوى الإعاقات الجسدية والمشوهين باعتبارهم محبوبين أكثر من الأطفال المصابين بالسمنة .

وبرغم نقص التوثيق (الدليل) يبدو أن تلك الاتجاهات السلبية تلعب دوراً فى حدوث التحيز، والذي يمكن أن يؤثر بدوره فى العوامل الخاصة بقرارات التوظيف (التشغيل) . فصاحب العمل -على سبيل المثال - الذى يعتبر المظهر أمر مهم قد يرفض متقدماً لوظيفة لإصابته بالسمنة رغم مؤهلاته وقد رفض المراهقون المشاركة فى فريق المشى أو جماعات التشجيع (الهدف) بسبب معايير الوزن . وقد امتلأت المحاكم بالعديد من الأشخاص المصابين بالسمنة الذى يدعون أنهم لم يحصلوا على وظيفة ، أو إجبروا على ترك العمل ، أو رفضوا الاشتراك

فى نشاط ما بسبب أوزانهم . وبعض هذه الحالات أنهكتها هذه الشكاوى .

إن اتجاهات المجتمع تجاه السمنة انعكست فى اتجاهات الأشخاص ذوى الوزن الزائد أنفسهم . وفى المواقف الأكلينيكية ، نسمع عبارات باخسة للذات (تحقير الذات) من الأشخاص الذين يعانون من كرب شديد ، ولديهم مفهوم مشوه عن الذات والذين يشعرون باليأس الذى لا يستطيعون الفرار منه لمدة يوم أو حتى لساعات قليلة . وقد تم وصف الطبيعة الشديدة والقاسية لهذا اليأس فى كتابات قدمها ميلمان (1980) Millman وجاسبر (1992) Jasper ويتعلق الجدل الشيق الموجود فى مجال السمنة بالمصاحبات السلوكية للسمنة ؛ فالانطباع الاكلينيكي والأدبيات الخاصة بالموضوع متناقضان . ومعظم الدراسات التى تفحص العوامل السيكولوجية تقارن المجموعات من المصابين وغير المصابين بالسمنة . وقد دفعت النتائج غير المتسقة بين الدراسات المؤلفين لأن يخلصوا إلى أن السمنة لا تزيد من مخاطر التعرض للمشكلات النفسية (Leon & Roth, 1977; O'Neil & Jarrell, 1992; Stunkard & Wadden, 1992; Wadden & Stunkard, 1985).

وقد تناول فريد مان وبراونيل (١٩٩٢) الموضوع بطرق مختلفة ويريان أن النتائج غير المتسقة فى الدراسات التى قارنت بين مجموعات المصابين وغير المصابين بالسمنة هى ناتج متوقع ، إن لم يكن ضرورياً ، للمنحى المستخدم فمعظم الدراسات استخدمت عينات صغيرة ، لا تمثل الجمهور العام للمصابين بالسمنة كما أنها تستخدم عادة مقياس واحد لجانب واحد فقط من الاضطرابات النفسية (١) . ولكن هذه الدراسات مفيدة باعتبارها الجيل الأول من البحوث فى هذا المجال ، وهى تشير الى عدم تجانس جوهرى داخل جمهور المصابين بالسمنة .

ويناقش فريدمان وبراونيل (١٩٩٢) منحاً مختلفاً حدث فيه الجيل الثانى والثالث من الدراسات . فى الجيل الثانى من الدراسات ، تحول السؤال : هل يظهر الأفراد المصابون بالسمنة كمجموعة مشكلات نفسية إلى : من هم الذين سيعانون من سمنتهم ؟ وأساس هذا المنحى ، هو نموذج العوامل المعرضة (٢) . ولعل هذه العوامل هى ؛ العمر عند حدوث السمنة ، والطبقة الاجتماعية ، والجنس (النوع) ،

(1) Psychopathology

(2) Risk - Factor

والأكل المفرط^(١) وهذه الدراسات تقدم نتائج ارتباطية والتي يمكن فحصها بعد ذلك من خلال دراسات طولية^(٢) والتي تشكل الجيل الثالث من الدراسات .

لقد تناولنا المصاحبات الاجتماعية والنفسية للسمنة بشئ من التفصيل بسبب تضميناتها العلاجية . فالعلاج النفسي للأفراد ذوي الوزن الزائد سوف يشمل فحص العواقب الاجتماعية والنفسية للسمنة بالنسبة للفرد . وهناك واقع اجتماعي للتحيز والتمييز اللذان يؤثران على الأداء النفسي . ويعتبر فهم هذا الواقع الاجتماعي مفيد في الحصول على صورة واضحة عن حياة الفرد .

ان القول بأن اللوم على زيادة الوزن يقع على عاتق الفرد ما هي إلا افتراضات ثقافية مفهومة حول الوزن والشكل . والأشخاص الذين يشعرون بذلك يلومون أنفسهم ويشعرون أنه باستطاعتهم الحصول على جسم ممشوق لو أنهم حاولوا بجدية كافية . ويمكن أن يؤدي ذلك إلى أهداف غير واقعية وإلى استجابات هازمة للذات وإلى نكسة للبرنامج . وبناء على ذلك ، على الاخصائي أن يكون حساساً للسياق الثقافي (الحضاري) الذي يحدث فيه زيادة في الوزن .

الأسباب المرضية للسمنة

لقد حدثت تغيرات تاريخية جوهرية في تصوراتنا وفهمنا للأسباب المرضية للسمنة . ففي الخمسينيات كانت السمنة تعتبر مشكلة نفسية . وبسبب سيادة المفاهيم الفرويدية لمجالى علم النفس والطب النفسي في ذلك الوقت ، كان يعتقد أن السمنة تعكس اضطراباً كاملاً في الشخصية ؛ وهي الصراعات التي يتم التعبير عنها بالإفراط في الأكل . ومع بداية الستينيات دخل المعالجون السلوكيون إلى المعترك وتم تصور السمنة باعتبارها نتيجة لعادات غير تكيفية (سيئة) في الأكل .

لقد كانت الثمانينيات عقد البيولوجيا الذي تعتبر فيه الوراثة ، وعملية البناء والهدم (الأبيض) وعلم الحياة بصفة عامة هي السائدة . وقد أبرزت عدة دراسات أنجزت في الثمانينيات هذه النقطة . وقد وجد ستنكارد وزملاؤه Stunkard (1986) وباستخدام دليل التبني الدنمركي - إسهاماً وراثياً واضحاً في السمنة .

(1) Bing eating

(2) Longitudinal studies

ووجد رافايوسن وزملاؤه (1988) Ravusin أنه يمكن استخدام استهلاك الطاقة للتنبؤ بزيادة الوزن بطريقة مستقبلية .

- تقارب عوامل الخطورة:

هناك اعتراف عام في التسعينيات بأن هناك عوامل متعددة تسهم في حدوث السمنة (Bjorntorp & Brodoff, 1992; Brownell & Wadden, 1992) فالوراثة ، والثقافة ، والسلوك الشخصي وعوامل أخرى مؤثرة ، وربما تعمل بتفاعلات مختلفة لدى الأفراد . وعليه ، فإن شخصين لديهما الوزن نفسه يكون لديهما أسباب مختلفة تماماً لزيادة الوزن . ويوضح الجدول (٨ - ١) مستويات مختلفة من عوامل الخطورة التي يعتقد أنها مهمة . (Brownell & Wadden, 1992)

والمستويات الموضحة في الجدول (٨ - ١) لعوامل الخطورة عامة إلى حد استحواذها على ما هو معروف من خلال البحوث . فحقيقة أن بعض الأفراد يزيد وزنهم لأنهم يأكلون وجبات عالية الدسم ويفشلون في القيام بالتمارين لا يفسر لماذا يسلك هؤلاء الأفراد على ذلك النحو ، مع استثناء العوامل البيولوجية والثقافية التي لوحظت في الجدول . إن الشيء المفقود هو ظروف الحياة .

جدول (١ - ٨) : عوامل الخطورة المهمة في حدوث السمنة

عوامل الخطورة (التعرض) لدى الجمور
- وفرة الأطعمة عالية الدسم .
- المستويات المرتفعة من ريجيم الدهون .
- تناقص مستويات النشاط الجسماني .
- أنماط استهلاك الطعام التي تدعم السمنة .
عوامل الخطورة (التعرض) لدى الأفراد : العوامل البيولوجية .
- عوامل الوراثة .
- معدلات الأيض المنخفضة .
- تزايد عدد الخلايا الدهنية .

عوامل الخطورة (التعرض) لدى الأفراد : العوامل السلوكية .

- الاستهلاك المرتفع للطاقة .
- انماط محددة للأكل (مثال : الأكل الشره) .
- نقص التمرينات الرياضية .

ملحوظة : مستمد من المعلومات التي قدمها براونيل ووادين (١٩٩٢)

هذه القضية لم تلق إلا اهتماماً ضئيلاً من الباحثين ؛ لذلك فقد غابت من جدول عوامل الخطورة (التعرض) . والواضح من الخبرة الاكلينيكية أن الاستجابات (ردود الأفعال) النفسية لأحداث الحياة يمكن أن تبرز بوضوح في تاريخ الوزن لدى بعض الأفراد وفي بعض الأحيان يمكن أن يرجع الشخص حدوث أو احتدام مشكلة الوزن إلى ضغوط محددة في العلاقات الشخصية (١) .

مارثا Martha سيدة سوداء مديرة مدرسة ، تبلغ من العمر ٦٠ سنة . ويرغم أنها كانت مصابة بالسمنة معظم فترات حياتها ، فإن هذه هي أول مرة تلتحق ببرنامج انقاص الوزن بناء على أمر طبييها بسبب اصابتها بمرض السكر والضغط . وفيما يلي تسترجع مارثا والمعالج الظروف الشاقة لأول مرة زاد فيها وزنها بدرجة خطيرة .

مارثا : عندما كنت فتاة صغيرة جداً ، كنت مهتمة بمراقبة وزني وكنت ناجحة في ذلك . وكنت - حقيقة - حريصة في الأكل محاولة الحفاظ على شكلي وفي الحقيقة - وليس من قبيل الفخر - أنني كنت اعتبر جذابة جداً .

لقد تزوجت وأنا صغيرة جداً وساذجة ، وانتقلنا إلى هذا المجتمع الأسود . لقد كان نوعاً من الأماكن المغلقة ، وربما كنا نحن أول أفراد جدد ينتقلون هناك على مدى عشر سنوات . وكانت الكثيرات من النساء - ومعظمهن من البدينات - يحسدنني على مظهري - لقد كان ذلك واضحاً من طريقة تعرفهن ، كما أنني سمعت ذلك من إحدى صديقاتي المقربات . وساء الأمر ، لأن بعضهن كن ينشرن كل أنواع الشائعات عني ، وتدعين أنني كنت أخدع زوجي . وقد تسريت بعض هذه القصص إليه .

المعالج : وكيف استجاب لذلك ؟

(1) Interpersonal .

مارثا : كان دائما يتغير لونه ، وفي بعض الأحيان كان يحطم الأشياء .

المعالج : هل كان يؤذيك ؟

مارثا : لم يضربني ، لكن مرة واحدة فعل شيئاً سيئاً . لم يكن لدينا الكثير من المال لم يكن لدينا أطفال حينئذ ، لذلك عندما كنت أدخر بعض النقود كنت اشتري لنفسى - فى بعض الأحيان - هدية . حسناً ، طوال حياتى كنت أتمنى أن يكون لدى معطف فرو ، وقررت ، إنه إذا كان على أن أعيش فى هذه المدينة الحقيرة ، فليس أقل من أن يكون لدى هذا المعطف الفرو . لذلك فقد حصلت على عمل إضافى ، ووفرت النقود ، واشتريت المعطف الفرو . لقد كان شيئاً رخيصاً جداً ، ولكن أتذكر ، أنتى كنت أشعر كما لو كنت نجمة سينمائية وأنا أرتديه .

بعد شرائه بمدة وجيزة وفى إحدى الليالى ، غضب زوجى من بعض القصص التى سمعها عنى من النسوة الثرثارات فى المدينة . وغادرت البيت خارجة حتى يهدأ ، وعندما عدت كان فى الفناء واقفاً يحملق فى نار مشتعلة على الأرض . وقد سكب الكيروسين على معطفى الفرو وجلس يراقبه وهو يحترق . وقال : «إذا كنتى لا تريدين أن تنتهى كمعطفك ، فعليك أن تكفى عن التسكع» .

عندها وحينئذ ، قررت أنه لا بد أن أكون مهندمة وحسنة المظهر .

المعالج : هل كان ذلك عندما بدأ وزنك فى الزيادة ؟

مارثا : لقد كنت دائما أشعر أننى سأصبح بدينة ، ولم يأخذ ذلك وقتاً طويلاً حتى أصبحت كذلك . وكما تعرف ، على مدى ستين شعرت بأننى سعيدة به . والنساء فى المدينة كن يتصرفن معى بطريقة لطيفة ، وكان زوجى يعاملنى بطريقة حسنة لفترة وجيزة ، لكن ذلك لم يستمر .

لقد تم الطلاق ، ورحلت وحصلت على شهادتى وتزوجت مرة أخرى وبوضوح ، عرفت بعدئذ أن المشاكل التى عانيتها كانت بسبب زوجى السابق والنساء الحاسدات وليس بسبب هندامى . ولكن فى كل مرة كنت أنقص وزنى كنت أتذكر كيف كنت أشعر عندما أمشى فى الشارع فى تلك المدينة الصغيرة القذرة مع أولئك النسوة الحقيرات اللاتى يفترسننى

بأعينهن ، وأرى المعطف وهو يحترق وأن ذلك هو وقت الريجيم .

إن المناحي النظرية المختلفة للأسباب المرضية ، بالطبع ، تختلف في رؤيتها للعلاجات المختلفة ، والعلاج النفسى المكثف سيكون مطلوباً لإعادة حل الصراعات اللاشعورية ، والتدريب على المهارات سيكون مطلوباً لمحو العادات المدمرة وقد يكون العلاج النفسى اليبينشخصى (1) مفيداً فى مواجهة ظروف الحياة الصعبة . كما أن التدخلات الدوائية والجراحية والغذائية تكون مطلوبة لتغطية الجوانب البيولوجية . ولم يبرز حل واضح لمشكلة السمنة من أى من هذه المناحي . أما التصور الزاهن للأسباب المرضية باعتبارها متعددة العوامل فسوف يؤثر الآن على الطرق التى يطور بها المتخصصون علاجاتهم . ولعل القيام ببداية جديدة مؤسسة على النظرية وعلى ما هو معلوم عن الأسباب المرضية يمكن أن يودى إلى توجهات مفيدة . ونظراً لوجود مسالك مختلفة للأسباب المرضية للسمنة ، فإن تعدد العلاجات سيكون أمراً مفيداً . وبناء عليه ، فإن المسألة التى ستناقش بالتفصيل هنا هى فلسفة مواءمة الأفراد لأنواع العلاج .

- هل الريجيم حسن أن سي ؟

لقد ثار جدل محتدم حديثاً . ففى السابق ، كان الريجيم يعتبر - عادة - جراًءة مضمودة إن لم تكن ناجحة ، وكانت هناك علامات مبكرة قبل عامى ١٩٩١ ، ١٩٩٢ حيث كان بعض العلماء يتساءلون عن الحكمة من هذا المنحى (Bennett & Gurin, 1982; Polivy & Herman, 1983; Wooley & Wooley, 1984; Wooley, Wooley & Dyrenforth, 1979) ومع ذلك ففى عام ١٩٩١ ، ١٩٩٢م اكتسبت الحركة المضادة للريجيم دفعة ولقت أذاناً صاغية من المتخصصين والمسئولين عن الصحة على حد سواء وقد تحدى عدد ضئيل من المقالات العلمية الريجيم على أسس مختلفة (Garner & Wooley, 1991; Goodrick & Foreyt, 1991; Polivy & Herman, 1985; Wooley & Garner, 1991).

هذه المقالات مجتمعة تقدم عدداً من النقاط المهمة :

١ - أن المخاطر الصحية للسمنة أمر مبالغ فيه .

(1) Interpersonal .

٢ - لم يتبين مطلقاً أن انقاص الوزن قلل من معدلات المرض أو الوفيات .

٣ - أنواع الريجيم (الحمية الغذائية) غير فعّالة بصفة عامة .

٤ - تؤدي الحمية الغذائية إلى الأكل المضطرب (الأكل الشره ، والشره العصبي وفقدان الشهية العصبي) .

لقد نُشر العديد من الكتب والمقالات الآن وهي تُدين الحمية الغذائية في مختلف الدرجات ومختلف البرامج المقترحة ، والتي ترفض فيها القيود على الطعام وتؤكد قبول الجسم (Bennett & Gurin, 1982; Cilisk, 1990; Foreyt & Goodrick, 1992; Polivy & Herman , 1983) .

إن الأدلة الامبيريقية التي اتبحت تمثل هذه البرامج قليلة ، مع آثار ايجابية على المردودات السيكلولوجية مثل مفهوم الذات (Lewis, Blair & Booth - 1992; Polivy & Herman, 1992; Roughhan, Seddon & Vernon - Roberts, 1990) وفقدان الوزن ليس هو محور هذه البرامج ولا يحدث .

وفي استجابة للسؤال الحاسم عما إذا كانت الحمية الغذائية حسنة أم سيئة ؛ ناقش براونيل ورودين (١٩٩٢) كل نقطة من النقاط المثارة في المناقشات المضادة للحمية الغذائية وحاولوا تقديم وجهة نظر متوازنة ، وخلصا إلى ما يلي :

١- إن المخاطر الصحية للسمنة واضحة وخطيرة .

٢ - لم يتبين إن فقدان الوزن يؤدي إلى خفض معدلات المرض أو نسبة الوفيات لأن هذه المسألة لم تدرس . وتبين الدراسات التي درست العوامل المعرضة للخطر مثل ضغط الدم والتحكم في الأيض في مرض السكر - بصفة عامة - وجود تغيرات مفيدة لإنقاص الوزن .

٣ - كل المعلومات عن فاعلية برامج إنقاص الوزن تأتي من المواقف الاكلينيكية حيث يكون الشخص متوسط بدنياً ، ومن المحتمل أنه متوسط في الأكل الشره ، ويظهر المزيد من الاضطرابات النفسية عما لدى الأفراد زائدي الوزن بصفة عامة . وهناك عوامل سلبية خاصة بالمآل . وربما لا يكون من الممكن التعميم من العدد الصغير من

الأفراد الذين يشاركون في برامج البحث من طلاب الجامعة على الملايين المنخرطين في البرامج التجارية وبرامج المساعدة الذاتية ، وعلى الأفراد الذين يحاولون إنقاص وزنهم اعتماداً على أنفسهم .

وكتدعيم لهذه النقطة ، تبين من خلال مسح أجرى عام ١٩٩٢م بالهاتف على عينة احتمالية قومية من النساء في الولايات المتحدة الأمريكية أن من بين النساء البدينات اللاتي حاولن إنقاص وزنهن حوالي ١٥ رطلاً على الأقل ، إستخدمت نسبة تقل عن ٢٠٪ منهن الأساليب التي تم إختبارها في معظم الدراسات التي قيمت نتائج العلاج ؛ خاصة البرامج الخاضعة لإشراف المتخصصين ، أو الوصفات الطبية للتخسيس . والأكثر من ذلك أن متوسط إنقاص الوزن الذي ذكر لكل محاولات إنقاص الوزن كان حوالي ١١٪ من وزن الجسم الأساسي ، وهو كاف لتحسين العوامل التي تعرض الصحة للخطر (O'neil,Dansky Kilpatrick & Brewerton, 1992).

٤- إن النظام الغذائي (الريجيم) وعوامل نفسية أخرى هي المسؤولة عن الأكل المضطرب . وهذا التهيوؤ أو الإستهداف لا يمكن تبريره بالزيادة المشكوك فيها في النظام الغذائي لدى الأشخاص القريبين من الوزن المثالي . أما بالنسبة للأشخاص الذين لديهم زيادة في الوزن ، فإن النظام الغذائي لم يعزل بعد كعامل مهيبء لإضطرابات الأكل ، وإذا وجد مثل هذا التهيوؤ فإنه ينبغي أن يوضع في مقابل الرغبة القهرية لإنقاص الوزن .

إن هناك عدداً من القضايا التي ينبغي أن تدرس بعناية ؛ لكي نفهم الدور الذي يفرضه الريجيم على صحة ورفاهية مجتمعنا . ومن الواضح أن زيادة الوزن تزيد المخاطر الصحية ، لكن من غير الواضح مدى إسهام التخسيس في تقليل الخطر ، ومن ثم خفض احتمالات المرض والوفاة . وربما كان السبب في ذلك هو عدم إجراء الدراسات المناسبة . وإذا كانت الأساليب المعاصرة لضبط الوزن فعالة في إحداث إنقاص قصير المدى للوزن ، فإنها تعاني من قصور في توفير أساليب ثابتة للحفاظ على نقص الوزن .

ومن الواضح أن النظام الغذائي له مغارمة كما أن له مغارمة لدى البعض . وتتمثل التحديات الرئيسية الراهنة في :

أ - تحديد الأفراد الذين يستفيدون أو يضارون من النظام الغذائي .

ب- تقليل المعدلات المرتفعة وغير المعتادة من الإلتزام بالنظام الغذائي لدى أولئك الذين لا يحتاجون لإنقاص الوزن .

ج- الفهم الجيد للأسباب الفسيولوجية والنفسية التي تؤدي إلى تناقص الوزن لدى البعض ، وعدم تناقصه لدى البعض الآخر .

د- تطوير وسائل آمنة وفعالة لإنقاص الوزن والحفاظ عليه ، وتوجيه هذه الوسائل للأفراد الذين ينتظرون المساعدة الطبية .

إن الجدل الحالي عن جودة أو سوء النظام الغذائي له أثر متناقض ، ويهدد بتوجيه الإنتباه بعيداً عن قضايا مهمة مثل : من الذين ينبغي عليه أن ينقص وزنه ، ومن الذي يستطيع إنقاص وزنه ، وما الشروط التي ينبغي أن يتم في ظلها النظام الغذائي ، وما المدى الذي يطمح إليه الفرد في إنقاص الوزن ، وما الحد الأمثل للوزن التي ينبغي إنقاصه والحفاظ عليه - (Brownell & Rodin, 1992, P.4; ital-ics in original)

إننا نعتقد أن هذا الجدل حول النظام الغذائي له أهمية إكلينيكية كبيرة . لقد قدر لبعض الأشخاص دخول معركة ، لن يكسبوا لأسباب إما بيولوجية أو ثقافية أو نفسية أو سلوكية . فهذه المعركة يمكن أن تؤدي إلى الإنشغال بالأكل والوزن ولوم الذات والإكتئاب ، وجولات متكررة من إنقاص الوزن وإستعادته . وفي مثل هذه الحالات يمكن النصح ببرنامج للتفهم ، وقبول زيادة الوزن والتركيز على العادات الصحية في الأكل والرياضة ، وحصر التحدي في تحديد أولئك الأشخاص ومعرفة الأفراد الذين لن يتناقص وزنهم بشكل مؤكد .

ويتساءل المستفيدون⁽¹⁾ عادة عن هذه القضية ، بطريقة مباشرة في بعض الأحيان ، حيث يتساءلون عما إذا كانوا سيواظبون مع النظام الغذائي بإستمرار ، أو بطريقة مباشرة عندما يتساءلون عن مدى فعالية البرنامج ، أو عما إذا كانوا سيصبحون أسرى النظام الغذائي^(*) وهلم جرا . ومن المفيد أن نناقش هذه القضايا بالتفصيل ، وأن نوضح أن هناك بدائل للنظام الغذائي : فكل فرد ينبغي أن يقرر ما

(1) Clients

* إستخدم المؤلف تعبير yo-yo dieter ، وهو تشبيه بلعبة مؤلفة من قرص مزدوج محزوز مزود بسلك أحد طرفيه ملفوف حول الحز ، والآخر مشدود إلي يد المرء أو إصبعه علي نحو يمكنه من قذف القرص في إتجاه ما وإعادته إلي اليد وهكذا (المترجم : المصدر ، قاموس المورد ، ١٩٨٢) .

إذا كان الريحيم هو الإختيار المناسب له ، وإذا كان الأمر كذلك ، فأى البرامج أو الأساليب هو الأكثر نفعاً .

- نموذج تصوري للفحص والعلاج :

لا تعتبر السمنة - بعكس موضوعات أخرى في هذا الكتاب - إضطراباً نفسياً ؛ فالطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية^(١) (American Psychiatric Association,1993) لم تضم السمنة كإضطراب طبي نفسي^(٢) ، والسمنة في حد ذاتها لاتعنى وجود ألم أو مشقة نفسية مصاحبة^(٥) .

وعلى الرغم من أن السمنة لا تعتبر سلوكاً ، فإن تغيير السلوك يمثل ضرورة قصوى إذا كان لا بد من التعامل مع حالة السمنة . وببساطة فإن الشخص البدين الذى يحاول إنقاص وزنه عليه أن يصر على مواصلة التغييرات فى سلوكياته ، التى من شأنها التأثير على إختزان الغذاء وإستهلاك السعرات الحرارية ، وهذه الأنماط السلوكية ومحدداتها معقدة وفردية بشكل يثير الدهشة .

وعلى الرغم من أن المناحى السلوكية المبكرة الخاصة بإنقاص الوزن كانت تتميز بأنها عبارة عن مجموعة من التدخلات قصيرة الأمد ، إنبثقت من المقررات الدراسية ، وتركز عادة على أشكال السلوك النهائى^(٣) ، التى تؤثر على توازن الطاقة (الأكل ، والتمارين الرياضية) ، فإن التدخلات التالية أصبحت أكثر تطوراً وتعقيداً وتستند إلى معارف أو علوم متعددة^(٤) (Brownell & Wad-den,1992) والأكثر من ذلك ، فإنه من المعروف الآن أن هدف العلاج هو التعايش والسيطرة^(٥) أكثر من الشفاء ، ويتطلب هذا الهدف تدخلاً طويلاً المدى (Perri, Nezu & Viegner,1992) .

* إن المحكات الخاصة بالطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي والمذكورة في هذا الفصل هي التى وافقت عليها مجموعة العمل بإعتبارها خاصة بإضطرابات الأكل (APA,1993) .

(1) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).

(2) Psychiatric.

(3) Terminal.

(4) Multidisciplinary.

(5) Management.

ويتطلب التدخل تفصيل العلاج على خصائص وظروف المستفيد الفرد .
وتصف مقالة ستيوارت Stuart (1967م) المبكرة تطبيق المبادئ السلوكية
بهدف إنقاص الوزن ، وهو ما أدى إلى إفراز درجات من التقارير عن علاجات
قصيرة المدى أكثر من العلاجات الجمعية البسيطة . ومن النادر أن يعترف أحد أن
مقالة ستيوارت وصفت بالفعل علاجاً فردياً يمكن تنفيذه في غضون عام .

التركيز على تغيير أسلوب الحياة :

نحن نرى أن تناول السلوكي للسمنة يُفسر بواسطة كل من العميل والمعالج
كمجهود هدفه التأثير في تغيير أسلوب الحياة ، وهذا يعني تطوير أنماط روتينية
طويلة المدى من السلوك ، التي تدعم إنقاص الوزن والمحافظة عليه في مواجهة
التأثيرات الجينية والشخصية والبيئية إلى العكس . ويعتبر ذلك بطريقة ما، نوعاً
من الترفيع (التوفيق) السلوكي (1) ، ويختلف هذا المنحى إختلافات مهمة عن
النظام الغذائي ؛ إذ أنه يدعو صراحة إلى ضرورة التغيير طويل المدى ، وينقل
التأكيد من مجرد إنقاص الوزن إلى إستمرار الحفاظ على الوزن ، ويغير إنتباه
العميل من عدم القابلية للتنبؤ بتغير الوزن إلى هدف أكثر قابلية للتحكم ، هو
التغيير السلوكي .

ويتم عادة على المدى الطويل الإستخدام الذكي لزمن الجلسة العلاجية
لشرح هذا المفهوم للعميل ، بكل الطرق الممكنة ؛ للتغلب على الرسائل المتناقضة
الناجمة عن الإعلانات الخاصة بإنقاص الوزن ومحاولات العميل الخاصة
والسريعة لخفض الوزن . ويمكن أن يساعد هذا المنحى أيضاً على تخفيف شعور
العميل غير الضروري بالذنب ، وانخفاض تقدير الذات نتيجة مرات الفشل السابقة
في ضبط الوزن .

وتوجد طرق عديدة لتقديم هذا المنحى الخاص بأسلوب الحياة الى العميل
فقد إستخدم المؤلف الأول (ك. د. براونيل) المقطع LEARN (إختصاراً لكلمات
أسلوب الحياة Life style ، التمرينات Exercise والاتجاهات Attitudes ،
والعلاقات Relationships والتغذية Nutrition) ، ويشير هذا الأسلوب (LEARN) ، -
بالإضافة إلى التغيير السلوكي - إلى أحد أهداف العلاج وهو التعليم (2) . وهناك

(1) Behavioral Prosthesis.

(2) Education.

أسلوب مقوى للذاكرة^(١) إستخدمه المؤلف الثاني (ب. م. أونيل) ، ويرمز إليه بإسم ABCD'S (وهو إختصار لكلمات زيادة النشاط و التغيير السلوكي ، وإعادة البناء المعرفي والتغيير الغذائي ، والتأييد الإجتماعي ، ويقدم الأسلوبان وسائل لتنظيم المعلومات حول العناصر الأساسية للبرنامج ، ويوفران للعميل وسيلة مختارة وسهلة الإسترجاع للنظر ، بطريقة بناءة للمهمة أو المغامرة التي سيقدم عليها .

- مواءمة الأفراد للعلاجات :

حقق هذا المجال من المنظور التاريخي تطورات في علاج السمنة بتنفيذ دراسات مضبوطة ، تعتمد على التعيين العشوائي والإحصاءات البارامترية والبحث عن العلاجات التي تحقق فاعلية في إنقاص الوزن بما يتجاوز المعيار الشائع . وقد تم إختبار المركبات الفارماكولوجية في مقابل العقاقير الوهمية^(٢) من خلال دراسات عشوائية مزدوجة التعمية^(٣) ، كما تم تقويم العلاجات السلوكية والوجبات الغذائية منخفضة السرعات الحرارية^(٤) ، من خلال تجارب تم فيها تطبيق علاجات بعينها أو خليط من العلاجات على مجموعات من الأفراد ، ومن ثم مقارنة بمجموعات أخرى من الأفراد تعرضوا لمناخ مختلفة .

والإفتراض المتضمن في هذا المنحى هو أن الجمهور الذي تم إختباره متجانس ؛ ولذلك فإن التعيين العشوائي كان فعلاً في إيجاد مجموعات متكافئة ، وأن العلاج كان ممتازاً بدرجة تستوجب إعتناقه وطرح البديل الآخر جانباً . ولكي نستخدم مثلاً إفتراضياً فإن المنحى السلوكي سوف يكون أكثر فعالية ، إذا إستخدم في دراسة مضبوطة عنه في حالة العلاج النفسي العام . والتفسير النموذجي سيكون أن العلاج السلوكي ممتاز ، وربما يبدو هو العلاج المختار أو المفضل ، وأن العلاج النفسي العام ليس مفيداً للسمنة . ولكن هذا التفسير يخفى حقيقة أن العلاج النفسي العام قد يكون ناجحاً في حالة بعض الأفراد ، وقد يكون أكثر نجاحاً عن العلاج السلوكي بشكل أساسي لأشخاص مختارين .

(1) Mnemonic.

(2) Placebos.

(3) Double-blind.

(4) Very-Low-Calories diets (VLDS).

ويرى براونيل ووادين (Brownell & Wadden, 1991, 1992) أن السمنة اضطراب غير متجانس ، وبالتالي فمن المحتمل أن تكون العلاجات المتعددة فعالة بالنسبة للأفراد المختلفين .

لقد حان الوقت للتخلي عن التفكير بأن منحي واحداً يمكن أن يستخدم مع كل الأفراد ، وأن برنامجاً واحداً يعطو فوق البرامج الأخرى . وبعد إستبعاد المناحي الخطيرة أو التي تنطوي على إحتيال ستبقى عدة برامج للسمنة وسيكون كل واحد منها مناسباً لبعض الأفراد على الأقل . وسيكون التحدى ليس فقط في تنفيذ دراسات بارامترية لتحديد ما إذا كان منحي ما أفضل من الآخر ولكن لتطوير محكات معينة ؛ لتقابل حاجات الأفراد، (Brownell & Wadden, 1992, p.510).

مخطط المضاهاة⁽¹⁾ :

هناك عديد من المناحي الممكنة لمضاهاة أو مواءمة الأفراد للعلاجات ، ولكن لم يتم إختبار مصداقية أى منها من خلال دراسات تجريبية .

وفى البيئة الطبيعية ينتشر عادة الحدس أو البديهة ؛ لأن الفرد الذى يعانى من زيادة الوزن قد يختار المنحي الذى يشعر بأنه سيكون أكثر فائدة له . أما فى المواقف العيادية فيحتمل أن يكون المعروض برنامجاً واحداً ، وبالتالي لاتحدث المضاهاة ، وعندما يتاح عدد من المناحي المختلفة ، تكون درجة سمنة الفرد هى العامل المحدد ، وإن كانت البرامج الأكثر صرامة هى التى تستخدم لمعظم الذين يعانون من زيادة شديدة فى الوزن .

ويوضح الشكل (١-٨) المخطط الذى إفترضه براونيل ووادين Brownell & Wadden 1992 ، وهو منحي تصورى تتكامل فيه ثلاث عمليات مضاهاة ممكنة ، فى شكل تخطيط يتم فيه أولاً إتخاذ قرار التصنيف ، يعقبه قرار العناية المتدرجة^(٢) ، ومن ثم يتم قرار المضاهاة أو المواءمة .

(1) Matching scheme.

(2) Stepped-care.

قرار التصنيف ← قرار الرعاية المتدرجة ← قرار الموازنة



شكل (١-٨) : المخطط التصوري لعملية ثلاثية المراحل في إختيار العلاج للفرد . وتقسّم الخطوة الأولى ، قرار التصنيف ، الأفراد طبقاً لنسبة الزيادة في الوزن إلى أربعة مستويات . وعلى هذا المستوي خمس خطوات ستكون مقبولة في المرحلة الثانية : قرار الرعاية المتدرجة . ويشير ذلك إلى أن المنحى الأقل تكثيفاً ، وتكلفة ، وخطورة سوف يستخدم من بين عدة علاجات بديلة . والمرحلة الثالثة ، قرار الموازنة أو المضاهاة يستخدم لعمل الإختيار الأخير للبرنامج ، ويؤسس على خليط من متغيرات العميل أو البرنامج . وتوضح الخطوط المتقطعة التي تصل بين مرحلتي التصنيف والرعاية المتدرجة المستوي المنخفض من العلاج ، الذي يمكن أن يكون مفيداً ، ولكنه سيكون أكثر تكثيفاً وضرورياً عادة للأشخاص في المستوي المعين من الوزن . (ماخوذ عن عدم تجانس السمعة : ملاءمة العلاج للأفراد ، كتبه ك.د. براونيل وت. أ. وادين ١٩٩١م ، العلاج السلوكي ، ٢٢ ، ص ١٦٢ . ونشرت النسخة الأصلية ١٩٩١م بواسطة رابطة تقدم العلاج السلوكي).

ويرتكز قرار التصنيف على نسبة الزيادة في الوزن ، ويساعد على تضيق مدى المناحي التي تعتبر ملائمة للفرد . فالشخص الذي يعاني من زيادة خطيرة في الوزن - على سبيل المثال - قد لا يستجيب لبرنامج التوجيه الذاتي ، وقد يحتاج إلى شيء آخر أكثر شدة . وبالعكس فالشخص الذي يعاني من زيادة متوسطة أو معتدلة في الوزن قد لا يكون من المناسب تعريضه للجراحة .

ويرتكز المستوى الثاني على ملحي الرعاية أو العناية المتدرجة ، وبعد إيجاد عدد من المناحي من خلال قرار التصنيف ، يتم ترتيب البرامج أو المناحي في ضوء التكلفة ، ومدى التدخل (1) ، والآثار الجانبية (في حالة العلاج الدوائي) والخطورة ، وعوامل أخرى تستخدم في الحكم على التكلفة / الفاعلية . وكما هو الحال في العلاج بالرعاية المتدرجة لمرضى إرتفاع ضغط الدم ، فإن العلاجات الأقل تكلفة والأقل مشقة تعتبر تدخلات من المستوى الأول .

والخطوة الثالثة ؛ أي قرار المضاهاة أو المواءمة ، تركز على الحاجات الشخصية للفرد وهناك قضايا أخرى تؤخذ في الإعتبار أيضاً ، مثل الإستجابة المحتملة للعلاجات الجماعية في مقابل العلاجات الفردية والحاجة إلى تمرينات تخضع للإشراف ، ودرجة التنظيم التي يحتاجها إعداد النظام الغذائي . وهناك عوامل مضاهاة أخرى موجودة في الشكل (١-٨) .

ويلاحظ براونيل ووادين (Brownell & Wadden (1992 أن هذا المخطط للمضاهاة لم يخضع بعد للإختبار ، ويمكن إضافة أو حذف خطوات أخرى ، ولكن الحكم الإكلينيكي والحدس لدى الفرد هي الوسائل الأكثر فائدة في عملية المضاهاة حتى الآن . وقد تكون قيمة المخطط مشجعة من منظور تصوري . أما من المنظور الإكلينيكي ، فإن المخطط ينطوي على رسالة تمثل جوهر الفصل الحالي . ولعل إحدى أكثر الخدمات فائدة ، والتي ينبغي على المتخصصين تقديمها للمناقشة مع العميل ، هي مفهوم المضاهاة أو المواءمة وألا يستخدم كمصدر لعلاج معين فقط ، ولكن يظل مفتوحاً لكل العملاء المحولين من أي مكان آخر .

الأخصائي : أخبرني من فضلك لماذا اخترت برنامجنا ؟

(1) Intrusiveness.

المسترشد : لأن له سمعة طيبة ، وقد قرأت عنه بعض الأشياء فى الصحف .
وقد كان لى جار منضم إلى برنامجكم وحكى لى عنه أشياء لطيفة .

الأخصائى : إن إحدى مسئولياتى أن أناقش برنامجنا معك ، هذا بالإضافة إلى أن
البرامج أو المناحى الأخرى قد تكون مفيدة لك . وكما تعرف هناك
عدة مناهج للتخسيس ، وربما تكون قد حاولت إستخدام بعضها قبل
الآن ، من فضلك حدثنى عنها .

المسترشد : لقد تعرضت لبرنامج مراقبى الوزن (1) عدة مرات ، وحاولت تنفيذ
برنامج للصيام فى مستشفى سانت ماريا .

الأخصائى : كيف كان ذلك ؟

المسترشد : فى المرة الأولى التى إنضممت فيها لبرنامج مراقبى الوزن نقص
وزنى بسرعة كبيرة ، ثم إستعدته ثانية وإستمر ذلك عدة سنتين ولكن
لم أفقد المزيد من الوزن . ثم حاولت تطبيق برنامج الصيام منذ عام
مضى تقريباً . وقد أحببته لأن وزنى كان ينقص ، ولكنى شعرت
بالفزع القاتل عندما كنت أفكر فيما سيحدث عندما يتوقفون عن
إعطائى العبوات الغذائية (2) ، وتحسنت لفترة ثم تراجعتم وبدأ الوزن
يزداد .

الأخصائى : هذه معلومات قيمة . نستطيع أن نتحدث عن هذه النظم الغذائية
السابقة بالتفصيل لنرى ماهو الصواب وماهو الخطأ ، وسوف يساعدنا
ذلك فى رسم صورة عنك وعن نوع البرامج التى تناسبك .

المسترشد : أعتقد أن هذا البرنامج سيكون مناسباً لى ، وهذا ماجاء بى إلى هنا .
الأخصائى : قد يكون ظنك صائباً تماماً ، لكن لاتنسى أن حدسك أو ظنك كان قد
أخبرك بأن البرامج السابقة التى جربتتها ستكون مناسبة لك أيضاً .
أريدك أن تفكر بحرية وسعة أفق ، وإذا كان بقاؤك معنا هو المنحى
الأكثر ملاءمة ، فسنكون سعداء لمساعدتك .

وعن هذه النقطة سيناقد الأخصائى العوامل التى يشعر هو والعميل أنها
الأكثر أهمية . وتختلف هذه العوامل من شخص إلى شخص . وقد يحتاج

(1) Weight Watchers.

(2) Packets of Supplement.

شخص- على سبيل المثال - إلى نظام غذائي محكم وصارم ، بينما تكون التمرينات الرياضية هي مفتاح الحل لشخص آخر . وقد يهتم أحد الأفراد بما إذا كان البرنامج سينفذ في جلسات جماعية أم فردية ، بينما قد لا يهتم شخص آخر بذلك . وبمجرد أن تحدد العوامل المناسبة يمكن مناقشة مدى الخيارات المتاحة في المجتمع ، وستكون عمليات إتخاذ قرار التصنيف والرعاية المتدرجة في تضيق مدى البرامج التي تناسب العميل .

- نظرة على البرامج المتاحة :

لقد أوصينا بأنه ينبغي على الأخصائي والعميل أن يحيطا علماً بالبرامج المتاحة في المجتمع . ويمكن للأخصائي الحصول على ذلك بالسؤال أو التحري عن البرامج الأخرى عند إجراء المقابلة مع العميل أو بزيارة أماكن تقدم برامج أخرى ، والحصول على مواد مكتوبة من مستوى البرامج أو مقابلة مشرفي البرامج أنفسهم .

وسوف يكون المشرفون في البرامج الأخرى على إستعدادد للتعاون ، لو عرضت عليهم المشاركة وكانت إمكانية حدوث التحويلات المتبادلة واضحة . وفي بعض العيادات يتم طباعة ونسخ دليل للعملاء ، يحمل أسماء وعناوين البرامج المحلية مع معلومات عن التكلفة ، ومحتوى البرنامج وغير ذلك .

ويوضح الجدول (٢-٨) مثلاً لمثل تلك المعلومات المتوفرة للمناحي المختلفة لإنقاص الوزن .

جدول ٢ - ٨ المعلومات عن المصادر المختلفة لانقاص الوزن

مستويات السعرات الحرارية للراشدين	خطة الغذاء	خطة النشاط	الإرشاد السلوكي	الإرشاد الغذائي
تتعمد علي أهداف التخسيس والحالة الصحية . ويتفاوت مدي السعرات الحرارية من المخزون البسيط إلي المعتدل ، مع زيادة النشاط	تقوم علي أساس خطة أكل الفرد ، ويأخذ في الاعتبار الموقف العرقي ، والإجتماعي والمادي .	التوجيه الفردي وتقديم الدعم .	إرشاد فردي أو جمعي ، يعتمد علي حاجات الفرد . يتم استخدام إستراتيجيات إرشادية متنوعة	- متخصصون معتمدون في النظام الغذائي متخصصون معتمدون في النظام الغذائي في البرامج الخاصة ، وبرامج المستشفيات ، وعيادات الصحة العامة ، والعيادات الخارجية الأخرى . (إرشاد فردي أو جمعي)
الرجال : خط أساسي ١٢٠٠ النساء خط أساسي ٩٤٥ والسعرات الإضافية تخضع لتقدير المرشد وتضع بعض المراكز علي أساس تحليل تركيب الجسم .	تأكيد الغذاء الفعلي المتاح في مخازن البقالة، ويتم بيع الأطعمة التي تستوفي محكات التغذية الخاصة بمركز الريجيم .	أهداف رياضية فردية طورها المرشد، مع استخدام برنامج كمبيوتر	فصول فردية وجمعية.	- البرامج الرسمية لانقاص الوزن برنامج ذو صبغة مجتمعية متعدد المراكز . مركز الريجيم (مسئولية محدودة) ٩٢١ شارع بينن ، بيتسبرج ص س ١٥٢٢٢ هاتف ٤١٢٢٣٨٨٧٠٠ (إرشاد فردي).

مؤهلات فريق الإشراف	التكاليف	المواصلة	تكرار الاتصال	تركيب النظام الغذائي		
				كربوهيدرات	دهون	بروتين
خلفية قوية في العلم والتغذية ، مع درجة البكالوريوس وتدريب متقدم ، وينبغي أن يحقق متطلبات التعليم المستمر لاستمرار التسجيل أو الاعتماد بالإضافة إلي أو كجزء من تدريب خاص قد يرتبط بالأطباء ، والأخصائيين النفسيين أو المتخصصين في الرياضة البدنية .	تختلف باختلاف الخدمات المطلوبة	مكون حاسم ومهم في الخطة ومتوفر خطة سنوية	يعتمد علي الحاجة بالأهداف ، ويشمل الإتصال المباشر والمتابعة بالهاتف ، وتتفاوت من مرة كل أسبوع إلي مرتين في الشهر ، ثم ربع ونصف سنوية ، تدخل مكثف في البداية ، زيارات طبية واختبارات معملية .	يترك لحالة كل فرد		
تدريب تأهيلي في مكتب استشاري وندوات مستمرة في الميدان ، ويوجد ١٥٠٠ مركز في الولايات المتحدة وكندا	برنامج خدمة متكامل عادي لإنقاص ٣٠ رطلاً من الوزن ، والمواصلة = ٦٠٠ دولار ، وتتفاوت التكلفة بتفاوت المكان المركز	خطة سنوية	تتم بصفة يومية أثناء مرحلة الخفض ، وخلال مرحلة الترسخ أو الإستقرار من ٢-٢ مرات في الأسبوع ، وفي مرحلة المواصلة مرة في الأسبوع لمدة عام .	-٪٥٢ ٪٦٢	-٪٢٠ ٪٢٨	-٪١٦ ٪٢٧ (وتعتمد مستويات التغذية علي المرحلة التي وصل إليها البرنامج)

تابع : جدول ٢ - ٨ المعلومات عن المصادر المختلفة لانقاص الوزن

مستويات السعرات الحرارية للراشدين	خطة الغذاء	خطة النشاط	الإرشاد السلوكي	الإرشاد الغذائي
الرجال ١٢٠٠ - ١٧٠٠ النساء ١٠٠٠ - ١٥٠٠	خطة غذاء خاص مع قائمة طعام أسبوعية سابقة الإعداد بالإضافة إلي فواكه طازجة وخضروات ومنتجات الحبوب والالبان .	كتب لخطة رياضة شخصية، كتب لبرنامج مشي مع شريطين فيديو وشريطين تسجيل .	مناقشات جماعية مدعمة بشرائط فيديو وتتوفر شرائط سمعية في التكلفة الإضافية .	چيني كرايج (مستوية محدودة) ٤٤٥ بنسيون المنظر البحري جناح ٣٠٠ دالر ٩٢٠٤١ ٦١٩٢٥٩٧٠٠٠ (إرشاد فردي)
الرجال ١٢٠٠ - ١٥٠٠ أو أكثر، ويعتمد علي حاجة الفرد النساء ١١٠٠ - ١٥٠٠ أو أكثر يعتمد علي الحاجات الفردية (في كندا ١٢٠٠ سعر حراري)	خطة غذاء شخصي تخضع لاختيار العميل الفردي من ١٠٠ بند تقريباً ، فواكه طازجة ، خضروات ولبن غير دسم من البقالة	خطة نشاط شخصي من ثلاثة أجزاء للنشاطات اليومية ، المشي تمرينات اللياقة والايروبيكس مع ٢ شريط فيديو للاتصال بمؤسسة الرشاقة والايروبيكس في أمريكا	فصول ذات مجموعات صغيرة، تجهز للفرد من خلال استخدام البروفيل السلوكي	نظام تغذية (مستوية محدودة) ٢٨٠ شتري بيكواي ، بلوبل ص.ب ١٩٤٢٢ ، ٢١٥٩٤٠٢٠٠٠ (إرشاد فردي)
الرجال من ١٦٠٠-١٢٠٠ والنساء من ١٤٥٠-١٠٠٠	خطة غذائية تقوم علي أساس مجموعة من الخيارات لتست	خطة رياضية فردية متعددة المستويات تؤكد الشدة	مقابلات جماعية (٢٥-٣٠ في المتوسط)، تقدم كمعلومات	مراقبة الوزن الدورية (مستوية محدودة) جيركو انرويم ٥٠٠ شمال برواوي ، جيركو، نيويورك

مؤهلات فريق الإشراف	التكاليف	المواصلة	تكرار الاتصال	تركيب النظام الغذائي		
				كربوهيدرات	دهون	بروتين
برنامج تدريب مدته ٤٠ ساعة و ٨ ساعات متابعة وتدريب فردي في المركز، ويوجد ٥٢٠ مركزاً في الولايات المتحدة وكندا .	برنامج خدمة متكامل عادي لكل الوزن ، الذي يرغب الشخص في إنقاصه ويشمل المواصلة = ١٧٨ دولار وتكاليف الأكل ١٠ دولارات في اليوم	خطة سنوية ٥٠٪ إعادة مع مواصلة لخفض الوزن لمدة عام	مرتين في الأسبوع : (١) ٢٠ دقيقة من الإستشارة الفردية وواحد فصل جمعي مدته ٤٠ دقيقة .	٪٦٠	٪٢٠	٪٢٠
فصل رسمي لنظام التغذية وتدريب داخلي بالمركز ، وتأهيل للتغذية والإرشاد السلوكي ، ويواصل المرشدون في تلقي تدريب الأفراد بعد التخرج . يوجد تقريباً حوالي ١٨٠٠ مركز في الولايات المتحدة وكندا .	برنامج متكامل عادي لإنقاص ٣٠ رطلاً من الوزن والمواصلة = ٢٠٠ - ٤٠٠ دولار تكاليف الأكل ٩ - ٥٠ دولار في اليوم	خطة شخصية لمدة عام ٥٠٪ إعادة مع مواصلة لإنقاص الوزن لمدة عام	مرة في الأسبوع لمدة ساعة والعناية بالهاتف . وقد يزور العملاء المركز مرات إضافية إذا رغبوا في ذلك	٪٦٢	-١٥ ٪١٦	-٢٢ ٪٢٣
خريجون مديرون سابقاً في البرنامج ينبغي المحافظة علي	رسم تسجيل (متوسط ١٧ دولار) وتغييرات مقابلة جمعية	خطط مواصلة فردية بالإضافة إلي عضوية مدى الحياة	مرة أسبوعياً لمدة ساعة تقريباً	٪٥٦ -٥٠ ٪٦٠	كندا ٪١٨ أكبر من ٪٣٠	٪٢٦ -١٢ ٪٢٠

تابع : جدول ٢ - ٨ المعلومات عن المصادر المختلفة لانقاص الوزن

مستويات السعرات الحرارية للراشدين	خطة الغذاء	خطة النشاط	الإرشاد السلوكي	الإرشاد الغذائي
	قوائم من الطعام تستخدم الأطعمة التي تباع في محلات البقالة	المنخفضة ، والبقاء الأطول ، والنشاطات الأيروبيكس وتشمل هاديات للرشاقة واللياقة	محددة في كيفية اتباع البرنامج التدميمي لمواجهة تحديات انقاص الوزن ، الدافعية للتشجيع علي الالتحاق بالبرنامج ، والعائد الذي نجح في إكمال البرنامج كنموذج للنور	١١٧٥٣٢١٩٦ ٥١٦٩٣٩٠٤٠٠
مرحلة النظام الغذائي منخفض السعرات الحرارية (١٢) أسبوعاً ، يستهلك فيه المريض الأغذية السائلة خمس مرات في اليوم ، وتوفر حوالي ٨٠٠ - ٤٢٠ سعر حراري			برنامج طبي خاضع لإشراف غذائي منخفض السعرات الحرارية، تعديل سلوك الدعم النفسي الجمعي ، التعليم الغذائي، الرياضة ، والمراقبة الطبية (زيارات أطباء ، اختبارات	خطط لنظام غذائي منخفض السعرات الحرارية : برنامج صيام جزئي لإشراف مستشفى أو مكتب.

مؤهلات فريق الإشراف	التكاليف	المواصلة	تكرار الاتصال	تركيب النظام الغذائي		
				كربوهيدرات	دهون	بروتين
الوزن . أساساً ٢٠ ساعة في مقابلات تدريبية. الاستمرار : ساعتين كل ٦ أسابيع فحص سنوي للمهارات والمعرفة بالبرنامج ٢٢٠٠٠٠ مقابلة في ٥٠٠٠ موقع في الولايات المتحدة وكندا	أسبوعية (١٠) دولارات في المتوسط للأسبوع حوالي حدا ١٧٥ دولار لانقاص ٣٠ رطلاً من الوزن ، علي أساس حد أقصى ١ - ٢ كيلوجرام في الأسبوع. وهناك خصم للدفع المقدم	المتاحة ، دون تكلفة إذا استمر انخفاض الوزن				
متخصصون معتمدون في الريجيم ومرمضات وأطباء متخصصون في الرياضة ، وأخصائيو نفسيون. تدريب مكثف لمدة أسبوع ٦ مرات في السنة ، تدريب من مستوى متقدم ٢ أيام كل عام . دليل لبرنامج من ١٢ مجلداً	تتفاوت بين المراكز حوالي ٢٠٠٠ دولار لبرنامج يستمر ٢٦ أسبوعاً برنامج ENCORE للمواصلة حوالي ٥٠٠ دولار	مرحلة التثبيت بالإضالة إلي البرنامج ENCORE لمدة ٢٦ أسبوعاً ، وبرنامج مواصلة علي أساس سلوكي.	زيارة للعيادة مرة أسبوعياً مع معالج سلوكي ومتخصص في الريجيم ، وزيادة طبيب أثناء النظام الغذائي منخفض السعرات مسرتين أسبوعياً	٢٩ - %٥٠	٤ - %١٥	٣٥ - %٦٧

تابع : جدول ٢ - ٨ المعلومات عن المصادر المختلفة لانقاص الوزن

مستويات السعرات الحرارية للراشدين	خطة الغذاء	خطة النشاط	الإرشاد السلوكي	الإرشاد الغذائي
	مرحلة إعادة التغذية (٦ أسابيع) إعادة تقديم الاغذية الصلبة مع زيادة تدريجية في السعرات الحرارية. مرحلة التثبيت (٧ أسابيع) وجبة ثابتة من ١٥٠٠ - ١٢٠٠ سعر حرارى ويتم إيقاف المعينات		عملية أسبوعياً لمدة ٢٦ أسبوعاً.	صيام أمثل Optifast - مؤسسة ساندوز للتغذية 5320w. 23 nd st P.O. Box 370 Munmeaplois MN 55440, 6129252100
	مرحلة صيام لمدة ١٦ أسبوعاً ، مرحلة إعادة التغذية لمدة ٤ - ٦ أسابيع ، ومرحلة تثبيت اختيارية لمدة ١٢ أسبوعاً معادلة من بروتين مرتفع ، وكربوهيدرات متخفضة ٢٠ سعرات وريوتوكولين ٥٥- ٧٠ مقدار من السوائل في		المكون التعليمي هو برنامج أسلوب الحياة . توضع جلسات جماعية أو إرشاد فردي. وسادة المريض عبارة عن مرشد من ١٦ فصلاً . ورمائل دليل قائد المجموعة خطة الفصل . وتغطي الفصول	صيام متوسط Medifast مؤسسة جاسون Jason للصيقلانيات (مسئولية محدودة) ص ب . ٣٧٠ . اونجز ميلز ٢١١١٧ ٢٠١٥٨١٨٠٤٢

مؤهلات فريق الإشراف	التكاليف	المواصلة	تكرار الاتصال	تركيب النظام الغذائي		
				كربوهيدرات	دهون	بروتين
أدلة برنامج من ٣ أجزاء ، مع زيارة الطبيب برنامج تدريب لمدة يوم واحد ، يغطي البرنامج والمريض ٢٤ جلسة تدريب تعرض مستوى قوياً من الأطباء والمشرقيين ندوة تعليم عن السمنة لمدة يومين في السنة .	تتفاوت مع تفاوت المكان ومدي البرنامج متوسط التكلفة ٦٥-٧٥ دولاراً في الاسبوع لزيارة الكتب والسوائل برنامج لمدة ١٦ أسبوعاً يكلف ١٠٤٠ - ١٢٠٠ دولاراً برنامج أسلوب الحياة ٢ ، - مواصلة ٢٤ أسبوعاً يكلف من ١٩٢ - ٢٨٨ دولاراً	أسلوب الحياة الثاني برنامج جمعي من ٢٤ أسبوعاً . ويعطي دليل قائد المجموعة ، خطط فصلية ، صفحات نشاط المريض ونشرة مجانية	مراجعة طبية وإرشاد مرة كل أسبوع زيارة الطبيب مطلوبة مرتين في الشهر	- ٢٨ ٪٣٥	- ٢ ٪٢٥	- ٤٣ ٪٥٢

تابع : جدول ٢ - ٨ المعلومات عن المصادر المختلفة لانقاص الوزن

مستويات السعرات الحرارية للراشدين	خطة الغذاء	خطة النشاط	الإرشاد السلوكي	الإرشاد الغذائي
	خمس عبوات في اليوم (٤٤٠-٤٨٠ سعراً حراري)، لا يقدم أي طعام. خطة بديلة تضيق رجات صغيرة (٦٥٠ - ٦٠٠) سعراً حراريًا. الصيام المتوسط + ٨٠٠ سعراً حراريًا في اليوم في ٤ عبوات (٣٧٥ سعراً حراريًا) ووجبة محددة (٥٠٥ سعرات حرارية)		الستة عشر مجالات في التغذية، التفيرات السلوكية والرياضية	
* هناك برامج تقوم علي أساسا مكاتب جسمية تستخدم منح مشابهة وتبحث عن إكمال التغذية أو الرياضة والمكونات السلوكية				
		لا يوجد	مجموعة مساعدة يديون مكسب . يشترك الأعضاء في مقابلات اسبوعية رياضيات روحية ، اجتماعات سنوية ، اتباع	مجموعات المساعدة الذاتية مجموعة المساندة المقدرون المجهولون مكتب الخدمة العالمي صندوق بريد ٩٢٨٧٠ لوس انجلس ٩٠٠٠٩ ٢١٣٥٤٢٨٣٦٣

مؤهلات فريق الإشراف	التكاليف	المواصلة	تكرار الاتصال	تركيب النظام الغذائي		
				كربوهيدرات	دهون	بروتين
أعضاء (غير متخصصين) ينفنون أنشطة وغير مطلوب التدريب توجد ١١٠٠٠ مجموعة علي مستوي العالم .	لا توجد رسوم عضوية	=	مقابلات مرة في الأسبوع			

تابع : جدول ٢ - ٨ المعلومات عن المصادر المختلفة لانقاص الوزن

مستويات السرعات الحرارية للراشدين	خطة الغذاء	خطة النشاط	الإرشاد السلوكي	الإرشاد الغذائي
			برنامج الكحوليون الجهولون ويتكون من ١٢ خطوة لتصحيح السلوك . لا توجد خطط للطعام إرشاد غذائي ، أو رياضة . ويشجع الأعضاء الذين يبحثون عن مثل هذا الإرشاد لاستشارة المختصين المؤهلين	
١٨٠٠-١٢٠٠ خطة طعام خاصة	تفسير قوائم الطعام	لا يوجد	يحول الأعضاء إلى أطبائهم فيما يتعلق بالنظام الغذائي للإرشاد	نادي Tops (إزالة أرطال معتولة) ص . ب . ٧٣٦ . ميلواكي ٥٢٢٠٧ هاتف ٨٠٠٩٣٢٨٦٧٧
٢٠٠	منتجات سليم فاست للفتار	مشي ٢٠ دقيقة ٢٠ مرات في	برنامج تشجيع ذاتي ومراقبة	وجبات سائلة لإيجاد النحافة السريعة . شركة سليم فاست

مؤهلات فريق الإشراف	التكاليف	المواصلة	تكرار الاتصال	تركيب النظام الغذائي		
				كربوهيدرات	دهون	بروتين
قادة مجموعات متطوعين يتلقون مساعدة من العاملين بنادي Tops ١١٦٥٠ فصل علي مستوى العالم	١٦ دولاراً في السنة	يلتحق الأعضاء بـ KOPS (تجنب أرتال معقولة) في جماعة فخرية داخلية مما يوفر مزيداً من الدافعية للموافقة علي الوزن الجديد	مرة كل أسبوع في فصول خاصة	- ٤٠ ٪ ٤٤	- ٣٥ ٪ ٣٨	- ٢٠ ٪ ٢٢
لا تنطبق	خليط البودرة = ١ دولار عندما	طعام سليم فاست للفتار	لا تنطبق (برفامج)	٪ ٦٣	٪ ٦	٪ ٣١

تابع : جدول ٢ - ٨ المعلومات عن المصادر المختلفة لانقاص الوزن

مستويات السعرات الحرارية للراشدين	خطة الغذاء	خطة النشاط	الإرشاد السلوكي	الإرشاد الغذائي
	والغذاء ٢ - ٢ وجبات خفيفة تحتوي ٢٥٠ و ٦٠٠ سعر في العشاء	الاسبوع علي الاقل - طعام صلب	ذاتية ، محاضرات في تخطيط الوجبات، الشراء والعشاء بالخارج	٩١٩ الشارع الثالث نيويورك ٢١٢٦٨٨٤٤٢٠ ، ١٠٠٢٢
٢٢٠	منتجات دينا تريم للبطار والغذاء ، وجبة خفيفة ، طعام صلب ، وجبة للعشاء	يوصي التراح المتاح بالرياضة ، وبخاصة المشي ويقدم تعليمات للتعديل السلوكي	برنامج تشجيع ذاتي، ومراقبة ذاتية يتوفر محاضرات في الاستهلاك	Dyna Trim Lederle Consumer Health Products American Cyanamid co Wayne, NJ 07470

مؤهلات فريق الإشراف	التكاليف	المواصلة	تكرار الاتصال	تركيب النظام الغذائي		
				كربوهيدرات	دهون	بروتين
	يخلط باللبن تكلفة الطعام الصلب تضاف	وجبات قليلة الدسم للغذاء والعشاء . الرياضة المنتظمة.	مراقبة ذاتية)			
لاتطبق	خليط البودرة ٧٥ دولاراً عندما يخلط مع اللبن ، تضاف تكاليف رجة طعام صلبة	دينا تريم مرة أو مرتين في اليوم لتحل محل وجبة كاملة أو وجبة خفيفة . وجبات منخفضة السعرات، قائمة طعام مع أمثلة للغذاء والعشاء المتوازن	لاتطبق (برنامج مراقبة ذاتية)	٥٦٪	١٣٪	٣١٪ مع ٨٠ جرام لبن نسبة دسم ١٪

ويمكن للعملاء أن يحصلوا على معلومات جيدة عن المصادر المحلية بزيارة هذه البرامج والحديث مع كل الأفراد الذين شاركوا فى برامج أخرى . ولو تم تحويل العملاء إلى برنامج آخر غير برنامجنا ، فإننا نعتقد أن هذه الخطوة الأولى كى يصبحوا مستخدمين جادين ومتعلمين لبرامج إنقاص الوزن . وحتى عندما يظل العملاء فى برنامجنا ، فإننا نوصيهم بأن يتذكروا عملية المضاهاة ، إذا إنتقلوا إلى برامج أخرى لاحقاً .

إننا نفترض عادة أن العملاء والأخصائيين الذين يعملون معهم لديهم معرفة متعمقة عن البرامج المتاحة . وقد حاول معظم العملاء أن يجربوا عدداً من البرامج قبل البحث عن العلاج فى مراكز متخصصة مثل مركزنا ولكن هذا لا يحدث دائماً . فالرجال الذين يقل احتمال إلتحاقهم ببرامج رسمية ، والنساء اللاتى تعتبر مشكلات الوزن لديهن حديثة قد يكون لديهم ، أو لديهن خبرة ضئيلة بإنقاص الوزن . وباستخدام منحى الرعاية المتدرجة الذى سبق وصفه ، قد يستفيد هؤلاء العملاء من النصح بضرورة أن تكون توقعاتهم واقعية ، وأن يتجهوا إلى التغذية العامة والتمرينات الرياضية والتوجيه بالمراقبة الذاتية (١) . وقد تستدعى المشكلات الخاصة التى لم يغطيها الفحص مثل الأكل المفرط (التي سناقشها فيما بعد) أنواعاً أخرى من التدخلات .

والعملاء الذين لم ينجحوا بمفردهم بعد محاولة مناسبة أو واضحة ، لن يعيروا مجموعات المساعدة الذاتية أو البرامج التجارية أو البرامج القائمة بالمستشفيات أى إهتمام أو تقدير إذا لم يكونوا قد حاولوا بالفعل تنفيذ هذه البدائل . ويوجد نوعان رئيسيان من مجموعات المساعدة الذاتية ؛ منها جماعات «إزالة الأبطال المعقولة» (٢) التى تقدم الدعم الإجتماعى والنصيحة الطبية بصفة عامة، حتى لو لم تكن متفنة أو متقدمة بالضرورة . وينبغى مراقبة العملاء فى منحى إزالة الأبطال المعقولة للتأكد من أنهم لايبالغون فى إنقاص الوزن على حساب التغيير السلوكى .

أما الشرهون المجهولون (٣) فإنهم يتبعون منحى مكوناً من إثنتى عشرة

(1) Self-monitoring.

(2) Take off pounds sensibly (TOPS).

(3) Overeaters Anonymous (OA).

خطوة ، وضعت عقب ظهور الكحوليين المجهولين (١) ويشجع برنامج الشريين المجهولين - كسابقه - فلسفة نقص الضبط ، والتي قد تكون مناقضة لأهداف أخرى للعلاج ؛ فهي تؤكد التعاليم الدينية الروحية بإعتبارها سياقاً له معنى بالنسبة لبعض العملاء ، وتمنعها عن آخرين . ورغم أن جماعات الشريين المجهولين تفرض تحريمات (٢) لاتستند إلى دليل تجريبي ، فإن بعض الناس الذين فشلوا بإستخدام أساليب أخرى ، ذكروا أنهم نجحوا مع جماعات الشريين المجهولين . وينبغي تشجيع العملاء المهتمين بجماعات الشريين المجهولين على إستعراض بعض المقابلات مع العديد من الجماعات ، وبعد ذلك يجرون عدة مقابلات مع الجماعة ، التي يشعرون أنها أكثر راحة أو أقل إرهاقاً لهم لتأكيد أن رفض الشكل أو الصيغة ليس أساساً أو سبباً لإنكار المشكلة .

وتشمل البرامج التجارية ، على نحو تقليدي ، مشروعات للتخصيس تهدف للمنافسة والريح ، وتندرج من العمليات الخاطفة ذات الريح العاجل حتى البدائل المحترمة التي تتميز بالحرص بصفة عامة مثل مراقبي الوزن . وتنطوي كل هذه البرامج على خصائص مشتركة ، منها : أنها تخضع لإشراف أشخاص ليسوا متخصصين في النواحي الصحية ، وتتبع نظاماً غذائياً مقنعاً ، يشتمل في بعض الأحيان على أساليب سلوكية دقيقة بصفة عامة . وعلى الرغم من أن هذه البرامج تعول عادة على شهادة الإعلانات (٣) . وعلى الرغم من أن أرقام نجاحها المنشورة تصبح عادة بلا معنى من جراء معدلات العرض المرتفعة ، فإن بعض المستهلكين يظهرون نجاحاً . وينبغي تحذير العملاء من الأغذية المعبأة ، وأن يطالبوا بأنظمة غذائية خاصة . وقد كانت هذه الإجراءات تحظى بإهتمام فيدرالي أثناء كتابة الفصل الحالي .

وينبغي أن ينصح العملاء بطرح الأسئلة المناسبة عند تقويم البرامج التجارية . وقد ظهرت المحاولة الأولى لمساعدة العملاء في هذا الصدد عام ١٩٩١ ، بواسطة مفوض شئون المستهلكين في مدينة نيويورك .

ويقدم الجدول (٣-٨) : قائمة حقوق مستخدم إنقاص الوزن .

(1) Alcoholic Anonymous.

(2) Prohibitions.

(3) Testimonial advertisements.

- ١- لك الحق أن تسأل أسئلة عن المخاطر الصحية المحتملة لهذا البرنامج ، ومكوناته الغذائية ، والدعم الإجتماعي ، والمكونات التعليمية له .
- ٢- لك الحق في أن تعرف التكلفة الفعلية للعلاج ، وتشمل التكاليف الإضافية ، والخدمات ، والتغذية ، والإختبارات المعملية .
- ٣- لك الحق في أن تفحص مؤهلات المشرفين على البرنامج .
- ٤- لك الحق في أن تفحص معدلات التسرب من العملاء من هذا البرنامج ، بالنسبة للعملاء ذوي الزيادة الشديدة والمعتدلة في الوزن .
- ٥- لك الحق في أن تعرف مدة البرنامج ، وينبغي أن يوضح ذلك لك .
- ٦- لك الحق في السرية والخصوصية .

* مأخوذ عن مفوضى شتون المستهلكين في مدينة نيويورك ١٩٩١ م .

وفي زمن زيادة الرعاية الصحية التنافسية من أجل زيادة الدخل ، والمدعومة بالانتشار الحديث لبرامج الريجيم منخفضة السعرات الحرارية الموجهة طبيياً ، دخلت عدة مستشفيات إلى معترك ضبط الوزن ، وربما إعتبرتها برامج تجارية . وهناك في الوقت الراهن تفتيش في هذا الجانب من جانب معدي الرعاية الصحية ، وقد أصبحت هذه البرامج - مثل التي سبق ذكرها توأ - موضوعاً لنقاش منظم ومكثف . وعلى الرغم من ذلك ، ويعكس البرامج التجارية فإن البرامج ذات الأساس الطبي (في المستشفيات) يشرف عليها عادة متخصصون في الصحة ، ومع ذلك ينبغي أن ينصح العملاء بطرح الأسئلة نفسها .

والخلاصة ، أن هناك العديد من المصادر المتاحة لمعظم الأفراد الذين يعانون من زيادة الوزن . ويتبنى المتخصصون في الصحة عادة إتجاهاً مضاداً حيال البرامج التجارية وبرامج المساعدة الذاتية ، ولكننا نشعر بأنه يمكن أن يكون لها قيمة تضامنية في البحث عن إنقاص طويل المدى للوزن ، ومن المهم أن يحيط كل من مقدم البرنامج والعمل بالمصادر المحلية ، ويصلوا إلى قرار كيفية إنقاص الوزن بطريقة تربية غير متحيزة .

- الدور الرئيسي للفحص :

الفحص الأولي الموسع :

يعتبر الفحص الشامل ، كما هو الحال في أى مشكلة ، خطوة أولية ضرورية في صياغة خطة علاج السمنة . وتعتبر مشكلة السمنة بوجه خاص معقدة نظراً لتعدد أسبابها المرضية ، ومصاحباتها السلوكية والآثار النفسية الإجتماعية ، والمترتبات الطبية ، وتأسيساً على مفهوم المضاهاة الذى قدمناه آنفاً ، ينبغي جمع المعلومات التفصيلية للمساعدة في إختيار العلاج المناسب للفرد ، لإستبعاد التعقيدات الطبية ولفهم البيئة الإجتماعية وتحديد الأسباب المرضية للأكل .

أو الأداء من بين أسباب أخرى . ويقدم الجدول (٤-٨) قائمة شاملة لعوامل

الفحص .

ويعتبر أخذ المخاطر الطبية التى تسببها سمنة العميل في الإعتبار . أمراً ضرورياً لتحديد ما إذا كان الفرد سيفقد وزنه أم لا ، وأنه إذا كان الأمر كذلك ، فإلى أى مدى وبأى درجة من الإلحاح أو التعجل . وتعد المعلومات التى تؤخذ من الطبيب الخاص بالعمل - إذا كان لديه طبيب خاص - مفيدة هنا ، وينبغي تشجيع العميل الذى لم يجرى فحصاً طبياً حديثاً أن يفعل ذلك . ويمكن لبعض القياسات التى تجمع في الفحص الطبي أن تظهر - في بعض الأحيان - حدوث تحسن سريع في إنقاص الوزن ، ويمكن أن تمثل مصدراً قوياً لتدعيم العميل . ويعتبر إستقرار ضربات القلب ، ومحيط الجسم من بين تلك القياسات . وفي بعض الحالات الأخرى ، فإن التعقيدات الطبية للسمنة ، مثل ضغط الدم والسكر يمكن أن تتحسن مع إنقاص الوزن ، وتتطلب المراقبة بواسطة الطبيب .

كذلك فإن تقدير المترتبات النفسية الإجتماعية للسمنة يمكن أن يخفض أو يقلل من الحاجة للعلاج ، بالإضافة إلى تحديد ما إذا كانت هناك عوامل نفسية أو إجتماعية معينة في حياة الفرد تسبب مشقة كافية وتحتاج لعناية خاصة . وسوف تطفو بعض هذه المعلومات على السطح عند أخذ تاريخ الوزن التفصيلي .

إن تقويم العوامل الطبية الحيوية التى تؤثر في الوزن ، والتاريخ الشامل للوزن ، وفحص توقعات العميل يساعد الأخصائى في تطوير صورة للحدود الفيزيائية لإنقاص الوزن وللعوامل النفسية ، مثل : الأفكار أو الإنطباعات اللاواقعية عن كيفية الحدوث السريع لإنقاص الوزن . وسوف نناقش قضية أهداف العلاج

بالتفصيل فيما بعد ، في أجزاء خاصة بالوزن والأهداف والتوقعات المثالية في مقابل الوزن والأهداف ، والتوقعات المعقولة كموانع لتغيير الوزن .
وتتم أفضل طريقة لفحص أنماط الأكل الراهنة من خلال المراقبة الذاتية ، وهناك عديد من الصياغات المتاحة لتيسير ذلك (أنظر الشكل ٢-٨) .
(ضع كل بند من بنود الطعام وصف أسلوب إعدادها (محفوظ ، مطهى ، مسلوق ، مشوى ، غير مطبوخ) .

الشعور/المزاج		الوقوف الاجتماعي (رجبة عائلية) ، الأكل في الخارج ، وجبة في العمل ، الأكل منفرداً)	مكان الأكل	النشاط أثناء الأكل	مستوى الجوع قبل الأكل = ٣ صفر لا جوع شديد	الوجبات الخفيفة / الوجبات الرئيسية	مدة الأكل	الوقت من النهار	الكمية	الطريقة	بند الطعام
بعد الأكل	قبل الأكل										

شكل (٢-٨) : صيغة مراقبة ذاتية لتسجيل إستهلاك الطعام ،

والعوامل الموقفية المرتبطة بالأكل .

والتوقعات المثالية في مقابل الوزن والأهداف والتوقعات المعقولة كموانع لتغيير الوزن .

وتتم أفضل طريقة لفحص أنماط الأكل الراهنة من خلال المراقبة الذاتية ،

وهناك عدد من الصياغات المتاحة لتيسير ذلك (انظر الشكل ٢-٨) ، وهناك إعتبرارات عديدة ستكون على قدر كبير من الأهمية ، لو تم الحصول على معلومات صادقة : أولها أن الجهد المطلوب لمراقبة الذات بدقة يمكن الإعتراف به ووضعه في الحسبان ، وإذا كان ضرر هذا التمرين لايقبل الجدل ، فإن الزمن الفعلي المطلوب لذلك ضئيل جداً . وثانيها أنه ينبغي الإتفاق على بعض وسائل التحديد الموضوعي للمقادير أو الكميات . وثالثها أنه على الرغم من الآثار التفاعلية^(١) للمراقبة الذاتية ، فإنه ينبغي تشجيع العميل أن يأكل كما اعتاد أن يفعل ، ويمكن تدعيم المراقبة الذاتية بأن نؤكد للعميل أن هذه الأساليب ليست وسائل لمراقبته ، ولكنها ببساطة طريقة لإستحضار أنماطه المعتادة في الأكل إلى عيادة المعالج . وينبغي أن يكون واضحاً أن المعالج لا يدين أو يلوم العميل على أساس هذه البيانات (أو أى شيء آخر خاص بهذا الموضوع) . ورابعها أن هذا هو الوقت المثالي للبدء في تغيير التوقعات المثالية ، فالعميل ينبغي أن يعلم أنه برغم مرغوبة الأرقام القياسية الكاملة ، فإن الأرقام القياسية الجزئية مفيدة أيضاً . وأخيراً فإنه عند الإلتحاق ينبغي مراجعة الأرقام المسجلة مع العميل لشرحها ، وأن يسمح للعميل - على سبيل المثال - أن يشير إلى أى نوبات الأكل تعتبر إفراطاً ، وأن يحدد الأسباب المرسبة المرتبطة بفقدان التحكم .

جدول (٤-٨) : العوامل المشتملة في الفحص الأولى .

<p>١- الخطورة الطبية لمشكلة الوزن :</p> <p>أ- المشكلات الطبية الحالية المرتبطة بالسمنة .</p> <p>ب- التاريخ العائلي للمشكلات المرتبطة بالسمنة .</p> <p>ج- المؤشر الإجمالي للجسم أو نسبة زيادة الوزن .</p> <p>د- بنية الجسم .</p> <p>هـ- توزيع الشحوم في الجسم (الجزء الأعلى في مقابل الجزء الأسفل) .</p> <p>٢- المترتبات النفسية لمشكلة الوزن :</p> <p>أ- التمييز الذي يصادفه في العمل وفي المجتمع .</p>

(1) Reactive.

ب- الضغوط التي يمارسها عليه الآخرون لإنقاص الوزن .

ج- القيود الجسمية على النشاطات المهنية والترفيهية .

د- اعتماد تقدير الذات على وزن الجسم .

هـ- زيادة عزو المشكلات إلى الوزن .

٣- العوامل الطبية الحيوية التي تؤثر في الوزن :

أ- التاريخ العائلي للسمنة .

ب- أنواع التداوى .

ج- ثبات معدل الأيض (عندما يتاح) .

د- حالة سن اليأس والإنجاب (لدى النساء) .

هـ- الفحص الطبى الحالى .

٤- تاريخ الوزن :

أ- العمر عند حدوث المشكلة .

ب- الأوزان المرتفعة والمنخفضة أثناء مرحلة الرشد .

ج- محاولات إنقاص الوزن السابقة (الأساليب ، كميات النقص الأولية،

حجم ومدة الإستمرار أو المحافظة على الوزن) .

د- الأسباب المرسية للإنتكاسات السابقة .

٥- التوقعات :

أ- الوزن المستهدف .

ب- معدل تناقص الوزن .

ج- سهولة إنقاص الوزن .

د- المتطلبات اللازمة لإنقاص الوزن .

هـ- مترتبات إنقاص الوزن .

(١) واقعية الأهداف الإيجابية المرغوبة .

(٢) الوعى بالآثار السلبية الممكنة .

٦- أنماط الأكل الحالية :

أ- الإختيارات الغذائية .

- (١) مخزون السعرات الحرارية اليومي .
- (٢) الإختيار للمغذى الرئيسى (١) .
- (٣) التوازن بين المجموعات الغذائية .
- (٤) مخزون الألياف .
- (٥) مخزون الصوديوم .

ب- توزيع الأكل (٢) .

- (١) عدد الوجبات الخفيفة والرئيسية كل يوم .
 - (٢) معدل الأكل (مدة الوجبة) .
- ج- العوامل السلوكية المؤثرة فى الأكل .

- (١) هاديات الأكل الزائد وغير المخطط (الوقت من النهار ، الموقع ، النشاطات المصاحبة ، الوقت المنقضى بعد آخر وجبة ، الأشخاص ، السمات البارزة فى الطعام ... إلخ) .

د- الأكل المفرط (الشراهة) .

- (١) كمية الطعام .
- (٢) التكرار .
- (٣) مؤشرات فقدان التحكم .

٧- العوامل المعرفية :

- أ- الكفاية الذاتية لإنقاص الوزن ، المحافظة ، ومتطلبات البرنامج .
- ب- أسلوب التقويم الذاتى (منحى ثنائى ، منحى الكل أى لاشىء فى مقابل المنحى المستمر ، ومنحى درجة الحالة) .
- ج- أسلوب عزو اللجاج والفسل .

(1) Macronutrient selection

(2) Eating Topography

٨- أنماط النشاط :

أ- برنامج الرياضة الحالى .

(١) النوع .

(٢) التكرار .

(٣) الشدة .

(٤) المدة .

ب- برامج الرياضة السابقة .

(١) النوع ، التكرار ... إلخ (كالسابق) .

(٢) أسباب عدم الإستمرار .

ج- الموانع الحالية للرياضة .

د- تفضيلات المريض لأنواع الرياضة .

هـ- نشاطات وقت الفراغ .

و- مدى النشاط الجسمى فى الروتين اليومى .

٩- المساندة الإجتماعية :

أ- الأشخاص الذين يؤثرون فى نجاح المريض (شريك الحياة ، الأسرة ، الأصدقاء ، زملاء العمل إلخ) .

ب- خطط المريض لإستخدام المساندة الإجتماعية .

ج- إستجابات الآخرين لإنقاص الوزن ، ومحاولات إنقاص الوزن السابقة .

وسوف نقدم فيما بعد معلومات إضافية عن حفز العميل للإذعان لمهمة المراقبة الذاتية عند مناقشة التدخل .

وبمجرد الحصول على معدلات الأكل ومراجعتها ، يصبح التقدير الذكى لمعانيتها الغذائية أمراً مهماً كما هو الحال بالنسبة لفحص مضامينها السلوكية . وهذا واحد من بين أمثلة أخرى ، تعتبر فيها خبرة المتخصصون الآخرين مطلوبة . وينبغى إستشارة متخصص معتمد فى النظم الغذائية كلما أمكن ، ليقدّم لنا

المردود^(١) والتغييرات المطلوبة في المسائل الغذائية .

ويتم الحصول على المعلومات عن العوامل المعرفية ، من خلال السؤال الصريح ، ومن خلال الإهتمام بالكيفية التي يربط بها العميل البيانات الأخرى . ولا توجد أى معايير للكفاية الذاتية ، ويمكن تعلم الكثير عنها بأن نطلب من العميل أن يقدم تقديراته على مقياس يتكون من عشر نقاط ؛ لمدى ثقته فى معايشة أو مواجهة المواقف المختلفة المرتبطة بالنظام الغذائى ، وفى إنجاز التغييرات السلوكية المختلفة المطلوبة . وقد تبين أن تقديرات العميل للكفاية الذاتية فيما يتعلق بالأهداف المرتبطة بالوزن يمكن أن تكون منبئة بتناقص الوزن اللاحق (Stot-land & Zuroff, 1991) . وفى الوقت ذاته ، فإن الأذن الحساسة يمكن أن تزودنا بالمزيد من المعلومات فيما يتعلق بكيفية تقويم العميل لجهوده ، وما إذا كانت مرات نجاحه أو فشله تعزى للذات أو لعوامل خارجية .

ويتطلب الفحص الدقيق لأنماط النشاط تأكيداً على التفسيرات العقلية للسلوك ونوعيته .

والعميل الذى يقول : «أنا عادة أمشى مرات قليلة فى الأسبوع» قد يكشف عند سؤاله بطريقة تتسم بالحرص أنه مر عليه ثلاثة شهور منذ آخر مرة مشى فيها . والرياضة قد تعنى أى شىء إبتداءً من قضاء ٤٥ دقيقة مرهقة من خطوات رياضة الأيرويكس^(٢) . حتى الدوران بملعب الجولف أثناء قيادة عربة بموتور^(٣) . والأكثر من ذلك ، فإن المعوقات الجسمية وأسلوب الحياة للرياضة لا يمكن إنكارها ، وينبغى تحديدها إذا كان ينبغى أخذها فى الإعتبار لإبتكار برنامج واقعى للرياضة ، يكون له فرصته للنجاح . وعندما يوجد متخصص فسيولوجى فى التمرينات الرياضية (مع إدراك صعوبة التمرينات الرياضية للأشخاص المصابين بالسمنة) فإنه يلصح بإستشارته .

كذلك فإن المساندة الإجتماعية ينبغى أن تقدر بشكل محدد وواقعى . وينبغى تحديد الوسائل التى يرغب العميل فى أن يحصل بها على المساندة من الأشخاص الآخرين ذوى التأثير . وقد ترغب عميلة ما فى الحصول على

(1) Feedback

(2) Aerobics

(3) Motorized cart

الإستحسان والإهتمام اللافت للنظر من صديقة حميمة ، بينما تفضل أن يقل زوجها من إنشغالاته ليعتنى بابنها ، وهي تقوم برياضة المشى . وينبغي أن نأخذ في الإعتبار الطرق الممكنة التي يمكن للعميل أن يعزز بها هؤلاء الناس ؛ لتقديم النوع المطلوب من المساندة . وتوحى إستجابات الآخرين للمحاولات السابقة لإنقاص الوزن بكيفية إستجاباتهم للمحاولة التالية . فإذا كانت هذه الإستجابات غير مساندة ، فإن العميل سيكون على إستعداد لتعديلها أو تحويلها .

وفى بعض المواقف ، لا تكون بعض جوانب الفحص المذكورة فى الجدول (٤-٨) متاحة بسبب التكلفة أو نقص الأدوات ، وتعتبر بنية الجسم ومعدل الأيض الثابت أمثلة لذلك . ويمكن الحصول على المعلومات الرئيسية عن تاريخ الوزن ، وأنماط الأكل والرياضة والعوامل النفسية الإجتماعية المختلفة من خلال أساليب التقرير الذاتى والمقابلة . أما المعلومات الأكثر تفصيلاً عن مناح معينة فى الفحص فهى متاحة من مصادر عديدة (Brownell,1980; Brownell & Wadden,1991; Wadden,1985) .

الإستعداد للنظام الغذائى :

يعتبر إنقاص الوزن والمحافظة على التغييرات السلوكية الأساسية على المدى الطويل تحدياً تحت أى ظرف من الظروف . وبالنسبة للشخص الذى ليس لديه حماساً أو دافعية عالية ، أو بالنسبة للشخص الذى يحتمل أن تتدخل ظروف حياته الفعلية ، يكون التحدى أكثر تثبيطاً . وفى ضوء ذلك ، طور براونيل (Brownell (1990) إختباراً للإستعداد للنظام الغذائى (الريجيم) (١) ، وهو عبارة عن أداة للتقرير الذاتى تتكون من ٢٣ بنداً ، وتستخدم لفحص درجة جاهزية ودافعية الفرد للبدء فى البرنامج . ويعرض الشكل (٣-٨) هذا الإختبار .

وينقسم فحص الإستعداد إلى ستة أقسام ؛ فالمستجيب يمكن أن يضيف بعض النقاط للأسئلة فى كل قسم ويقارن هذه النقاط بالمحكات المقدمة كجزء من الإختبار ، وتتضح بؤرة التركيز فى كل قسم من خلال العناوين الواردة فى الشكل (٣-٨) .

ومن المهم أن نقرر أن إختبار الإستعداد للنظام الغذائى صمم كأداة إكلينيكية

(1) Diet readiness .

يمكن أن تستخدم كوسيلة لإثارة المناقشة حول قضايا مهمة بين المعالج والعميل .
وتم فحص الخصائص السيكمترية والقيمة التنبؤية للإختبار أثناء كتابة هذا
الفصل . وبناءً على ذلك ، ينبغي أن يتجنب كل من الأخصائي والعميل استخدام
الإختبار كأداة وحيدة في إتخاذ قرار بدء الشخص لبرنامج التخسيس والكيفية التي
يتم بها ذلك ، والأكثر من ذلك ، أنه يمكن أن يكون وسيلة مناسبة لتحديد بعض
العوامل ، التي تمثل مشكلة ، ونحتاج إلى مزيد من المناقشة .

« أجب عن الأسئلة التالية لنرى ما مدى مناسبة إتجاهاتك لبرنامج إنقاص
الوزن . ضع دائرة على الإجابة التي تصف إتجاهاتك بالنسبة لكل سؤال . وبعد
الإنهاء من الإجابة عن كل قسم من الأقسام ، أجمع أرقام إجاباتك وقارنها بدليل
الدرجات في نهاية كل قسم . »

القسم الأول: الأهداف والاتجاهات	١	٢	٣	٤	٥
١- ما مدى دافعيته لإنقاص الوزن في هذه المرة ، مقارنة بالمحاولات السابقة .	ليس لدي دافعية علي الإطلاق	لدي دافعية بسيطة	لدي دافعية إلى حد ما	لدي دافعية تامة	لدي دافعية شديدة جداً
٢- إلى أي مدى أنت متأكد من أنك ستظل ملتحقاً ببرنامج إنقاص الوزن للفترة الزمنية ، التي توصلك إلى هدفك ؟	لست متأكداً علي الإطلاق	متأكد بدرجة ضئيلة	متأكد إلى حد ما	متأكد تماماً	متأكد جداً ويشدة
٣- في ضوء كل العوامل الخارجية في حياتك الآن (الضغوط التي	لا أستطيع تحمله	أستطيع تحمله إلى حد ما	لست متأكداً	أتحمله جيداً	أتحمله بسهولة

٥	٤	٣	٢	١	القسم الأول: الأهداف والاتجاهات
					تشعر بها في العمل، الإلتزامات الأسرية .. الخ) إلي أي مدى تستطيع تحمل الجهد المطلوب لتخضع لنظام غذائي ؟
واقعي جداً	واقعي إلي حد ما	غير واقعي بدرجة متوسطة	غير واقعي إلي حد ما	غير واقعي تماماً	٤- فكر بأمانة في مقدار الوزن الذي ترغب في إنقاصه ، والسرعة التي ترغب أن يتم بها ذلك ، ولو إفترضت حدوث تناقص في الوزن من ١-٢ رطل أسبوعياً ، ما مدى واقعية توقعك هذا ؟
مطلقاً	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً	٥- هل تتخيل أنك ستستطيع أن تأكل الكثير من طعامك المفضّل ، أثناء النظام الغذائي؟
مطلقاً	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً	٦- هل تشعر بالإكتئاب والغضب أو القلق أثناء الريجيم ؟

« مجموع درجات القسم الأول :

إذا حصلت على درجات من :

(٦-١٦) : فهذا يعنى أن الوقت قد يكون غير مناسب للبدء فى برنامج لإنقاص الوزن . فنقص الدافعية والالتزام بالإضافة إلى الأهداف غير الواقعية ، يمكن أن تعوق تقدمك . فكر فى الأشياء المسئولة عن ذلك ، وحاول تغييرها قبل الشروع فى برنامج للنظام الغذائى .

(١٧-٢٣) : أنت تقترب من أن تكون مستعداً للبدء فى البرنامج ، ولكن فكر فى الطرق التى تعزز أو تقوى إستعدادك قبل البدء فيه .

(٢٤-٣٠) : الطريق واضح فيما يتعلق بالأهداف والإتجاهات .

٥	٤	٣	٢	١	القسم الثانى: الجوع وهاديات الأكل
دائماً	كثيراً	أحياناً	نادراً	مطلقاً	٧- إذا جاء ذكر الطعام فى محادثة أو فى شيء تقرأه ، هل ترغب فى الأكل حتى لو لم تكن جائعاً ؟
مطلقاً	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً	٨- هل من المعتاد أن تاكل بسبب الجوع الجسمي ؟
دائماً	كثيراً	أحياناً	نادراً	مطلقاً	٩- هل لديك متاعب فيما يتعلق بالتحكم فى الأكل ، عندما تكون الأطعمة التى تحبها قريبة من مستناول يدك؟

مجموع درجات القسم الثاني :

إذا حصلت على درجات من :

(٦-٣) : يعنى أنك قد تأكل فى بعض المناسبات أكثر مما تريد ، لكن لا يبدو أنه نتيجة لإستجابية مرتفعة للهاديات البيئية ، ويعتبر التحكم فى الإتجاهات التى تدفعك للأكل أمر له فائدة خاصة .

(٩-٧) : ربما كان لديك ميل معتدل للأكل بمجرد توفر الطعام . وسيكون النظام الغذائى سهلاً لك ، إذا حاولت مقاومة الهاديات الخارجية ، وأن تأكل عندما تشعر بالجوع الجسدى فقط .

(١٥-١٠) : بعض أكلك أو معظمه قد يكون إستجابة للتفكير فى الطعام ، أو من جراء تعريض نفسك لإغراءات الأكل : فكر فى الطرق التى تقلل من تعرضك للإغراءات ، بحيث تأكل فقط كإستجابة للجوع الجسمى .

٥	٤	٣	٢	١	القسم الثالث : التحكم فى الأكل
					* إذا حدثت المواقف التالية وأنت تنفذ نظاماً غذائياً هل من المحتمل أن تأكل كثيراً أو قليلاً بعد ذلك مباشرة وطوال اليوم ؟
تأكل كثيراً جداً	تأكل كثيراً إلى حد ما	ليس هناك فرق	تأكل قليلاً إلى حد ما	تأكل قليلاً جداً	١٠- أأخذك صديقك للخارج لتناول وجبة فى منتصف النهار ، مع أنك كنت مخططاً ألا تتناول طعام الغداء .

٥	٤	٣	٢	١	القسم الثالث : التحكم فى الأكل
تأكل كثيراً جداً	تأكل كثيراً إلي حد ما	ليس هناك فرق	تأكل قليلاً إلي حد ما	تأكل قليلاً جداً	١١- تحطم نظامك الغذائي بأكل طعام دسم وممنوع .
تأكل كثيراً جداً	تأكل كثيراً إلي حد ما	ليس هناك فرق	تأكل قليلاً إلي حد ما	تأكل قليلاً جداً	١٢- كنت مواظباً علي نظامك الغذائي بإخلاق ، وقررت إختبار نفسك بأكل شيء ما تعتبره ممتعاً .

* مجموع درجات القسم الثالث :

إذا حصلت على درجات من :

(٣ - ٧) : أنت تتخلص بسرعة من الأخطاء . ومع ذلك إذا كنت تتردد بين الأكل بلا تحكم والنظام الغذائي الصارم ، فأنت تعاني من مشكلات خطيرة فى الأكل ، وتحتاج إلى مساعدة متخصصة .

(٨-١١) : يبدو أنك لا تسمح للأكل غير المنظم بأن يفسد برنامجك ، وهذا منحنى مرن ومتوازن .

(١٢-١٥) : أنت ميال إلى زيادة الأكل بعد حدث ما يحطم سيطرتك أو يخرجك عن المسار الصحيح ، ويمكن تحسين إستجابتك لهذه الأحداث المسببة لمشكلة الأكل .

- القسم الرابع : الأكل المفرط والإسهال :

١٣- بعيداً عن إجازات الأعياد ، هل حدث أن أكلت كمية كبيرة من الطعام بسرعة ، وشعرت حينئذ أن هذا الأكل كان مفرطاً وخارج سيطرتك ؟

٢	صفر
نعم	لا

١٤- إذا أجبت عن السؤال ١٣ بنعم ، فهل حدث أن إنخرطت في هذا السلوك أثناء السنة الماضية ؟

٦	٥	٤	٣	٢	١
يوميًا	حوالي ثلاث مرات في الأسبوع	حوالي مرة في الأسبوع	مرات قليلة في الشهر	حوالي مرة في الشهر	أقل من مرة في الشهر

١٥- هل حدث أن استخدمت الإسهال (باستعمال مسهلات ، مدرات البول أو مسبات القيء) للتحكم في وزنك ؟

صفر	٥
لا	نعم

١٦- إذا أجبت عن السؤال ١٥ بنعم ، فهل إنهمكت في هذا السلوك خلال السنة الماضية ؟

٦	٥	٤	٣	٢	١
يوميًا	حوالي ثلاث مرات في الأسبوع	حوالي مرة في الأسبوع	مرات قليلة في الشهر	حوالي مرة في الشهر	أقل من مرة في الشهر

مجموع درجات القسم الرابع :

- إذا حصلت على درجات من :

(صفر-١) : يبدو أن الأكل المفرط والإسهال ليس مشكلة بالنسبة لك .

(٢ - ١١) : إنتبه إلى هذه الأنماط في الأكل ؛ لأنها إذا تكررت كثيراً فستتطلب المساعدة المتخصصة .

(١٢-١٩) : لديك علامات لإحتمال وجود مشكلات خطيرة في الأكل . راجع مرشداً خبيراً في تقييم اضطرابات الأكل في الحال .

٥	٤	٣	٢	١	القسم الخامس : الاكل الإنفعالي
دائماً	كثيراً	أحياناً	نادراً	مطلقاً	١٧- هل تأكل أكثر مما تحب عندما تمر بمشاعر سلبية مثل القلق والإكتئاب والغضب أو الوحدة؟
دائماً	كثيراً	أحياناً	نادراً	مطلقاً	١٨- هل تعاني من متاعب في التحكم في الأكل عندما تمر بمشاعر إيجابية وهل الأكل هو الطريقة التي تحتفل بها عندما تمر بمشاعر طيبة؟
دائماً	كثيراً	أحياناً	نادراً	مطلقاً	١٩- عندما تحدث تفاعلات غير سارة بينك وبين الآخرين في حياتك ، أو بعد يوم من العمل الشاق، هل تأكل أكثر مما تريد ؟

* مجموع درجات القسم الخامس :

- إذا حصلت على درجات من :

(٨-٣) : أنت لاتسمح لإنفعالاتك بأن تؤثر في أكلك .

(١١-٩) : أنت تأكل في بعض الأحيان إستجابة للتقلبات الإنفعالية . راقب

سلوكك لتتعلم متى ولماذا يحدث ذلك ، وكن مستعداً لإيجاد نشاطات بديلة .

(١٢-١٥) : التذبذب الإنفعالي يمكن أن يستثير أكلك . حاول أن تتعامل مع المشاعر التي تستثير الأكل وأبحث عن طرق أخرى للتعبير عنها .

٥	٤	٣	٢	١	القسم السادس: أنماط الرياضة والاتجاهات
كثيراً	إلى حد ما	أحياناً	نادراً	مطلقاً	٢٠- هل تلعب رياضة عادة؟
واثق تماماً	واثق بدرجة مرتفعة	واثق إلى حد ما	واثق بدرجة ضئيلة	لست واثقاً علي الإطلاق	٢١- هل أنت واثق بانك سوف تلعب رياضة باستمرار؟
إيجابية تماماً	إيجابية إلى حد ما	محايدة	سلبية إلى حد ما	سلبية تماماً	٢٢- متي فكرت في الرياضة ، هل كانت الصورة في ذهنك إيجابية أم سلبية ؟
متأكد بشدة	متأكد تماماً	متأكد إلى حد ما	متأكد بدرجة ضئيلة	لست متأكداً علي الإطلاق	٢٣- هل أنت متأكد بانك ستمارس الرياضة بانتظام خلال جدولك اليومي؟

* مجموع درجات القسم السادس :

- إذا حصلت على درجات من :

(٤-١٠) : من المحتمل إنك لن تستطيع أن تلعب رياضة بانتظام كما ينبغي . حدد ما إذا كانت إتجاهاتك نحو الرياضة تعوق طريقك أم لا ، وعندئذ غير ما ينبغي تغييره ، ثم إرتد حذاء المشى .

(١١-١٦) : أنت تحتاج لمشاعر إيجابية نحو الرياضة حتى تستطيع ممارستها بشكل متكرر فكر في الطرق الأكثر إيجابية ، والمتعة التي تناسب أسلوب حياتك .

(١٧-٢٠) : يبدو أن الطريق ممهد وواضح أمامك لتكون نشيطاً . والآن فكر في الطرق التي ترفع دافعيتك وبعد أن تعطى نفسك درجة على كل قسم من هذا الإستخبار ، ستتمكن من الحكم الصحيح على مدى قوة أو ضعف نظامك الغذائي . تذكر أن الخطوة الأولى في تغيير سلوك الأكل هو أن تفهم الظروف التي تؤثر في عادات الأكل لديك .

* شكل (٢-٨) : إختبار الإستعداد للنظام الغذائي . يفحص هذا الإختبار درجة إستعداد الفرد للبدء في برنامج لإنقاص الوزن . (مأخوذ عن الإستعداد للنظام الغذائي الذي وضعه براونيل Brownell ١٩٩٠ ، تنظيم ضبط الوزن ١ ، ص ص ٦-٨ ، النسخة الأصلية من منشورات مؤسسة الصحة الإمبريكية للنشر) .

- الحساسية الإكلينيكية أثناء الفحص :

هناك عديد من الفرص لكي نعرف الكثير عن العميل ، حتى عندما نسأله أسئلة روتينية . وعلى سبيل المثال ، فإن الحصول على تاريخ الوزن ذو أهمية واضحة ويتم الحصول على تاريخ الوزن ، في بعض البرامج ، من خلال أسئلة من نوع الورقة والقلم تقدم للأفراد ؛ لكي يذكروا أوزانهم في مراحل عمرية معينة ، ويذكروا محاولات التخسيس في برامج سابقة . ومع ذلك ، وبالإضافة إلى هذه المقاييس فنحن نجري مقابلة مع كل عميل ؛ لكي نعرف أقصى ما يمكن معرفته حول بداية مشكلات الوزن ، والعوامل المسببة للإنتكاس ، وخبرات المحافظة على الوزن وغير ذلك .

وفي الحوار التالي تكشف المقابلة العوامل النفسية المهمة المرتبطة بالوزن .

«سيرينا Serena أنثى تبلغ من العمر ٣٢ عاماً طولها ٥,٧ بوصة ، وكانت أول جملة تقولها للمعالج في الزيارة الأولى : أنا مريضة ، وترهقني المنخفضات والمرتفعات . إنني أكره أن أعود الزيادة في الوزن بقدر ما أكره النظام الغذائي . ولكنني أريد أن أتعلم كيف أتجنب الزيادة هذه المرة .»

المعالج : متى بدأت مشكلة الوزن عندك ؟

سيرينا : كنت دائماً أبدو بدينية إلى حد ما ، لكنها بدأت تبدو خطيرة وأنا في عامي الأخير في المدرسة الثانوية .

المعالج : ما التغيير الذى طرأ على وزنك حينئذ ؟

سيرينا : زدت من حوالى ١٣٠ إلى ١٥٥ رطلاً ، ولكن الشيء السئ أن كل صديقاتى كان ينقصن وزنهن استعداداً لدخول الجامعة .

المعالج : هل بإمكانك أن تتذكرى العوامل التى أسهمت فى زيادة وزنك ؟

سيرينا : ليس بالضبط ، ولكن فيما أعتقد أننى بدأت أتناول وجبات خفيفة بكثرة ، وأكل كثيراً فى الحفلات . هذه بعض الأشياء .

المعالج : وكيف كان يبدو وزنك منذ ذلك الحين ؟

سيرينا : يرتفع وينخفض ، ولكن الإرتفاع كان هو الأكثر دائماً من الإنخفاض .

المعالج : ما الحد الأدنى والأعلى لوزنك كفتاة فى مرحلة الرشد ؟

سيرينا : وزنى الحالى هو الحد الأعلى ، والحد الأدنى كان ١٤٠ رطلاً قبل أن أخرج من الجامعة مباشرة .

المعالج : متى بدأت أول محاولة لإنقاص الوزن ؟

سيرينا : قرب إنتهاء عامي الأخير بالمدرسة الثانوية ، وبمجرد وصولى إلى كل ذلك الوزن ، حيث أخذتنى والدتى إلى «مراقبى الوزن» وفقدت حوالى ١٢ رطلاً من وزنى .

المعالج : وهل هذا هو ماكلتى ترغبين فى إنقاصه ؟

سيرينا : بالطبع لا ، كنت أريد أن أفقد أكثر من ذلك ، ولكنى كنت أصغر الأشخاص هناك ، ثم بدأت أشعر بفقدان الإهتمام بالبرنامج .

المعالج : ما الفترة التى إبتعدتها عن البرنامج ؟

سيرينا : ليس طويلاً ، فقد بدأت الدراسة بالجامعة ، وكما تعرف الطالب المبتدىء ، ١٥ ، بإستثناء حالتى فقد كنت الطالب المبتدىء ٣٠ .

المعالج : إذا زاد وزنك إلى ١٧٥ رطلاً تقريباً ؟

سيرينا : شيء كهذا .

المعالج : ومتى كانت محاولتك الثانية لإنقاص الوزن ؟

سيرينا : كنت دائماً أجرب نوعاً أو أكثر من الريجيم أثناء الدراسة الجامعية ، ولكنها لم تؤثر كثيراً . ثم أخذت بعض الأدوية للريجيم ولكنها جعلتني عصبية . وفي عامي الأخير في الجامعة كنت جادة في ذلك ؛ لأنى أعرف أنه سيكون لدى فرصة أفضل في الحصول على وظيفة إذا لم أكن زائدة الوزن ؛ ومن ثم بدأت أكل وجبة واحدة في اليوم مع ممارسة الرياضة بكثرة . وعند التخرج كنت قد فقدت من ٣٥ - ٤٠ رطلاً فيما أعتقد ، لا أتذكر بالضبط ، ولكنى أتذكر أن وزنى إنخفض إلى ١٤٢ رطلاً .

المعالج : وماذا فعلتى للحفاظ على ذلك ؟

سيرينا : (تضحك) لاشيء ، حصلت على أول وظيفة ، وزاد وزنى حوالى ٤٠ - ٤٥ رطلاً خلال السنتين التاليتين .

المعالج : ماذا حدث ؟

سيرينا : أعتقد أنها كانت مجموعة أشياء . الوظيفة الجديدة ، ليالى العمل ، الأشخاص الجدد ، لأستطيع أن أتذكر بالضبط .

المعالج : هل كانت هناك محاولات رئيسية أخرى لإنقاص الوزن ؟

سيرينا : مرتان رئيسيتان ، فعندما كان عمري ٢٥ سنة ذهبت إلى نظام للتغذية^(١) ، وفقدت حوالى ٣٠ رطلاً وإنخفض وزنى إلى حوالى ١٥٥ رطلاً .

المعالج : وما طول الفترة التى حافظتى فيها على ذلك ؟

سيرينا : ربما كانت نصف عام أو نحو ذلك . ثم حصلت على وظيفة أخرى (بجانب الوظيفة الأولى) ، واعتقدت أنه لن يكون لدى الوقت الكافى للأكل . وأعتقد إننى بدأت فى الزيادة بمجرد حصولى على الوظيفة الثانية . وحاولت ممارسة الرياضة فى البداية ، ولكنها أصبحت نوعاً من

(1) Nutri / System.

القتال . والمرة الثانية كانت قبل بلوغى الثلاثين بقليل (تضحك) ،
وأعتقد أنني كنت عصبية لما حدث ، فشريت الكثير من المواد التي تعين
على التخسيس ، واشترت دراجة رياضية وقطعت بها أميالاً كثيرة .

المعالج : وكم نقص وزنك ؟

سيرينا : لا أتذكر كم كان وزنى عندما بدأت ، فلم أزن نفسى . ولكنه كان أقل من
الآن لأننى كنت أرئدى فساتين مقاسها أقل نمرة أو نمرتين عن مقاسى
الحالى . وربما وصل وزنى إلى ١٤٥ رطلاً ، ولكنى لم أحافظ عليه
طويلاً .

المعالج : فترة طويلة حتى وصلتى الثلاثين ؟

سيرينا : (تضحك) نعم ، لكن ليس أطول من ذلك . وتستطيع أن تقول - حقيقة -
إننى بدأت الزيادة منذ ليلة عيد ميلادى . فقد نظم بعض أصدقائى حفلة
لى ، ودعوا بعض الفتيان المرحين الظرفاء ، وكانوا يحاولون دائماً
مغازلتى وبدأت فى الخروج مع واحد منهم ، خرجنا لتأكل كثيراً ،
وأعتقد أنني بدأت الأكل بكثرة طوال الوقت .

المعالج : وماذا حدث لذلك الفتى ؟

سيرينا : توقف عن المجيء بعد فترة ، ولا أستطيع أن ألومه بعدما وصلت إليه من
زيادة فى الوزن .

المعالج : وماذا حدث بالنسبة لعلاقاتك الأخرى ؟

سيرينا : ليس لى علاقات كثيرة . وفى بعض الأحيان عندما ينقص وزنى ،
أخرج مع شخص ما لفترة من الوقت ، وتعرف كيف يكون الحال عندئذ
، فكنت أستحوذ على المزيد من الإهتمام ، ولكنى كنت أعرف أنهم
سيفقدون إهتمامهم بى عندما يزيد وزنى .

المعالج : إذا أنت تقولين أنه لا يكون لديك لقاءات عاطفية كثيرة عندما تكونى
بدينة ، وعندما ينقص وزنك تبدأ لقاءتك فى الزيادة ، وعندئذ يزداد
وزنك .

سيرينا : لم أفكر بهذا الشكل مطلقاً . هل تعنى أن الرجال يسببون السمنة ؟
(تضحك) ، وكل ذلك الوقت وأنا أحاول التوقف عن أكل الشيكولاته .

المعالج : بعض الناس يرون أن العلاقات أقل إزعاجاً إذا كانت أكثر جدية ، وبعض هؤلاء الناس يتراجعون ويقللون من العلاقات ويعودون لزيادة الأكل . إنه نوع مألوف من التسلية ، إذا لم يكن هناك شيء آخر . وأنتى على حق ، فالمرأة التى يزداد وزنها تقل احتمالات بدايتها لعلاقات جديدة . ومن هذه الناحية فإن ذلك نوع من الأمان .

سيرينا : ولكنى أكره أن أكون بمفردى (توقف) ، ولكنى أعتقد أن هناك القليل الذى تفكر فيه عندما تكون بمفردك عنه عندما تكون مع شخص آخر .

المعالج : من الواضح أن هذا موضوع معقد ، ولكنه قد يكون مهماً ربما لأسباب أخرى وليس لمجرد المحافظة على وزنك . فهل ترغبين فى إكتشاف هذه المسألة ، سواء معى أو مع معالج آخر لكى نحاول فهمها ، وربما تستطيعين الخروج من دائرة هزيمة الذات (1) .

سيرينا : لم أفكر يوماً أننى سأخضع للعلاج ، لكن إذا كنت تعتقد أنه سيساعدنى ، فسأحاول أن أجريه .

بنية و محتوى التدخل :

قد يجد المعالج الذى يساعد العميل على إنقاص وزنه أنه من المفيد تصور الهدف الرئيسى من العلاج على أنه مساعدة العميل على تبنى إستراتيجيات سلوكية ومعرفية ملائمة ، تيسر الإلتزام بنظام غذائى يتكون من التغذية والرياضة . وقد يكون من المفيد فى هذا الصدد أن نميز بين التغييرات الغذائية والرياضية المطلوبة من ناحية ، وبين أساليب فاعلية هذه التغييرات من ناحية أخرى . ويترتب على ذلك ، أن خطط النظام الغذائى والرياضة - برغم أنها تمثل أهدافاً قد لا يتم الحصول عليها فوراً - ينبغى أن توضع فى فترة مبكرة من العلاج . ويعتمد كلاهما - فى جانب كبير منهما - على الفحص ، وقد يتطلبان إستشارة متخصصين من تخصصات مناسبة .

- النظام الغذائى والرياضة :

خطة النظام الغذائى

بالرغم أنه ليس من الضرورى دائماً أن نحدد مستوى دقيقاً من إختزان

(1) Self-defeating cycle.

السعرات الحرارية ، فإن المدى العام ، على الأقل ، ينبغي أن يتحدد على أساس تقدير حاجة العميل للطاقة ، ومعدل التخسيس المطلوب . وقدرة العميل على تحديد الإستهلاك دون اللجوء للإفراط في الأكل ، ومدى توافر مراقبة طبية متزامنة . ويعرف النظام الغذائي منخفض السعرات الحرارية (VLCDs) بأنه النظام الغذائي الذي يوفر ٨٠٠ سعر حرارى أو أقل فى اليوم . وينبغى تقديم النظام الغذائي منخفض السعرات الحرارية للأشخاص ، الذين يزيد وزنهم بحوالى ٣٠ ٪ ، على ألا يستخدم دون متابعة ومراقبة طبية حريصة . وفى ظل غياب المراقبة ، فإن النظم الغذائية لإنقاص الوزن ينبغي أن تقدم ١٢٠٠ سعر حرارى فى اليوم الواحد بصفة عامة . وينبغى أن يوضح للعميل أن النظم الغذائية منخفضة السعرات الحرارية التى تعزز الإنقاص السريع للوزن ، وتكون مصحوبة بتغييرات مرتفعة ، تحقق ذلك فى جانب منها بسبب فقدان الماء وخفض كتلة الجسم (١) .

إن مفهوم مخزون الدهون المحدد بالإضافة إلى مخزون السعرات الحرارية حقق بعض الانتشار فى المنشورات العامة غير التخصصية . وعلى الرغم من أن الدهون تمثل المصدر الأعظم لزيادة السعرات الحرارية فى طعام معظم الأمريكيين ، فإن الدهون الخالصة غير مستحبة . ومازال من الممكن إستهلاك عدد جوهري من السعرات الحرارية الزائدة ، مع الحفاظ على مخزون الدهون فى حده الأدنى . - خاصة مع زيادة إنتاج الأطعمة قليلة الدسم أو الخالية منه - حتى لو كان بعضها مرتفعاً فى محتوى السعرات الحرارية مثل الأنواع الأصلية غير المصنعة .

إن الإلتفات إلى الدهون أو السعرات الحرارية قد يؤدى إلى نظام غذائى ، غير متوازن فى العناصر الغذائية (المواد الكربوهيدراتية ، والبروتينية ، والدهون) والفيتامينات والمعادن والألياف ، وينبغى أن تشمل خطة الريجيم السليم أطعمة من كل المجموعات الغذائية . وقد أصدرت إدارة الزراعة الأمريكية حديثاً توصيات منقحة للنظام الغذائى المتوازن ، أو مايسمى «الهرم الغذائى» (٢) ، والذى يمكن أن يستخدم كمرشد لإختيار الطعام . كذلك فإن خطط الريجيم القائمة على أساس نظام التبادل (٣) تمتاز بالتوازن الغذائى .

(1) Body mass.

(2) Food Pyramid.

(3) Exchange system.

إن كل شخص متمرس على ممارسة النظام الغذائي لديه تاريخ بقائمة من الأطعمة المحظورة أو الممنوعة ، وتؤدي إلى قيود لا يمكن إتباعها إلا لفترة قصيرة من الزمن ، وهو يعرض هذه المرحلة لأنواع من الخلل مما يثير المزيد من التدهور الغذائي . وينبغي أن ينصح العملاء باستمرار لتجنب الفكرة القائلة بأن «الأطعمة إما جيدة أو سيئة» ، والأفضل هو وصف الأطعمة في ضوء معدل تكرار إستهلاكها (إحتراقها) ، وهذا يمكن أن يقلل الثنائية المعرفية «الكل أو لا شيء» ، والتي تحكم على محاولات إنقاص الوزن بالفشل غالباً .

ويعانى الكثير من الراشدين المصابين بالسمنة من ظروف صحية تحتاج وصفات غذائية خاصة جداً . وينبغي أن يحول العملاء الذين لديهم مثل هذه الظروف إلى متخصص معتمد فى النظام الغذائى ؛ ليقدم النظام الغذائى بالتشاور مع الطبيب الخاص بالعميل . وعلى سبيل المثال ، قد يحتاج مرضى السكر إلى عناية كبيرة فيما يتعلق بالمواد الكربوهيدراتية ، وأن يباعد ما بين الوجبات الرئيسية والخفيفة ، وقد يحتاج مرضى الزيادة الحادة فى الكوليسترول إلى خفض شديد فى المواد التى تحتوى على الدهون المشبعة والكوليسترول .

- خطة الرياضة :

أصبح هناك إعتراف متزايد بأن الرياضة مهمة للعناية طويلة المدى بالوزن ، وعلى الرغم من ذلك يحتفظ الكثير من العملاء بتوقعات غير واقعية عن النتائج قصيرة المدى للرياضة (أنظر الحوار التالى بين العميل والمعالج) ، وعندما لا تتحقق هذه التوقعات يشعر العميل بالإحباط واليأس ، ويتوقف عن محاولات القيام بالرياضة بشكل منتظم .

إن الطبيعة الدقيقة لدور الرياضة فى ضبط الوزن لم يتم تحديدها بعد وربما كان من المستغرب أن الدراسات حول آثار ممارسة الرياضة أثناء إنقاص الوزن غير متسقة فيما يتعلق بإظهار معدل متزايد من التناقص بإستثناء الحالات التى تكون فيها الرياضة متكررة وطويلة جداً . وربما كانت النتائج متسقة إلى حد ما فى الإيحاء بأن الرياضة قد تعين على الإحتفاظ بالمحيط العام للجسم ، أثناء عملية التخسيس ، مع وجود قيود معتدلة على السعرات الحرارية . ومع ذلك ، تبين معظم الدراسات الخاصة بالمصاحبات بعيدة المدى للرياضة أن البرنامج المنتظم من رياضة الإيروبيكس المعتدلة عامل حاسم فى الحفاظ على الوزن .

العميل : لقد أخبرتك أن الرياضة لاتناسبني . وقد تأكد ذلك هذا الأسبوع ، فقد خرجت للمشى أربع مرات هذا الأسبوع وفقدت 1/2 رطل فقط من وزنى . وقد كنت أفضل من ذلك فى الأسبوعين الماضين عندما لم أمشى على الإطلاق .

المعالج : كيف تتصور تأثير المشى على عملية إنقاص الوزن ؟

العميل : كان ينبغي أن أفقد على الأقل رطلين أو أكثر ، لقد كنت أمشى بجدية فعلاً ، وأتففس بعمق أثناء المشى .

المعالج : أنا أعلم أن الرياضة مهمة صعبة بالنسبة لك ، وسيكون من المفيد أن ترى النتائج على الميزان بعد قضاء أسبوع جيد من الرياضة . ولكن دعنا نراجع بعض حسابات إنقاص الوزن ، التى سبق أن ناقشناها . تذكر أن كل رطل من الشحوم بالجسم يحتوى على حوالى 3500 سعر حرارى كتقدير إجمالى . ولكى تفقد رطلاً من الدهون أو الشحوم ، فإنك تحتاج إلى إحراق حوالى 3500 سعر حرارى أو مايزيد عما إختزنته . والآن كم طول المسافة التى ينبغى أن تمشيها؟

العميل : لقد إخترت طريقاً طوله ميل واحد ومشينته على مدى أربعة أيام ، وقطعته مرتين فى المرة الأخيرة .

المعالج : معنى هذا أنك مشيت خمسة أميال هذا الأسبوع ، وهو إنجاز حقيقى . لكن دعنا نرى فربما كانت توقعاتك أكثر قليلاً مما كان يجب الوصول إليه . كم عدد السعرات الحرارية الإضافية التى تعتقد أنك أحرقتها عندما قطعت خمسة أميال ؟

العميل : لا أعرف ، ربما كانت حوالى 1000 سعر حرارى فى كل ميل .

المعالج : فى الواقع ، أقل كثيراً ، التقدير المبدئى الفعلى الذى أحرقته هو 100 سعر حرارى إضافى لكل ميل .

العميل : معنى هذا أنه يلغى على أن أقطع هذه المسافة لفترة تزيد على سبعة أسابيع حتى أفقد رطلاً ؟ انسى ذلك ! لقد فقدت هذه الكمية فى كل يوم بإتباع نظام أتكن الغذائى (1) وبدون أية رياضة .

(1) Atkins diet.

المعالج : ليس إلى هذا الحد . تذكر إنك قلت أنك في هذه المرة تبحث عن نجاح طويل المدى . وعن تواصل الحسابات لفترة قصيرة ؛ إذا مشيت المسافة نفسها كل أسبوع لمدة عام ، فإن هذا سيزيد قليلاً عن سبعة أرطال . وهذا لا يبدو كثيراً ، ولكنى أعتقد أنك قلت إن وزنك زاد حوالى ٧٠ رطلاً فى السنوات العشر الماضية ، أى بمتوسط سبعة أرطال فى العام وفى السنوات العشر التالية سيؤدى إحراق ٥٠٠ سعر حرارى فى الأسبوع من جراء المشى إلى المحافظة على تناقص الوزن ، بدلاً من زيادته سبعين رطلاً أخرى .

العميل : ولكن ذلك لن يساعدنى الآن ؟

المعالج : إذا نحن نحتاج إلى التفكير فى طرق أخرى لتشجيعك على المشى كل أسبوع أو حتى كل يوم ؛ حتى تحتفظ بدافعيتك ويصبح برنامج المشى أمراً روتينياً وممتعاً . وحتى لو كان المشى يعنى تناقص أكبر كل أسبوع ، فلن تشعر به بسبب تغير وزن الماء لديك . دعنا نعمل لإيجاد بعض المكافآت التى تخضع لسيطرتك .

إن التوصية برياضة الإيرويكس أثناء التخسيس تستند عادة إلى عدة أشياء ، منها : الزيادة التراكمية فى السرعات المحترقة ، واستعمال الجسم المتزايد للشحوم المختزنة فيه أثناء تمرينات الإيرويكس المعتدلة ، والآثار المعروفة عن ملاءمتها لأوعية القلب وشرايينه ، والتحكم فى جلوكوز الدم ، وإذابة الكوليسترول . وتشمل رياضة الإيرويكس المشى التلشيطى مع الجرى ، وركوب الدراجة المتحركة أو الساكنة ، والتجديف ، والرقص الإيقاعى ، وتمرينات الرشاقة ، والسباحة والقفز .

ويرمز إلى مقاييس (١) رياضة الإيرويكس بإختصار FIT ؛ أى التكرار (٢) (فى الأسبوع) والشدة (٣) ، كما تقاس إما بمعدل ضربات القلب أو تقديرات الجهد المبذول ، والزمن (طول جلسة التمرين) . وقد يكون الأفضل عند تخطيط برنامج للرياضة البدء بشدة وزمن منخفضين نسبياً وزيادة التكرار ؛ حتى يصل العميل إلى معدل تمرين أربع أو خمس مرات فى الأسبوع ، وهذا يؤدى إلى ترسيخ أهمية

(1) Parameters.

(2) Frequency.

(3) Intensity.

الرياضة والإعتياد عليها . وبمجرد الوصول إلى معدل تكرار مناسب يمكن للعميل البدء في زيادة الزمن ومن بعده الشدة .

وقد بدأ حديثاً الإهتمام بقيمة تدريبات المقاومة (غير الإيروبيكس) في إنقاص الوزن . فإذا كانت العضلة هي النسيج النشط من ناحية التمثيل الغذائي ، فمن المفترض أن تدريبات المقاومة تساعد في الحفاظ على حجم العضلة أثناء إنقاص الوزن ، ومن ثم يتم الحفاظ على المعدل الأيضي المتبقى . ويمكن الجمع بين تدريبات المقاومة ورياضة الإيروبيكس كطريقة لإنقاص الوزن ؛ خاصة بالنسبة للعملاء الذين يخضعون لنظام غذائي منخفض السعرات الحرارية ، على الرغم من أنه لم يتم التحقق من هذا الموضوع تجريبياً .

إن على المعالج أن يقر بصعوبة التمرينات الرياضية لعديد من الأشخاص المصابين بالسمنة ؛ لأن زيادة الوزن تمثل عبئاً إضافياً ينبغي تقبله وتحمله ، وقد تحد المشكلات المصاحبة من أنواع الرياضة التي يمكن التوصية بممارستها . وأخيراً فإن عديداً من الأشخاص المصابين بالسمنة يظهرون قلقاً زائداً عند ممارسة الرياضة مع الآخرين . وفي الواقع ، فقد ذكر عديد من العملاء قصص السخرية والإهانة ، التي تعرضوا لها من الغرباء ، وعلى المعالج أن يتحرى عن مثل هذه الأشياء .

ومن الأمور التي ينبغي أن تظل في الذاكرة أن الراشدين المصابين بالسمنة يمثلون جماعة مستهدفة صحياً . وينبغي أن يحاط العملاء علماً بالرياضات التي لاتخضع للإشراف الطبي ، ويمكن أن يوفر فحص الملاءمة (1) الذي يجريه متخصص فسيولوجي في التمرينات الرياضية ، مقياساً يمثل خط الأساس الذي يفيد في الحكم على الأشكال اللاحقة من التحسن . ويمكن لهذا المقياس أن يقدم للعميل مردوداً محفزاً إضافة إلى التغير الحادث في الوزن ، لإستخدامها في فحص مدى الإستفادة الشخصية من التمرينات الرياضية ، أما بالنسبة للعملاء الذين لديهم ظروف جسمية تؤثر على إمكانية قيامهم بالتمرينات الرياضية ، فينبغي إستشارة متخصص في فسيولوجيا التمرينات الرياضية لمعرفة بصعوبة الرياضة بالنسبة للأشخاص المصابين بالسمنة .

(1) Fitness assessment.

- إستراتيجيات تعزيز التغييرات الغذائية والرياضية :

من الأدوار الرئيسية للمعالج السلوكي فى المرحلة الأولى من ضبط الوزن ، المساعدة المباشرة للعميل فى إنجاز التغييرات الغذائية والرياضية المطلوبة ، وتمهيد الطريق أمام الأنماط السلوكية التى ستعزز الإستمرار . ويتضمن ذلك : المراقبة الذاتية ، ووضع الأهداف ، والدعيم الذاتى ، والتغييرات فى سلوك الأكل ، والتحكم فى المثير ، وتبنى إستراتيجيات معرفية سلوكية ، وحشد المساندة الاجتماعية .

- المراقبة الذاتية :

لا تعتبر المراقبة الذاتية مهمة أثناء الفحص المبدئى فحسب ، ولكن أثناء العلاج وبعده كذلك . ويمكن إستخدام الآثار التفاعلية للمراقبة الذاتية ؛ لإظهار مزاياها بعد الفحص المبدئى . كما أنها تمثل أثناء العلاج وسيلة لتعقب النجاح وتحديد مناطق المشكلات ، وتوفير للمعالج مدخلاً جاهزاً لمزيد من المعلومات المضبوطة عن مصير مجهودات العميل فى البيئة الواقعية . كذلك تعتبر المراقبة الذاتية أداة قيمة للضبط الذاتى أثناء مرحلة المحافظة على الوزن (ويعرض الشكل ٨-٢ عينة من صور المراقبة الذاتية) .

يعتبر إستهلاك الطعام هدفاً طبيعياً للمراقبة الذاتية . وبمجرد بدء العلاج ، ليس من الضرورى عادة ، إستخراج المعلومات التفصيلية التى تكون مطلوبة أثناء الفحص المبدئى ؛ فأنواع الطعام وكميته وطرق إعداده ، وزمن إستهلاكه تعتبر كافية عادة . وينبغى أن تفحص هذه البيانات ويتم التعليق عليها بهدف تدعيم عملية التسجيل ، مهما كان المخزون المذكور مطابقاً للمواصفات بشكل كبير أو قليل .

وفى بعض الأحيان قد يرفض العملاء إكمال السجلات . وقد استخدم عديد من الناس سجلات الطعام كجزء من برامج أخرى ، ووجدوا أن المحاولة مكررة ومملة ، بالإضافة إلى الشكوى الشائعة بأن المسألة تحتاج إلى جهد ضخم . وقد يشعر البعض الآخر منهم بالإرتباك ، أو يرون أن الرياضة شىء يناسب الأطفال . ولكننا نصر على أنه ينبغى الإحتفاظ بالسجلات لما بها من معلومات قيمة لنا وللعلاء . ومن بين أمثلة الأسباب المنطقية التى يمكن إستخدامها لتشجيع المعدلات المرتفعة من التعديل على صور المراقبة الذاتية ماورد فى الشكل (٤-٨) .

وينبغي أن تخضع الرياضة للمراقبة الذاتية لما لها من آثار تدعيمية إضافة إلى المعلومات . وبالمثل ، فإن تطبيق التغييرات الموصى بها في سلوك الأكل موضوع مفيد للمراقبة الذاتية تماماً مثل المنبهات التي تصاحب نوبات الأكل غير المخططة .

ويتفاوت مدى خضوع وزن الجسم للمراقبة الذاتية طبقاً لمرحلة العلاج وخصائص العميل . ومن المهم أن نعد العميل للمشاركة في بعض صور المراقبة الذاتية للوزن بعد العلاج مباشرة ، ومن ثم يمكن إثارة خطط العودة ، عندما يعلو الوزن فوق نقطة منتقاة .

إن المراقبة الذاتية للوزن خلال عملية إنقاص الوزن ينبغي أن توصف وتشرح بطريقة لا تشجع التعويل على تغيير الوزن ، بإعتباره المقياس الوحيد للتقدم . وقد يكون أداء بعض الأفراد الذين يشغلهم تغيير الوزن - لدرجة أنهم يزنون أنفسهم عدة مرات كل يوم - أفضل حتى لو كانت نتيجة أوزانهم لأنفسهم غير مشجعة في البداية . ومع ذلك ينبغي أن نتذكر أنه إذا كان التخسيس هو الهدف من العلاج ، فلا مفر من الحصول على الوزن في بعض الأحيان وأنه لا يمكن أن نتجنب رد فعل العميل لذلك . وعلى المعالج ألا يفترض مطلقاً أن عدم تأكيدات تغييرات الوزن في جلسات العلاج سوف يقلل من تركيز العميل عليها .

وهناك جدل قد يثار حول مدى مرغوبة التسجيل اليومي للوزن لبعض العملاء . ومن منظور إكتساب العادة ، فإن التسجيل اليومي ، خاصة عندما تتم في الوقت نفسه كل يوم ، ربما تكون أكثر فاعلية عن التسجيل الأسبوعي ، وبما أن التذبذب في الماء داخل الجسم يغطي التغيير في مستوى الدهون المخزنة على المدى القصير ، فإن الوزن اليومي يمكن أن يسمح للعميل بأن يتعلم العشوائية⁽¹⁾ والانتظام في هذه التغييرات . أما بالنسبة للعميل ذي الإستجابة الإنفعالية المرتفعة لتغييرات الوزن ، فإن التعرض للتغييرات اليومية في وزن الجسم أثناء العلاج يمكن أن يوفر مقياساً ما للتحسين⁽²⁾ ضد تقلبات التغييرات اليومية . وتعتبر الرسوم البيانية للوزن التي تحتوى على نقاط كثيرة للمعلومات أفضل في الإشارة للأنماط العامة من الرسوم البيانية ، التي تحتوى على نقاط قليلة للمعلومات . والأكثر من

(1) Randomness.

(2) Desensitization.

ذلك ، فإنه يمكن للعميل أن يجد بعض العزاء إذا إقتنع بأن خيبة الأمل الناتجة عن الوزن التي تستمر لمدة ٢٤ ساعة ، أفضل من التي تستمر سبعة أيام على سبيل المثال . أما بالنسبة للعملاء الآخرين الذين لا يتحملون التذبذبات اليومية ، فينصحون بأن تكون عملية الوزن أقل تكراراً .

- الأهداف السلوكية والمكافآت :

إن العنصر المهم في المجهودات قصيرة وطويلة المدى للتحكم في السمنة هو الاستخدام المناسب لأساليب وضع الأهداف والتدعيم الذاتى . ويمكن مساعدة العميل لإكتساب هذه المهارة فى فترة مبكرة ؛ لنسمح له بمحاكاتها وممارستها خلال مرحلة العلاج ولتجنب الإحباطات الناتجة عن أهداف العميل غير الواقعية ، سواء كانت صريحة أم ضمنية .

شكل (٨-٤) : الأسس المنطقية لتشجيع العميل على إكمال صور المراقبة ، مأخوذ عن برنامج LEARN للتحكم فى الوزن الذى وضعه ك. د. براونيل ١٩٩٢ م ، من منشورات مؤسسة نشر الصحة الأمريكية .

الأول وربما الأكثر أهمية : أن أسلوب الحياة الذى ينبغى أن تتعلمه هو الاحتفاظ بالسجلات . عليك أن تحتفظ بسجلات لأكلك ، وتمارينك الرياضية ووزنك ، وعليك أن تحتفظ بالمزيد من السجلات ولا تنزعج من هذا فهناك أسباب جيدة لذلك .

- الوعى خطوة جوهرية فى تغيير العادات : وقد يكون لديك بالفعل إهتمام كبير بعاداتك وأنماط وزنك ؛ خاصة إذا كنت تحتفظ بسجلات لنظام غذائى سابق ، وسوف تتدهش من كثرة مايمكن أن تتعلمه .

وللوعى الذى تجنيه من الاحتفاظ بالسجلات عدة فوائد ، وسوف نتضح هذه الفوائد خلال أسابيع قليلة .

- عليك أن تعرف السرعات الحرارية : هناك سرعات حرارية كامنة فى الأشياء التى لا تشك فيها . هل تعتقد أن الزبىدى طعام جيد للريجيم ؟ إن كوباً واحداً من زبىدى الفاكهة به سرعات حرارية أكثر مما يوجد فى كوب من الآيس كريم . وتحتوى عشرة من شرائح شيبس البطاطس على ١١٠ سعر حرارى ، وهو مايفوق خمسة أكواب من الفيشار . وتؤكد معرفتك بالسرعات الحرارية أنك لن

تتخذع بالسرعات الحرارية المفاجئة .

- عليك أن تكون واعياً بما تأكل : قد تقول أنك تعرف ما تأكله بالطبع ، ومع ذلك لايتذكر الفرد عادة العدد الفعلي من "Doritos" التي إستهلكها في ساعة رضا أو جرامات الحليب التي حصلت عليها في طبق من المعجنات ، هذه السرعات الحرارية تنسى عادة لأننا نحب أن ننساها !

- عليك أن تزيد من تحكّمك في الأكل : تسمح لك معرفة موقفك الفعلي من السرعات الحرارية اليومية بالحكم على إمكانية تناول أو عدم تناول أطعمة معينة . وعليك أن تحتفظ بقائمة السرعات الحرارية حتى تعرف الوجبات الخفيفة التي يمكن تناولها . إن معرفة موقعك تجعل الإختيار سهلاً بالنسبة لك .

- ينبغي أن تصبح أنماط الأكل واضحة : قد تكتشف أن معظم أكلك يتم بين العشاء ووقت النوم . بينما يأكل شخص آخر على مدى اليوم . بعض الناس يأكلون عندما يكون لديهم مشاعر معينة (الغضب ، والقلق .. إلخ) ، ويأكل البعض الآخر عندما يفعلون شيئاً آخر (مشاهدة التلفزيون مثلاً) . إن معرفة عاداتك في الأكل هي أكبر ميسر لتغيير عاداتك .

- السجلات تساعدك في التخلص من السرعات الحرارية : إن جسمك مثل البنك الذي تضع فيه حساباتك ؛ فأنت تودع فيه وتسحب منه السرعات الحرارية . فإذا كنت تحتفظ بسرعاتك الحرارية منخفضة ، فعليك أن تدخر بعض السرعات الحرارية في البنك لمناسبة خاصة . فإذا كان لديك حفلة في عطلة نهاية الأسبوع - مثلاً - فإنه يمكنك أن تخفضها خلال الأسبوع ، وبعد ذلك يمكنك أن تتناول بعض الحلوى أو الفاكهة ، وتعطيك سجلات السرعات الحرارية هذه المعلومات لإتخاذ مثل هذه القرارات .

- سجلات تغيير الوزن تمنع الإحساس باليأس : ربما يمر عليك أسبوع أو أكثر وأنت تخفق في إنقاص وزنك ، أو يزداد وزنك على أسوأ تقدير . إن هناك عدداً من الأسباب لذلك كما ناقشناها مؤخراً . ومثل هذا الإحباط الناجم عن الوزن يمكن أن يجعل الحياة صعبة . ويمكن منع هذا الإحباط أو اليأس بمراجعة التغييرات في الوزن على مدى عدة أسابيع ، ويمكنك تحمل زيادة بسيطة في الوزن ، مادامت سجلاتك تخبرك بأن وزنك يتناقص بطريقة ثابتة .

لابد من التمييز بين الأهداف طويلة المدى (الأهداف الفعلية ، مثل الوزن الكلى المستهدف) ، والأهداف قصيرة المدى (وسائل الوصول إلى الغايات طويلة المدى مثل إتباع خطة تمارينات رياضية لمدة أسبوع) . وتركز الأهداف قصيرة المدى المفيدة على أشكال السلوك ، التي تخضع لسيطرة العميل فضلاً عن وزن الجسم ، الذي سينتذبذب بدرجة جوهرية على المدى القصير بفعل عوامل خارجة عن سيطرة العميل .

وتتميز الأهداف الفعالة بأنها محددة وقابلة للتكميم . وقد تتطلب جهداً كبيراً، غير أنها في الوقت نفسه واقعية ويمكن تحقيقها . وينبغي كذلك أن تكون بها مساحة للخطأ إلى حد ما (أى لا تتطلب الإتقان التام على سبيل المثال) ، ومع مرور الوقت يمكن للمعالج أن يساعد العميل على رسم الأنماط المحددة ، وإتباع الأهداف التي تستوفى هذه المحكات ، (كما في الحوار التالي) :

المعالج : سيكون من المفيد بالنسبة لك التركيز على واحداً أو اثنين من الأهداف ؛ من أجل العمل الفعلى هذا الأسبوع . هل لديك أى أفكار ؟

العميل : أريد أن أقوم بالمزيد من التمارينات الرياضية .

المعالج : دعنا نحاول وضع بعض التحديدات لمسألة التمارينات الرياضية .

العميل : ليكن ، سوف أبدأ المشى هذا الأسبوع .

المعالج : إذا الرياضة ستكون المشى ، كم وكيف ستمشى غالباً ؟

العميل : دعنا نقول خمسة أميال كل يوم .

المعالج : كم تمشى فى الوقت الحاضر ؟

العميل : حسناً ، أنا لا أخرج كثيراً فى الفترة الأخيرة .

المعالج : إذا مرت فترة طويلة منذ كنت تتمرّن بانتظام .

العميل : نعم . بالفعل لم أفعل شيئاً بانتظام على مدى خمس أو ست سنوات .

المعالج : قد تكون البداية بخمسة أميال أكثر من المتوقع ، وقد تؤذى نفسك إذا بدأت بهذه المسافة .

العميل : يمكننى القول ميلاً واحداً فى اليوم ، لكن ذلك لن يساعدنى فى إنقاص المزيد من الوزن .

المعالج : معك حق ، لن نستطيع أن نقول كم سيكون وزنك في الأسبوع التالي .
ولكننا نحاول تنمية بعض العادات التي ستحدث فرقاً كبيراً في وزنك
على المدى الطويل .

العميل : حسناً ، سوف أمشي ميلاً كل يوم .

المعالج : هب أنك كنت مرتبطاً بالعمل أو كان الطقس سيئاً في يوم ما ، هذا يعني
أنك لن تنجز هدفك في ذلك اليوم . فماذا لو تكرر ذلك أربعة أيام ؟ إنك
ستحتاج إلى أربعة أيام أخرى زيادة عما هو مقرر الآن وتضاعف جهدك
فيها ، والنجاح الذي سوف تشعر به سوف يساعدك للوصول إلى هدفك
التالي .

العميل : هل تعنى أن النجاح يولد النجاح ؟ حسناً سأحاول ، سوف أمشي لمسافة
ميل واحد على مدى أربعة أيام هذا الأسبوع .

تشمل معظم الأهداف السلوكية أشكالاً من السلوك ذات مغارم قصيرة المدى
(الصعوبة على سبيل المثال) ومغارم طويلة المدى . ومن الضروري عادة - كما
تبين من حديث العميل المحبط الذي مارس رياضة المشي - مساعدة العميل على
تطوير نظام تعزيز ، يوفر المكافآت قصيرة المدى لدعم التغيرات السلوكية لحين
حدوث المدعمات الطبيعية .

وهناك عديد من المحكات للحكم على فعالية المكافأة ؛ فأولاً ينبغي أن
تكون المكافأة مدعمة بالفعل للعميل . ولكن ذلك لا يكون واضحاً دائماً كما يبدو .
ففي بعض الأحيان يلتمس العميل مكافأة تشتمل على أشياء يتبين عند فحصها أنها
ذات قيمة تدعيمية ضئيلة . ثانياً ، ينبغي أن يتم الحصول على المكافأة مباشرة
بعد تحقق الهدف . ثالثاً ينبغي أن تكون المكافأة شيئاً يظل العميل يبحث عنه
مادام لم يحقق الهدف ، وأخيراً ينبغي ألا تكون المكافأة طعاماً .

وفي ضوء خبرتنا ، قد يمثل إختيار المكافأة الفعالة مهمة صعبة للعملاء .
وغالباً ما نكتشف تاريخ من التعويل على الطعام كمكافأة ، ويقاوم بعض العملاء
الفكرة القائلة «ينبغي أن أجبر نفسي لأن أفعل ما يمكن أن أفعله بنفسى» ، بينما
يؤكد الآخرون أنهم يحرمون على أنفسهم أى شىء يمكنهم تناوله ، ولا يتركون
شيئاً للمكافآت الإضافية . وببساطة فإن عديداً من العملاء عاجزون عن توكيد
الأفكار حول المكافآت الممكنة .

ويمكن تكليف العملاء بواجب منزلي عبارة عن تحديد المكافآت الممكنة ، مستعنيين في ذلك بفهارس وإعلانات تقترح المكافآت المادية . فإذا كان العميل يفكر فقط في بنود مكلفة جداً لإستخدامها عند تحقيق الأهداف قصيرة المدى ، فإنه يمكن شراء هذه البنود بالنقود التي يتم الحصول عليها عند تحقيق الأهداف السلوكية فقط . فعلى سبيل المثال ، العميلة التي ترغب في شراء عقد ، قد توافق على إيداع النقود اللازمة لشرائه بمعدل عشرة دولارات لكل هدف رياضي ، تحققه في الأسبوع غير أن العملاء قد لا يفكرون في البنود المادية فقط ، ولذلك يمكن إستخدام النشاطات المرغوبة كمكافآت ، مثل : قضاء يوم على الشاطئ أو في البحيرة أو على الجبال أو مشاهدة رواية أو سماع سمفونية معينة . وحتى عندما لا تستخدم هذه النشاطات كمكافآت ، يمكن تشجيع العملاء للإنخراط في هذه النشاطات الممتعة بمعدلات أكثر تكراراً كوسيلة لتعويضهم عن الإمتناع عن نشاط ممتع كالأكل . ويعد مفهوم «الوقت المستقطع للسلوك الجيد» مفيداً أيضاً ؛ فبالنسبة للعملاء ذوي المواعيد المحددة ، يعتبر الحصول على راحة بعد الظهر - كأحد البدائل - مكافأة قيّمة . وفي بعض الأحيان يمكن أن يشارك أعضاء الأسرة في تحمل بعض المسؤوليات المنزلية ، نيابة عن العميل لإعطائه فرصة الإستمتاع بذلك النوع من المكافآت .

- التغييرات في سلوك الأكل وأساليب التحكم في الصير :

لقد أُرسيّت التطبيقات المبكرة لتعديل السلوك فيما يخص مشكلة السمنة على أساس أساليب تعديل أشكال السلوك النهائية للأكل ، وتحديد الهاديات المرتبطة بالأكل . وعلى الرغم من الإفتراضات الخاطئة بأن هذه السلوكيات موجودة لدى الأشخاص المصابين بالسمنة وغير المصابين بها ، فقد يسرت البرامج القائمة على أساس تفعيل هذه التغيرات عملية إنقاص الوزن . وبالتالي فإن المناحي السلوكية لإنقاص الوزن تشمل مثل هذه الجهود . وقد أحسن تقديم وتطبيق هذه الأساليب كطرق لتيسير التحكم في الأكل ، عندما كانت معلومات الفحص تشير إلى أهمية هذه التصويبات .

إن الهدف الرئيسي في عديد من التغييرات في سلوك الأكل هو إبطاء معدل إستهلاك الطعام ، وهناك سبب رئيسي للإعتقاد في جدوى ذلك ؛ فهاديات الشبع المتنوعة تأخذ من ١٥ إلى ٢٠ دقيقة لتظهر . والأكثر من ذلك فقد أوضح سبيجل Spiegel ووادين Wadden وفوستر Foster 1991 أن العملاء المشاركين

في برامج إنقاص الوزن ، الذين أبطأوا الأكل كانوا الأكثر فقداً للوزن .

ولسوء الحظ ، فقد أوضحت هذه الدراسة نفسها أن هذا الإبطاء يتلاشى مع مرور الوقت (بمعنى أن معدلات الأكل السريعة تعود مرة أخرى) . ويمكن تشجيع العملاء على إبطاء معدلات أكلهم بعدة وسائل ، منها : المراقبة الذاتية للفترة الزمنية للوجبة ، ترك الشوكة بين اللقمة والأخرى ، وإيجاد وقفات أثناء الوجبات وتعتبر هذه الوسائل مهمة - بوجه خاص - للعملاء الذين تكشف سجلاتهم عن أنماط من الأكل السريع . وينبغي أن ينبه العملاء إلى أن ذلك النوع من التغييرات لا يولد مشاعر الحرمان ، بل ربما يقلل مثل هذه المشاعر في حقيقة الأمر .

ونقيد أساليب ضبط المثير في تحديد تعرض العميل لهاديات الأكل . ومن الأمثلة البسيطة لذلك ، قصر وجود الطعام في المنزل على أماكن قليلة قدر الإمكان وبحيث تكون بعيداً عن الرؤية . وبالمثل ينبغي على العملاء القيام بكل ما من شأنه خفض بروز وتواجد الطعام في مكان العمل ، كذلك ينبغي أن تخضع الوجبات العائلية لنظام «أخدم نفسك» ، أكثر من اعتمادها على وجود أدوات جاهزة على المائدة بشكل بارز ومريح ، وينبغي إختيار مكان محدد للأكل ، وأن يكون الأكل ، سواء كان مسموحاً به أم لا ، في هذا المكان بالذات . ويمكن أن يؤدي ذلك إلى إطفاء الترابطات الشرطية بين النشاطات الأخرى في المنزل وبين الأكل ، مثل أكل السندويشات أثناء مشاهدة التلفزيون ليلاً على سبيل المثال .

ويمكن استخدام أساليب التحكم في المثير في مساعدة العميل على مواجهة بعض الوقت الخطيرة أو التعايش معها ؛ فالعميل الذي لديه عادة ثابتة تتمثل في الأكل أثناء العودة من العمل إلى المنزل قد نساعدته إذا أجبرناه على دخول المنزل من باب آخر . كما أن إعلان القيود على الأكل أثناء قيادة السيارة ، يمكن أن يقلل الرغبة في الأكل أثناء الذهاب للعمل أو العودة منه .

الإستراتيجيات المعرفية السلوكية :

إن الإهتمام بالمجال المعرفي ضروري إذا كان على العميل أن يلتزم بالتغيرات في النظام الغذائي والرياضة الموصى بهما ، وأن يواجه الرغبات الشديدة والعوائق ، وأن يطور مهارات المداومة والإستمرار . إضافة إلى أن كفاءة العميل قد تتدهور من جراء تاريخ الفشل في ضبط الوزن . ومن بين التدخلات المناسبة التدريب على توليد وإستخدام العبارات الذاتية ؛ لدعم الكفاءة ولتحديد

ومواجهة الخصائص اللاتوافقية للنجاح وال فشل .

إن الرغبات الملحة أمر متوقع . ويمكن تزويد العميل بإستراتيجيات من قبيل إيقاف التفكير (١) والتخيل (٢) ، وإرجاء قرار الأكل ، بالإضافة إلى إستخدام العبارات الذاتية التي تعنى بالطبيعة المؤقتة لهذه الرغبات الملحة . وبالمثل سوف يتم إكتشاف المبررات العقلانية كى تتعادل مع العبارات الذاتية المناسبة .

ويتطلب الإستمرار طويل المدى القدرة على الشفاء من الإنتكاسات (Brownell, Marlatt, lichtenstein & Wilson,1986; Marlatt & Gordon,1985' Perri et al,1992). إن السبب الرئيسى للفشل فى الشفاء من تلك الإنتكاسات يرجع لثنائية «الكل أو لا شىء» ، التى يستخدمها الفرد فى تقييم نجاحه . وينظر العملاء الذين يتبنون هذا الأسلوب إلى أى شىء أقل من الكمال على أنه فشل تام . وعندما تحدث العوائق الحتمية قد يقوم العميل بتعميمات زائدة ، ويعتبر أن المحاولة الكلية لضبط الوزن قد حكم عليها بالفشل ، وقد يعزى هذا الفشل غالباً إلى عيوب شخصية فيه أكثر منها عوامل موقفية . ويمكن مساعدة العملاء ، الذين يستخدمون هذا الأسلوب التقويمى على إكتشاف الافتراضات الضمنية «لثنائية الكل أو لا شىء» فى إستجاباتهم للإنتكاسات أثناء العلاج ، وأن يكرروا عبارات ذاتية بديلة تجسد منحنى متصلاً لقضية درجة قياس (٣) النجاح .

وتعتبر حالة بيتر Peter مثلاً جيداً ؛ فبيتر هذا مشرف بريد ، يبلغ من العمر ٤٤ عاماً ويزن ٢٠٥ رطلاً (بعد أن فقد ٣٠ رطلاً) وطوله ٥,١١ بوصة . وقد سقط بيتر على مقعده مهموماً عندما علم أنه زاد رطلاً واحداً .

بيتر : لم أكن أتوقع كل ذلك السوء هذا اليوم .

المعالج : ولماذا كل ذلك ؟

بيتر : لقد مررت بأسبوع سيء . ثم أفعل أى شىء ، كان من المفترض أن أفعله ، وأفرطت فى الأكل فى العشاء المقدس (٤) ، الذى أقامته مدرسة إبنى أمس .

(1) Thought stopping.

(2) Imagery.

(3) Matter-of-degree.

(4) Father-son dinner.

المعالج : هل يعنى هذا أنك لم تحقق هدفك الرياضى ؟

بيتر : لقد فعلت ذلك ، ولكنى لم أفعل أى شىء آخر .

المعالج : كالحفاظ على نظامك الغذائى مثلاً ؟

بيتر : آه ، لقد فعلت ذلك ، وقد أحضرت لك شيئاً لتراه هنا .

المعالج : إذا لقد حافظت على نظامك الغذائى ، وقمت برياضتك المستهدفة . فما

الذى جعله أسبوعاً مزعجاً إلى جانب العشاء المقدس ؟

بيتر : ألم يكن ذلك كافياً ؟ لقد علمت أنه لا يمكننى التمسك بنظامى الغذائى

هناك ، لم يكن ذلك ممكناً على الإطلاق ، لم تكن لدى أى قوة إرادة .

المعالج : وما الذى تعتقد أنه سبب لك المتاعب ؟

بيتر : كان لدينا إجتماع مهم وعاجل فى العمل عند الظهر ، ولم أستطيع تناول

طعام الغذاء ، ولذلك كنت على استعداد لأكل أى شىء فى العشاء .

المعالج : ليس من المستغرب أن تفرط فى الأكل إذا لم تتناول طعام الغذاء .

بالمناسبة لقد سلم ساعى البريد أحد المجلات الخاصة بى إلى جيرانى

بالأمس .

بيتر : وهل نستطيع أن نفعل أى شىء ؟ إننا نتلقى آلاف الرسائل البريدية كل

يوم . ثم ماذا عن البريد الذى يسلم بدقة ؟ وهل تتوقع أنه يوجد أناس

لا يفعلون الخطأ على الإطلاق .

المعالج : ما لم نكن نتحدث عنك وعن برنامجك لإنقاص الوزن .

بيتر : (لحظة توقف) : أعتقد أننى فهمت مقصدك ، أى أننى لو فعلته يوماً ،

فهذا لايعنى أن الأسبوع كله كان فاشلاً .

المعالج : هذا صحيح ، قد يساعد ذلك على تذكر مجلتى المرة القادمة ، عندما

تباشر تحقيق أهدافك بعد فترة قصيرة .

- حشد المساندة الإجتماعية : (1)

يعتبر حجم الجسم دائماً قضية عامة . ونادراً ماتعتبر محاولات إنقاص

(1) Mobilization of social support

الوزن نوعاً من الكفاح الخاص المستقل عن بيئة العمل الشخصية ؛ فتغييرات العمل لأنماط نظامه الغذائي ورياضته تؤثر باستمرار على أسرته وأصدقائه المقربين . وبالمثل فإن هؤلاء الأشخاص المهمين ، يمكن أن يؤثر في فرص نجاح العمل فالأصدقاء قد يكونوا مصدر تأييد أو تثبيط ، وشريك الحياة قد يشجع ويبث البهجة أو يبث الشكوى (انظر مثال مارتا Martha وزوجها والمعطف الفرو الذى قدمناه آنفاً) .

ولا يعتبر العمل مجرد مشارك سلبي في هذه التفاعلات الخاصة بالوزن ، فبإمكانه التأثير - في حدود معينة - في كمية المساندة التي يقدمها الأشخاص المهمون . وكما لاحظنا عند الحديث عن الفحص ، يجب على العمل أن يقرر كيف يمكن أن يقدم كل شخص أفضل مساعدة ممكنة ، ومتى يكون طلب هذه المساعدة مناسباً . وفي الوقت نفسه ، يمكن للعمل أن يعزز تبادل المساندة بالإستفسار عن كيفية تدعيم هؤلاء الأشخاص ؛ ليقدّموا بدورهم المساندة المرغوبة . وليس مستبعداً بالنسبة للعمل الذي لا يشعر بالرضا عن إستجابات الآخرين أن يكتشف من خلال الإستفسار أن النمط المفضل من المساندة لم يحدث قط .

مارى أجينز Mary Agens سيدة تبلغ من العمر ٣٨ عاماً ، تعمل في مجال بناء السفن ، التحقت ببرنامج للريجيم منخفض السرعات الحرارية ، وزنها ٢٢٠ رطلاً وطولها ٥,٨ بوصة . وقد فقدت ٤٠ رطلاً من وزنها .

وقد جرى هذا الحوار بينها وبين المعالج وبين بعض أعضاء المجموعة المشاركة ، وكانوا يناقشون إستجابات أشخاص آخرين مهمين ، فيما يتعلق بإنقاصهم لوزنهم :

مارى : زوجى لم يقل كلمة واحدة عن إنقاصى لوزنى .

المعالج : هل تعنين أنه تجاهل كل مجهوداتك لإنقاص الوزن ؟

مارى : نعم أنا أيضاً كنت أرغب في تخطى الأمر كله بقدر ماكنت أرغب في إهتمامه .

المعالج : عندما فقدت بعض وزنك سابقاً ، هل إستجاب بالطريقة نفسها ، وتجاهل ذلك ؟

مارى : في آخر مرة نقص فيها وزنى ، كاد يدفعنى إلى الجنون ؛ نتيجة إستمرار التجاهل في كل مرة ينقص وزنى أرتالاً قليلة .

المعالج : هل حاولتى أن تخبريه بذلك ؟

مارى : ليس بالكلام الكثير ، لكنه فهم الرسالة .

المعالج : إذن ، كان وما زال حتى الآن يعطى إهتماماً كبيراً لتناقص وزنك .

مارى : لا : لقد اعتاد فى فترة مبكرة أن يتصرف مثل المحقق ، فكان يسألنى

دائماً عما أكله وهل مسموحاً به أم لا . وبعد فترة استوعب الرسالة فى

هذا الخصوص أيضاً .

المعالج : أخبرته كى يتراجع أو يتوقف .

مارى : لقد فهم ذلك .

المعالج : إذاً هو كان يحاول أن يكون مثل ضميرك ، وحاول الثناء عليكى ، ولكنك

لا تريدين شيئاً من ذلك ماذا تريدينه أن يفعل ؟

مارى : ماتريده أى سيدة من زوجها ، أن يظهر قليلاً من التفهم .

المعالج : أنت تعرفين ماتعنيه بإظهار التفهم ، ولكن ذلك يختلف بالنسبة لكل

شخص . ترى هل كان السبب فى أنه لم يقل شيئاً هذه المرة أنه اكتشف

أن أى شيء يفعله سيكون خاطئاً .

مارى : هل تعنى أنه كان يجب على أن أخبره بما ينبغى عمله ؟ هب أنى رسمت

له صورة ، إنها لاتعنى شيئاً .

إحدى الأعضاء : ربما كان يريد أن يساعدك . وربما لا . ولكنك لم تكونى

قادرة على أن تخبريه ، وتركتيه يعرف كيف يساعدك . لقد إعتدت أنا أن

أغضب من زوجى ؛ لأننى عندما أعود من الجماعة فى كل مرة كان لايسألنى

كم نقص وزنى . وعندما أخبرته أخيراً وأحضرت معى تقريراً إلى المنزل ، قال

إنه كان يحاول فقط أن يوضح لى أنه كان يريدنى أن أنجح ، وبمجرد أن أخبرته

كيف يفعل ذلك ، كان رائعاً معظم الوقت .

إن المهارات التوكيدية مهمة فى عديد من المواقف ؛ حيث يكون فى حياة

معظم العملاء شخص واحد على الأقل يدفعهم للطعام . ويمكن تكرار إستجابات

رفض الطعام فى جلسات العلاج . ومن المرغوب عادة حث العملاء على إستباق

الأحداث ، لتوقع التشجيع على زيادة الأكل . ويمكن إخبارهم فى الوقت المناسب

- ومع تقدم العلاج - عن الأشخاص الملائمين الذين يقيدون أكلهم لتجنب الظروف الحرجة .

ويحتاج بعض العملاء الذين يشعرون بعدم الراحة في تلك المواقف إلى المهارات التوكيدية لتقديم الثناء المطلوب على إنقاص الوزن . كذلك تكون الإستجابات التوكيدية مطلوبة - في بعض الأحيان - عند طلب التعديلات في قوائم الطعام في المطاعم .

ويلعب الوزن دوراً حاسماً ومعقداً في الزواج والعلاقات الحميمة الأخرى . ومن المعتاد في مثل هذه الحالات أن تكون الزوجة هي المصابة بالسمنة . وفي بعض حالات الزواج الفاشلة قد يستخدم الزوج وزن زوجته كزريعة للإنسحاب الإنفعالي وتجنب العلاقات الجنسية . وفي أحيان أخرى ، قد يثير إنقاص الزوجة لوزنها مشاعر الغيرة وعدم الأمان (وهي ليست مبررة دائماً) من جانب الزوج ، ويلاحظ الإيذاء الجسدي في هذه الحالات أحياناً . وهناك أمثلة تستعمل فيها الزوجة سميتها كوسيلة لتجنب العلاقات الحميمة مع الزوج ، الذي يكون غير مرغوب أو محبوب ، ويكون الزوج - في بعض الأحيان - مجرد حارس لشئون أخرى خارج نطاق الزواج ، وقد تم وصف تعقيدات هذه القضايا في كتاب ، ألفه ستيفارت و جاكبسون (1987) Stuart & Jacobson ، ونوضحها بالحوار التالي بين نورا Nora والمعالج :

نورا سيدة تبلغ من العمر ٤٠ عاماً ، متزوجة وأماً لطفلين ، لديها بعض المشروعات الصغيرة ، أنقصت وزنها ٤٠ رطلاً . عادت للعيادة بعد غياب غير معلن لمدة ثلاثة أسابيع ، وبعد أن زاد وزنها عشرة أرطال .

المعالج : يبدو أنك قضيت أسبوعاً قليلاً مضطربة .

نورا : لم تكن موالية فقط (تبكى) .

المعالج : ما الذي كان غير موافٍ ؟

نورا : عندما أكون سيدة بدينة ، أكون بدينة فقط ولست امرأة ، لا أكون مرغوبة جنسياً .

المعالج : وعندما ينقص وزنك ؟

نورا : فجأة يلتفت إليك الرجال ، حتى لو كانوا يعرفونك منذ عدة سنوات ، إنه

الخداع والزييف ، إننى الشخص نفسه عندما كانى وزنى ٦٠ رطلاً .
ولكن الآن كلهم يبتسمون ويتصرفون معى كما لو كنت أفضل أنثى
يرونها ، إنها ليست مجرد زمالة فحسب .

المعالج : هل تعرض إليك شخص ما ؟

نورا : أحد أفضل أصدقاء زوجى .

المعالج : مثل هذه الهمسات قد تجعلك تصابين بالجنون .

نورا : نعم ، لكن ليست هذه هى المشكلة .

المعالج : وما المشكلة ؟

نورا : فى الواقع لقد شعرت بالإغراء . وكما تعلم أننى لم أكن سعيدة فى
حياتى لعدة سنوات ، ولكن طوال الفترة التى كنت فيها بدينة لم أفكر فى
ذلك . والآن على أن أقرر ، ولكنى لست متأكدة من أن قرارى سيكون
لا ، حياتى جحيم ، لأننى ببساطة كنت بدينة .

- مقدموا العلاج والمواقف العلاجية :

من نافلة القول أن الموقف المثالى الذى ينبغى فيه التعامل مع الأفراد
المصابين بالسمنة هو العيادة ؛ حيث يتوفر المتخصصون الذين لديهم خلفية فى
علم النفس ، والتغذية ، وفسولوجيا الرياضة ، والطب . وتتوافر فيها الأدوات
الفنية ، والخبرة التقنية للقيام بفحص معدل الأيض ، وحجم وعدد الخلايا الدهنية ،
وتوزيع الشحوم فى الجسم وما شابه ذلك .

وبعيداً عن كون هذا العلاج غير عملى ، وغير متاح لمعظم الأشخاص
المصابين بالسمنة ، فإن مثل هذا العلاج المكثف والمكلف قد لا يكون ضرورياً ، أو
مرغوباً لعدد من الأفراد ، ومرة أخرى تبرز أهمية مفهوم مواءمة الأفراد للعلاج
(الشكل ١-٨) . ويختلف العملاء حول أى المواقف هى الأنسب لهم ، وحول
مستوى الخبرة المطلوبة فى مقدم البرنامج ، وحول الخلفية المتوفرة لدى مقدم
العلاج الذى يرغبون العمل تحت إشرافه وما دام البرنامج المعين دقيقاً ومضبوطاً ،
تصبح مسألة من يقدم البرنامج ، وأين يقدم مسألة متعلقة بمدى تلبية حاجات
العميل . وبالرجوع إلى نموذج الرعاية المتدرجة الذى قدمناه فى الشكل (١-٨) ،
نجد أن معظم العلاجات المكثفة ينبغى أن تقدم للأفراد ، الذين يقل احتمال

نجاحهم في البرامج الأقل تركيزاً .

لقد شارك المتخصصون وغير المتخصصين - من ذوى الخلفيات العلمية المتعددة - فى مساعدة الأفراد الذين يعانون من زيادة الوزن . ويعنى الافتراض بأهمية أو ضرورة التدريب المتخصص المتطور الذى يشارك فيه أعضاء ، ينتمون إلى نظم علمية متعددة ، تجاهل قصص النجاح التى حققتها البرامج التجارية وبرامج المساعدة الذاتية ، ولدى العملاء الذين عالجهم متخصصون يعملون بمفردهم ، أو أولئك الذين أنقصوا أوزانهم اعتماداً على أنفسهم .

ومن بين المتخصصين القادرين على تقديم علاج للتخسيس : الأخصائيون النفسيون ، والممرضات ، والمتخصصون فى الريجيم ، والمتخصصون فى الرياضة ، والأطباء . وباستثناء المعرفة الأساسية بالتغذية والرياضة ، والمناحي المعرفية السلوكية ، فإن الخلفية الخاصة والتدريب للفرد أقل أهمية من المهارات الشخصية ، مثل : التعاطف ، والإخلاص ، والمودة ، والقدرة على إثارة دافعية العملاء أسبوعاً تلو أسبوع .

ونضيف على الفور أن الفاعلية المحتملة للمتخصصين المختلفين لاتعنى أن أى منحى سيكون له قيمة مادام الذى يقدمه متخصصاً ؛ فهناك الكثير من العلاجات الدعائية وغير المفيدة قدمها أشخاص يدعون تحقيق نتائج تتسم بالإعجاز . وعلى سبيل المثال ، يمكن أن نجد فى كل أسبوع - تقريباً - إعلانات فى الصحف عن معالجين بالتلويح الإيحائى يحققون تخسيساً مذهلاً ؛ ولذلك ينبغى وضع بعض الضوابط ، وتعليم العملاء المناحي الحقيقية لضبط الوزن ، طبقاً للخطوط الإرشادية التى ناقشناها آنفاً .

إعداد الفرد للمواصلة (المحافظة) طويلة المدى :

رغم أننا قدمنا هنا مناقشة منفصلة لبعض المسائل المتعلقة بمواصلة إنقاص الوزن أو المحافظة عليه ، فليس من المستحب فى العلاج عزل إستراتيجيات المحافظة عن تدخلات إنقاص الوزن ؛ لأن ذلك قد يوحى للعميل بأن تنفيذ هذه الإستراتيجيات إختيارى أو قابل للإرجاء . ومن المفضل أن نصبغ المدى الكامل للعلاج بالتأكيد على التغيير طويل المدى ، وبإرساء الأساليب المعرفية والسلوكية المطلوبة للمحافظة على إنقاص الوزن على مر السنين . وعلى الرغم من حقيقة إختلاف المهارات المهمة لإنقاص الوزن عن المهارات المهمة للمحافظة ، فمن

النادر ألاتكون متناغمة . وسوف تسمح المعرفة المبكرة بسلوكيات المحافظة للعميل بممارستها ، عندما يكون تحت إشراف المعالج لفترة طويلة .

ويناقش بيرى وزملاؤه (Perri et al. (1992 فى أول كتاب يخصص للمحافظة على إنقاص الوزن ، نموذج الرعاية المستمرة فى العلاج ، والذي يدعو للإتصال بالمتخصصين فى الرعاية الصحية عبر فترة زمنية ممتدة . ويؤكد بيرى وزملاؤه ١٩٩٢ أهمية إخبار العميل بأن السمعة حالة مزمنة ، يمكن التحكم فيها من خلال مجهودات العناية الذاتية الإيجابية النشطة .

«وعليه، فإن على الأخصائيين أن ينقلوا للمرضى المصابين بالسمعة وعياً مناسباً بالتضمينات طويلة المدى فيما يتعلق بالتعامل مع السمعة . ويحتاج الأفراد المصابون بالسمعة أن يعرفوا - كما هو الحال بالنسبة لمرضى السكر أو ضغط الدم المرتفع - أنهم قد لايشفون من مرضهم مطلقاً (ص ١٠٣) .

إن مهارات الوقاية من الإنتكاس أساسية لتحقيق النجاح على المدى الطويل . ويتضمن ذلك تحديد المواقف التى تنطوى على مخاطر مرتفعة ، وتطوير إستراتيجيات لتجنب المواقف مرتفعة الخطورة أو مواجهتها ، وإكتساب الإستجابات المعرفية والسلوكية لإستعادة التحكم بعد الإنتكاس . وتتوفر مناقشة مطولة لأساليب الوقاية من الإنتكاس فى مواضع أخرى (Marlatt & Brownell, 1986; Gordon, 1985) ، وينبغى إحاطة العميل علماً بهذه الأساليب أثناء العلاج .

وتستند أساليب الوقاية من الإنتكاس إلى الفلسفات الخاصة بمهارات حل المشكلات ومهارات التوافق . ويتم تعليم الأفراد أن يحددوا مشكلات الأكل الخاصة فى حياتهم ، وأن يخططوا كلاً من الإستراتيجيات المعرفية - السلوكية ، والإستراتيجيات القائمة على الإنفعال لمنع الإنتكاسات والإستجابة بشكل بناء عندما تحدث الإنتكاسات . ويمكن لإستباق المشكلات المحتملة ، وتطوير مجموعة من الإستجابات التى تستخدم عند مواجهة المشكلات ، أن نقوى بالفعل الكفاءة الذاتية للعميل ، وقدرته على التعايش مع التهديدات اليومية التى يواجهها أثناء كل من إنقاص الوزن والمحافظة عليه . وقد إفترض براونيل Brownell وجيفرى (Jeffery (1987 بعض الإفتراضات الإضافية لدعم المحافظة أو الإستمرار وهى مايعرضه الجدول (٥-٨) .

جدول (٥-٨) : الأساليب المقترحة لتحسين المحافظة على إنقاص الوزن .

- ١- أن نأخذ في الإعتبار أنواعاً أخرى من العلاج لمرضانا .
- ٢- تطوير محكات لمواءمة أو مضاهاة المرضى للعلاج .
- ٣- تطوير محكات لفرز المرضى ، وتحديد ما إذا كان الوقت مناسباً للريجيم ، أو للإلتحاق ببرنامج أفضل .
- ٤- زيادة المحاولات الأولية لإنقاص الوزن .
- ٥- زيادة طول فترة العلاج .
- ٦- أن يصبح أكثر تشدداً فيما يتعلق بالوزن المستهدف ، معتبراً المرحلة الأولية للعلاج كفترة ضرورية للوصول إلى الوزن المستهدف ، ولا ينبغي أخذ المحافظة في الإعتبار ، حتى يحدث تناقص جوهري في الوزن يستحق المحافظة .
- ٧- زيادة التأكيد على الرياضة . وتحتاج برامج الرياضة المخططة ، والخاضعة للإشراف إلى أن تختبر في مقابل البرامج الحالية ، التي يكتفى فيها بإعطاء المرضى نصائح لفظية أو مكتوبة فيما يتعلق بالتمرينات الرياضية .
- ٨- إستثمار البيئة الإجتماعية كوسيلة لتحسين الإلتزام طويل المدى . ومن الضروري إجراء المزيد من البحوث لتحديد العوامل الأسرية ، وفي العمل ، وفي المجتمع وغيرها ، والتي يمكن إستخدامها لتيسير إنقاص الوزن .
- ٩- إستخدام الحوافز المادية ، التي أثبتت فاعلية - من خلال الدراسات السلوكية - في تحقيق أفضل معدلات لإنقاص الوزن على المدى الطويل .
- ١٠- المزج بين البرامج السلوكية وأنواع أخرى من العلاج ، مثل : البرامج التجارية ، وبرامج المساعدة الذاتية ، والنظام الغذائي الصارم ، والجراحة .

١١- تقويم العوامل المعرفية المتضمنة في معظم البرامج والتي حظيت بالإجماع ، ولكنها لم تدرس بالتفصيل .

١٢- من الممكن توسيع أساليب التحكم في المثير لتصل إلى الحياة اليومية لمن يلتزم بالنظام الغذائي ، بأخذ مختلف الآليات الخاصة بتقديم الطعام والرياضة المنظمة .

١٣- دراسة استخدام وتوقيت أساليب الوقاية من الإنتكاس بشكل أكثر تفصيلاً .

* مأخوذ عن براونيل وجيفري (١٩٨٧ ، ص ٣٧٠) ونشرتها رابطة تقدم العلاج السلوكي .

وتعتمد التدخلات المحددة الضرورية أثناء العمل طويل المدى مع العملاء فيما بعد إنقاص الوزن على حاجات وظروف العميل ، والتي تختلف بمرور الوقت . ففي أي مرحلة ، قد يحتاج العميل المساعدة للتعامل مع الضغوط ، والإرشاد الزواجي ، والتدريب التوكيدي ، وتحسين صورة الجسم ، والمهارات الرومانسية والخضوع للبرامج الرياضية ، أو التعامل مع مسائل التعهد والمودة . ومن الواضح أن معالجا واحداً لن يكون بارعاً في كل هذه المجالات .

وبرغم ذلك ، فإن الدور النهائي للمعالج في المرحلة طويلة المدى يمكن وصفه بشكل أكثر إنساقاً مع مرور الوقت ومن خلال العملاء . ويفترض بيري وزملاؤه (Perri et al., 1992) «أن دور المتخصصين في الرعاية الصحية هو العمل كأفراد إيجابيين في حل المشكلات ومساعدة العميل بشكل منظم ومستمر في تحديد الإستراتيجيات الفعالة ؛ لتثبيت التغيرات السلوكية المطلوبة للنجاح على المدى الطويل» (ص ١٠٣) ، ونحن نضيف هنا أن : دورهم يجسد أيضاً العناصر المهمة من المساندة الاجتماعية ، والتعاطف ، ومصدراً للإختبار الواقعي لتوقعات العميل .

ولاحتياج أهمية تشجيع العميل على إستغلال المعالج لتحقيق هذه الأشياء عبر فترات زمنية ممتدة إلى زيادة تأكيد ، وتعتبر الفكرة التي يقوم عليها منحى الرعاية المستمرة للسمنة جديدة بالنسبة لمعظم الأفراد المصابين بالسمنة . ويشعر عديد من العملاء بأن التعويل المستمر على المساعدة المتخصصة هو نوع من الضعف ، والأكثر من ذلك ، أن عديداً من العملاء يرفضون الإلتحاق ببرامج العلاج ، عندما يكونون في أمس الحاجة إليها ، أي عندما يزيد وزنهم . وبناء على

ذلك ، يجب على المعالج أن يستخدم - منذ البداية - أية وسائل متاحة ؛ لمساعدة العميل على قبول وتطبيق نموذج طويل المدى للرعاية .

- بناء البرنامج :

هناك بعض الإختلافات بين البرامج فى طول فترة التدخل ، وفى إستخدام العلاج الفردى مقابل العلاج الجماعى ، وفى إجراء مقابلات المتابعة بعد تحقيق النتائج الأولية وتكرارها ، وأنماط الإشراف وعوامل أخرى . ولكنه لم يتم تقييم هذه العوامل بشكل منظم من خلال بحوث مضبوطة ، وبالتالى ليس من الممكن الجزم بدرجة من اليقين بأن أحد هذه الأساليب أفضل من الآخر .

ولعل الصيغة الأكثر إستخداماً فى المناهى المعرفية السلوكية هى تقديم العلاج لمدة ١٦-٢٠ أسبوعياً فى مجموعات ، تتألف من ١٠-١٥ عميلاً . وتستمر الجلسة حوالى ٦٠-٩٠ دقيقة ، وتشمل مزيجاً من المواد التعليمية ، التى تهدف بناء المهارات والمناقشات الجماعية ، من أجل رفع المساندة الاجتماعية لحددها الأقصى . ويعتبر عقد مقابلات تالية - تسمى أحياناً جلسات التعزيز - هو القاعدة ، ولكن التكرار والفترة الكلية لهذه المرحلة تختلف بشدة . وفى أحد هذه الجداول ، تعقد مقابلات نصف أسبوعية على مدى شهرين ، ومقابلات كل ثلاثة أسابيع للشهور الثلاثة التالية ، ثم مقابلات شهرية لمدة سبعة شهور . وعلى الرغم من ذلك فإن مثل هذا الجدول التدريجى يحتاج من المعالج مجهودات مضنية ؛ لمنع مرات الغياب من أن تؤدى إلى نتيجة مبتسرة .

وتقدم المواد المكتوبة للعملاء - فى العديد من البرامج - كإضافة للمعلومات التى يقدمها قادة المجموعة وقد تم تنظيم هذه المواد فى شكل كتب وكتيبات ، من أمثلتها كتيب LEARN ، الذى سبق مناقشته (Brownell, 1992) . هذا الكتيب عبارة عن دليل متدرج معد للجمهور العام ، مع التأكيد على تغيير أسلوب الحياة ، والرياضة ، وتغيير الإتجاه ، المساندة الاجتماعية ، والتغذية . ولم تجر دراسات للمقارنة بين البرامج التى يتوفر فيها كتيبات توضيحية والتى لايتوافر فيها ذلك ، ولكن إنطباعنا أن مثل هذه الكتيبات يمكن أن تكون مفيدة لعدة أسباب ، هى :

١- يمكن أن يقدم الكتيب تعليماً أساسياً فى المجالات الأساسية لضبط الوزن (مثل التغذية ، والرياضة الآمنة) . ولما كان القليل من

المتخصصين هم الخبراء في كل المجالات المناسبة ، فإن الكتيب يسمح للمتخصصين ذوي الخلفيات العلمية ومستويات الخبرة المتباينة أن يقدموا الخدمات .

٢- لا يتذكر العملاء في الغالب كل المعلومات التي تقدم في الجلسة ؛ لأن العميل يكون مشغولاً بشيء آخر ، ولأنه لا يوجد وقت كاف في الجلسة لتغطية المادة المهمة بشكل مناسب ، ولأن المعلومات قد لا تكون وثيقة الصلة بالعمل وقت تقديمها أو لأسباب أخرى . لذلك فإن توفير المعلومات بين الجلسات وإتاحتها عندما تكون ملائمة لإحتياجات الفرد ، يزيد من احتمال فحصها واستخدامها .

٣- قد تبرز - في بعض الجلسات - قضايا تجذب الأخصائي والعملاء بعيداً عن المادة التعليمية ، التي ينبغي تقديمها . فعلى سبيل المثال ، قد يكون موضوع المناقشة معلومات رياضية ، ولكن العميل قد يفصح عن معلومات مقلقة تتعلق بالإزعاج الذي يسببه شريك حياته . وبالتالي فإن التأكد من أن المعلومات المقصودة مستوفاة في الكتيب يسمح لكل من الإخصائي والعميل بأن يكونا أكثر مرونة في إستغلال زمن الجلسة .

٤- قد يستخدم عديد من العملاء كتيب العلاج بعد نهاية البرنامج ، كوسيلة مساعدة ذاتية لتحديد مسار ومصدر الدافعية .

٥- يميل أفراد الأسرة والأصدقاء غالباً لقراءة مثل تلك الكتيبات ، وربما يطلب منهم العميل ذلك . ومع احتمال التأثير الإيجابي للمساندة الاجتماعية ، فإن هذا التعليم للأشخاص المهمين يمكن أن يكون مفيداً .

إننا نعتقد أن المواد المكتوبة التي تصاحب البرنامج يمكن أن تكون أكثر من مجرد مواد مرجعية ، وينبغي أن تستخدم ككتاب عمل . ويمكن التأكيد على النقاط المهمة بوضع خط تحتها ، أو إلقاء الضوء عليها ، ويمكن وضع الملاحظات في الهوامش ، كما أن علامات التلغيف للكتيب يمكن أن تكون رمزاً للدافعية والإهتمام بتطوير مهارات جديدة . ويطور العملاء الملتحقون بمثل هذا البرنامج ، برامج فردية مفصلة تقوم على أساس حاجاتهم ومواقفهم .

- قضايا إكلينيكية خاصة :

أهمية الأكل المفرط :

حدث تطور مهم في المجال عندما تم تحديد مجموعة فرعية متميزة من جمهور المصابين بالسمنة ، وهم الأفراد الذين ينخرطون في الأكل المفرط . ويعتبر ستنكارد Stunkard ١٩٥٩ أول من وصف هذا النمط ، ورغم أن القضية لوحظت في كتاباته المتأخرة (Stunkard, 1976) فقد كان المجال بطيئاً في اعترافه بأهمية القضية حتى الثمانينيات المتأخرة . وعند تلك النقطة بدأت دراسة الأكل المفرط لدى الأشخاص المصابين بالسمنة تتسم بالجدية ، ومن ثم فقد نشأ حديثاً إهتمام كبير بالمشكلة .

وقد وضعت تعريفات متعددة ، وإستخدمت أساليب فحص مختلفة في دراسة الأكل المفرط (انظر ويلسون وبايك Wilson & Pike في الفصل السابع من هذا الكتاب) . ولعل العمل الأكثر تركيزاً في التشخيص قام به سبيتزر وزملاؤه (Spitzer et al. 1992) ، فقد نفذ هؤلاء الباحثون محاولة ميدانية واسعة متعددة المواقع ، على مايزيد عن ١٩٠٠ مفحوص ، وإستخدموا البيانات لإيجاد محكات تشخيصية للإضطراب الجديد المسمى «إضطراب الأكل المفرط» (٤٧) ، ويوضح الجدول (٦-٨) هذه المحكات .

جدول (٦-٨) : المحكات التشخيصية المفترضة لإضطراب الأكل المفرط .

أ - نوبات متكررة من الأكل المفرط . وتتميز نوبة الأكل المفرط بكل من العرضين التاليين :

١- الأكل على مدى فترة منفصلة من الوقت (خلال أي ساعتين مثلاً) كمية من الطعام أكبر بكثير عما يأكله الناس في الفترة نفسها من الوقت ، وتحت ظروف مشابهة .

٢- إحساس بنقص التحكم في الأكل أثناء النوبة (مثال : الشعور بأن الفرد لا يملك القدرة على إيقاف الأكل ، والتحكم فيما يأكل أو الكمية التي يأكلها) .

ب- أن ترتبط نوبات الأكل المفرط بثلاثة مظاهر على الأقل مما يأتي :

(1) Binge eating disorder (BED).

- ١- الأكل بسرعة كبيرة عن المعتاد .
- ٢- الأكل حتى الشعور بالإمتلاء غير المريح .
- ٣- أكل كميات كبيرة من الطعام مع عدم الشعور بالجوع .
- ٤- الأكل منفرداً بسبب الإرتباك الناتج عن كمية الأكل التي يأكلها .
- ٥- الشعور بالإشمئزاز من النفس والإكتئاب أو الشعور بالذنب بعد الإفراط في الأكل .
- ج- الكرب الملحوظ نتيجة الأكل المفرط .
- د- يحدث الأكل المفرط ، في المتوسط ، مرتين على الأقل في الأسبوع لمدة ٦ شهور .
- هـ- لا يحدث أثناء مسار نوبة فقدان الشهية العصبى ، أو نوبات الشره العصبى .

* ملاحظة : المحكات الخاصة بالاكل المفرط التي إفترضها بداية سبيترز وزملاؤه ١٩٩٢ ، من منشورات الجمعية الامريكية للطب النفسي (١٩٩٢) .

ويرى سبيترز وزملاؤه (١٩٩٢) أنه تم ضم إضطراب الأكل المفرط للطبعة الرابعة من الدليل التشخيصى والإحصائى للإضطرابات النفسية (DSM-IV)، وكان قرار مجموعة العمل فى ذلك الدليل هو ضم إضطراب الأكل المفرط فى الفهرس كمجال يحتاج إلى مزيد من الدراسة . وعلى أية حال ، فإن هذه المحكات مفيدة فى تحديد الأفراد الذين يعانون من مشكلات الأكل المفرط .

والملاحم الجوهريه للأكل المفرط هى أكل كميات كبيرة من الطعام والشعور بالعجز عن التحكم فى الأكل ، وقد إعتمدت المحكات السابقة على تقارير ذاتية لبعض المفرطين ، غير أن بعض الناس قد يأكلون كميات صغيرة من الطعام الممنوع ، ويعتبر فعلهم هذا إفراطاً . وتحكم محكات الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصى والإحصائى للإضطرابات النفسية على نوبة الأكل المفرط فى سياق ما إذا كان المستجيب يعتقد أن الكمية التى يأكلها ، أكبر مما يمكن أن يأكله معظم الناس . ومع التسليم بأن الحكم من جانب المستجيب مايزال ذاتياً ، فإنه ينبغى على المعالج أن يحاول الحصول على تقدير للكمية الفعلية التى تستهلك فى نوبة الأكل المفرط . ويمكن أن يشير هذا التحديد لما إذا كانت مشكلة الأكل

الأساسية هي الكمية المستهلكة ، أم أنها الإدراك بأن الأكل لا يخضع للسيطرة .
وتعتبر أن المظهر المعرفى لعدم التحكم فى الأكل هو الأهم ، ومن المحتمل أنه
أساس شعور الأفراد بالكرب فى جانب منه على الأقل .

إن هذه المحكات التشخيصية لإضطراب الأكل المفرط مفيدة فى توجيه
الانتباه إلى مشكلة إكلينيكية مهمة . ومع ذلك ، فسيكون من الخطأ - من منظور
إكلينيكي - أن نفترض أن كل محك من هذه المحكات قد خضع لإختبار مدى
صدقه ، أو أنه سيكون مفيداً فى تطوير الأساليب العلاجية . وعلى سبيل المثال ،
قد لا يستوفى شخص ما محكات إضطراب الأكل المفرط ؛ لأن نوبات الإفراط
التي تحدث أقل من إثنين فى الأسبوع أو كانت تحدث لفترة أقل من ستة شهور .
وقد يظل هذا الشخص يعانى من مشكلة مهمة ، وقد يحتاج التدخل نفسه ، الذى
يقدم لشخص لديه نوبات إفراط متكررة ولفترة أطول .

ولما كان الأكل المفرط شائعاً لدى الأشخاص المصابين بالسمنة الذين
يبحثون عن علاج ، إلى الحد الذى يجعل هؤلاء الأشخاص يحتاجون إلى علاج
خاص ، فإن القضية ينبغى أن تؤخذ بجدية .

وتبلغ نسبة المفرطين فى الأكل من المنخرطين فى برامج علاجية
إكلينيكية للسمنة من ٢٥-٥٠% (Spit- Marcus, Wing & Lamparski, 1985; Spit-
zer et al., 1992) ويزداد معدل الأكل المفرط مع إزدياد الوزن (Telch, Agras
& Rossiter, 1988) ، ويقدر إنتشار الأكل المفرط لدى الأشخاص المصابين
بالسمنة فى الجمهور العام بحوالى ٢% تقريباً (Bruce & Agras, 1992; Spitzer
et al., 1992) . وقد قدر إنتشار إضطراب الأكل المفرط طول فترة الحياة فى عينة
إحتمالية قومية من النساء فى الولايات المتحدة ، وعبر كل فئات الوزن بـ ١,٦%
(Brewerton, Dansky, O'Neil & Kilpatrick, 1993) .

ورغم أن المقارنات بين الأشخاص المصابين بالسمنة من المفرطين فى
الأكل وغير المفرطين لم تبدأ إلا حديثاً ، فإن البيانات توحى بوجود فروق
جوهرية . وعلى سبيل المثال ، أكلت السيدات المصابات بالسمنة اللاتى يستوفين
محكات إضطراب الأكل المفرط ، فى وجبات إختبارية بالمختبر ، سعرات حرارية
أكثر مما أكلته السيدات المصابات بالسمنة من غير المفرطات فى الأكل ، سواء
أخبرن بتجنب الإفراط (٢,٣٤٣ فى مقابل ١,٦٤٠ سعر حرارى / كيلو) أو

بالإفراط في الأكل (٢,٩٦٣ في مقابل ٢,٠١٧ سعر حرارى / كيلو) .

وعند المقارنة في ضوء الإفراط فقط ، فإن المفحوصين المصابين بإضطراب الأكل المفرط ، مقارنة بغير المفرطين ، إختاروا نسبة أكبر من السعرات الحرارية كالدهون (٣٨,٩% مقابل ٣٣,٥%) ، ونسبة أصغر من السعرات الحرارية كالبروتينات (١١,٤% مقابل ١٥,٤% (Yanouski et al.,1992). وعلى الرغم من أن هذه الفروق في المتغيرات الخاصة بالأكل ، لم تجد دراسة أخرى فروقاً بين المفحوصين المصابين بإضطراب الأكل المفرط وغير المصابين به في متغيرات التمثيل الغذائى مثل الجلوكوز ، ودهون الدم ، ومعدل الأيض الكامن ، بعد ضبط مؤشر كتلة الجسم والعمر (O'Neil & Jarrell, et al.,1992).

غير أن مصاحبات صورة الجسم للأكل المفرط ليست واضحة تماماً . ولم يختلف المصابون بإضطراب الأكل المفرط عن غير المصابين ، في عينة إكلينيكية من النساء المصابات بالسمنة ، في إجراء إختيار السلويت (*) (1) ، المستخدم فى الحصول على مقاييس تقدير لحجم الجسم الحالى أو حجم الجسم المثالى أو المرغوب (Davis, Williamson, Goreczny & Benett,1989).

وعلى الرغم من ذلك ، فعند قياس المكونات المؤثرة لصورة الجسم لدى عينة مسح غير إكلينيكية ، ذكر الرجال والنساء المصابين بالسمنة وإضطراب الأكل المفرط عدم رضا أكبر عن الجسم وقيّموا مظهرهم بصورة سلبية وبدا عليهم كثرة الإنشغال بالمظهر والوزن مقارنة بالمفحوصين المصابين بالسمنة ، ولكنهم غير مصابين بالأكل المفرط (Cash,1991).

ويختلف المصابون بالسمنة وإضطراب الأكل المفرط عن المصابين بالسمنة وغير مصابين بإضطراب الأكل المفرط فى شيئين إضافيين ، ينبغى أخذهما فى الإعتبار عند تحديد البرامج العلاجية . أولهما : أن المصابين بالسمنة وإضطراب الأكل المفرط الذين يحضرون للعلاج ؛ من أجل إنقاص الوزن لديهم مستويات أعلى من الإضطرابات النفسية عن الأشخاص المصابين بالسمنة وغير مصابين بإضطراب الأكل المفرط الذين يبحثون عن العلاج (Laporte,1992; Marcus, Wing & Hopkins,1988).

(1) Silhouette

(*) رسم صورة ظليلة للشخص (المترجم)

وثانيهما : يبدو أن الأكل المفرط لدى المصابين بالسمنة يرتبط بالاستجابة الضعيفة للعلاج (Keefe, Wyshogrod, Weinberger & Agras, 1984; Marcus et al., 1988) . على الرغم من أنه لا توجد تقارير عن وجود فروق بين المصابين بالأكل المفرط وغير المصابين به (Jarrell, 1991) .

ونحن نعتقد أن الأكل المفرط لدى الأشخاص المصابين بالسمنة يمثل إضطراباً في الأكل مضافاً إلى السمنة . وليس من الواضح ما إذا كان الأكل المفرط يسبق السمنة أو يعقبها . وسوف يكون إرساء العلاقة السببية مهماً لتحديد العلاجات المناسبة للأشخاص المصابين بالسمنة ومصابين بالأكل المفرط . وفي الوقت نفسه ، من الواضح أن المصابين بإضطراب الأكل المفرط ولديهم مستويات مرتفعة من الإضطراب النفسى لا يستفيدون بدرجة جيدة من العلاج ، ولديهم نمط مضطرب من الأكل . ويؤدى إلحاق هؤلاء الأفراد فى البرامج التقليدية لإنقاص الوزن - فى بعض الأحيان - دون الإلتفات إلى الأكل المضطرب إلى نتائج مخيبة للآمال .

ولدينا إنطباع إكلينيكى بأن بعض المصابين بالأكل المفرط قد يحتاجون علاجاً لأكلهم المضطرب ، قبل أو أثناء برنامج إنقاص الوزن . ومع ذلك ، لم تجر أى دراسات لإختبار هذا الإفتراض وسوف يكون فحص تحسن المصابين بالسمنة وإضطراب الأكل المفرط فى العلاجات التقليدية لإنقاص الوزن ، مقارنة بنظرائهم فى البرامج التى تتعامل مع إضطراب الأكل المفرط أولاً ، والوزن ثانياً من المجالات الخصبة للبحث .

وقد تم إشتقاق عدة أساليب علاجية واعدة لإضطراب الأكل المفرط من العمل ، الذى أجرى حول الشره العصبى ، وبصفة أساسية العلاج المعرفى السلوكى ، والعلاج النفسى التفاعلى (Fairburn, et al., 1991, Wilfley et al., 1993) (فى ويلسون وبايك الفصل السابع من هذا الكتاب) . وتتجه المناحى المعرفية السلوكية نحو الإتجاهات الخاطئة الخاصة بالوزن والشكل وتهدف إيجاد أنماط أكل أكثر تنظيمياً من تلك المضطربة لدى المفرطين . أما العلاج النفسى التفاعلى فلا يتعامل مع الأعراض المحورية لإضطراب الأكل فى حد ذاته ، وإنما يركز أكثر على العلاقات الجوهرية فى حياة العميل .

لقد تم الحصول على نتائج مكافئة أساساً من هذين المنحيين المختلفين جوهرياً فيما يتعلق بالشره العصبى (Fairburn et al.,1991) والأكل المفرط لدى الأشخاص المصابين بالسمنة (Wilfley et al.,1993) ويثير ذلك عدة احتمالات مهمة ، أولها : أن أعراض اضطراب الأكل قد تنشأ من أسباب مختلفة ، وثانيها أن الأكل المفرط فى حد ذاته - لدى بعض الأشخاص - قد يكون إنعكاساً لاضطراب آخر أى كعرض ثانوى . وثالثها أن مواعمة الأفراد للعلاجات المختلفة قد تكون جزءاً من علاج الأشخاص المصابين بالأكل المفرط من بين المصابين بالسمنة . وقد بدأ البحث يأخذ طريقه لفحص عوامل المواعمة أو المضاهاة ، غير أن محكات المضاهاة تلك لم تتوفر بعد . ونحن نفترض أن الأفراد الذين لديهم اضطرابات خطيرة فى العلاقات ، والتي تشمل هذه الاضطرابات مع أحد اضطرابات الشخصية . قد يحتاجون للعلاج النفسى التفاعلى ، بينما يكون المنحى المعرفى السلوكى الذى يركز على الأعراض هو المفضل فى علاج اضطرابات أخرى ، ونحن نؤكد الطبيعة التأملية لهذا الافتراض .

ولما كانت التغطية الأكثر تفصيلاً للأكل المفرط غير ممكنة فى سياق الفصل الحالى ، فنحن نحيل القارئ إلى مؤلف شامل حول الأكل المفرط وعلاجه (Fairburn & Wilson,1993).

- أهداف إنقاص الوزن والتوقعات كعوائق أمام تغيير الوزن :

لقد ناقشنا فيما سبق أهمية تأكيد الأهداف السلوكية ، بحيث لا تكون التغييرات على الميزان هى المحك الوحيد الذى يحكم العملاء على سلوكهم فى ضوءه . ولانستطيع أن ننكر أهمية الميزان ، ومع ذلك ينبغى على الأخصائيين الإكلينكيين الاعتراف بأن العملاء - بصفة عامة - يبدأون العلاج وهدفهم هو إنقاص الوزن . والعملاء الذين يركزون على هذا الهدف يصابون بالإحباط الشديد .

إن مفهوم «الوزن المستهدف» (1) يكون مائلاً فى أذهان الأفراد الذين يحاولون إنقاص وزنهم فى المقام الأول . ويمكن أن تكون المحكات المستخدمة لإرساء الوزن المستهدف مغرقة فى الخصوصية ويمكن أن تتغير بمرور الوقت . ويطمح عديد من الأشخاص إلى الوزن الذى يتذكرونه عند نقطة بارزة فى حياتهم ، ومن أمثلة ذلك ، أيام المدرسة الثانوية ، أو عند التخرج من الجامعة ،

(1) Goal Weight

عند الزواج ، أثناء الخدمة العسكرية ، الوزن المنخفض لأحد الراشدين ، أو الوزن عقب الإنتهاء من برنامج لإنقاص الوزن . وفي بعض الأحيان يكون لدى الأفراد وزن مستهدف على أساس مرجع صحي ، وهي عادة أوزان مثالية مشتقة من جداول الطول والوزن . ويؤسس الوزن المستهدف في البرامج التجارية على خليط من رغبة الأفراد ، مع الأرقام المأخوذة من جداول الأوزان المثالية .

ويمثل الوزن المستهدف طموحات الأفراد على المدى الطويل ، وقد يستغرقون شهوراً أو سنوات للوصول إليه . ويعتبر الهدف بعيداً ، بأى تقدير ، ويمثل المنتج النهائي لعدد من التغيرات في الإتجاهات ، والوجدان ، والسلوك وفي ضوء خبرتنا ، يشعر العملاء أن الهدف بعيد ، وأنه مستحيل أو بعيد المنال في بعض الأحيان ، حتى مع حدوث تقدم مرض في هذا الإتجاه . ويمكن أن يكون الوزن المستهدف عائقاً حقيقياً أكثر منه مصدراً للدافعية والتشجيع . ويصدق ذلك بوجه خاص على الأشخاص الذين يعانون من زيادة جوهريّة في الوزن . ومن السهل أن تتخيل الشخص الذي بدأ برنامجاً لإنقاص ستين رطلاً من وزنه للوصول إلى الوزن المستهدف ، وكم سيشعر بالإستياء بخصوص أربعين رطلاً لم يفقدها مقارنة بعشرين رطلاً فقدها بالفعل ، حتى لو كانت الأرتال العشرون التي فقدها قد إستغرقت أربعة شهور واحتاجت لجهد ضخم .

وينطوى مفهوم الوزن المستهدف على مقولة : أن الفرد يمكن أن يصل إلى هذا الوزن في حقيقة الأمر ويتجاهل ذلك احتمال إستحالة الوصول للوزن المستهدف لدى بعض الأفراد . وقد تفرض العوامل البيولوجية مثل عدد الخلايا الدهنية ، وإستهلاك الطاقة الكامنة ، أو العوامل الأخرى التي تتأثر بالعوامل الوراثية قيوداً على إنقاص الوزن . وقد لا يمكن الدفاع عن درجة تقييد الطعام والنشاط البدني المطلوب لفقد الوزن الزائد ، والحفاظ على الوزن المستهدف لدى آخرين .

- الوزن المثالي في مقابل الوزن المعقول :

من الوسائل الممكنة لتجنب المشكلات التي تنجم عن الأوزان المستهدفة ، التخلي عن مفهوم الوزن المثالي لصالح الوزن المعقول أو المقبول (1) (Brownell & Rodin, 1990, Brownell & Wadden, 1991, 1992).

وينبغي أن يتحدد الوزن بعدد من العوامل ، وأن يكون هو الوزن الذي يستطيع الشخص الوصول إليه والمحافظة عليه بإحداث تغييرات معقولة في أسلوب

(1) Reasonable weight.

حياته . ويعتبر هذا المفهوم عكس الاعتقاد بأن الوزن المرتفع يؤدي إلى خطورة مرتفعة وأن كل الزيادة في الوزن لا بد من التخلص منها . ومع أن هذا المنحى صحيح من الناحية النظرية فنحن نشعر أن هذا المنحى غير فعال ؛ لأن الهدف البعيد قد لا يؤدي إلى تشجيع الناس ، والوزن المستهدف يمكن أن يقود إلى الإنتكاس (Brownell et al., 1986) .

بالإضافة إلى ذلك ، يمكن أن تحدث التغيرات المؤثرة في العوامل المهيئة للخطورة مع الإنقاص الصغير نسبياً للوزن (Blackburn & Kanders, 1987; Goldstein, 1992) . ويعتبر خفض ضغط الدم وتحسين التحكم الأيضى لدى مرضى السكر من بين هذه التغييرات . والنقطة الجوهرية هي أن التناقصات الأصغر والأفضل إستمراراً قد تكون أكثر فائدة من التناقصات الأكبر التي يعقبها الإنتكاس (Brownell & Wadden, 1992) .

إذا كيف يمكن تحديد الوزن المعقول ؟ . ومرة أخرى ينبغي علينا أن نعول على الحكم الإكلينيكي والحس لدى العملاء . ويقدم الجدول (٧-٨) خمسة أسئلة قد تكون مفيدة في التفاهم مع العميل على الوزن المعقول . ومع أن البحوث لم تجر بعد للتأكد من مصداقية أى من هذه المحكات أو أى محكات أخرى ، فقد وجدنا أنها مفيدة في إيجاد أساس للعميل كي يقبل الوزن المعقول .

جدول (٧-٨) الأسئلة المستخدمة كمحكات إكلينيكية تساعد في إرساء الوزن المعقول لعميل واحد

- ١- هل يوجد تاريخ لزيادة الوزن لدى والديك أو أجدادك ؟
- ٢- ما أقل وزن حافظت عليه لمدة عام على الأقل كشخص راشد ؟
- ٣- ما أكبر مقاس للملابس التي تشعر معها بالراحة إلى الحد الذي تقول «أبدو وسيماً أينما ذهبت» وعند أى وزن كنت ترتدى هذه الملابس ؟
- ٤- فكر في أحد أصدقائك أو أحد أفراد أسرتك (في عمرك نفسه وشكل جسمك نفسه) تعتبره عادياً من وجهة نظرك . ما وزن ذلك الشخص ؟
- ٥- في أى وزن تعتقد أنه بإستطاعتك أن تعيش مع التغييرات المطلوبة في الأكل أو الرياضة ؟

* ملاحظة : هذه الأسئلة تركز في جانب منها على المحكات التي وضعها براونيل ورودين Brownell & Rodi 1990 ، وتمثل الإنطباع الإكلينيكي . أما المحكات القائمة على أساس البحوث فلم تظهر بعد . (مأخوذ عن براونيل ورودين، ١٩٩٢ ، ص ٥٠٩) من منشورات الجمعية الأمريكية لعلم النفس ، ١٩٩٢ .

إن العملاء قد لا يكونوا معادين على مفهوم الوزن المعقول ، وبالتالي ينبغي تقديمه بمنطق قوى ، كما يتضح من خلال الجلسة التالية بين المعالج والعميل :

المعالج : دعنا نتحدث عن الوزن المستهدف ، فيم تفكر عندما تسمع ذلك ؟

العميل : أريد أن يكون وزني ١٢٠ رطلاً .

المعالج : ولماذا ١٢٠ رطلاً ؟

العميل : الممرضة التي تعمل في عيادة طبيبي الخاص قالت إن وزني ينبغي أن يكون ١٢٥ رطلاً طبقاً للجدول ، ولكن وزني كان ١٢٠ رطلاً عندما تزوجت وكنت أبدو رائعاً .

المعالج : هل هذا هو الهدف الذي وضعت من قبل إلتحاقك ببرامج أخرى ؟

العميل : بالتأكيد ، فهذا هو الوزن الذي أريده .

المعالج : وما المدة التي تعتقد أنك بحاجة إليها لتصل لذلك ؟

العميل : حسناً ، وزني الآن ١٨٢ رطلاً ، وبالتالي أعتقد أن ذلك يستغرق ثلاثة أو أربعة شهور .

المعالج : سوف نتحدث عن ذلك فيما بعد ؛ لأن السرعة التي تتوقع أن تخس بها ترتبط بالكم الذي تتوقع أن تفقده . والآن دعنا نعود إلى إنقاص الوزن المستهدف . إذا كان هدفك ١٢٠ رطلاً ، فمن السهل أن نرى كيف ستشعر بالإخفاق أثناء البرنامج . هل تستطيع أن تتخيل ذلك ؟

العميل : حسناً ، لم أنجح في القيام بذلك من قبل ، ولذلك قد أشعر بالخوف من أنني لن أفعل ذلك .

المعالج : حقاً ؛ قد يكون الخوف الذي تشعر به واقعياً بسبب الظروف . إنك تريد أن تتجنب الوقوع في مأزق . فماذا تعتقد عن وضع هدف مقداره ١٢٠ رطلاً ، وأنت لم تستطع الوصول إليه من قبل ؟

العميل : إن ذلك قد يثير حماسي ، لكنني قد لا أصل إليه مطلقاً .

المعالج : هذا هو الوقت المناسب للحديث عن الوزن المعقول بالنسبة لك . الوزن المعقول هو الوزن الذي تشعر أنه بإمكانك الوصول إليه مع العمل الشاق والمثابرة . إنه الوزن الذي يمكن أن تعيش فيه مع التغييرات التي تقوم

بها ، إنه الوزن الذي تستطيع المحافظة عليه .

العميل : وكيف أعرف ذلك الوزن ؟

المعالج : دعنى أسألك عدة أسئلة ، لأن هذا سوف يساعدنا فى الإقتراب من الوزن المعقول . هل كان والدك أو أجدادك يعانون من زيادة الوزن ؟

العميل : والدتى كانت تعاني من زيادة الوزن ، وكذلك كان جدى . أما جدتى فكانت ممثلة ولكنها لم تكن بدينة فعلاً .

المعالج : تاريخ زيادة الوزن فى عائلتك يثير احتمال وجود عامل وراثى فى زيادة الوزن ، ولكنى لأستطيع أن أجزم بصحة ذلك .

العميل : وهل يعنى ذلك أننى لن أستطيع إنقاص وزنى ؟

المعالج : لا ، قد لا يكون لديك هذا الإستعداد الوراثى على الإطلاق ، وحتى لو كان لديك ، فربما مازال من الممكن بالنسبة لك إنقاص وزنك . دعنا ننقل إلى السؤال الثانى لنرى كيف تبدأ المعلومات فى الإلتقاء .

العميل : موافق .

المعالج : ما أدنى وزن كان بإستطاعتك الحفاظ عليه كراشد لمدة عام واحد على الأقل ؟

العميل : من الصعب تحديده ، لكنى أعتقد أن وزنى هبط إلى ١٤٠ رطلاً ، عندما كنت صائماً وأتناول السوائل .

المعالج : وهل إستطعت البقاء على وزن ١٤٠ رطلاً لمدة عام أو أكثر ؟

العميل : كنت أتذبذب بين ١٤٠ و ١٥٠ رطلاً لما يقرب من عام .

المعالج : السؤال الثالث ، فكر فى أكبر مقاس لملابسك ، والذى تشعر أنك مرتاح فيه ، وتشعر أنك تبدو وسيماً ، فما الوزن الذى تكون عليه حتى تتمكن من إرتداء هذه الملابس ؟

العميل : حسناً ، أريد أن أقول إنه ١٢٠ رطلاً ، لأننى أحب أن أكون مثلما كنت عند زواجى .

المعالج : تذكر الآن أننا نتحدث عن الوزن المعقول .

العميل : أعتقد أنه سيكون بإستطاعتي أن أرتدى ملابس تجعلني أبدو أفضل كثيراً ،
عما أنا عليه الآن ووزني حوالى ١٤٠ أو ١٥٠ رطلاً ، وعندما نقص
وزني بسرعة ، كنت أبدو أفضل كثيراً وقال زملائي أشياء لطيفة عني .

المعالج : إذاً فسوف أسألك السؤال الرابع ، فكر فى صديق أو أحد أفراد الأسرة ،
يكون فى وزنك وحجمك نفسيهما ، وتشعر أنت أنه يبدو عادياً ، فما هو
وزن ذلك الشخص ؟

العميل : أختى سالى - فى الحقوق - فى حجمى نفسه تقريباً ، فهى مكتنزة ولكنها
لا تبدو بدينة ، وأعتقد أن وزنها ١٣٥ رطلاً .

المعالج : السؤال الأخير ، فى أى وزن تعتقد أنه بإمكانك أن تعيش مع التغييرات
التي عليك أن تعملها فى أكلك ورياضتك ؟ تذكر النظام الغذائى فى
الماضى ، وفكر فيما كنت تفعله للحفاظ على أوزان منخفضة ، كيف كان
ذلك ، وهل تستطيع أن تعيش على ذلك النحو ؟

العميل : بعد الصيام ، كنت أكل وجبات منتظمة ، كانت صغيرة ولكنى شعرت أن
بإستطاعتي الأكل بشكل طبيعى ، وكنت أمشى مع صديقى ثلاثة أميال
أو نحو ذلك فى الأسبوع ، وشعرت بالسعادة لأن شكلى كان أفضل .

المعالج : هل تعتقد أن بإستطاعتك أن تعيش بهذه الطريقة بشكل دائم ؟

العميل : أعتقد ذلك ، لقد مارسته لمدة عام ، لكن الأحوال فى العمل بدأت
تضطرب وأصبح جدولى مشكلة خاصة مع وجود الأطفال .

المعالج : إذا استطعت إيجاد طريقة ما للتعامل مع الضغوط ، وأن تحتفظ بحياتك
على وتيرة واحدة ، هل تعتقد أنك تستطيع العيش بعاداتك فى الأكل
والرياضة التي كنت تمارسها حينذاك ؟

العميل : أعتقد ذلك .

المعالج : حسناً ، دعنا نضع كل ذلك مع بعضه البعض . فقد تكون قلقاً بخصوص
زيادة الوزن ، وبسبب التاريخ العائلى الذى وصفته ، وبالتالى فالهبوط
إلى ١٢٠ رطلاً قد يكون ممكناً أو لا يكون . وكنت قادراً على البقاء بين
١٤٠ و ١٥٠ رطلاً بعد ريجيم السوائل ، واستمررت عليه لمدة عام وكنت
تعتقد أنك أصبحت أفضل فى ذلك الوقت ، وأختك سالى تبدو معقولة

بالنسبة لك ، وأنت تعتقد أن وزنها حوالي ١٣٥ رطلاً ، وأخيراً قلت إنك تستطيع أن تعيش بالتغيرات التي قمت بها بعد ريجيم السوائل ، عندما كان وزنك بين ١٤٠ و ١٥٠ رطلاً . هل كل ذلك يوحى لك بأى تقدير لما تعتبره وزناً معقولاً ؟

العميل : من ١٤٠ إلى ١٥٠ رطلاً .

المعالج : هذا التقدير يعتبر المدى الصحيح بالنسبة لى . وعلى الرغم من ذلك فوزن ١٤٠ رطلاً قد يكون منخفضاً ، لأن هذا في أسفل المدى الذى يتراوح بين ١٤٠ و ١٥٠ رطلاً . دعنا نجعله أكثر أمناً ، ونحدد الوزن الذى تعتقد أنه معقولاً فعلاً .

العميل : أعتقد أن ١٥٠ سيكون مناسباً .

المعالج : وكيف تعتقد أن ذلك سيكون مناسباً لك ؟

العميل : لقد فهمت ماتقول ، ولكن من الصعب على أن أطرح فكرة ١٢٠ رطلاً من ذهلى .

المعالج : ١٢٠ رطلاً كانت جزءاً من تفكيرك لفترة طويلة ، ولكن ماقلته لم يصيبنى بالدهشة فإذا راقبت نفسك فى كل مرة تفكر فى الـ ١٢٠ رطلاً ، وقلت شيئاً ما من قبيل : الـ ١٢٠ رطلاً سوف تتلاشى ، والوزن الجديد يمكن أن يحل محلها . إن وزن ١٢٠ يبدو جيداً ولكنه لن يشجعنى ، وسوف أحقق تقدماً كبيراً إذا نقص وزنى إلى ١٥٠ رطلاً ، وعندئذ يمكن أن أنزعج إذا فقدت المزيد .

- التوقعات كعوائق :

يدخل العملاء غالباً إلى العلاج بتوقعات ، يمكن أن تكون واقعية وبناءة أو غير واقعية ومثيرة للمشاكل . ويعتبر وضع وزن مستهدف على أساس إفتراضات خاطئة نوعاً من هذه التوقعات . وقد يتورط البعض فى توقع مؤداه أن يتم فقد الوزن بمعدل أسرع مما هو متاح ، أو أن المهمة أسهل عما هو ممكن ، أو أن الحياة ستتحسن بطريقة جذرية بمجرد تحقيق تناقص فى الوزن . وسوف نناقش آخر هذه التوقعات بشيء من التفصيل فيما يلى ؛ فمعدل تناقص الوزن مسألة شائعة عندما تكون التوقعات أكثر واقعية .

وتلقى المحادثة التالية الضوء على أحد المناحي التي توضح المسألة مع العميل سالف الذكر :

المعالج : لقد ذكرت من قبل أنك ستأخذ ثلاثة أو أربعة شهور للوصول إلى هدفك ، فهل تستطيع أن تشرح من أين جئت بهذا التقدير ؟

العميل : لم أفكر فيه كثيراً جداً ، ولكن يبدو أنه وقت طويل .

المعالج : دعنا نقوم ببعض الحسابات لنرى إلى ما سلنتهى . ما المقدار الذي تعتقد أن بإستطاعتك أن تفقده كل أسبوع ؟

العميل : قد يكون ثلاثة أرطال .

المعالج : سيكون ذلك تناقصاً سريعاً للوزن . وقد تفقد هذا الوزن فى الأسبوع أو الأسبوعين الأولين ولكن فى برنامج مثل برنامجنا ، حيث تقوم بتغييرات معقولة فى أسلوب الحياة ، يمكنك أن تأمل فى فقد رطل أو رطلين كل أسبوع ، ولكى تكون فى مأمن ، دعنا نقول إنك ستفقد رطلاً فى الأسبوع . فإذا كنت تريد أن ينزل وزنك من ١٨٢ إلى ١٥٠ رطلاً فمعنى هذا أنك ستفقد ٣٢ رطلاً . فما هى الفترة الزمنية التى ستأخذها كي تصل إلى ١٥٠ رطلاً ؟

العميل : دعنا نرى ، حوالى ٣٢ أسبوعاً ؟

المعالج : حسناً ، أى ثمانية شهور ، وهذا ضعف ماكنت تعتقده .

العميل : هذا شيء مخيف ، لا أستطيع أن أتخيل أنى سأستمر على نظام غذائى لمدة ثمانية أشهر .

المعالج : ربما كانت تلك إحدى المشكلات التى واجهتك فى الماضى . ومن الشائع أن نجد أفراداً يفقدون الوزن بسرعة لا بأس بها ومع ذلك يشعرون بالإحباط . ولا ينشأ الإحباط من نقص التقدم فقط ، ولكن من الطريقة التى ننظر بها إلى التقدم عندما يصطدم بتوقعات غير واقعية أيضاً .

العميل : وماذا أفعل إذا ؟

المعالج : يجد كثير من الناس الذين أعالجهم أن من المفيد وضع رسم بيانى لتناقصات الوزن المتوقعة ، وبالتالي يعرفون مايتوقعونه بالنسبة للوزن

عند فترة معينة من الزمن . ومادما في الأول من شهر فبراير ، فسننتوق أن تفقد ستة أرطال لتصل إلى ١٧٦ رطلاً عندما يأخذ أطفالك أجازة الربيع من المدرسة . وفي يوم سداد الرسوم أى فى ١٥ إبريل ، ينبغى أن تكون قد فقدت من ١٠-١٢ رطلاً لتصل إلى ١٧٠ رطلاً ، وفى يوم عيد ميلادك فى يونيو قد تكون وصلت إلى ١٦٠ رطلاً ، وفى الرابع من يوليو ستصل إلى ١٥٥ رطلاً . وربما تستطيع أن تستنتج التواريخ البارزة والمعدل المضبوط لتناقص الوزن ، ولكن ذلك سوف يعطيك فكرة ما عن كيفية الوصول إليها .

العميل : ولكنه لايمثل تناقص الوزن المرغوب تماماً .

المعالج : هذا صحيح ، لكنه تناقص واقعى . والشىء المختلف فى هذا الجدول أنك ستفقد الوزن بشكل أبطأ مما تريد ، ولكنك لو أجريت التغييرات الصحيحة ، فسوف يمكنك الإستمرار .

- إستخدام مبادئ التشكيل فى وضع أهداف قصيرة المدى :

تقدم مناقشة الوزن المعقول فرصة ممتازة لتقديم مفهوم التشكيل (١) ، ولمساعدة العملاء ، كى يقبلوا فكرة ضرورة تحديد الأهداف قصيرة المدى بمجرد بدء العلاج :

المعالج : والآن وبعد أن حددت هدفك المعقول ، دعنا نتحدث عن هدفك المبدئى فى البرنامج .

العميل : هدفى الأكبر هو الوصول إلى وزن ١٥٠ رطلاً والذى انتهينا إليه من قبل .

المعالج : هذا هدفك النهائى ، ولكنى أتحدث عن هدفك الأولى . دعنى أشرح لك مبدأ شيقاً يسمى التشكيل ، هل لديك أى تخمين عما يشير إليه هذا المبدأ؟

العميل : أتعنى أن نشكل أهدافاً أفضل ؟

المعالج : بشكل عام ، نعم ، إنه يعنى أن نأخذ أهدافاً بعيدة المدى ، ثم نقسمها إلى أهداف قصيرة المدى يمكن التعامل معها .

العميل : وما الفرق الذى يؤدي إليه ؟ فوزنى إما سينقص أم لا . لماذا يعمل هذا الهدف بشكل أفضل مادام خط الأساس هو قوة إرادتى ؟

المعالج : إذا صوبت نحو الهدف الكبير فقط ، فسوف تشعر بالإنجاز بعد الوصول إليه فقط ولكنك عندما تضع أهدافاً قصيرة المدى ، فسوف تجد عديداً من الفرص لتشعر بالسعادة ، ولكى تكافئ نفسك . وهذا سوف يعطيك الدافعية على مدى الشهور التى ستستغرقها فى إنقاص الوزن .

العميل : وكيف أفعل ذلك ؟

المعالج : إذا أردت أن تنقص وزنك من ١٨٢ إلى ١٥٠ ، فربما نستطيع أن نحدد تناقص رطلين على أنها هدفك الأول ، وبعدئذ نازل خمسة أرطال من هذه النقطة ، وسوف تركز على الرطلين أو على خمسة أرطال ، مادامت هذه فقط هى أهدافك فى هذا الوقت .

العميل : ولكن لماذا لأفكر فى الطريقة التى أريد بها أن أفقدها جميعاً ؟

المعالج : ما أقوله قد يبدو ساذجاً . ولكن حاول أن تفعله . أنت تعرف ماذا يعنيه الناس بقولهم إنهم محتاجون ليوم واحد . والمدربون يقولون دائماً إنهم يفكرون باستمرار فى المباراة الحالية فقط ، عندما يسألهم المراسلون عن المباريات فى المستقبل . وفى كل الحالات ، يقول الأفراد إنهم سيشعرون بالتشبيت والإحباط لو فكروا فى المستقبل البعيد ، وسوف يؤدون بشكل أفضل إذا ركزوا على الهدف المباشر . وسيكون ذلك صحيحاً بالنسبة لك . فإذا استطعت أن تحتفظ بتركيزك على الهدف الأصغر ، فسوف نتجه نحو شيئاً ما قابلاً للتحقيق ، وهذا سوف يجعلك تشعر بالفخر وتزيد من ثقتك بنفسك ، وهذا هو إنجازك العظيم على المدى البعيد ..

الخلاصة :

السمنة اضطراب معقد له أسباب متعددة ، سواء كانت مؤثرات طبية أو نفسية ، ويحتاج إلى علاج . والحل المزعوم المسمى بالنظام الغذائى (الريجيم) ، نشاط شائع يحدث الآن بمعدلات قياسية . وترجع المعدلات المرتفعة من النظام الغذائى فى جانب منها إلى المعدلات المرتفعة من السمنة ولكن كثير من حالات النظام الغذائى تحدث لأن الأفراد يطمحون فى الوصول لأشكال نحيفة للجسم

بشكل غير واقعي . مثل هذه الطموحات غير الواقعية بالإضافة إلى الاعتراف الحالي بأن النظام الغذائي ، قد يكون له مترتبات سلبية ، توحى بأنه على أي فرد أن يتخذ قراراً واعياً بمدى إستعداده للمشاركة في برنامج لإنقاص الوزن ، قبل أن يقرر كيف سينقص وزنه .

وهناك عديد من المناحي المتاحة للشخص الذي يحاول إنقاص وزنه . وبعد إستبعاد المناحي غير الآمنة وغير الفعالة ، سيظل هناك عديد من الإختيارات من بين البرامج التجارية وبرامج المساعدة الذاتية ، والإرشاد الذي يقدمه عديد من المتخصصين في الصحة ، والخطط التي لا تحصى لإنقاص الوزن بالإعتماد على النفس . وينظر المتخصصون إلى هذه المناحي والبرامج على أنها طرق ومصادر بحيث تعتبر الإحالة إلى برامج أخرى ، أو التوفيق بين مناح مختلفة ، أو استخدام مناح مختلفة بالتتابع الآن جزءاً من خدمة تقدم للأشخاص المصابين بزيادة الوزن ، هذا مع الإحتفاظ بفلسفة مؤداها أن السممة مشكلة مزمنة تتطلب تعاملًا طويل المدى .

ومن الأشياء الأساسية في أي برنامج التغيير في أنماط إستهلاك الطعام والنشاط البدني . وينبغي تمييز ذلك عن الوسائل التي يتم إختيارها لكي تصاحب هذه التغييرات . وبناء على ذلك ، يوجد عدد من العوامل التصورية المهمة ، أولها : فلسفة تغيير أسلوب الحياة ، حيث يتم تشجيع التغيير في الأكل والرياضة ، ويتم التأكيد على إدخال هذه التغييرات إلى أنماط الحياة اليومية ، ويشمل الثاني وضع أهداف معقولة ، والإتجاه نحو التغييرات الكبرى بعمل تغييرات صغيرة ، متدرجة وقابلة للتحقيق . أما الثالث فيعنى بالتركيز على المحافظة على التغيير السلوكي ، ويعتبر تناقص الوزن ثم زيادته مرة أخرى أمراً شائعاً جداً ، ولكن هناك أساليب - وبخاصة المشتقة من نظريات تغيير السلوك - يمكن أن تزيد من إحتمال نجاح الشخص .

- إعتراف بالفضل :

يشكر المؤلفون الدكتورة سوزان فرانكس Susan Franks وكاترين ر. جونز Catherine R. Jones والدكتورة كارين ل. بيلجرين Karen L. Pellegrin على مساعدتهم في تقديم المادة التي إستخدمت كأمثلة للحالات .

REFERENCES

- American Psychiatric Association. (1993). *DSM-IV draft criteria as of 3 / 1 / 93*. Washington, DC: Author.
- Barsky, A. J. (1988). *Worried sick: Our troubled quest for wellness*. Boston: Little Brown.
- Bennett, W., & Gurin, J. (1982). *The dieter's dilemma: Eating less and weighing more*. New York: Basic Books.
- Bjorntorp, P., & Brodoff, B. (Eds.), (1992). *Obesity*. Philadelphia, PA: Lippincott.
- Blackburn, G. L., & Kanders, B. S. (1987). Medical evaluation and treatment of the obese patient with cardiovascular disease. *American Journal of Cardiology*, 60, 55g - 58g.
- Blair, S. N., Shaten, J., Brownell, K. D., Collins, G., & Lissner, L. (in press). Body weight change, all-cause and cause-specific mortality in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Annals of Internal medicine*.
- Brewerton, T. D., Dansky, B. S., O'Neil, P. M., & Kilpatrick, D. (1993). *The prevalence of Binge Eating Disorder in a national sample of women*. Paper presented at the meeting of the American Psychiatric Association, San Francisco, CA.
- Brownell, K. D. (1980). Assessment of eating disorders. In D. H. Barlow (Ed.), *Behavioral assessment of adult disorders* (pp. 329 - 404). New York: Guilford Press.
- Brownell, K. D. (1990). Dieting readiness. *Weight Control Digest*, 1, 1 - 10.
- Brownell, K. D. (1991). Dieting and the search for the perfect body: Where Physiology and culture collide *Behavior Therapy*, 22, 1- 12.
- Brownell, K. D. (1992). *The LEARN program for weight control*. Dallas, TX: American Health Publishing.
- Brownell, K. D., Greenwood, M. R. C., Stellar, E., & Shrager, E. E. (1986). The effects of repeated cycles of weight loss and regain in rats. *Physiology and Behavior*, 38, 459 - 464.
- Brownell, K. D., & Jeffery, R. W. (1987). Improving longterm weight loss: Pushing the limits of treatment. *Behavior Therapy*, 18, 353 - 374.
- Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E., & Willson, G. T. (1986). Understanding and preventing relaps. *American Psychologist*, 41, 765 - 782 .
- Brownell, K. D. & Rodin, J. (1990). *The weight maintenance survival guide*. Dallas, TX: American Health Publishing.
- Brownell, K. D. & Rodin, J. (1992). *The dieting maelstrom: Is it possible and advisable to lose weigh?* Manuscript submitted for publication.
- Brownell, K. D. & Rodin, J. (1993). *Medical, metabolic, and psychological effects of weight cycling*. Manuscript submitted for publication .

- Brownell, K. D. & Wadden, T. A. (1991). The heterogeneity of obesity: Fitting treatments to individuals. *Behavior Therapy*, 22, 153 - 177.
- Brownell, K. D. & Wadden, T. A. (1992). Etiology and treatment of obesity: Understanding a serious, prevalent, and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 505 - 517.
- Bruce, B., & Agras, W. S. (1992). Binge eating in females: A population-based investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 365 - 374.
- Cash, T. F. (1991). Binge eating and body images among the obese: A further evaluation. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 367 - 376.
- Ciliska, D. (1990). *Beyond dieting: Psychoeducational interventions for chronically obese women, a non-dieting approach*. New York: Brunner / Mazel.
- Davis, C. J., Williamson, D. A., Goleczny, A. J., & Bennett, S. M. (1989). Body-image disturbances and bulimia nervosa: An empirical analysis of recent revisions of the DSM-III. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11, 61 - 96.
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Carter, S. J., Solomon, R. A., O'Connor, M. E., Burton, J., & Hope, R. A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48, 463 - 496.
- Fairburn, C. G., & Wilson, G. T. (Eds.). (1993). *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press.
- Fallon, A., & Rozin, P. (1985). Sex differences in perception of desirable body size. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 102- 105.
- Foreyt, J. P., & Goodrick, G. K. (1992). *Living without dieting*. Houston, TX: Harrison.
- Friedman, M., & Brownell, K. D. (1992). *Psychological correlates of obesity: A risk factor model to explain who will suffer*, Manuscript submitted for publication.
- Garner, D. M., & Wooley, S. C. (1991). Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. *Clinical Psychology Review*, 11, 729 - 780.
- Glassner, B. (1988). *Bodies: Why we look the way we do and how we feel about it*. New York: Putnam.
- Goldstein, D. J. (1992). Beneficial health effects of modest weight loss. *International Journal of Obesity*, 6, 397 - 416.
- Goodrick, G. K., & Foreyt, J. P. (1991). Why treatments for obesity don't last. *Journal of the American Dietetic Association*, 91, 1243 - 1247.
- Health Learning Systems. (1991, Fall). Weight management resources. *Contemporary Man-*

- agement of the Overweight Patient (3), 2 - 5.
- Jarrell, M. P. (1991). Obese binge eaters: Psychological Characteristics and response to treatment. *International Journal of Obesity*, 15, (Suppl.3), 19 (abstract).
- Jasper, J. (1992). The challenge of weight control: A personal view. In T. A. Wadden & T. B. VanTallie (Eds.), *Treatment of the seriously obese patient* (pp. 411 - 434). New York: Guilford Press.
- Keefe, P. H., Wyshogrod, D., & Weinberger, E., & Agras, W. S. (1984). Binge eating and outcome of behavioral treatment of obesity: A preliminary report. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 319 - 321.
- Kumanyika, S. (1987). Obesity in black women. *Epidemiologic Reviews*, 9, 31 - 50.
- LaPorte, D. J. (1992). Treatment response in obese binge eaters: Preliminary results using a very-low-calorie diet (VLCD) and behavior therapy. *Addictive Behaviors*, 17, 247 - 257.
- Leon, G. R., & Roth, L. (1977). Obesity: Psychological Causes, Correlations, and speculations. *Psychological Bulletin*, 84, 117 - 139.
- Lewis, V. J., Blair, A. J., & Booth, D. A. (1992). Outcome of group therapy for body-image emotionality and weight control self-efficacy. *Behavioural Psychotherapy*, 20, 155 - 165.
- Lissner, L., Odell, P. M., D'Agostino, R. B., Stokes, J., Kroger, B. E., Belanger, A. J., & Brownell, K. D. (1991). Variability of body weight and health outcomes in the Framingham population. *New England Journal of Medicine*, 324, 1839 - 1844.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Manson, J. E., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C., Rosner, B., Monson, R. R., Speizer, F. E., & Hennekens, C. H. (1990). A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. *New England Journal of Medicine*, 322, 882 - 889.
- Marcus, M. D., Wing, R. R., & Hopkins, J. (1988). Obese binge eaters: Affect, cognitions, and response to behavioral weight control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 433 - 439.
- Marcus, M. D., Wing, R. R., & Lamparski, D. M. (1985). Binge eating and dietary restraint in obese patients. *Addictive Behaviors*, 10, 163 - 168.
- Millman, M. (1980). *Such a pretty face : Being fat in America*. New York: Norton.
- O'Neil, P. M., Dansky, B. S., Kilpa-raick, D. G., & Brewerton, T. D. (1992). *Methods and results of dieting by U. S. women: Preliminary findings from*

- the National Women's Study*. Paper presented at the meeting of the North American Association for the Study of obesity, Atlanta, GA.
- O'Neil, P. M., & Jarrell, M. P. (1992). Psychological aspects of obesity and dieting. In T. A. Wadden & T. B. VanTallie (Eds.), *Treatment of the seriously obese patient* (pp. 252 - 270). New York: Guilford Press.
- O'Neil, P. M., Jarrell, M. P., Hedden, C. E., Cochrane, C., Sexauer, J., & Brewerton, T. D. (1992). *Metabolic correlates of binge eating in obesity*. Paper presented at the meeting of the North American Association for the Study of obesity, Atlanta, GA.
- Perri, M. G., Nezu, A. M., & Viegener, B. J. (1992). *Improving the long-term management of obesity: Theory, research, and clinical guidelines*. New York: Wiley.
- Pi-Sunyer, F. X. (1991). Health implications of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 53, 1595S - 1603S.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1983). *Breaking the diet habit: The natural weigh alternative*. New York: Basic Books.
- Polivy, J., & Henman, C. P. (1985). Dieting and binging a causal analysis. *American Psychologist*, 40, 193 - 201.
- Polivy, J., & Henman, C. P. (1992). Undieting: A program to help people stop dieting. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 261 - 268.
- Ravussin, E., Lillioja, S., Knowler, W. C., Christin, L., Freymond, D., Abbott, W. G. H., Boyce, V., Howard, B. V., & Bogardus, C. (1988). Reduced rate of energy expenditure as a risk factor for body-weight gain. *New England Journal of Medicine*, 318, 462 - 472.
- Rodin, J. (1992). *Body traps*. New York: Morrow.
- Roughan, P., Seddon, E., & Vernon-Roherts, J. (1990). Long-term effects of psychologically based group Program for women Preoccupied with body weight and eating behavior. *International Journal of Obesity*, 14, 135 - 147.
- Sjostrom, L. (1992). Morbidity and mortality of severely obese subjects. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55(Suppl), 508S - 515S.
- Spiegel, T. A., Wadden, T. A., & Foster, G. D. (1991). Objective measurement of eating rate during behavioral treatment of obesity. *Behavior Therapy*, 22, 61 - 67.
- Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R. R., Marcus, M., Stunkard, A., Waddin, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J., & Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191 - 203.

- Stotland, S., & Zuroff, D. D. (1991). Relations between multiple measures of dieting self-efficacy and weight change in a behavioral weight change program. *Behavior Therapy*, 22, 47- 59.
- Stuart, R. B. (1967). Behavioral control of overeating *Behaviour Research and Therapy*, 5, 357 - 365.
- Stuart, R., & Jacobson, B. (1987). *Weight, sex, and marriage: A delicate balance*. New York: Norton.
- Stunkard, A. J., Sorenson, T. I. A., Hanis, C., Teasdale, T. W., Chakraborty, R., Schull, W. J., & Schlusinger, F. (1986). An adoption study of human obesity. *New England Journal of Medicine*, 314, 193 - 198.
- Stunkard, A. J., & Wadden, T. A. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55 (Suppl.), 524S - 532S.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Rossiter, E. M. R. (1988). Binge eating increases with increasing adiposity. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 115 - 119.
- Wadden, T. A. (1985). Treatment of obesity in adults: A clinical perspective. In P. A. Keller & L. G. Ritt (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book, IV* (pp. 127 - 152). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Wadden, T. A. & Stunkard, A. J. (1985). Social and psychological consequences of obesity. *Annals of Internal Medicine*, 103, 1062 - 1067.
- Vanltallie, T. B. (1985). Health implications of overweight and obesity in the United States. *Annals of Internal Medicine*, 103, 983 - 988.
- Wilfley, D. E., Agras, W. S., Telch, C. F., Rossiter, E. M., Schneider, J. A., Colc, A. G., Siford, L., & Raeburn, S. D. (1993). Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic: A controlled comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 296 - 305.
- Wing, R. R. (1992). Weight cycling in humans: A review of the literature. *Annals of Behavioral Medicine*, 14, 113 - 119.
- Wooley, S. C., & Garner, D. M. (1991). Obesity treatment: The high cost of false hope. *Journal of the American Dietetic Association*, 91, 1248 - 1251.
- Wooley, S. C., & Wooley, O. W. (1984). Should obesity be treated at all? In A. J. Stunkard & E. Stellar (Eds.), *Eating and its disorders* (pp. 185 - 192). New York: Raven Press.
- Wooley, S. C., Wooley, O. W., & Dyrenforth, S. R. (1979). Theoretical, practical and social issues in behavioral treat-

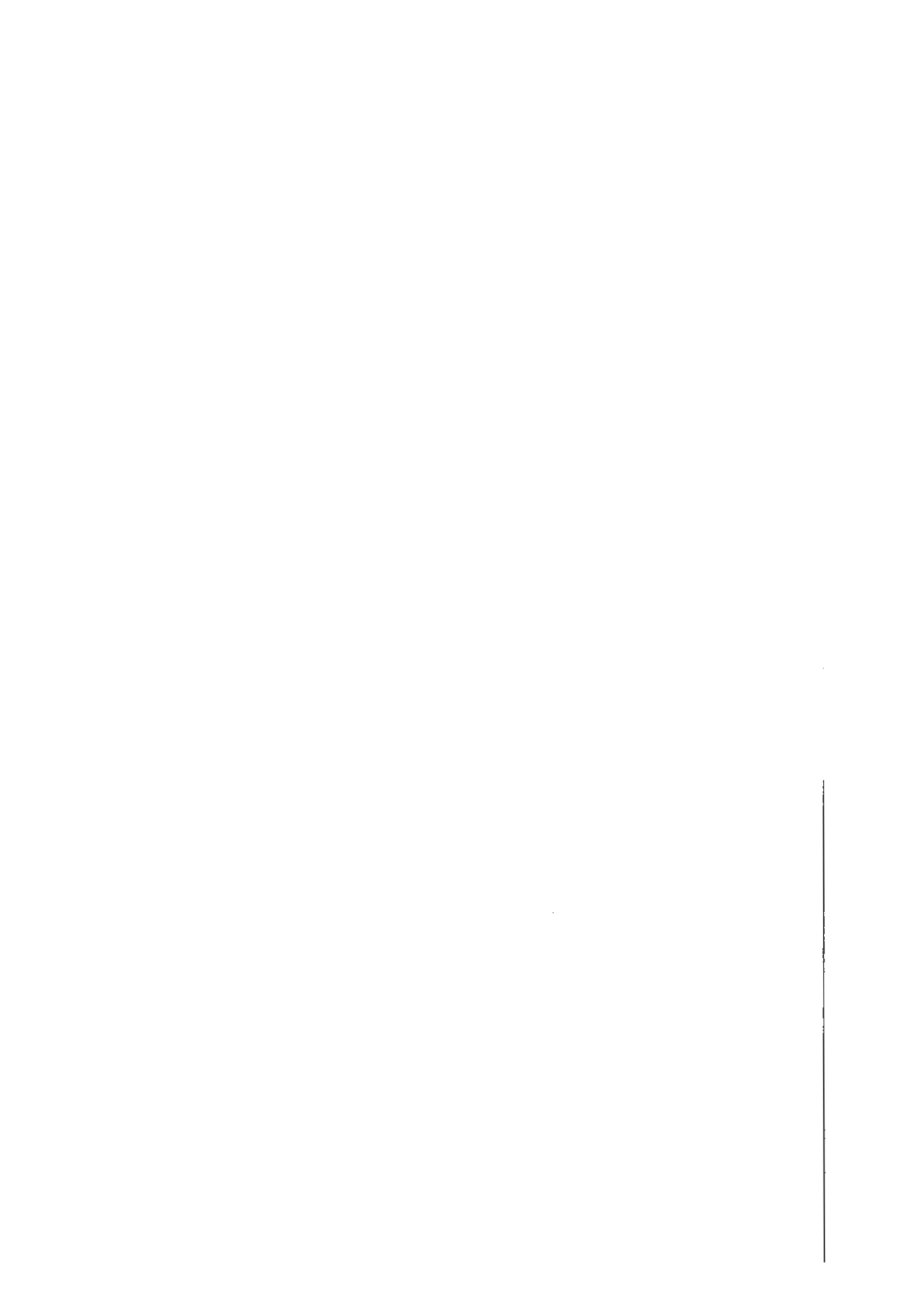
ment of obesity. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 3 - 25.

Yanovski, S. Z., Leet, M., Yanovski, J. A., Flood, M., Gold, P. W., Kissileff, H. R., & Walsh, B.

T. (1992). Food selection and intake of obese women with binge eating disorder. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, 975 - 980.

الفصل التاسع

علاج الاعتماد على المسكرات
(الكحولية) نفسياً



الفصل التاسع

علاج الاعتماد على المسكرات (الكحولية) نفسياً

باربارا س . ماكريدى

Barbara S . Mc Crady

جامعة رونجر

ترجمة

د . محمد نجيب الصبوة

قسم علم النفس جامعة القاهرة

ربما يكتشف المعالجون النفسيون الذين يقومون بعلاج الأفراد الكحوليين أو المتعاطين الذين سيئون استخدام الأدوية التي تعطى بأمر الطبيب ، أن هذا الفصل يعد واحداً من أكثر المصادر المتاحة تميزاً في إرشادهم لاختيار أفضل الطرق العلاجية للمعتدين على المسكرات ، إذ تبدأ المؤلفة بوصف كيف أن الاتجاهات الحديثة والمبادرات التشريعية قد تغيرت إلى الحد الذي يحافظ على أسرار المدمن الذي يبادر للحصول على علاج لمشكلات الاعتماد ، وشرب المسكرات . وبعد أن راجعت المؤلفة باختصار الأدلة التجريبية المتاحة التي تشير إلى أن مدى صحة مختلف المداخل العلاجية التي تتدرج من طريقة علاج الكحوليين مجهولي الأسماء مروراً بعلاج المدمنين المقيمين بالمصحات علاجاً قصيراً مكثفاً ، عكفت على وصف العديد من العوامل التي ينبغي على كل معالج أن يأخذها في حسابه عند اختياره العلاج المناسب وتنفيذه لحل مشكلات السكيرين الذين يلجأون إليه . وانطلاقاً من العرض الذي يؤكد إنسانية أى زوجين عادت لهما السعادة ودبت فيهما الحياة ، تصور دراسة الحالة التي يعرضها هذا الفصل كل العواقب النفسية والمرضية المأساوية التي يسببها شرب المسكرات والاعتماد عليها .

وتصف المؤلفة - أثناء عرضها لهذه الحالة - بتفصيل شديد ما لم يستطع أن يجده المعالجون الكلينيكيون في المصادر التي تعرض لإجراءات العلاج بشكل مبسط ، تصف اجتهادات المدافعين عن المعالج ذي الخبرة والمهاجمين له في قدرته على تخطي كل عثرات الطريق والعقبات التي تواجهه حتما أثناء علاج الاعتماد على الكحوليات .

د . ه . ب

مقدمة :

لقد تغير السياق الاجتماعي والمجتمعي الذي يقدم فيه العلاج الكلينيكي للكحولين بشكل مثير ، ونتج عن هذا التغيير حدوث تغيرات في التركيبة الكلينيكية للجمهور الذي يطلب العلاج النفسي ، كما أنه سبب الحاجة لوجود معالجين يأخذون في اعتبارهم عند الممارسة توظيف عدد من المفاهيم العلمية الجديدة . وتمثل ثمانينيات القرن العشرين نقطة الانطلاق لشن حرب على المخدرات ، مع إعلان صريح مفاده «لا حملات إعلانية» ولكن ملاحقة ومطاردة للقبض على متعاطي المخدرات أو مروجيها ، وزيادة في أعداد المسجونين ، مع تحول في الاتجاهات الاجتماعية إزاء مشكلة تعاطي المخدرات . كما شهد مسميات جديدة لأسماء بعض المواد المخدرة ، فمن الشائع أن نجد أنواعا جديدة من المخدرات أصبحت أكثر شيوعا ، مثل الكوكايين «الساحق»^(١) ، والمخدرات «الشريرة» . كذلك يشهد المجتمع الأمريكي تغيرا تدريجيا في الطبقات التي يتعاطى أبناؤها المخدرات ، فقد أصبح تركيزها يتزايد بشكل مستمر بين الطبقات الاجتماعية الفقيرة اقتصاديا .

ولقد تغيرت الاتجاهات الاجتماعية أيضا إزاء تعاطي المسكرات . ومن أهم مظاهر هذا التغير ، العمر القانوني أو السن القانوني^(٢) للتعاطي ، فقد كان سن التعاطي إبان فترة الحرب الفيتنامية ثمانية عشر عاما وعادت الآن للارتفاع لتصبح واحدا وعشرين عاما في كل أنحاء الولايات المتحدة ، وتم ذلك استجابة لمعدلات الوفيات المتزايدة بين صغار الشباب الكحوليين .

Barbara S. McCrady, Alcoholism. In : David H. Barlow (ed.), Clinical Handbook of Psychological Disorders : A step by step treatment manual, 1994. 362-395 .

(1) "Crack" Cocaine .

(2) Legal drinking age .

ولذا فقد تم سن بعض القوانين المضادة لسوق تجارة المخدرات استجابة لضغط الجماعات التي تدافع عن الشباب مثل الأمهات والمحامين ضد عصابات ترويج المخدرات ، لأن استمرار إجازة بيع هذه المخدرات لصغار الشباب ربما يقضى على مستقبلهم وكذلك على حياتهم عند أول خطأ يقعون فيه . ولقد أصبح المجتمع الأمريكي أشد اهتماماً أيضاً بفرض قوانين تجرم التعاطى وتشدد على تطبيقها ، ورأى بعض كبار الرموز والمشرعين والساسة فى هذا المجال ، أن مفهوم «الشرب المسئول»⁽¹⁾ لا يمكن تطبيقه على أى متعاطى تحت سن الواحدة والعشرين من عمره ، لأن الشرب والتعاطى قبل بلوغ السن القانونى للشرب يكون مجرماً ، مع أنه لا يمكن أن يقع تحت طائلة القانون لأنه لازال حدثاً غير مسئول . خلاصة الأمر أن بعض المهتمين بهذا الموضوع يتطلعون إلى مشاهدة «تحريم جديد وحظر تام» على شرب الكحوليات فى الولايات المتحدة الأمريكية .

واستكمالاً لهذه الرؤى التوجيهية أو الإرشادية والعقابية المتصلة بشرب الكحوليات وتعاطى المخدرات ، فلا بد من بذل جهود مضاعفة لمنع تعاطى الأدوية والعقاقير المخلفة . ومن أهم هذه الجهود ظهور أنواع من برامج مساعدة المتعاطين على التغلب على مشكلاتهم ، بالإضافة إلى ظهور عدد من برامج مساعدة الموظفين منهم ، وبرامج التدخل الجزئى لتعديل أنماط سلوكية متباينة لديهم ، وبرامج تربوية وتعليمية وثقافية وعلاجية . وتنطلق هذه البرامج من فرض مؤداه أن كثيراً من هؤلاء العاملين فى وظائف متباينة ، يقومون بأعمالهم بطريقة ضعيفة للغاية (سواء أكانوا موظفين ، أم قائدى سيارات ، أم لا يتقيدون فى تصرفاتهم بالقانون) ، وذلك بسبب تعاطيهم للمخدرات وشربهم للمسكرات .

كما تفترض هذه البرامج أن علاجهم يفضل على تعريضهم للعقاب ، لأنه يزيد من فرص عودتهم للإنتاج وأداء أعمالهم بكفاءة (فى وظائفهم ، أو خلف عجلات القيادة ، أو كمواطنين صالحين فى مجتمعهم) . وتنظر هذه البرامج المتباينة إلى هؤلاء المتعاطين الذين يعانون من مشكلات جاءت نتيجة للتعاطى أو للشرب ، تنظر إليهم باعتبارهم محتاجين لهذه البرامج العلاجية كبديل لأساليب العقاب ، وعادة ما يتم متابعتهم بعد علاجهم أثناء إنتاجهم وأدائهم لوظائفهم . ونتج عن ذلك التحاق عدد ضخم من المدمنين بهذه البرامج الرسمية .

(1) Concept of "responsible drinking"

إن إحدى النتائج التي ترنبت على التحولات المجتمعية مؤداها وجود تغير في جمهور هذه البرامج العلاجية ، فعلى الرغم من استمرار أعداد ضخمة من هؤلاء المتعاطين في البحث عن هذه البرامج العلاجية والالتحاق بها طواعية ، فإن شبكة البرامج المجتمعية العلاجية الخاصة بالكشف المبكر عن المشكلات المرتبطة بتعاطي المخدرات وشرب المسكرات قد أشارت إلى وجود فئات عيادية مختلطة يعانى أفرادها من مشكلات عديدة في مراحل عمرية متعددة من حياتهم . وترى هذه الشبكة أنهم يمثلون عينا على البرامج العلاجية ، ولا تنظر إلى تعاطيهم للمخدرات أو شربهم للمسكرات على أنه يمثل مشكلة عويصة . كما ترى أخيرا أن انخراطهم في هذه البرامج العلاجية ، وخصوعهم للممارسة العيادية الفردية يمثل تحديات خاصة أمام الاختصاصى النفسى العيادى .

وعلى عكس هذه المجموعة التي تقاوم الاعتماد على المخدرات وتحاول التخلص من تبعاته ، ظهر اتجاه آخر في الثمانينيات ، ذاع صيته بسرعة فائقة ، تحت مسمى «حركة المساعدة الذاتية المتخفية»⁽¹⁾ ، أو «المجهولة» ، وهى حركة قامت على أنقاض طريقة علاجية للمدمنين كانت شديدة الذبوع والانتشار ، تسمى طريقة «الكحوليين المجهولين» أو «الكحوليين مجهولى الأسماء»⁽²⁾ ، وجماعات أخرى شبيهة إلى حد كبير بالجماعة السابقة من حيث التنظيم ، أهمها: جماعات تعاطي المخدرات مجهولى الأسماء ، وجماعة تعاطي الكوكايين ، وجماعات التدخين الشديد ، قد ظهرت بعد ذلك كلها ، وأصبحت شديدة الذبوع والانتشار ، بحيث يتم علاجهم جميعا من دون أن يتعرف عليهم أحد . كما شهدت الثمانينيات أيضا ظهور الاهتمام الشديد بعلاج الأفراد المدمنين الذين نشأوا فى أسر مدمنة للخمر أو معتمدة عليه ، وتمخض عن هذا الاهتمام ظهور حركة أطلق عليها اسم «حركة الكحوليين من الأطفال البالغين»⁽³⁾ . ولقد انطلقت كل هذه البرامج العلاجية من عباءة التصورات الطبية حول الإدمان أو الاعتماد على المخدرات وشرب المسكرات باعتباره مرضا ، واتسعت شبكاتها اتساعا سرطانيا وفى كل الجهات . ونتج عن ذلك كله ، حركة «شفاء» ضخمة ومتعددة المظاهر

(1) Enormous self-help movement .

(2) Alcoholics Anonymous (AA) .

(3) Adult children of alcoholics movement .

(وفقاً لما أشار إليه روم 1993، Room، ومحاولة أعداد ضخمة من المدمنين البحث عن علاج مشكلاتهم التي لها صلة بتعاطيهم للعقاقير النفسية بشكل أو بآخر.

ولقد تكاثرت برامج مساعدة الموظفين للتخلص من آثار الاعتماد على المخدرات، شأنها في ذلك شأن انتشار برامج التدخل المسبق والبرامج التربوية وبرامج السائقين من الاعتماد طويل المدى. وقامت هذه البرامج بناءً على اعتقاد مفاده أن غالبية العاملين الذين يودون أعمالهم ومهام وظائفهم بشكل سيء (سواء أكانوا موظفين أم سائقين أم ممن يخضعون لقوانين عمال محددة)، يتسمون بهذا الأداء والإنجاز السيئ لأنهم إما متعاطوا كحوليات أو متعاطوا مخدرات.

ويسود اعتقاد عملي الآن بأن علاجهم - وليس تعريضهم للعقاب - ربما يرفع معدلات الفرص أمامهم للعودة إلى الإنتاجية الفعالة والتخلص من الأداء السلبي الضعيف (سواء أكانوا موظفين أم سائقين أم أعضاء في المجتمع). وتقوم هذه البرامج بتحديد الأفراد الذين نشأت مشكلاتهم نتيجة لشرب الكحوليات أو لتعاطي المخدرات، وتقدم لهم عدداً من العلاجات كبديل عن عقابهم ويراقبون أداءهم الوظيفي بعد التدخل العلاجي وأثناءه. إن عدداً كبيراً من المدمنين الآن يخضعون لهذا العلاج عبر برامج علاجية رسمية محددة.

إن إحدى النتائج التي تترتبت على هذه التحولات المجتمعية تكمن في التغيير الذي طرأ على جمهور العلاج النفسي غير الطبي، فعلى الرغم من استمرار عدد كبير من الجمهور في البحث عن العلاج طواعية وعلى الرغم من أن شبكة البرامج المجتمعية التي أعدت للكشف المبكر عن المشكلات المرتبطة بتعاطي المخدرات وشرب المسكرات، والتي نتج عنها ظهور أنماط مختلطة من الجماهير التي تحتاج خدمات نفسية عيادية متخصصة لأنهم يعانون من مشكلات عديدة تتصل بجوانب عديدة من حياتهم، على الرغم من كل ما سبق، فإن بعضهم تأخذ العزة بالإثم لمجرد خضوعه لبعض البرامج العلاجية، ولا يحاول أن يدرك أن تعاطيه للمخدرات أو شربه للمسكرات يمثل مشكلة له. ويمثل حضورهم البرامج العلاجية والممارسة العيادية الفردية مجموعة من التحديات التي تواجه الاختصاصي النفسي العيادي.

وعلى النقيض مما يفعله هؤلاء العملاء المعارضين لبرامجهم العلاجية ، فإن اتجاهها علاجيا ثانيا بدأ ينمو ويزدهر في الثمانينيات من القرن العشرين داخل حركة المساعدة الذاتية المتخفية ، وكما ذاع صيت حركة «الكحوليين المجهولين» وشقيقتها المعروفة باسم منظمة «الآنون»⁽¹⁾ ، فإنه قد ذاع صيت جماعات أخرى للمساعدة الذاتية من قبيل «متعاطي المخدرات المخلفة المجهولين»⁽²⁾ ، و«متعاطي الكوكايين المجهولين» ، و«مدخني التبغ المقطرن المجهولين» . ولقد شهدنا أيضا في الثمانينيات انتشار اتجاه جديد واهتمام بالأشخاص الذين ينشأون داخل أسر كحولية ، حيث نشأ عنه حركة الكحوليين من الأطفال الشباب ، ولقد نما في أحضان كل هذه البرامج نماذج وتصورات نظرية لتفسير الاضطرابات والأمراض المرتبطة بالإدمان ، وتغلقت شراكها وحبائلها في كل الدوائر العلمية والمهنية ، مما نتج عنه حركة ضخمة ومتباينة من «الشفاء» (Room, 1993) ، وجمهور عريض يبحث عن علاج لمشكلاته التي ترتبط بتعاطي المخدرات وبعض الأدوية الطبية النفسية المؤثرة في الأعصاب بطريقة أو بأخرى .

ويشترط في التسعينيات لنجاح عمل الاختصاصي النفسي الكلينيكي وقيامه بالعلاج داخل هذا السياق المعقد والمتناقض ، أن يكون لديه أدوات للتعامل مع عملاء المتطوعين وغير المتطوعين ، ومع هؤلاء الذين قبلوا فكرة التخلص من الاعتماد على المخدرات بحماسة ، وهؤلاء الذين عارضوها . ومما يزيد من تعقيد عملية اتخاذ القرار الكلينيكي نظم التأمين الصحي النفسي وسياسات دفع التعويضات التي تبدو وكأنها تتغير كل عشية وضحاها .

ويتقدم هذه الصورة ، عن المدمن الكحولي وسمعته السيئة التي تعكس مدى صعوبة علاجه والإحباط الذي سينجم عن هذه المحاولات ، ربما يتساءل المعالج النفسي ، ولماذا الانزعاج والقلق بعد ذلك ؟ إن إجابة هذا السؤال سنتباين دوافع كل معالج على حدة عند قيامه بتقديم العلاج لهؤلاء المتعاطين .

على أية حال ، يفترض هذا الفصل أن المعالج النفسي الذي يمتلك مجموعة من الأدوات المفيدة والفعالة من أجل العمل مع أفراد يعانون من مشكلات شرب المسكرات ، وأن المعالجين النفسيين الذين لديهم بعض الأمل في

(1) Al-Anon .

(2) Narcotics anonymous .

النجاح مع هذا الجمهور ، سيجد أسباباً قوية وإيجابية للاستمرار في ممارسة العلاج النفسى . إن الأشخاص الذين يعانون من المشكلات المرتبطة بشرب المسكرات أشخاص يمكن علاجهم ، وهم يقبلون على العلاج ، ويكافأون لنجاحهم فيه ، وإن المعالج النفسى الذى لديه فرصة نادرة لمساعدة هذا الشخص ، يكون قد قام بإحداث تغييرات أساسية ومهمة في حياته بالفعل .

يبدأ هذا الفصل بمناقشة التشخيص وعرض مشكلات تعريفات تعاطى الكحول ، وتزويدنا بأطر وتصورات نظرية لتفسير مشكلات شرب المسكرات والتخطيط لعلاجها . وسيلى العرض النظرى مراجعة تفصيلية لأنماط البدائل والأساليب العلاجية النفسية المتاحة للمعالج النفسى . وسيعرض الجزء الباقى من الفصل لحالة «كارل» و «ماريا» لكى يصور من خلالهما إمكانية تطبيق الأساليب العلاجية الكلينيكية .

تشخيص المشكلات الكحولية وتعريفاتها :

التشخيص :

تنطلق المداخل المعاصرة لتشخيص المشكلات الكحولية^(١) من بنية افتراضية^(٢) تسمى زملة الاعتماد الكحولية^(٣) (ADS; Edwards & Gross, 1976) . وهى عبارة عن مجموعة من الأنماط والنماذج والمشكلات السلوكية الناتجة عن شرب المسكرات ، والتي نتصور أن وجودها معا بشكل تآزرى يشكل فيما بينها هذه الزملة . إن تشخيص المشكلات الكحولية وفقاً لما ورد فى الطبعة الثالثة للدليل التشخيصى والإحصائى للأمراض النفسية (DSM-III-R) ، الصادر عن رابطة الطب النفسى الأمريكية (APA) ، عام ١٩٨٧ ، يعتمد على تعريف زملة الاعتماد الكحولية . وهى تتضمن تشخيصين أساسيين كلاهما كحولى ، هما الاعتماد الكحولى^(٤) ، وسوء الشرب الكحولى^(٥) (ويتم التفرقة بينهما أساساً اعتماداً على نمط المشكلات المتصلة بشرب المسكرات ، ما إذا كانت مشكلات عضوية أم نفسية اجتماعية أم كلتاها معا) .

- (1) Alcohol problems .
- (2) Hypothetical construct .
- (3) Alcohol dependence syndrome .
- (4) Alcohol dependence .
- (5) Alcohol abuse .

ولكى نشخص فرد ما على أنه مدمن أو معتمد (***) على الكحوليات ، لا بد أن تنطبق عليه ثلاثة من المعايير التشخيصية التسعة المتصلة بكل من : فقد الضبط والسيطرة على السلوك والتصرف ، والتحمل الجسمي وأعراض الانسحاب ، والتأثير السلبي لشرب الكحوليات على أدائه المهني ، واستخدام أو شرب الكحوليات بطرق فوضوية تعرض الشارب أو غيره للمخاطر الجسمية . ويمكن تصنيف الاعتماد الكحولي على أنه بسيط ومعتدل وشديد ، كما يمكن تصنيفه على أنه جزئي^(١) أو كلي^(٢) . ويتم تشخيص سوء الشرب الكحولي اعتمادا على وجود مشكلة قد تسبب للشارب نوعا من الضرر المادي أو الجسمي ، أو ضررا لأدائه لعمله ؛ حيث يشير هذا التشخيص إلى الشرب المتكرر بطريقة قد تسبب احتمالات الأذى والضرر (كالشرب أثناء قيادة المركبات) ، أو الاستمرار في الشرب على الرغم من معرفته بعواقبه الوخيمة عليه . ولقد أشارت الطبعة الرابعة للدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للأمراض النفسية الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية ، عام ١٩٩٤ ، إلى الفروق التشخيصية ذاتها بين الفئتين السابقتين من شرب المسكرات والمشكلات المرتبطة بكل منهما على حدة . وربما تنصب على بعض المحكات التشخيصية الإضافية للاعتماد الكحولي على المشكلات القانونية أو البينشخصية المتكررة والشرب المستمر على الرغم من علم الشارب ومعرفته بالمشكلات التي يسببها ومعرفته بخطورتها عليه وعلى غيره .

ولسوف يتضمن التشخيص كذلك بوجود أو غياب الاعتماد الكحولي الفيزيولوجي^(٣) . وربما نعمل في المستقبل القريب على زيادة المؤشر التشخيصي المتصل بحدة المشكلة وشدتها ، نعمل على زيادته وضوحا وتحديدا (اعتمادا على عدد الأعراض المرتبطة بكل درجة من درجات حدة المشكلة) ، كما نعمل على زيادة تحديد مؤشر أو محك الشفاء بتقسيمه إلى «شفاء مؤقت» و «شفاء مستمر» من أعراض الاعتماد على المسكرات . ويمكن أن نعدل تشخيص «سوء شرب الكحوليات» لنلفت النظر بشدة إلى الأعراض المتصلة بالعجز عن الوفاء بمتطلبات

(**) سنستخدم في هذا الفصل كلمة المدمن أو المعتمد على أنهما مرادفان على الرغم مما بينهما من فروق في الدلالات التشخيصية تيسيراً على القارئ ، نظرا لقلّة شيوع مفهوم «الاعتماد» و «شخص معتمد على المخدرات» .

(1) Inpartial dependence .

(2) Full remission dependence .

(3) Physiological dependence .

الدور المهني والاجتماعي ، والمتصلة بالمشكلات القانونية والبيشخصية والمتصلة بالتعب وانهيار أدائه لنشاطاته المهمة ، وهي كلها أعراض ناجمة عن شرب المسكرات ، والشرب المتكرر في مواقف قد تسبب أذى ومخاطر بدنية للشارب أو لغيره أو للممتلكات .

تعريفات بديلة :

وعلى النقيض من وجهة نظر التشخيص الطبي النفسي الرسمي لسوء الشرب الكحولي والاعتماد ، يفترض الباحثون السلوكيون والعياديون (الكلينيكيون) أن المشكلات الكحولية تمثل نقطة على متصل شرب الكحوليات الذي يبدأ أحد طرفيه من عدم وجود مشكلات مرتبطة بالشرب إلى وجود أنماط ودرجات متباينة من المشكلات المتصلة بالشرب على الطرف الآخر . وربما تأخذ المشكلات - وفقاً لهذا المنظور - أشكالاً متعددة ؛ بحيث يتمشى بعضها مع التشخيص الطبي النفسي الرسمي ، ويتمشى بعضها الآخر مع تقسيم المشكلات إلى بسيطة ومعتدلة وحادة ، أو إلى مؤقتة أو متقطعة ومستمرة . أما وفقاً للمنظور السلوكي ، فينصب انتباه المعالج السلوكي بشكل أشد وضوحاً على نمط الشرب ، وعلى العواقب والنتائج الوخيمة التي تراكمت لدى المدمن ، بحيث يريد التخلص منها نظراً لمعاناته الشديدة منها ، كما ينصب اهتمامه على الانحرافات والتجاوزات السلوكية والاضطرابات التي تكلف المدمن تكاليف كبيرة عبر مراحل عمره المختلفة ، مما يؤثر سلبياً وبشدة على أدائه لعمله ولحياته الاجتماعية ، ومما يؤثر على قواه ومصادره الشخصية الخاصة . وعلى أية حال ، إن اهتمام المعالج النفسي ينصب على مدى خصوصية ونوعية مشكلات مدمن المسكرات ، وهو على النقيض مما يؤكد أصحاب التشخيص الطبي النفسي الذين يضعون فئات تشخيصية يندرج تحتها مجموعات متشابهة من المعتمدين على الكحوليات . ولذلك فإنه على الرغم من أن التشخيص الرسمي قد يكون مفيداً في تحديد شدة مشكلات العميل ، وهو أمر ضروري جداً للتشخيص الفئوي ، فإن منحى التقدير النفسي العيادي (الكليديكي) الذي نؤكد عليه في هذا الفصل - لا يعتمد بالدرجة الأولى على المحكات التشخيصية البحتة ، ولكنه يهتم في المقام الأول بالقدرة على تحديد المشكلات المرتبطة بإدمان شرب المسكرات وحدة هذه المشكلات .

وينظر هذا الفصل لمشكلات شرب الكحوليات على أنها مجموعة من المشكلات المتباينة والمتعددة المصادر في الوقت نفسه ، كما ينظر إلى الاستهلاك

الكحولى على أنه إحدى الخصال الشائعة بين المعتمدين على المسكرات . وتتباين هذه المشكلات من حيث شدتها ، حيث تبدأ من مشكلات الاعتماد الحاد على الكحوليات إلى مشكلات الاعتماد البسيطة إلى مشكلات محددة بعينها .

إن شرب المسكرات فى ذاته يعد - من وجهة نظر بعضنا - مشكلة أساسية مجرمة بذاتها ، فى حين يراها بعضنا الآخر أنها ليست مشكلة ، وإنما تكمن المشكلة فى العواقب الوخيمة المترتبة على الشرب من قبيل تفكك العلاقات الاجتماعية ، والمشكلات المهنية كمشكلات كفاءة أداء المدمن لعمله ، ومشكلات الصحة النفسية والجسمية ، الأمر الذى يجعل الشارب المدمن يبحث عن العلاج بجدية . وعند التعامل مع المشكلات الكحولية على أنها متعددة المصادر ، فيجب كذلك عند تفسير نشأتها ، النظر إليها على أنها متعددة المصادر ، لأن هناك المصادر الوراثية، والمصادر النفسية ، والمحددات البيئية ، والتي تسهم جميعها بأوزان متباينة فى تكوين ظاهرة شرب المسكرات وصياغتها بشكل محدد يبرز الفروق بين المعتمدين عليها .

المشكلات المعقدة :

تزداد درجة تعقيد مشكلات الشرب وصعوبتها بقدر تعدد المشكلات المصاحبة لها وتباينها . ومن أوضح الأدلة على تعقد مشكلات الشرب ، تلك النسبة المشتركة من انتشار أمراض شرب الكحوليات ضمن اضطرابات وأمراض طبية نفسية أخرى والعكس .

فقد كشفت بحوث عديدة عن أن نسبة مرتفعة من هؤلاء الذين يمكن أن يشخصوا على أنهم من الذين أساءوا الشرب أو من الذين اعتمدوا على المسكرات ، يمكن أن يعانون كذلك من مشكلات واضطرابات نفسية أخرى ، مما يجعلنا ننظر إلى هذه المشكلات النفسية بشكل متكرر على أنها عوامل ومتغيرات سابقة الاعتماد، أو عوامل لاحقة جاءت كمشكلات نتجت عن الاعتماد على المسكرات (أنظر مثلا : Hassin, Grant, & Endicatt, 1988; Hesselbrock, Meyer, & Keener, 1985; Ross, Glasser, & Germans on, 1988) وإن من أكثر اضطرابات المحور الأول فى التشخيص الطبى النفسى شيوعا فى هذا المجال ، الاضطرابات النفسية الناجمة عن تعاطى المواد النفسية أو الأدوية النفسية المنشطة، والاكتئاب ، واضطرابات القلق ، وهى تحدث بنسبة ٦٠٪ ستين بالمائة

بين الذكور الذين يأتون طلباً للعلاج من الاعتماد على الكحوليات . كما أن من أكثر الاضطرابات النفسية المرتبطة باضطرابات المحور الثاني للتشخيص شيوعاً؛ والتي تشترك مع المعاناة من الاضطرابات النفسية الكحولية وتشيع بين الذكور ، هو اضطرابات الشخصية المدمرة لممتلكات المجتمع وقيمته^(١) ، لأنه قد تبين أنه من بين كل الكحوليين نسبة تقراوح بين ٢٠٪ عشرين بالمائة إلى ٥٠٪ خمسين بالمائة من الذكور يعانون من اضطرابات الشخصية المدمرة لقيم المجتمع وممتلكاته ، بينما يكون الإناث أكثر معاناة من الاضطرابات الاكتئابية بالمقارنة بكل الاضطرابات النفسية المرتبطة بالمحور التشخيصي الثاني .

وتزداد المشكلات الكحولية تعقيداً كذلك بسبب ارتباطها بمشكلات أخرى تتصل بالنسق المعرفي للفرد ، وصحته الجسمية ، وعلاقاته الشخصية المتبادلة ، ونظم قوانين الجرائم ، ووضعه المهني ، والسياق البيئي الذي يعيش فيه . إن كثيراً من الكحوليين يعانون من اضطرابات معرفية خبيثة ، وبصفة خاصة وظائف معرفية محددة من قبيل الاستدلال التجريدي ، والتذكر ، والقدرة على حل المشكلات (ولمراجعة هذا الإنتاج الفكري ، أنظر : Parson, Butters, & Nathan, 1987) . ولأن القدرات اللغوية لدى مدمني المسكرات لا تتأثر كثيراً ولا يصيبها الاضطراب لديهم ، فإن المعالجين النفسيين لا يتوقفون كثيراً أمام المشكلات ذات الطبيعة المعرفية المتصلة بالاعتماد على المسكرات . ويسبب الشرب المكثف أيضاً تنوعاً من المشكلات الطبية ، بحيث يؤثر بشدة سلباً على أداء كثير من أعضاء الجسم العضوية وأجهزته ، وإن أكثر الأجهزة معاناة من شرب المسكرات المكثف ، عضلات القلب . والكبد ، والأمعاء والمعدة ، والإصابة بكافة أنواع القرح ، والغدة البنكرياسية ، والممرات العصبية الطرفية . وحتى عندما لا توجد مثل هذه الأمراض الطبية بوضوح ، فإن الشرب المكثف ينجم عنه أمراض طبية متخفية تتمكن من الجسم تدريجياً قبل أن تكتشف وتعمل على إصابته بالهزال والضعف الشديد . كما أنه معروف علمياً أن كثيراً من أهل الشرب المكثف لا يقبلون على تناول الطعام مما يجعلهم يعانون من سوء التغذية

(1) Antisocial personality disorder (ASP) .

وأمرضه، وتصبح طاقتهم ومجهودهم ضعيفا أو يصبحون مشوشى الذهن ، ويعانون من الوهن والتفويض الجسدى المنتشر أو الكرب .

وربما تضطرب العلاقات الشخصية المتبادلة بين الشخص الكحولى وأقرانه الآخرين . وترتفع لدى الكحوليين نسبة الانفصال والطلاق بمعدل يزيد سبعة أضعاف عن نظيرتها فى الجمهور العادى (Paolino, McCrady, & Diamond, 1978) ، كما يشيع العنف الزوجى لدى الأزواج الكحوليين أضعاف ما يشيع لدى العاديين ، وتنتشر بينهم المشكلات الزوجية والانفعالية والسلوكية بشكل جوهري ، كما تنتشر لدى أطفالهم بالمقارنة بالأطفال العاديين (Moos & Billings, 1982 Moos, Finney & Gamble, 1982) .

وربما يأتى بعض هؤلاء المعتمدين على المسكرات طلبا للعلاج النفسى وهم متورطون قانونيا وجنائيا بسبب تهم تتصل بالقيادة وهم مخمورون⁽¹⁾، وآخرون تتصل اتهاماتهم بالتهجم على الآخرين ؛ كالاغتصاب ، أو لا يستطيعون تربية أطفالهم ويكونون خطرا عليهم ، وربما يحضرون طلبا للعلاج من الاتهامات المتصلة بتعاطيهم للأدوية الطبية النفسية بدون أمر الطبيب وإذنه . وربما يتباين مدمنى المسكرات جوهريا فى درجة إدراكهم للمشكلات المتصلة بالشرب وفى درجة دافعيتهم لتغيير أنماط الشرب وطرفه .

خلاصة القول ، أن العميل قد يأتى طلبا للعلاج وهو لازال يشرب المسكرات بطريقة قد تخلق لديه الاهتمام بحيث يصبح البحث عن الشرب بهذه الطريقة هو محور حياته ، ولذا يمكن تشخيص بعضهم على أنه معتمد على المسكرات أو على أنه أساء شربها ، وربما يواجه أيضا عند تشخيصه بمحكات واحد أو أكثر من الاضطرابات النفسية المرتبطة بالمحور التشخيصى الأول أو الثانى . كما أنه قد يظهر معاناته من بعض المشكلات الشخصية والاجتماعية الأخرى ، كالاضطرابات المعرفية ، ومشكلات الصحة البدنية ، والمشكلات البينشخصية أو المهنية أو المشكلات القانونية . وكذلك تتباين قدراتهم على إدراك مشكلاتهم ودافعيتهم وسعيهم لتغييرها جوهريا .

(1) Driving while intoxicated (DWI) .

والسؤال الآن ، إلى أى مدى يستطيع المعالج النفسى تطوير منحى عقلاانيا لتصور وعلاج هذه الصورة العيادية (الكلينيكية) المعقدة ؟
التصور النظرى :

ينطلق تصورى النظرى للتخطيط لعلاج المعتمدين (المدمنين) على الكحولات والمسكرات من ثلاثة أبعاد أساسية هى :

(١) مدى شدة المشكلات ، (٢) والدافعية ، (٣) وتحليل العوامل التى جعلت المدمن لازال محتفظا بدمط الشرب حتى الآن . ولا بد أن نأخذ فى حسابنا دور كل بعد من هذه الأبعاد الثلاثة عند وضع خطة للعلاج النفسى .

وفيما يلى عرض لدور كل بعد بالتفصيل

١ - شدة المشكلة :

لقد عرضنا فى الفقرة السابقة على عرضنا لفقرة التشخيص والتعريفات لمدى وشدة المشكلات بالتفصيل . ولا ننظر إلى هذا البعد على أنه بعدا نظريا إلى حد ما لأن طبيعته غير تنظيرية ، ومع ذلك فإن أشد الأبعاد الثلاثة أهمية فى عملية اتخاذ القرار الذى يدور حول أى أنماط العلاج النفسى والطبى وأساليبه هى التى يجب الخضوع لها ، وأماكن تلقى العلاج المبدئى^(١) . وتفترض بعض النتائج البحثية أن المرضى الذين يعانون من بعض خصال الشخصية المدمرة لممتلكات المجتمع وقيمه الاجتماعية ، وهؤلاء الذين يعانون من مختلف المستويات فى شدة المشكلات الطبية النفسية ، سيتباينون فى مدى استجاباتهم لمختلف أنواع المناحى العلاجية (Kadden, Cooney, Geter, & Litt, 1989) . ومن ثم فلا بد أن نأخذ ما تشير إليه هذه النتائج فى حسابنا عند اختيار الأساليب العلاجية الملائمة .

٢ - الدافعية :

يتباين هؤلاء المدمنون فى درجة إدراكهم بأن الشرب يعد مشكلة معقدة ينتج عنها مشكلات شخصية أشد فتكا وتعقيدا ، كما يتباينون فى مدى استعدادهم الشخصى للتغير . ولقد افترض بروشاسكا Prochaska و دايكلمنت Diclement (١٩٨٢) وجود متصل لمراحل الاستعداد للتغير . ويقع على أحد

(1) Initial treatment setting .

طرفي هذا المتصل ، مرحلة أفعال ما قبل التفكير والتأمل^(١) ، وهي المرحلة التي يدرك فيها العميل سلوكه على أنه سلوك مشكل ، مروراً في وسطه بمرحلة التأمل^(٢) والتفكير في أحواله وتصرفاته ، حيث يبدأ العميل في إدراك أن سلوكه من النمط الذي يسبب له كثير من المشكلات ، وصولاً إلى الطرف الآخر الذي يقع عليه مرحلة النشاط وأخذ المبادرة^(٣) ، حيث يستجمع العميل إرادته ، ويستعد لتغيير هذه الأنماط السلوكية التي تسبب له المشكلات ، ويلبى ذلك مرحلة مواصلة العلاج^(٤) إذا ما نجحت الخطط العلاجية في تغيير سلوكه أو مرحلة الانتكاس^(٥) ، إذا ما فشل العلاج وعاد العميل لممارسة سلوكه المشكل . ويفترض «ميللر Miller» (1985) وجود عوامل عديدة تؤدي دورها في تشكيل استعداد العميل للتغيير ، وإدراكه لمدى الفرص المتاحة للتغيير وقيامه بذلك . وربما تؤدي مرحلة التغيير الظاهر^(٦) أو البادى لدى العملاء وإدراكهم الذاتى لمشكلاتهم ، تؤدي إلى إرشاد المعالج لاختياره المنحى الملائم والخطة العلاجية الملائمة كخطة مبدئية . ولقد تم بالفعل تطوير بعض أساليب علاجية ملائمة ابتغاء زيادة دفع معدلات الدافعية لدى المدمنين لدفعهم للتغيير ، كما تم تقييمها ومدى فعاليتها في ذلك (ولمزيد من المعرفة بهذا الإنتاج الفكرى ، راجع الملخص الذى وضعه Miller & Rollnick 1991 .

عوامل المحافظة والإبقاء على نمط الشرب الراهن :

ويركز البعد الثالث في هذا التصور على عوامل الاحتفاظ بنمط الشرب المشكل ، إذ يفترض نموذج العلاج أن متغير الشرب يمكن تناوله بنجاح كبير عن طريق فحص العوامل التي تدفع العميل للإحتفاظ بنمط معين للشرب ، بالإضافة إلى معرفة العوامل التاريخية السابقة على الشرب ، لأن عوامل الإبقاء على نمط الشرب ربما تكون عوامل فردية أو عوامل تتصل بالظروف والمحيط البيئى أو تتصل بالعلاقات الشخصية المتبادلة . ويفترض النموذج وجود مقدمات أو

- (1) Stage of precontemplation .
- (2) Stage of contemplation .
- (3) Action stage .
- (4) Maintenance stage .
- (5) Relapse stage .
- (6) Apparent stage of change .

متغيرات خارجية سابقة على الشرب ولها علاقات مشروعة وقانونية لا تمنع الشرب ، تكرر خلالها اقتران الدعم الموجب أو السالب أو توقع الدعم . كما يفترض النموذج أن المعارف والإدراكات والحالات الانفعالية تتوسط العلاقة بين المتغيرات التي تمثل المقدمات الخارجية السابقة على الشرب وسلوك الشرب الفعلي ، ويفترض أن التوقعات حول القيمة الداعمة والتعزيزية للكحول تؤدي دورا مهما في تحديد سلوك الشرب اللاحق . ويفترض أخيرا أن شرب المسكرات يستمر بسبب توقع نتائج وعواقب لاحقة مرضية ، وأن هذه النتائج اللاحقة ربما تكون أصولها فيزيولوجية ، وسيكولوجية أو بينشخصية .

ويستخدم هذا النموذج المعروف اختصارا باسم (SORC) ليربط بين كل الافتراضات النظرية السابقة ليشكل تصورا نظريا يفسر عملية الشرب الذي ينتهي بنا للاعتماد على المسكرات . فالمنبهات⁽¹⁾ (S) البيئية التي تحدث سابقة على الشرب تثير أرجاعا وردود أفعال معرفية ، ووجدانية وفيزيولوجية عضوية⁽²⁾ (O) ويلى ذلك استجابة الشرب⁽³⁾ (R) التي يدرك المدمن أنها ستعزز وتستمر بسبب العواقب والنتائج اللاحقة⁽⁴⁾ (C) الإيجابية المترتبة على الشرب .

وهناك مجموعة من العوامل الفردية ، والأسرية ، والبيئشخصية التي لها ارتباط وثيق بالشرب . فعلى المستوى الفردي ربما ترتبط المتغيرات البيئية السابقة على الشرب بمواقف الشرب النوعية ، وبأوقات محددة من اليوم أو بأى علامة مميزة لرائحة الكحول . وربما تتضمن المتغيرات العضوية الشوق والتوق الشديد لشرب الكحولات ، والأعراض الانسحابية ، وآثارها السلبية من قبيل الغضب ، والقلق أو الاكتئاب ، والتقييمات السلبية الذاتية أو المعتقدات اللاعقلانية ، والتوقعات الإيجابية حول آثار الكحول في المواقف الخاصة . وربما تتضمن المدعمات الفردية تناقص الشوق للشرب أو الأعراض الانسحابية وتناقصا في الوجدان السلبي أو زيادة في العواطف الإيجابية . وتناقضا في التقييمات الذاتية السلبية أو تكون لديه القدرة على نسيان المشكلات .

(1) Stimuli .

(2) Organismic reactions .

(3) Drinking response .

(4) Positive consequences .

وعلى المستوى الأسرى ، تحدث مجموعة متباينة من المتغيرات السابقة على وقوع الشرب إذ ربما يكون شرب الكحول جزء معتادا من المناسبات والاحتفالات الأسرية أو طقوسها اليومية . وربما يحاول أعضاء الأسرة التأثير اجتماعيا في سلوك الشارب بتنبيهه المستمر للتوقف عن الشرب أو محاولتهم السيطرة على الشرب من خلال سيطرتهم بمنع إعطائه مزيدا من النقود والأموال أو التقليل منها أو عدم توفير السوائل الكحولية . ومع ذلك ربما تصبح كل هذه المقدمات السابقة على الشرب حائثة على مزيد من البحث عن فرص الشرب . وربما يطور الشخص الذى يشرب المسكرات بكثافة أو يتوق لها توقا شديدا ، أنماطا من التخاطب والتواصل الضعيف وغير الفعال ، وضعفا في مهارات حل المشكلات، وفي المهارات الزوجية والجنسية والمالية ، بالإضافة إلى معاناته في تربية الأطفال وفي رعايتهم وتنشئتهم مما يجعله يقع في مزيد من الشرب . وربما يصدر عن الشارب تنوعا من الأراجاع والاستجابات ردا على المتغيرات الأسرية السابقة على شربه والتي قامت بها الأسرة وقاية له ، أهمها شعوره بالتبدل الوجداني إزاء الأسرة ، ومروره بخبرة الوجدان السلبي تجاههم ، وانخفاض كفاءته الذاتية للتعایش مع المشكلات ومواجهتها أو الأفكار الثأرية الانتقامية (١) .

كما أن عواقب الشرب الإيجابية ربما تأتيه أيضا من الأسرة ، لأنها قد تحميه من العواقب السلبية الوخيمة عن طريق العناية به ورعايته طبيا ونفسيا إذا تسم أو دعت حالته لذلك ، أو يوجهونه لتحمل تبعائه ومسئوليته بنفسه . إن عددا من الباحثين المعالجين قد لاحظوا تغيرات إيجابية في التفاعلات الزوجية المرتبطة بالشرب ، مفترضين أنه ربما يدعم بواسطة العواقب أو العلاقات الزوجية الإيجابية (Frankenstein, Hay, & Nathan, 1985) .

وربما تحدث مجموعة أخرى من المتغيرات البيئشخصية كمقدمات للشرب، وكممهدات لمزيد من الانغماس فيه ، تدور كلها حول الضغوط الاجتماعية (٢) المرتبطة به ، ومواقف العمل المهني المتصلة به ، والصداقات التى يؤدى الشرب الدور الأساسى فى تقويتها ودعمها واستمرارها ، أو انصراعات الشخصية مع زملاء العمل أو أصدقائه أو معارفه . وربما يستجيب الشارب لكل هذه الضغوط -

(1) Retaliatory thoughts .

(2) Social pressures .

على الرغم من كونها تمثل نوعاً من الضغوط الاجتماعية التي يمارسها عليه الآخرون - بنوع من التوق والشوق والحنين الشديد ، مع وضعه توقعات إيجابية مسبقة ، لمجرد أنها جميعاً ستيسر له عملية شرب الكحوليات ، وستقلل - من وجهة نظره - من التنغيع الاجتماعي ، أو من التقييمات السلبية الذاتية التي يوجهها لذاته . كذلك قد تتمثل استجابته في شعوره بالتنغيع الاجتماعي ، أو طرحه مجموعة من التقييمات الذاتية السلبية التي تحميه من الشرب . أما المترتبات والنتائج الإيجابية البينشخصية المرتبطة بالشرب أو التالفة له ، فتتضمن ضعف الحنين والشوق له أو شعور الشارب بالقلق الاجتماعي أو بزيادة الرضا الاجتماعي أو بزيادة ثقته بنفسه . ولقد صنف «مارلات Marlatt» سوابق الشرب على أنها متغيرات تقع داخل الشارب ذاته أو تحدث عنه تبادل العلاقات الاجتماعية مع الأشخاص الآخرين (Marlatt & Gordon, 1985) ورأى أن الحالات التي تقع داخل الفرد (الشارب) والتي تمثل مقدمات الشرب أو سوابقه ، تتضمن الحالات الانفعالية السلبية والإيجابية ، وحالات جسمه الداخلية ، كما تتضمن قدرته على اختبار مدى تحكمه وضبطه لسلوكه الشخصي ، وأنواع الحوار الذاتي وجميع الأفكار وصور الإغراء والإغواء ، في حين تشمل المتغيرات البينشخصية السابقة على الشرب ، متغيرات الصراعات الاجتماعية ، والضغوط الاجتماعية المرتبطة بالشرب ، والحالات الوجدانية الإيجابية .

التطبيق العيادي للنموذج النظري السابق :

إن نموذج مشكلات التعاطي ثلاثي الأبعاد ، الذي تم وصفه في الفقرة السابقة ، له تضمينات تطبيقية مباشرة تتصل بعمليات التخطيط وتلقى العلاج النفسي بهدف القضاء على مشكلة شرب الكحوليات والاضطرابات المرتبطة بها . ووفقاً لهذا النموذج ، لا بد أن يقوم المعالج العيادي (الكلينيكي) - في البداية - باتخاذ مجموعة من القرارات التي تدور حول أكثر المواقف والسياقات ملائمة لتقديم العلاج في ظلها ، ثم يقوم باختيار أفضل الأساليب العلاجية وأكثرها ملاءمة للعميل . وبلى ذلك قيامه بتقديم وصف تفصيلي للأساليب العلاجية المناسبة لاحتياجات هذا العميل ، ولا بد أن يأخذ المعالج في حسابه أيضاً دور السياق الاجتماعي الذي حدث في ظله التعاطي أو الشرب شأنه في ذلك شأن السياق الاجتماعي الذي سيقع في ظله التغيير . كذلك لا بد له أن يكون مطلعاً على كل المعلومات الظاهرة والباطنة للعلاج النفسي المقدم لهذا الجمهور وذلك من

وجهة نظر كل من العميل والمعالج . ولا بد للمعالج - أخيرا - أن يكون مستعدا لمعرفة كثير من المعلومات الجديدة عن القضايا والمسائل المتصلة بالأهداف العلاجية ، وبخاصة تلك القضايا التي تدور حول اختيار أهداف الشرب .
أماكن تلقي العلاج :

ثمة عدد من الأماكن المتاحة لشاربي الكحوليات لتلقى العلاج المناسب ، أهمها العيادات الداخلية ومحلات الإقامة ، والإقامة المؤقتة بالمستشفيات ، والعيادات الخارجية ، والنوادي العلاجية الشبيهة بالبيوت (١) . كما انتشرت بشكل كبير جماعات المساعدة الذاتية (٢) . ويوفر الإنتاج الفكري البحثي السابق قليلا من المعلومات التي ترشد عملية اتخاذ قرار عيادي (كلينيكي) حول مستوى العناية المناسب لكل حالة على حدة ، فقد انتهى عدد من هذه الدراسات إلى أنه لا توجد فروق في النتائج العلاجية بين مرضى العيادات الداخلية المتباينين في طول فترات الإقامة ، كما لا توجد فروق بين المرضى المقيمين بالعيادات الداخلية ومرضى الإقامة المؤقتة بالمستشفيات في المكاسب العلاجية (Miller & Hester, 1986) ولا شك أن أماكن العلاج الأقل عناية ورعاية توفر للعلاء كثيرا من تكاليف العلاج وبشكل جوهري (McCrary et al., 1986) ثمة مجموعة من الأدلة الضئيلة التي تشير إلى أن التسرب ومعدلاته تكون أعلى جوهريا في هذه الأماكن (Hayashida et al., 1989) .

لقد اقترحت الرابطة الأمريكية للطب الإدماني (ASAM) (٣) مجموعة من المحكات لتحديد مستوى الرعاية المطلوب (ASAM, 1991) ، ولكن على الرغم من أن محكاتها تستند إلى بعض الحجج المنطقية فإنها لم تختبر حتى اليوم . ولذا فإنه يجب على المعالج أن يتخذ القرار المناسب لكل عميل على حدة ، في شأن تحديد المكان الأكثر ملاءمة لكي يبدأ به علاجه ، بشرط أن يتأسس هذا القرار - جزئيا - على بعض المحكات الموجهة طبيا ، مثل حاجة العميل لإزالة السموم (٤) من جسمه ، وحالته الصحية من الوجهة الطبية ، كما يجب عليه عند اتخاذه لهذا القرار مراعاة بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية ، من قبيل التاريخ العلاجي

(1) Halfway houses .

(2) Self-help groups .

(3) The American Society of Addictive Medicine (ASAM)

(4) Detoxification .

السابق ، ونتائج المحاولات السابقة للتوقف عن الشرب ، وأنماط المساندة الاجتماعية التي تلقاها ، والمصادر الشخصية لمقاومة الشرب ، ومدى خطورة بعض المشكلات النفسية التي يعاني منها ، واتجاهات العمل الأساسية نحو العلاج ، واهتماماته العملية ، وتفضيلاته الشخصية لأول مكان تلقى فيه علاجاً سابقاً .

إزالة التسمم:

إذا كان العميل يعاني من الاعتماد الجسدي والفسولوجي على الكحوليات ، فإنه إذا قل عدد مرات الشرب أو توقف عنه ، سيمر بخبرات المعاناة من أعراض الكحول الانسحابية . وهناك مجموعة من العلامات التي تشير إلى أن العميل يعتمد اعتماداً جسدياً على الكحوليات (Femino & Lewis, 1980) أهمها الشرب اليومي المنتظم ، والشرب المنتظم عموماً ، أو الشرب المنقطع على مدار اليوم الواحد ، وأخيراً الشرب صباحاً كل يوم سواء أكان قد أفطر أم لم يفطر .

ومن أهم أدلة حدوث الاعتماد الجسدي كذلك التي يجب أن تؤخذ في الاعتبار ، الاستيقاظ ليلاً مع الشعور الشديد بالخوف ، والارتجاف أو الدوار والغثيان ، أو معاناته من بعض هذه الأعراض في أول مرة يستيقظ فيها ليلاً . هذا بالإضافة إلى أن عميل الاعتماد الجسدي على الكحوليات تبدأ تظهر عليه علامات بعض الأعراض الانسحابية الخفيفة إذا ما توقف عن الشرب مرة واحدة أو قلته بشكل جوهري ، وأهم هذه الأعراض ، الارتجاف الخفيف ، والدوار ، والغثيان ، والتقيؤ ، وصعوبة النوم ، وشدة الاستثارة ، والقلق ، والعصبية ، وارتفاع في سرعة نبضات القلب ، وضغط الدم ، واختلال درجات حرارة الجسم . وعادة ما تبدأ هذه الأعراض في الظهور خلال خمس إلى اثنتي عشرة ساعة من توقفه عن الشرب ، وربما يعاني العميل كذلك من بعض الأعراض الانسحابية الأكثر شدة ، من قبيل النوبات المرضية ، والهذيان ، أو الهلوس ، والتي تبدأ عادة خلال فترة زمنية بعد توقفه عن الشرب تتراوح بين أربع وعشرين إلى اثنتين وسبعين ساعة .

وإذا كان العميل لم يتوقف عن شرب الكحول لعدة أيام قبل أول اتصال له لتلقى العلاج ، فلا داعي أبداً في التفكير في تحديد علامات الأعراض الانسحابية للاعتماد الجسدي ، أما إذا كان قد توقف لمدة ثلاثة أيام على الأقل قبل طلبه العلاج ، فيكون على المعالج جمع بيانات عن العلامات الدالة على أعراضه

الانسحابية ووضعتها تحت المشاهدة الدقيقة . أما إذا كان لازال يشرب إلى أن حضر طلبا للعلاج ، فيجب على المعالج الاعتماد على التاريخ الشخصى للشرب ، وجمع معلومات عن نمط الشرب ، أو نوعه ، ونتائج محاولاته السابقة للتوقف عن شرب المسكرات بهدف تحديد ما إذا كانت هناك ضرورة لإزالة التسمم الجسمى . وإذا ما كان العميل بحاجة لإزالة التسمم ، فيكون متاحا أمامه أربعة بدائل ، هى : إزالة التسمم طبيا بالعيادة الداخلية ، أو إزالة التسمم طبيا خلال الإقامة المؤقتة بأحد المستشفيات ، أو إزالة التسمم غير الطبى بالعيادة الداخلية ، أو إزالة التسمم الطبى بالعيادة الخارجية .

ويكون من الضرورى جدا بالنسبة للعميل مساعدته على التخلص من التسمم الجسمى طبيا ، إذا كان له تاريخ مرضى عانى فيه من الهذيان وفقدان التوجه ، والهلاوس ، أو عانى من نوبات مرضية أثناء توقفه عن الشرب ، أو إذا كان قد بدت عليه علامات واضحة فى الوقت الراهن ، أهمها فقدان التوجه ، والهذيان ، أو الهلاوس . وإذا كان العميل لا يعتقد بأن باستطاعته التوقف عن الشرب من دون تخلصه التام من الكحول والتسمم الجسمى ، ولكنه لم يظهر أى علامة من العلامات الدالة على الأعراض الانسحابية ، وأنه بحالة صحية جيدة ، وأنه لا يتعاطى أى مواد أخرى مخدرة ، يكون من المناسب أن نزيل السموم من جسمه طبيا بمنزله وفى السياق الاجتماعى . وإذا كان العميل يتمتع بأنماط من المساندة الاجتماعية فهنا يجب أن تزال السموم فى البداية بإقامة مؤقتة بأحد المستشفيات أو بإحدى العيادات الخارجية . أما المحك الذى على أساسه نختار أحد المكانين السابقين لتخليص العميل من سمومه ، مؤداه معرفتنا بحجم المساندة النفسية الاجتماعية التى سيحتاجها أثناء معاناته من الأعراض الانسحابية ، وكذلك إلى أى مدى سيكون بحاجة إلى برنامج تفصيلى بعد إزالة تسممه طبيا . وإذا ما كان العميل بحاجة لهذا البرنامج التفصيلى ، فمن المستحسن فى هذه الحالة أن يتخلص من التسمم بأحد النوادى أو المؤسسات الشبيهة بالمستشفيات .

المشكلات الطبية :

من المهم ، كما حددنا بدقة أفضل أماكن إقامة العميل لتخليصه من التسمم الكحولى ، أن نأخذ فى حسابنا وبعناية المشكلات الطبية التى يعانى منها . وبقضينا هذا المنحى الدقيق أن نجرى فحصا جسميا شاملا لكل عميل ، وفحوص للدم والبول فى بداية العلاج . ويجب على المعالج العيادى - فى هذه الحالة - أن

يشمل فحصه ومجموعة مقابلاته للعميل على مجموعة من التساؤلات التي تتصل بصحته الجسمية عند أول اتصال به ، وإذا ما وجد عدداً من الشكاوى الجسمية الحادة ، فلا بد أن يتلقى العميل بعض العلاجات الطبية السريعة ، ولذا فإننا سنجد أن هناك بعض العملاء يعانون من مشكلات طبية تحتاج إلى إقامة بالمستشفى ، ومن ثم فإن البحث عن المستشفى الملائم لطبيعة هذه المشكلات الطبية أمر يسبق موضوع العلاج .

التاريخ العلاجي :

بعد تحديد قضايا الصحة الجسمية ، يجب على المعالج أو الطبيب أن يراجع التاريخ العلاجي السابق للعميل بتوجيه مجموعة من الأسئلة له ، أهمها الآتي :

(١) هل حاول العميل في السنوات السابقة أن يتلقى علاجاً بالعيادة الخارجية ، بحيث أصبح قادراً على تقليل الشرب أو التوقف عنه تماماً؟

(٢) وهل سبق له التهرب من العلاج بالعيادة الخارجية ؟ وإذا كان ذلك قد حدث فعلاً ، ولا يوجد دليل يشير إلى وجود أي تحسن أو تغيير إيجابي فيما يشكو منه طوال فترة علاجه بالعيادة الخارجية ، فيجب أن يخضع العميل لأحد البرامج العلاجية الطبية المكثفة التي تقدم بأحد النوادي الشبيهة بالبيوت أو العيادات الداخلية .

(٣) وهل تسرب العميل وتهرب من العلاج ؟ وهل تكررت مرات شرب المسكرات أثناء خضوعه لأحد برامج العلاج بالإقامة المؤقتة بأحد المستشفيات أم بإحدى العيادات الداخلية ؟ وإذا كان ذلك قد حدث ، فنوصي بتحويله لتلقى العلاج بإحدى العيادات الداخلية .

(٤) وهل انتكس العميل مباشرة بعد انتهائه من برنامج علاجي بإحدى العيادات الداخلية ؟

وإذا كان ذلك قد حدث ، فيجب في هذه الحالة أن يقيم إقامة مؤقتة بإحدى المستشفيات أو يتلقى علاجاً بالعيادات الخارجية ، لأنه ربما يكون هناك ارتباط بين مسألة الانتكاس ومشكلاته الطبية التي عممها على كل من العيادة الداخلية والبيئة الطبيعية بسبب عدم التحسن عندما يعالج بهما ، ومن ثم يكون البديل

الملائم هو الإقامة بأحد النوادي الشبيهة بالبيوت ليتلقى علاجاً طويل المدى ومكثفاً .

محاولات التوقف السابقة بكامل إرادة العميل :

إن كثيراً من العملاء ينجحون بكامل إرادتهم الواعية فى تقليل مرات الشرب بشكل جوهري أو يتوقفون عنه لفترات زمنية قد تطول أو تقصر . ولذا فإنه من الأهمية بمكان تحديد ما إذا كان التاريخ السابق للعميل ينطوى على مثل هذه المحاولات الناجحة للتقليل أو للتوقف ، ومعرفة النتائج التى ترتبت على ذلك . و خلاصة الأمر أن علاج العميل بالعيادة الخارجية ، سيكون هو العلاج المناسب الذى يوصى به فى هذه الحالة ، نظراً لأنه لديه تاريخ سابق يشير إلى نجاحه فى التوقف عن الشرب طواعية وإرادته الخاصة ومن دون ضغط عليه من أحد ، ومن ثم سيكون لديه تاريخ من التغير الناجح ومن التحسن الملحوظ ، والعكس صحيح .

نظم المساندة الاجتماعية :

تعد نظم المساندة الاجتماعية متغيراً مهماً لأنه يؤدي دوراً أساسياً فى تحديد المكان الملائم لتلقى العميل العلاج المبدئى . وإذا كان العميل يتمتع بأنماط من المساندة الاجتماعية من مصادر متعددة ، كالزوج أو الزوجة ، والابن الأكبر ، والأب ، والأصدقاء الحميمين ، وزميل المهنة والعمل ، والمشرفون على برامج المدمن المجهول ، أو أى شخص يكون لديه استعداد للبذل والعطاء ، ويكون سعيداً تماماً لقيامه بهذه المهمة التى تتسم بالدعم والعطاء وبذل الجهد ، فإنه يكون عميلاً مرشحاً لتلقى نوعاً من العلاج المبدئى الحر(1) (خارج المستشفى) ، ولكن إذا لم يكن لديه مصادر للمساندة الاجتماعية ، أو يقيم وسط بيئة اجتماعية تشجع الشرب المكثف ، فإننا نوصى فى هذه الحالة بتلقيه علاجاً بالعيادة الداخلية أو بإقامة مؤقتة بإحدى المستشفيات . وتعد النوادي العلاجية الشبيهة بالبيوت هى البديل المناسب لتلقى العلاج من قبل العملاء الذين يفتقدون لمصادر المساندة الاجتماعية ، وكانوا قد فشلوا فى تكوين مصادر للمساندة الاجتماعية مسبقاً ، حتى خلال فترات التوقف عن شرب المسكرات .

(1) Ambulatory treatment .

المصادر الشخصية :

تعد المصادر النفسية الشخصية⁽¹⁾ لدى العميل المجال التالي الذي يجب أن نأخذه في حسابنا بعد نظم المساندة الاجتماعية . ولذا فإن أهم التساؤلات التي يجب طرحها ، إلى أي مدى استطاع العميل أن يحقق بعض النجاحات الشخصية في حياته ، كتحقيق بعض الطموحات والأهداف ، واحتلال مكانة اجتماعية مرموقة ، وإلى أي مدى استطاع تغيير بعض أنماط سلوكه السيئة ، وإلى أي مدى استطاع إنجاز المهمات المكلف بها تماما ؟ إذا كانت الإجابة على كل هذه التساؤلات بالإيجاب ، فإن تلقيه علاجاً بالعيادة الخارجية يعد أنسب أنواع العلاج بالنسبة له . كما أن الأداء المعرفي لدى العميل يعد من أهم مصادره النفسية الشخصية . ولذا فإنه إذا عانى العميل من بعض الاضطرابات المعرفية بشكل جوهري ، في الانتباه ، والذاكرة ، والقدرة على التفكير الاستدلالي المجرد أو القدرة على حل المشكلات ، فإننا ننصح في هذه الحالة بضرورة تلقيه عناية علاجية أرفع مستوى ، وإن لم يحدث ذلك فإن العميل سيجد صعوبة شديدة في التعامل مع المعلومات المرتبطة بالعلاج والتي تقدم له حوله ، وربما يجد صعوبة في استنباط وتوليد طرق ناجحة تمكنه من تجنب الشرب والابتعاد عنه تماما .

مشكلات نفسية أخرى :

وفقاً لما لاحظناه في هذا الفصل مسبقاً فإن الأشخاص الذين يعانون من مشكلات شرب المسكرات ، غالباً ما يعانون كذلك من مشكلات نفسية أخرى جوهرية ، ومن ثم فإن الطبيب أو المعالج النفسي لابد أن يقدر هذه المشكلات ويقيسها ، ويحدد كذلك مستوى الرعاية المطلوبة للعميل بناء على تحديده للمكان الملائم لعلاج هذه المشكلات النفسية الأخرى . فإذا ما كان العميل يعاني مثلاً من اكتئاب حاد ، والقابلية للانتحار ، فيجب في هذه الحالة أن نقيس مدى حدة الاكتئاب وقابلية العميل للانتحار ونتخذ الإجراءات الوقائية الملائمة .

اتجاهات العميل نحو العلاج :

على الرغم من أن الاتجاهات تعد مجالاً من المجالات النفسية الاجتماعية التي تواجه صعوبات منهجية في قياسها وتحديد قوتها وشدتها فإن تعهد العميل

(1) Personal psychological resources .

باستمرار خضوعه للعلاج ، ورغبته في التغيير إلى الأحسن تعد عوامل مهمة في اختيار مستوى الرعاية (مثلما هي الحال عند اختيار المنحى العلاجي المبدئي) . إن العميل ذا الميل المتناقض ولكنه ذو ميل أشد لتلقى العلاج ، يمكن أن تكون استجابته لبرنامج علاجي مكثف استجابة أفضل تمكنه من توفير درجة كبيرة من الدعم وتجعله يلتحق بأحد البرامج العلاجية الملائمة لحالته وتجعله يحرز تغييرات إلى الأفضل . وعلى أية حال ، إن التناقض الوجداني للعميل أحيانا ما يجعل من الصعب علينا توفير علاج له يتسم بالرعاية المركزة ، بسبب رفض العميل تغيير برنامج حياته وتغيير أسلوبه حتى لو كان الأمر يتعلق بعلاجه أو تلقيه برامج علاجية مكثفة .

المعوقات العملية :

هناك عدد من المعوقات العملية التي يجب أن يأخذها الطبيب أو المعالج النفسي في حسابه قبل خضوع العميل للعلاج . فعلى الرغم من أن بعض المناحى العلاجية قد تأخذ هذه المعوقات في حسابها وتُنظر إليها على أنها دليل على إنكار العميل ورفضه لها ، فإننا نفضل أن ننظر إليها وندركها على أنها معوقات حقيقية وتحديات للعلاج ، ويجب علينا التعاون مع العميل للتغلب عليها . وتدور بعض هذه المعوقات حول مواعيد عمل العميل ووظيفته ، وما إذا كان مثلا يستطيع أن يحصل على إجازات طويلة منه ، وما إذا كان ذلك سيعرض وظيفته للضياع والخطر ، وما إذا كان العميل الموظف مقتنعا وراضيا عن التجربة العلاجية وضرورتها له ، أو ما إذا كان غيابه عن عمله وطلبه مزيدا من الإجازات للعلاج سينتج عنه خسارته له . وإذا ما تعرضت وظيفة العميل للخطر ، فإنه في حالة علاجه بالعيادة الداخلية فإن ذلك قد يترتب عليه فقد العميل وتهريره من العلاج خوفا على وظيفته أو حفاظا عليها . هذا أولا ، أما المعوق الثاني ، فيدور حول الظروف المالية للعميل ؛ بمعنى آخر هل يستطيع العميل أن يحصل على إجازة من عمله الأمر الذي يعرضه لنقص بعض دخله في الوقت الذي هو في حاجة لهذا المال للعلاج (وماذا لو أن الإجازة غير متاحة أصلا) ؟ عموما إذا كان الأمر على العكس من ذلك ، فإن العلاج بالعيادة الخارجية أو عن طريق الإقامة المؤقتة بإحدى المستشفيات سيكون هو الأنسب حتى يستطيع الجمع بين العلاج والحفاظ على عمله ووظيفته . ومن المعوقات المالية الأخرى ، قدرة العميل على تحمل تكاليف العلاج ، فإذا ما كان التأمين الصحى سيغطي نفقات العلاج بالعيادات

الداخلية التي تتطلب إقامة طويلة نسبياً ، وليس إقامة مؤقتة - فإن البديل الأول سيكون ضرورياً جداً .

ويدور المعوق العملي الثالث حول تكاليف أو نفقات الانتقال والمواصلات ورعاية الأطفال أو الأبناء . والسؤال الذي يفرض نفسه ، هل يستطيع العميل الحضور بانتظام لتلقى العلاج بالعيادة الخارجية ؟ وهل لديه رخصة قيادة ، وإذا لم يكن لديه هذا الترخيص ، فهل متاحاً له وسيلة أخرى للمواصلات ؟ وإذا أقام العميل بإحدى المستشفيات ، فهل يتوفر لديه من يرعى أبنائه ؟ . وإذا لم يكن ذلك متاحاً ، فيفضل أن يخضع العميل للعلاج النهاري⁽¹⁾ .

والخلاصة التي يمكن أن ننتهي إليها في هذا الصدد ، مؤداها أن هناك حشداً كاملاً من المعوقات العملية ذات الصبغة الخاصة بالعمل ، والتي ينبغي أن يأخذها الطبيب أو المعالج النفسي في حسابه باهتمام شديد قبل أن يبدأ العملية العلاجية . ولذلك فإن البحوث قد أشارت منذ فترة زمنية طويلة إلى أن العملاء الكحوليين هم أكثر العملاء احتمالاً للاهتمام بالعلاج والتوق إليه ، والمواصلة فيه إذا أمكن الوقوف على احتياجاتهم الخاصة وبشكل مباشر منذ البداية (Chafetz et al., 1962) . ولهذا فإن مجرد الوقوف على احتياجاتهم ، ومعرفتها قبل أن يبدأ علاجهم ، يعد من أبرز وأهم المعوقات التي تتحدى المعالج النفسي وتواجهه .

التفضيلات الشخصية :

وأخيراً ، فإن تفضيلات العميل الشخصية للعلاج ، ولأنواع محددة منه تعد من أبرز المتغيرات الشخصية التي ينبغي أن يأخذها المعالج في حسابه وباهتمام شديد . فإذا كان العميل يفضل العلاج بالمستشفى أكثر من تفضيله للعلاج بمحل إقامته أو العكس ، ففي كل الأحوال على الطبيب أو المعالج النفسي الاهتمام الشديد بهذا المطلب الشخصي له ، حتى إذا كانت نتائج التقدير النفسي العيادي لمشكلاته الطبية والنفسية تفترض أو توصي بأن الأنسب هو تلقيه برنامج العلاجى بإحدى العيادات الخارجية . وبالمنطق نفسه ، إذا كان العميل يريد أن يتلقى علاجه بالعيادة الخارجية ، فيجب أن توفر ذله ذلك ، حتى إذا كان المعالج يعتقد أن الأفضل بالنسبة لحالته هو تلقيه برنامجاً علاجياً أكثر تركيزاً بالعيادة الداخلية .

(1) Day treatment .

اعتبارات عامة :

إن قرار اختيار مكان تلقي العلاج المبدئي لا بد أن ينظر اليه - بصفة عامة - على أنه قرار غير نهائي وغالبا ما يتم التعاقد المبدئي لعلاج العميل آخذا في اعتباره تفضيله لتلقى العلاج بمكان بعينه مع ضرورة التوصية بتحديد الظروف التي تملئ على المعالجين في هذا المكان تقديم مستوى محدد من الخدمة العلاجية، مختلف عما يقدمه هذا المكان من خدمات علاجية . فإذا كان المعالج يعتقد - مثلا - أن عميله سيكون من الصعب عليه جدا التوقف عن الشرب إذا ما تلقى علاجه بالعيادة الخارجية ، على الرغم من أن هذه هي رغبة العميل فإن التعاقد المبدئي لعلاج بمكان آخر لا بد أن يتضمن وضع خطة لتقليل الشرب أو إيقافه ، وتعليمه مجموعة من المهارات التي تساعد على تنفيذ هذه الخطة ، لفترة زمنية محددة لذلك وإذا فشل العميل في تنفيذ هذه الخطة خلال المدة المبرورة لها ، فلا بد أن يتم مراجعة العقد وتغيير مكان العلاج بعد مناقشة العميل في ذلك . وهكذا فإنه إذا كان قرار تحديد مكان العلاج المبدئي يعد قرارا مهما ، فإن قرار تغيير مكان العلاج أمراً وارداً ولا بد أن نأخذ في اعتبارنا باستمرار عند علاج حالات الاعتماد على المسكرات ، كما أن هذه الخطوة لا بد أن نحسب حسابها مبكرا نظرا لأهميتها للعملية العلاجية .

ويخلص جدول (١ - ٩) بعض المؤشرات التي نعتمد عليها في تحديد أنسب أماكن تلقي العلاج للعميل الذي يعاني من الاعتماد على المسكرات .

الطرق العلاجية :

يتوفر الآن في الإنتاج الفكري النفسي العلاجي ست طرق لعلاج الاعتماد على المسكرات . وتتضمن هذه الطرق ، جماعات المساعدة الذاتية ، والعلاج الفردي^(١) ، والعلاج الجمعي^(٢) ، والعلاج الثنائي أو الزوجي^(٣) ، والعلاج الأسري^(٤) ، وبرامج العلاج المكثف^(٥) . وفيما يلي وصف مختصر لكل منها .

- (1) Individual therapy .
- (2) Group therapy .
- (3) Couple therapy .
- (4) Family therapy .
- (5) Intensive treatment programs .

جماعات المساعدة الذاتية :

تعد جماعة المدمن المجهول⁽¹⁾ من أكثر جماعات المساعدة الذاتية شهرة وتوظيفاً للعلاج النفسى ولذا فإنها توجد فى خمسين ولاية من الولايات المتحدة الأمريكية ، كما توجد فيما يزيد على مائة دولة فى العالم كله . وتقدم هذه الجماعة طريقة محددة للعلاج والتخلص من آثار الاعتماد على المسكرات ، تتلخص هذه الطريقة فى وجهة نظر محددة مفادها ، إن الكحولية إنحراف أو مرض جسمى ، ومزاجى ، وروحى ، ولا شفاء منه ، ومن ثم فإن كل ما يمكن عمله إزاءه أننا يمكن أن نكبح جماحه ونوقفه بفعل المساعدة الذاتية الجماعية . ولذا يرى أفراد كل جماعة من هذه الجماعات أن الشفاء عملية تستمر مدى الحياة . وتتم عبر اثنتى عشرة خطوة للتخلص تماما من آثار الاعتماد على المسكرات .

وللاطلاع على مزيد من الوصف التفصيلى للمدمن المجهول ، يمكن الرجوع لهذا المصدر (McCrady & Irvine, 1989) . والمطلب أو الشرط الوحيد للحصول على عضوية هذه الجماعة ، هو أن يكون لدى المدمن الرغبة الأكيدة للتوقف عن الشرب ، ولا يدفع الأعضاء للجماعة أى مقابل أو أية تكاليف مالية ، وليس هناك أية مصوغات للتعيين فيها كما لو كانت مؤسسة مهنية . ويعقد الأشخاص الذين ينضمون لهذه الجماعة اجتماعات عديدة ومتباينة ، ويوظفون علاقاتهم برعاة هذه الجماعة الذين يساعدونهم للتوصل للشفاء ، ويهتمون بالمشاركة فى نشاطاتها التى تبدأ من إعداد القهوة والمشروبات قبل انعقاد الاجتماعات وحتى التعهد بالمشاركة فى لجان صغيرة ترعى شئون الجماعة إلى قيام بعض أعضاء الجماعة بالتواصل مع أعضاء الجماعات الأخرى المناظرة . وبالفعل قد تبين من نتائج بعض البحوث أن زيادة النشاط والانغماس فيه يرتبط ارتباطاً مرتفعاً بزيادة فى الشفاء والتغيير السلوكى الناجح (Emrick, Tonigan, Montgomery & Little, 1993) .

وتفترض نتائج البحوث العلمية أن الأشخاص الذين يفضل لهم الالتحاق بعضوية جماعة المدمن المجهول ، هم هؤلاء الأشخاص الذين لهم تاريخ من الاعتماد على المساندة الاجتماعية كطريقة من طرق التعايش مع المشكلات ومختلف ألوان الضغوط ، والذين يشكون من عجز فى السيطرة على الشرب

(1) Anonymous Addictive (AA) .

بمفردهم ، والذين يشربون المزيد من الكحوليات في المناسبات الاجتماعية ، على عكس الأشخاص الذين لا يصح لهم الالتحاق بهذه الجماعة ، حيث يعانون من القلق الشديد بسبب شربهم للمسكرات ، ويعتقدون أن الكحول يرفع مستوى الأداء والنشاط العقلي ، ويكونون أكثر ميلا للاتجاه وتبني الأفكار الروحية (Emrick et al., 1993).

ولقد طرأ تغيير على جماعات المساعدة الذاتية في السنوات الحديثة ، حيث ظهر لها جماعات بديلة ، أهمها جماعة العلاج العقلاني^(١) (Trimpey, 1989) وهي تتبنى منحى للمساعدة الذاتية ينطلق أو يعتمد بتوسع على أسس العلاج العقلاني الانفعالي . ومن أهم الخطوات التي يمر بها المدمن وصولا للتحسن والشفاء ، مناقشة المعتقدات الخاطئة حول الشرب وهي معتقدات جميعها لاعقلانية، وتفنييد الإدراكات والمعارف الذاتية ، وحصر التوقعات المعرفية ، حيث تعد جميعها أساسا للتغيير الناجح . ويفترض منحى التحسن العقلاني ضرورة الامتناع والتوقف عن الشرب كهدف أسمى ينبغي التوصل إليه ، ولكنه في الوقت نفسه يؤكد أهمية أن يكون ذلك بالاختيار الشخصي وبمحض إرادة العميل . كما ظهرت للوجود الجمعية المدنية للتوسط والاعتدال^(٢) استجابة لإشباع الجوانب الروحية للمدمن المجهول ، الأمر الذي لا يتطلب جهدا جهيدا كجزء من عملية التغيير . وظهرت الجمعية النسائية للتوسط والاعتدال^(٣) والتي تمثل منحى للمساعدة الذاتية للسيدات اللاتي تعانين من بعض الاضطرابات النفسية التي يجب أن يتغلبن عليها بتلميحتها ، كتوكيد الذات ، والثقة بالنفس ، والاعتماد على الذات ، كجانب من جوانب عملية التغيير إلى الأفضل .

ويتسق كل منحى من المناحي الثلاثة السابقة (البديلة لجماعة المدمن المجهول) مع المناحي السلوكية ، ولكنه لا يتسق مع خطوات العلاج بطريقة المدمن المجهول ولا يمكن أن يكون بديلا لها ، لأنها مناخى ليست متاحة بكثرة أمام المعتمدين على المسكرات .

(1) Rational recovery (RR) .

(2) Secular Organization for Sobriety .

(3) Women for Sobriety .

العلاج الفردي :

يقدم العلاج الفردي بكثرة في العيادات الخارجية . وتوفر لدينا مجموعة ضئيلة جدا من البيانات التي ترشدنا لاختيار العلاج الفردي في مقابل العلاج الجماعي . ويبدو أن الإنتاج البحثي المتصل بشرب السيدات المسكرات متخم بافتراضات مؤداها أنهن أشد استجابة للعلاج الفردي من العلاج الجماعي ، على الرغم من أن هذا التأكيد يفتقر للأدلة العلمية التجريبية (McCrary & Raytek, 1994) . وتتسحب تأكيدات افتراضية شبيهة بالسابقة على علاج الكبار المعتمدين على المسكرات ، على الرغم من قلة البيانات المتصلة بهذا الجمهور (Gamberg, 1980)

العلاج الجماعي :

هناك اعتقاد شديد في مجال شرب المسكرات بأن العلاج الجماعي مفضل على العلاج الفردي ، (وعلى أية حال ، راجع ما ذكرناه في الفقرة السابقة مباشرة فيما يتصل بعلاج السيدات وكبار السن) . إن العلاج الجماعي أكثر اقتصادا في النفقات وأقل تكلفة بالمقارنة بالعلاج الفردي ، ويوفر التفاعل الاجتماعي الذي يجري بين أعضاء الجماعة العلاجية مزيدا من الفرص للتأسي بالآخرين واتخاذهم نماذج يقتدى بهم ، كما يقدم فرصا نادرة للمراجعة والتدقيق وإعادة النظر في ممارسة بعض الأنماط السلوكية ، الأمر الذي لا يمكن أن يوفره العلاج الفردي . ولقد استقر الرأي الآن بأن برامج العلاج السلوكي يمكن أن تقدم من خلال العلاج الجماعي للأفراد وللجماعات الكحولية وللكحوليين وزوجاتهم (G'farrell & Cutter, 1984; Monti, Abrams, Kadden & Cooney, 1989) . على أية حال ، إن الكحوليين الذين لهم قدرة على التفاعل مع أعضاء الجماعة العلاجية ، والذين لا يحتاجون نوعا من العلاج الفردي المكثف بسبب مشكلاتهم النفسية التي يعانون منها ، يمكن أن يخضعوا للعلاج الجماعي .

العلاج الزوجي أو الثنائي :

لقد افترض عدد من الدراسات العلمية أن تلقى الزوجان الكحوليان معا للعلاج ، ربما يرفع احتمالات إحراز نتائج علاجية إيجابية (راجع ماكريدي السابق ، 1990) . وعلى الرغم من وجود أدلة علمية على صحة الافتراض السابق ، فإن المعالجين التقليديين للكحوليين يفضلون استخدام العلاج الفردي أو

العلاج الجمعى على العلاج الزوجى الثنائى ، مؤكدين أهمية التركيز على التغيير الشخصى قبل التركيز على حدوث تغيير اجتماعى فى العلاقات بين الزوجين . ويتوفر الآن كثير من التصورات النظرية التى تجمع بين العلاجين الفردى والجمعى (McCrady & Epstein, 1995) ، وسنقدم فى النصف الثانى من هذا الفصل بالفعل صورة حية لإحدى الحالات (زوجين كحوليين) تم علاجهما بالعلاج الزوجى الثنائى الذى يجمع بين العلاج الفردى والجمعى .

إن العلاج الزوجى أكثر ملاءمة للعملاء الذين يتسمون باستقرار علاقاتهم الاجتماعية التى تسمح لهم بالمشاركة الإرادية فى العلاج وبرضا كامل ، والذين يستطيعون الأداء بطريقة تتسم بالمساندة والمساعدة الفعالة خاصة فى المراحل المبكرة من العلاج . أما الأزواج الذين لهم تاريخ من العنف الأسرى ، ويتسم أحدهما بالتناقض الشديد فى علاقاته مع الآخر ، فإن العلاج الزوجى لا يلائمهم إلى حد كبير .

جدول (١ - ٩) يعرض لمؤشرات اختيار أفضل الأماكن

لتلقى العلاج النفسى المناسب

مؤشرات الاختيار	مستوى الرعاية
المشكلات الطبية الحادة ، والنوبات الحادة ، والتهذيان .	- الإقامة بالمستشفى لتلقى علاجاً طبياً
الاعتماد الجسمى ، وتاريخ من الأعراض الانسحابية الأساسية الراهنة ، وتاريخ معاناة من النوبات ، ومشكلات طبية حادة وخطيرة ، ومشكلات طبية نفسية خطيرة ، واعتقاد المريض بأنه لا يستطيع التوقف عن الشرب بدون إشراف ورعاية طبية .	- إزالة التسمم طبياً بالعيادة الخارجية
الاعتماد الجسمى ، ولا توجد مشكلات صحية حادة ، ولا يوجد تاريخ من النوبات ، ولا الأعراض الانسحابية ، واعتقاد المريض بأنه	- إزالة التسمم فى السياق الاجتماعى

مؤشرات الاختيار	مستوى الرعاية
<p>لن يستطيع إيقاف الشرب من دون إشراف أو رعاية طبية .</p>	
<p>الاعتماد الجسمى ، ولا توجد ظروف معقدة ، ويرفض المريض الإقامة بالمستشفى ، وتوجد مساندة اجتماعية لمساعدته على التوقف .</p>	<p>- إزالة التسمم بالعبادة الخارجية</p>
<p>تاريخ من التسرب والتهرب من العلاج بالعبادة الخارجية ، وتاريخ من التسرب من العلاج أو الشرب أثناء العلاج وفقاً لنظام الإقامة المؤقتة ، والمساندة الاجتماعية الضعيفة ، والمساندة الاجتماعية لمزيد من الشرب ، والعجز عن التغيير والتوقف عن الشرب ، والاضطرابات المعرفية ، والمشكلات الطبية النفسية الحادة ، ومحاولات الانتحار ، وضعف التأمين والموارد للعلاج المتنقل ، وقلة المواصلات ، والتفضيل الشخصى الشديد لهذا النوع من العلاج .</p>	<p>- العلاج بالعبادة الداخلية</p>
<p>تاريخ من التسرب من العلاج بالعبادة الخارجية ، وتاريخ من الانتكاس المتعدد السريع بعد علاج بالعبادة الداخلية ، وملاءمته للمساندة الاجتماعية الجيدة ، والتناظر مع العلاج أو التغيير ، والعجز عن رعاية الأطفال والعجز عن الحصول على إجازات علاجية من العمل ، والتفضيل الشخصى الشديد لهذا النوع من العلاج .</p>	<p>- العلاج النهارى والإقامة المؤقتة بالمستشفى</p>

مؤشرات الاختيار	مستوى الرعاية
تاريخ من الاستخدام الناجح للعلاج بالعيادة الخارجية ، ومحاولات من التوقف السابق الناجح عن الشرب طواعية ، والمساندة الاجتماعية الجيدة ، وتاريخ من التغير السلوكي الناجح ، وضعف الموارد الخاصة بالعلاج المكثف ، والعجز عن توفير أشخاص لرعاية الأطفال ، والعجز عن الحصول على إجازات علاجية من العمل ، والتفضيل الشخصي الشديد لهذا النوع من العلاج .	- العلاج بالعيادات الخارجية
وجود تاريخ من الانتكاس بعد العلاج بالعيادة الداخلية ، وضعف المساندة الاجتماعية .	- العلاج بالنوادي الشبيهة بالمستشفيات

وكذلك تم تطوير مجموعة من الأساليب التي توفر العلاج للأزواج الكحوليين بعيدا عن العلاج الذي يقدم لفرد واحد فقط . ومن أهم الأساليب الفعالة التي تدفع المذمن للبحث عن العلاج أو تقليل الشرب ، أسلوب الجماعات السلوكية⁽¹⁾ التي تؤكد ضرورة تنمية القدرة الشخصية والذاتية على اتخاذ القرار ، وعملية التخاطب ، وتقليل الحوار حول عمليات الشرب (Sisson & Azrin, 1987) . ويقدم آلانون (Thomas, Santa, Bronson, & Oyserman, 1987) منحى المساعدة الذاتية للأزواج ، ولآخرين من أعضاء الأسرة الكحوليين .

العلاج الأسرى :

على الرغم من الاهتمام الشديد بالظاهرة الكحولية في مجال العلاج الأسرى ، فإن التصورات النظرية التي توجه العمل العيادي مع الأسر الكحولية نادرة تماما ، كما أن التصورات النظرية المتاحة مشتقة من العلاجات الأسرية

(1) Behavioural groups .

بكل أنواعها (أنظر على سبيل المثال : Kaufman, 1984) وجميعها لم تختبر حتى اليوم . ويتاح في إطار المساعدة الذاتية تصور يعرف باسم تصور الأتئين Alateen يوجه العمل العيادي مع المراهقين الذين تأثروا بأحد نماذج القدوة من الأسرة أو من الأهل الأقربين ووقعوا فريسة لشرب المسكرات ، كما يتاح تصور الأتوت Alatot النظري لتوجيه الرعاية والعمل مع العناصر الأسرية الأصغر سناً .

برامج العلاج النفسي المكثف :

على الرغم من أن الأماكن العلاجية يعتمد اختيارها على الجوانب الفنية التطبيقية أكثر من اعتمادها على التصورات النظرية والأكاديمية ، حيث تتدخل فيها تفضيلات المدمن الشخصية والذاتية ، فإن برامج العلاج النفسي المركز تؤدي دوراً محدداً في علاج الكحولية ، الأمر الذي يجب أن يؤخذ في الاعتبار ، وهي برامج توجهها بالدرجة الأولى بعض التصورات النظرية . ويعد التصور النظري لجامعة منيسوتا في علاج الكحولية أحد أبرز التصورات المرشدة لمنحى العلاج المركز الذي يتضمن كلا من العلاج الجمعي ، والتربية ، وجماعات المساعدة الذاتية ، وشئ من الإرشاد النفسي الفردي (Cook, 1988a, 1988b).

وتؤكد العلاجات التي يوجهها تصور جامعة منيسوتا ضرورة تحدى عمليات الرفض والإنكار⁽¹⁾ ، وضرورة رفع دافعية المدمن ليدرك أن باستطاعته التحمل والتوقف عن الشرب بإرادته وأنه ليس ضعيفاً ، وتؤكد ضرورة التعهد بالالتحاق بإحدى جماعات المدمن المجهول . ومع مرور الوقت ، فإن برامج تصور منيسوتا النظري قد اتحدت واندمجت بعدد من الخطط والاستراتيجيات السلوكية والأساليب العلاجية الأخرى ، متضمنة المهارات الاجتماعية والتدريب على الاسترخاء ، وأساليب الوقاية ضد الانتكاسات (على الرغم من أن هذه البرامج العلاجية منبثقة عن العمل الشهير لكل من جورسكاى Gorski وميللر (1986) Miller ولم تنبثق عن العمل العلمي والنظري الأصيل لكل من «مارلات Marlatt وجوردون (1985) Gordon» . واشتهر تصور جامعة منيسوتا ببرامجه العلاجية المتباينة على أنه من أكثر التصورات النظرية ملاءمة لعلاج الكحولية ، ولكن البيانات والأدلة العلمية التي تؤيد مثل هذه المزاعم ضئيلة إلى حد كبير .

(1) Denial .

وقد اهتمت معظم البحوث التي حاولت اختبار هذه البرامج ، بتقييم برنامج علاجي واحد ، وكانت كل هذه الدراسات التقييمية قد أجريت كذلك في المراكز العلاجية الخاصة . وانتهت نتائج بعض هذه الدراسات التقييمية إلى أنه قد حدث نوع من التوقف والامتناع عن الشرب لدى الأشخاص الذين تلقوا هذه البرامج العلاجية (أنظر دراسات كل من Alford, 1981; Filstead, 1991; Wallace, 1988; McNeill, Gillfallan Fanella, 1988) ، ولكن عينات هذه الدراسات لم تتخذ لها مجموعات ضابطة ملائمة ، مما يجعلنا ننظر إلى النتائج النهائية التي توصلت إليها حول الكفاءة العلاجية لهذه الأساليب بحذر ونحوط كما يجعلها استنتاجات غير قابلة للمقارنة مع نتائج الدراسات العلاجية الأخرى .

ومع كل ما سبق ، فإن الانتشار الواسع ووضوح برامج تصور منيسوتا النظرى قد جعلتها من أكثر البرامج استخداما ومن أكثر البرامج العلاجية التي يختارها المعالجون والمدمنون وأسرههم .

الأساليب العلاجية :

يتاح الآن أمام المعالج مدى واسعاً من الأساليب العلاجية (١) . ويخرج الوصف الكامل لهذه الأساليب عن نطاق الفصل وحدوده ، ويمكن للقارئ المهتم أن يرجع لتفاصيله في هيلستر Hester وميلر (1989) Miller ، وسيجد بالإضافة إلى وصف هذه الأساليب ، بعض الأدلة المؤيدة لهذا التصور وفعاليتها هذه الأساليب التي يستخدمها الممارس العيادي .

وتتضمن أساليب العلاج السلوكية جميع إجراءات ضبط البيئة ، وإجراءات ضبط الاستجابات والعواقب والتحكم فيها ، وأساليب إعادة البناء المعرفى ، والتدريب على المهارات السلوكية ، وأساليب العلاج الزواجى السلوكى . وجمع المعالجون السلوكيون - بالإضافة إلى ما سبق - بين الأدوية الطبية المضادة لشرب الكحوليات والعلاجات السلوكية (ديزولفيرام كمضادات لسوء الاستخدام التي تشيع في الولايات المتحدة الأمريكية ، مثلها في ذلك مثل الكالسيوم كارباميد الذى يشيع فى كندا) . ولقد اندمجت هذه الأساليب العلاجية بحيث كونت مناحى علاجية شاملة تستخدم للتدريب على الوقاية ضد الانتكاس (Marlatt & Gordon, 1985) ، والتدريب على قطاع عريض من طرق العلاج السلوكى .

(1) Treatment techniques .

السياق الاجتماعي للعلاج :

يفترض الإنتاج الفكري النفسى - كما لاحظنا مسبقاً - المتصل بعلاج الكحولية ، أن وجود منظومة وسياق اجتماعى حسن يرتبط بإحراز نتائج علاجية إيجابية . وبسبب وجود مثل هذه النتائج ، يحرص المعالجون النفسيون على إشراك الزوج أو أى فرد من أفراد العائلة بشرط أن يكون متعاوناً ومسانداً ، يشركهم فى العلاج . وهناك عدد من أنماط العون التى يستمدّها المعالجون منهم أهمها المعلومات الاجتماعية ، وعلاج الأشخاص المهمين فى الأسرة ، ومساعدة العميل على تكوين علاقات ونظم اجتماعية جديدة .

المعلومات :

تفترض المعتقدات والأفكار الشعبية التى تدور حول تأثير الكحول ، أن الكحوليين يقللون من آثاره ويكذبون حول تعاطيهم وشربهم وما يترتب عليه من عواقب . ويفترض الإنتاج الفكري والتجربى أن الكحوليين يمدوننا ببيانات عندما يقللون الشرب وعندما لا يترتب على قولهم الحقيقة أية عواقب سلبية قوية أو شديدة (راجع ذلك فى : Babor, Stephens & Marlatt, 1987)

وعلى الرغم من هذه النتائج ، فإن هناك عدداً من الاعتبارات الكلينيكية التى تفترض أن الحصول على معلومات من أحد أفراد الأسرة أمر يمكن أن يكون مفيداً فى تقدير كفاءة العلاج .

وأول هذه المعلومات المفيدة ، أن العملاء الذين يُجبرون على الخضوع لعلاج بعينه غالباً ما يمتنعون عن الإداء بمعلومات تفصيلية حول شربهم للمسكرات .

ثانياً ، أما المعلومات التى يتم جمعها من أحد أفراد أسرته الثقات حول أحواله وتصرفاته وسلوك شربه للمسكرات ، فإن ذلك يساعد كل من العميل والمعالج على فهم أسباب تحويله للعلاج .

ثالثاً ، وحتى فى حالة التعامل مع عملاء نشيطين ولهم دافعية مرتفعة للعلاج ، فإن وجود أحد أفراد أسرته الثقات يمكن أن يزودنا بمعلومات قد لا نتاح للمدمن ليس بسبب كذبه أو سلوكه المراوغ ، ولكن بسبب مشكلات التذكر والاستدعاء التى يعانى منها كمصاحبات للشرب المتواصل .

ورابعا وأخيراً ، فإن مصدر المعلومات ذو العلاقة الحميمة بالمدمن عادة ما يكون قد شاهده لفترة طويلة وفي بيئات وسياقات اجتماعية متباينة ، ومن ثم قد يكون لديه زخيرة من المشاهدات التي تسهم في بلورة عدد من الأفكار والتصورات حول المتغيرات والمقدمات التي سبقت التعاطي ودفعته له وعجلت بعملية الشرب .

الاستجابات للشرب وللامتناع عنه :

إن المنظومة الاجتماعية التي يعيش فيها المدمن تمثل أساساً لشبكة علاقاته الاجتماعية التي ربما تزوده بالمساندة والدعم الشديد للتوقف عن الشرب ، أو تيسر له العوامل التي تساعده على الاستمرار فيه على الرغم من العواقب الوخيمة التي تترتب عليه . ومن الممكن أن يكون هذا الدعم بسيطاً جداً ، من قبيل التعليقات الإيجابية وألوان التشجيع التي ينلقاها من أصدقائه وبعض أفراد أسرته ، أو الدخول معه في مناقشات ومفاوضات تفصيلية حول عواقب الاستمرار في الشرب والنتائج الإيجابية المتوقعة للامتناع عنه . ويساعد منحى الدعم المجتمعي⁽¹⁾ العملاء على الوصول لمصادر الدعم الإيجابية المحتملة (كالتعيين في وظائف محددة ، والأسر المساندة ، والنوادي الاجتماعية) ، ويعلم العملاء والمشاركين في البرامج العلاجية مهارات التعايش السلوكية ، ويطور لديهم ألواناً من التعاقد الشخصي التي تيسر لهم الوصول لهذه المصادر التعزيزية ، ومن ثم فإن هذه المصادر تساعدهم على التقليل من الشرب والاعتدال فيه . أضف إلى ما سبق أن أحد أفراد الأسرة الثقات يقوم بدور المراقب لنجاح العميل في التوقف عن الشرب والاستمرار في تنفيذ تعهداته الشخصية بعدم الشرب . وتفترض نتائج الدراسات العلمية التي أجريت بهدف اختبار نموذج الدعم المجتمعي أن العملاء سيكونون أكثر نجاحاً في التوقف عن الشرب من المجموعات الضابطة ، وفي الاحتفاظ بوظائفهم والاستمرار فيها ، وتجنب الإقامة بالمستشفيات لتلقى العلاج فترات طويلة أو الدخول للسجن ، والاستمرار في الإقامة بين أسرهم وذويهم وأصدقائهم .

وبالإضافة إلى تركيز العلاقات الرسمية على التعامل مع المتغيرات البيئية فإنها تركز كذلك على تعليم الأزواج وأعضاء الأسرة الآخرين كيف يسمحون للشارب بشكل طبيعي أن يعايش العواقب السلبية السيئة التي ستحدث له بسبب

(1) Community - Reinforcement approach .

شربه للمسكرات . إن كثيراً من الأزواج أو الزوجات يجتهدون بشدة لحماية أزواجهم (أو الطرف الآخر سواء أكان زوجاً أم زوجة) من التعرض لهذه العواقب والنتائج السيئة ، بالمداورة والتغطية عليه وعلى أنماط سلوكه بحيث لا يعرف عنها عمله شيئاً ، أو يقومون بدلا منه بأعماله اليومية الروتينية ، أو يكذبون على أصدقائه وأسرته بحيث يخفى عنهم أخبار شربه وما يترتب عليه (Orford et al., 1975) ، ومن ثم فإن التدخلات العلاجية يمكنها أن تعلم أحد أعضاء الأسرة كيفية السماح لهذه الأحداث والعواقب الوخيمة أن تحدث العبرة والعظة . كذلك يمكن لهذه العواقب السيئة أن تزيد من وعى الشارب وإدراكه لمدى حدة مشكلة الشرب وشدتها التي يعاني منها ، وتمده بمزيد من الدافعية لحمله على التغيير الإيجابي .

تقليل هاديات الشرب :

يمكن أن يساعدنا الأشخاص المهمين في حياة الشارب في التقليل من أنماط السلوك التي تعمل كشروط أو هاديات أو روابط تخلق داخله المناخ النفسي المهييء للشرب . مثال ذلك الزوجة التي ترغب أن يتوقف زوجها عن الشرب ، ومن ثم فنقوم بإزعاجه المتواصل وتسبب له باستمرار أنواعاً من الضيق والنكد والغم ، عن طريق تذكيره بما يسببه شربه لها وللأسرة من مشكلات ، وتنحصر كل آمالها في أن ذلك قد يدفعه للتغيير . وهناك الزوج الذي يريد أن يوقف زوجته عن الاستمرار في الشرب عن طريق السيطرة على سلوكها ، وتقييد حركتها لتصبح في أضيق الحدود بحيث لا تصل للمسكرات ، أو يقلل من مصروفها وما تحصل عليه من أموال بحيث يصعب عليها شراء الكحوليات . وغالبا ما يكون لمثل هذه التصرفات آثارا عكسية ، بحيث لا ينتج عنها إلا الغضب أو دفاع الشارب عن نفسه ، واندفاعه للحصول على مزيد من شرب المسكرات . وعلى الجانب الآخر ، نجد أن مساعدة شركاء الحياة (أزواج كانوا أم زوجات) على تحديد أنماطهم السلوكية ، وعلى إدراكهم للنتائج تصرفاتهم بهدوء ، وتعليمهم بدائل لميولهم واهتماماتهم السيئة ، وانتهاز الفرص التي يكونون فيها مهيين نفسياً لمناقشة سلوك الشرب برضا وحرية ، يمكن أن يساعدهم بوضوح على التقليل من الشرب .

المساعدة لتوقف التام عن الشرب :

يمكن أن يمدحنا الأشخاص المهمين في حياة المدمن بأشكال عديدة ومتنوعة من أيدي العون والمساعدة له أثناء محنته . ومن أهم أشكال المساعدة ،

مساعدته على تنفيذ التغيير السلوكي الإيجابي الذي وعدهم به ، ومناقشته بجدية في العوامل والمتغيرات التي تدفعه لمزيد من الشرب ، ومساندته في تنفيذ خطته التي تستلزم منه تجنب مواقف الشرب التي تعرضه للمخاطرة أو تهيبه له المناخ الملائم للشرب ، أو مساعدته - بناء على رغبته وطلبه - في التدريب على أنواع من المهارات المعرفية أو السلوكية التي تعيده إلى صوابه وحكمته السابقة .

تغيير علاقاته الاجتماعية :

بالنسبة للعديد من العملاء ، تسبب تفاعلاتهم وعلاقاتهم الاجتماعية السيئة مع أزواجهم وأطفالهم ووالديهم أو أصدقائهم الحميمين المزيد من الميل للشرب ، ولذلك يمثل العلاج الذي يركز على تغيير مثل هذه التفاعلات الشخصية المتبادلة السيئة ، طريقة أخرى يمكن للأشخاص المهمين في حياة المدمن المشاركة فيها . إن مشاركة هؤلاء الأشخاص المهمين في حياة المدمن يمكن أن تتمثل في بعض جوانب العلاج الزوجي والعلاج الأسري والتدريب على المهارات الوالدية . وتفترض بعض البيانات (McGrady, Stout, Noel, Abrams & Nelson, 1991) أن التركيز على تغيير العلاقات الزوجية خلال فترة تلقي العلاج النفسي والطبي من شرب المسكرات ينتج عنه مزيداً من عدم الإقبال على الشرب ، وحالات من الطلاق والانفصال أقل ، ومزيداً من الرضا الزوجي .

تكوين علاقات اجتماعية جديدة :

إن بعض العملاء ليس متاحاً لهم أصلاً وجود علاقات ولا منظومات اجتماعية حتى يمكن تعديلها . ومن ثم فإنه من المهم - بالنسبة لهؤلاء - أن تطور طرقاً تتيح لهم الفرصة لتكوين منظومات من العلاقات الاجتماعية التي يمكن أن تمدهم بدعم مخالف لعملية الشرب بحيث يساعده على التقليل منها أو الامتناع عنها تماماً ، أو بشكل لا يمكنه من الجمع بينهما بحال من الأحوال . وتعد جماعات المساعدة التي وصفناها مسبقاً واحدة من المصادر الأساسية للقيام بمثل هذه المساندة وتكوين علاقات اجتماعية جديدة . كذلك فإن الجماعات الدينية التي تحرم تماماً استخدام المسكرات ، تمثل أحد أهم المصادر التي إذا انضم إليها ، وانغمس فيها واقتنع بتنفيذ بعض مبادئها ، فإنها ستكون - في هذه الحالة - من أفضل جماعات المساعدة والعون لتوقفه التام عن الشرب .

كذلك فإن هناك بعض النشاطات الجماعية التي تقف حائلاً دون سلوك الشرب أو التقليل منه ، أهمها الدخول في سباقات ، والجري ، والسفر ، والمشي ، وسباقات الدراجات الجماعية ، واختراق الضاحية الجماعية . ومن سوء الحظ ، أن بعض هذه الجماعات التي تمارس بعض الرياضات قد يمثل الشرب أحد مظاهر حياتهم الاجتماعية ، ومن ثم فإن المعالج وعميله بحاجة للبحث بعناية عن إحدى الجماعات الرياضية النشيطة التي ترفض شرب المسكرات ، ولا تتضمن معاييرها الجماعية والاجتماعية السماح بشرب المسكرات .

والخلاصة ، أن القرارات المتصلة بالسياق الاجتماعي لعلاج الكحولية تعد قرارات معقدة وصعبة ويجب أن يتضمن التقدير العيادي المبدئي لهذه المشكلة وجود أحد الأشخاص المهمين في حياة العميل الذي جاء طالباً للعلاج (أحد الأشخاص على الأقل) . وينبغي أن يكشف هذا الفحص المبدئي عن كون هذا الشخص ، وبالمصادر الممكنة والمتاحة لبذل سلوك العون والمساندة أثناء فترات العلاج ، وما مصادر الدعم في حياة هذا العميل . وللأسف فإن كثيراً من العملاء - أو بعضهم - ليس لديهم مثل هذه المصادر وليس في إمكانهم الحصول عليها أو التوصل إليها ، ومن ثم فإن أمثال هؤلاء يكونون بحاجة لتطوير وتكوين منظومات من العلاقات الاجتماعية الجديدة .

متغيرات المعالج :

إن علاقة المعالج بالعميل والموقف العلاجي الذي يتخذه إزاءه تعد من الأمور المهمة في أي شكل أو نوع من أنواع العلاج . إن التعاطف والتفهم البادي من قبل المعالج ، والإنصات الفعال ، وغرس الأمل في نفس العميل ، وبناء الإحساس والثقة بأنه يمكنه التخلص من هذه المشكلة كلية ، وتحديد الأهداف العلاجية الواضحة والتي سيتعاون كل من المعالج والعميل تعاوناً حثيثاً على تحقيقها ، وسيعملان معاً من أجلها ، تعد من الأمور الأساسية لنجاح العلاج (Miller, 1985) . لقد وضع ميللر ورولك (Rollnick Miller (1991) ملحقاً كاملاً للعلاج تحت مسمى «المقابلة الدافعة»^(١) والتي تحدد العلاقة العلاجية المبنية على التفهم والتعاطف والنظرة الإيجابية للعميل من قبل المعالج ، في الوقت الذي يساعد المعالج فيه العميل على خلق إحساس بالتنافر والتعارض بين الموقف

(1) Motivational interviewing .

والرغبات الراهنة له وأهدافه الشخصية ، لدفعه وحثه نحو مزيد من التغيير ورفع دافعيته لذلك . وغالبا ما يكون العمل مع العميل الكحولي عملا صعبا ، بسبب كل من سلوكه الشخصي أثناء العلاج وتاريخ شربه المتصل بأنماط من السلوك ربما يراها المعالج ويدركها على أنها بغيضة ومثيرة للاشمزاز .

كما أن العميل قد يكذب على المعالج أو يقلل من أهمية موضوع الشرب أثناء خضوعه للعلاج ، ومن ثم تصبح العملية العلاجية والعلاقات العلاجية شديدة التعقيد والصعوبة . وإذا ما شارك أحد الزوجين في العلاج ، فإن العلاقة العلاجية تصبح كذلك أكثر تعقيدا ، لأن التعامل مع عميل يعاني من مشكلات كحولية في وجود شريك لحياته يريد منه التوقف عن الشرب تماما أو تقليله ، أمر سيحتم على المعالج أن يقلل من دور هذا الشريك خوفا من ثورات غضبه على العميل . وربما يحاول هذا الشريك أن يزيد من تحالفه مع المعالج عن طريق ترديد وإعادة تعليقات المعالج على مسامح شريك حياته (العميل) ، وقد يعبر عن غضبه إزاء سلوك يبدية العميل مما يضعهما معا في موقف مواجهة عنيفة أثناء العلاج ، أو قد ينتج عن هذا السلوك الغاضب حمل العميل على الإذعان والخضوع ، وقد يجعله عدوانيا على المستوى اللفظي على الأقل أو مسيطرا ، وقد يرفض مشاركة الشريك في العلاج على الرغم من علاقته الحميمة به .

ويبدو أن اتجاهات المعالج إزاء العميل وما يبدية من أشكال من السلوك المساند ، أمور تدفع في اتجاه مزيد من نجاح العلاج . وأول هذه الاتجاهات الإيجابية ، الإحساس بالتعاطف والتفهم بما يشعر به العميل . وعلى المعالج أن يطور نوعا من الفهم لخبرة العميل الذاتية التي يدخل بها العلاج لأول مرة ، ويسمح لبعض أشكال السلوك التي تريكه على المستوى الشخصي في الظهور على الرغم من إنها غالبا تكون غير مقبولة اجتماعيا . ويحتاج المعالج - بالإضافة إلى ما سبق - أن يدرك تماما الصعوبات التي لا تصدق والتي سيواجهها طوال فترات العلاج ومحاولته التغيير من ممارسة الشرب إلى عدم الشرب . وربما يطور المعالج هذا التقبل ببذل محاولات لتغيير السلوك الإدماني بإدارة العميل ورغبته الشخصية عن طريق إلحاقه باجتماعات إحدى جماعات المساعدة الذاتية ، والإنصات له بعناية .

وثاني أهم المهارات المهمة للمعالج ، هي قدرته على التمييز بين الفرد وأنماط سلوكه المتصلة بالشرب . ويحتاج المعالج لأن يكون قادرا على أن يسمح

لعميله بوصف تصرفاته المتصلة بالشرب من دون أن يشعر بأن المعالج قد يرفضها أو يبدى كراهية لها ، ودون الشعور أيضا بأن المعالج سيتغاضى عنها أو يبغضها أو يوافق عليها ويتقبلها . ويجب على المعالج أن يحرز هذا التوازن الدقيق ، خاصة عندما يصف العميل نوبات الشرب بطريقة مضحكة وهزلية تخبيء وراءها ضروبا من الضيق والغثيان والاشمزاز . ويحتاج المعالج أن يشجع العميل على مناقشة تصرفاته ، ويحس بمرارة المشاعر السلبية المرتبطة بها ، كعنصر من عناصر دافعيته للتغيير . ويحتاج المعالج فى الوقت نفسه أن يغرس الأمل فى نفس العميل عن طريق توقعه التغييرات الإيجابية المرتبطة بالتغييرات التى تطرأ على سلوك الشرب ، ويؤكد له أنه يمكنه ذلك عن طريق تعلمه مزيدا من مهارات تغيير سلوك الشرب ، وتجاهل معظم أنماط سلوكه المرفوضة اجتماعيا وأخلاقيا ودينيا . وهكذا تكون الرسالة الضمنية التى يرسلها المعالج للعميل ، هى «عليك القيام بعدد من الأشياء عندما يلح عليك الشرب وعندما يضغط عليك فعل العادة حتى لا تمتلى حياتك بالكرب ، وأن تعمل من أجل الآخرين الذين يساعدونك ويلتفون من حولك» .

«وكونك تعالج فهذا معناه أنك تريد تغيير بعض أمورك السلبية . ومن المهم أن تتحدث عن الأشياء والأمور التى ستؤديها وتقوم بتغييرها أثناء الشرب ، لأنك عندما تكون على وعى شديد بها ، سيتخلق لديك حافز قوى للامتناع عن الشرب والتوقف عن ممارسة هذه الأمور والأفعال والتصرفات المرتبطة به . كما يجب أن تدرك أن قيامك بهذه التغييرات الإيجابية سيستغرق وقتا ربما يكون طويلا وسيحتاج لبذل جهد شديد وكثير من العمل من جانبك ، ولكن اعتقدى الصارم أنك ستنجح إذا ما تمسكت بالعلاج ولزت به . ويمكن لمثل هذه الرسالة أن تكون إيجابية فى شأن التغيير ولكنها يمكن أن يكون سلبية بشأن السلوك المتصل بشرب المسكرات» .

أما الصفة الثالثة التى ينبغى أن يتحلى بها المعالج فهى الصدق والأمانة . إنه من الصعب على بعض المدمنين والعملاء أن يكونوا صادقين وأمناء ، بسبب شعورهم بالكرب والهم بسبب تاريخ الدعم الطويل لسلوك الشرب اجتماعيا ؛ وبصفة خاصة ، أمانتهم فى وصف نوبات الشرب وأحداثه ، وفشلهم فى أداء واجباتهم المنزلية وغير المنزلية (المهنية) ، ووصف مشاعرهم واتجاهاتهم حول كونهم يخضعون لأحد البرامج العلاجية بسبب سلوك الشرب . ومن ثم يكون على

المعالج أن يدرك مدى صعوبة هذا الأمر بالنسبة لعميل يمر بهذه الخبرة لأول مرة، ومن ثم صعوبة أن يكون أميناً لأنه اعتاد على الكذب التوافقي طوال حياته الماضية، ولذا ينبغي أن يتضمن العلاج جزءاً يستهدف تعليم العميل الصدق والأمانة لأنه ليس بحاجة للكذب وسط هذا المناخ العلاجي الآمن المطمئن .

وعلى المعالج أن يجعل من نفسه نموذجاً ومثالاً حياً وواقعياً للصدق والأمانة . وعلى المعالج أن يتجاهل رائحة الكحول التي يشمها من فم العميل وتنفسه، وعليه أن يراجع معه الواجب المنزلي الذي يكلفه به أسبوعياً .

ويدخل ضمن العناية بتغيير سلوك العميل السيئ، تعليمه أهمية الإصرار على الوفاء بتعهداته والتزاماته التي قطعها على نفسه، وأن يتيح المزيد من الفرص التي تمكن كل من المعالج والعميل على تحديد مشكلاته بعناية وإحراز مزيد من التقدم في العلاج والتخطيط لإنجاحه بكل الوسائل الممكنة .

ولابد أن يكون المعالج قادراً على وضع توقعات معقولة حول مسئوليات العميل إزاء العلاج، بالإضافة إلى وضع الحدود الملائمة لذلك، وأهمها: توقع العميل حضوره الجلسات العلاجية المحددة بمواعيد مسبقة، وأن يتصل بالمعالج هاتفياً إذا عجز عن الحضور قبل الموعد التالي بوقت كاف، وأن يكون قادراً على تسديد تكاليف العلاج باستمرار، وأن يحضر جلسات العلاج بسلوك رصين ووقور، وأن يؤدي الواجبات المنزلية المكلف بها . وعلى المعالج أيضاً أن يفى بالتزاماته وتعهداته العلاجية بحضور الجلسات في مواعيدها المحددة، وأن يكون متاحاً لعميله عند اتصاله به هاتفياً، وأن يتنازل عن بعض الأتعاب عند اللزوم، وأن يسانده في كل حين، وأن يقدم لعملائه تلك الأنماط والأساليب العلاجية التي تساندها أفضل الأدلة العلمية والتجريبية التي تشير إلى كفاءتها وفعاليتها . وعليه أن يكون واضحاً فيما يتصل بالتوقعات الخاصة بسلوك العميل أثناء العلاج، وهي التوقعات التي تؤكد مدى التزام المعالج بتنفيذ العلاج باعتباره عملية شديدة الجدية والأهمية .

متغيرات العميل:

على المعالج أن يكون على وعى وحساسية بعدد من القضايا والمسائل التي يحضر بها بعض المدمنين الذين يعانون من مشكلات الشرب للعلاج . وفي حين أن بعضاً من هذه المسائل انبثقت عنها نتائج البحوث التجريبية، فإن بعضها الآخر

قد استنتجناه من المشاهدات الكلينيكية ، ومن ثم فإنه يتطلب مزيداً من البحث لجلب مزيد من الثقة والتأييد له .

ومن الجوانب المهمة فى تنفيذ الخطة العلاجية (وذلك وفقاً لما طرحناه فى الفقرات السابقة) ، أن يأخذ المعالج فى اعتباره الخبرات العاطفية للعميل ، واعتقاداته واتجاهاته ، والسياق الاجتماعى الذى يتم فيه شرب المسكرات .

ويكون للعميل مجموعة متباينة من ردود الأفعال والأرجاع إزاء إدراكه المبدئى ولأول مرة بأن شربه للمسكرات سيسبب له بعض المشكلات المتباينة . ومن أكثر المشكلات شيوعاً فى هذا المجال ، وهى مشكلة تراكمية تمثل نتيجة سلبية له ، تتجسد فى شعوره بأنه لا يستطيع السيطرة على سلوكه وعلى مشاعره ، والشعور بالخزى والعار إزاء تصرفاته وهو تحت تأثير الكحول . وربما تكون تصرفاته غير مقبولة منه ووفقاً لمعايير الشخصية والاجتماعية . ومن هذا القبيل أيضاً عجزه عن تحمل مسئولياته المالية أو مسئوليات العمل والوظيفة ، وتجاهله لأسرته وإهماله لها ، وتورطه فى كثير من أفعال العنف الجسمى ، والنطق بألفاظ بذيئة ، وهذه كلها أفعال وتصرفات وأقوال يشعر إزاءها العميل بالذنب الشديد واللوم الشديد لنفسه . إن توقعه بضرورة الاعتراف بهذه التصرفات أمام شخص غريب يعرفه لأول مرة ، يعد أمراً مرعباً ومفزعاً ومريكاً ، بحيث يكون من الصعب على العملاء مناقشة المشكلات المرتبطة بسلوك الشرب . ولأن عدداً من العملاء يعززون مشكلاتهم لضعفهم أو لعجزهم فى قوة إرادتهم ، ويعتقدون أنهم لو كانوا أشد قوة وأكثر إرادة ، لما كان لهذه الأحداث أن تقع ، أو لما وقعت هذه الأحداث ، ومن ثم فإنهم يلومون أنفسهم . وهكذا نجد أن بعض العملاء يكون من الصعب عليهم أن يكونوا صادقين وأمناء مع أنهم يريدون ذلك ، ويكونوا حساسين بطريقة غير معتادة للانتقادات الضمنية من قبل المعالج . ويستطيع المعالج أن يخفف من حدة هذه الصعوبة بعمل تعليقات تعاطفية أثناء طرحه تساؤلات محددة ، وعن طريق إعطاء العملاء الفرصة لمعرفة أن كثيراً من تصرفاتهم يعد أمراً شائعاً بين المدمنين للشرب ، وعن طريق الأوصاف التى يدلى بها العملاء للتصرفات المرتبطة بالشرب بطريقة مقبولة .

ويتمسك العملاء بعدد من الاعتقادات والاتجاهات المرتبطة بشرب المسكرات ، وضعف قدرتهم على التغيير مما يجعله أمراً صعباً . وللكحوليين توقعات إيجابية حول آثار الكحول وتأثيره على المشاعر والسلوك ، ومن ثم فهم

يتمسكون بهذه الاعتقادات بشدة جوهرية إذا ما قورنوا بغير الكحوليين . ومن ضمن اعتقاداتهم ، أنهم ربما يعزون شربهم للمسكرات إلى أسباب وإعزات خارجية لا علاقة لها بذواتهم وتصرفاتهم ، ومن ثم فهم يعتقدون أنهم غير مسئولين شخصيا عن مشكلة الشرب أو سلوك عدم الشرب . وربما تكون كفاءتهم الذاتية⁽¹⁾ منخفضة ، كفاءتهم الذاتية حول قدرتهم على تغيير سلوك الشرب ، ومن ثم فإنهم يتمسكون بهذه الاعتقادات بشكل أكثر قوة جوهريا إذا ما قورنوا بغير الكحوليين ، كما أنهم يدركون أنفسهم على أنهم يمكنهم معالجة المواقف المرتبطة بالكحول بدون الشرب أو ربما يدركون أنهم لديهم كفاءة ذاتية عالية بشكل غير واقعي ومبالغ فيه وليس له أى أساس من الصحة . وأخيرا ، فإنه إذا ما توقف العملاء عن الشرب ، ثم عادوا لمعاقرته مرة ثانية ، فإنهم سيعانون من التنافر المعرفي⁽²⁾ ، وربما يعانون من خبرة «تأثير أو أثر انتهاك الامتناع عن الشرب»⁽³⁾ ، والعودة له مرة أخرى (Martatt & Gardon, 1985) ، وهو تأثير يتصف بالأرجاع التفاقمية السلبية ردا على الشرب المبدئي للكحول ، والإدراك الذاتى بأنهم يضربون بامتناعهم عن الشرب عرض الحائط ، وأنهم سيعودون لا محالة إلى أنماط شربهم السابقة .

أهداف علاج شرب المسكرات :

إن المجال الجوهرى الأخير الذى يجب أن نأخذه فى اعتبارنا عند التخطيط لعلاج مشكلة شرب المسكرات هو اختيار وتحديد أهداف علاج شرب المسكرات . ترى المنحى التقليدية لعلاج الكحولية أن تحقيق الامتناع عن الشرب يعد الهدف العلاجى الوحيد والملائم فى الوقت نفسه ، لأن هذه العلاجات التقليدية تنظر لمشكلة الكحولية على أنها مرض تفاقمى يمكن أن يحط رحاله فقط بعملية التوقف أو الامتناع عن الشرب . أما المعالجون السلوكيون ، فقد وضعوا أهدافا علاجية بديلة وأكثر تواضعا عن الامتناع عن الشرب كهدف علاجى ، وحاولوا فحصها واختبارها ، وطوروا عددا من الاستراتيجيات لتعليم العملاء كيف يشربون بشكل معتدل ومتوازن ، ولكن بديل تدريب العملاء على الشرب باعتدال هذا يظل علاجا مثيرا للخلاف والجدل الشديدين ، كما أن المعالج الذى يتبنى هذا المنحى

(1) Self-efficacy .

(2) Cognitive dissonance .

(3) Substinece violation effect .

وتقديمه كعلاج للعملاء ، عليه أن يكون دائماً على استعداد لتلقى مزيد من الانتقادات العنيفة والقاسية من التيار الأساسي الذي يمثل المجتمع المعالج للكحولية .

ويفترض عدد من الدراسات أن النتائج طويلة الأمد للكحولية تتضمن تقليل الشرب كهدف علاجي وكمرحلة أولى (أنظر مثلاً : Helzer et al., 1985; Vaillant, 1983) ، ولكن البيانات والنتائج المتصلة بنجاح التدريب على الشرب المعتدل كهدف علاجي نتائج مختلطة ومتضاربة وليست حاسمة .

ومع ذلك ، قد كشفت دراستان أو ورقتان أن إفساح الفرصة أمام العملاء لاختيار الأهداف العلاجية بأنفسهم يزيد من ثقتهم في العلاج وخضوعهم له وتنفيذ تعليماته ، مما يحسن النتائج العلاجية (Orford & Keddie, 1986, Ojehegan, & Berglund, 1989) .

لقد ناقش مجتمع المعالجين الامتناع عن الشرب كهدف علاجي مناقشة مستفيضة (راجع : Nathan & McCrady, 1987; McCrady, 1992) ، واستمرت مناقشتي أنا له فترات طويلة ، ومع ذلك انتهيت وانتهى المجتمع العلاجي إلى أن الامتناع عن الشرب يعد الهدف العلاجي الأسْمَى ، لأنه يمكن تعريفه وتحديدده بسهولة وبوضوح ، ويمكنه أن يتسق والممارسة العيادية المعتادة ، وأن يتسق والمعايير الاجتماعية كأهداف لعلاج الكحولية في كل أنحاء العالم . كما أن الموافقة على الشرب المعتدل كهدف علاجي أو تدريب العميل على ضبط الشرب والسيطرة عليه ، ربما يدعم لديه وجهة النظر المشوهة والاعتقاد الخاطئ بأن الكحول مادة مخدرة ذات قيمة رفيعة ، وهي وجهة النظر التي نعتقد أنها لا معقولة وغير منطقية . ومع ذلك فإن توظيف الشرب المنخفض كهدف علاجي ربما يكون هدفاً ملائماً في ظل ظروف محددة .

إن الشرب المعتدل ربما يستخدم كهدف مؤقت لانخراط العميل في العلاج ، وربما يستخدم عندما لا يوافق العميل على الإمتناع عن الشرب أو التوقف التام ، ولكنه يريد فقط المساعدة للتغيير ، أو ربما يستخدم عندما يظهر علامات قليلة للاعتماد على الكحول ، ولا تكن لديه أية مشكلات طبية يمكن أن تثير لديه مشاعر الاستمرار في الشرب ، وعندما يكون صغير السن ، أو مراهقاً ، وليس لديه تاريخ أسرى للمشكلة الكحولية . وإذا ما أقدم المعالج والعميل على اختيار الشرب

المعتدل فإن فترة الامتناع الأولية عن الشرب غالبا ما تيسر على العميل إمكانية الشرب باعتدال .

ويجب على المعالج - عند اختيار التدريب على الشرب المعتدل كهدف علاجى - أن يساعد العميل على إدراك العواقب الوخيمة المحتملة للشرب المكثف، وأن يختار بشكل متعقل وهادف وعلمى هدفه العلاجى بنفسه . ويجب على المعالج كذلك أن يدرك أن أى هدف علاجى مبدئى للشرب ينبغى أن ينظر إليه على أنه هدف مؤقت وتجريبي يعاد تقييمه كلما تقدمت مراحل العلاج .

دراسة حالة :

الحالة التى سنقدمها هنا كانت عبارة عن زوجين (١) كانا يعالجا ضمن مشروع بحث لتقييم مناحى علاجية مختلفة ، ومدى كفاءتها فى جعل العملاء يحافظون على مكاسبهم العلاجية ، ويحتفظون بتغييرهم الإيجابى الذى حدث بعد خضوعهما لعلاج سلوكى مشترك (٢) للكحولية .

وكانت عينة الدراسة العلاجية عبارة عن أزواج يُفترض فيهم أنهم متزوجون أو يعيشون عيشة الأزواج (٣) لمدة ستة أشهر على الأقل ، ولا يمكن تصنيفهم ضمن حالات سوء الاستخدام الأولى للمخدرات (٤) ، أو يعانون من زملة الدماغ العضوية الجسمية أو يعانون من اضطرابات عقلية . ولم يكشف الزوج عن أى دليل لسوء استخدام الكحول أو الاعتماد عليه .

وخضع جميع الأزواج الذين يمثلون عينة الدراسة (التي أخذنا منها هذه الحالة) لعلاج سلوكى مشترك بالعيادة الخارجية لفترة تتراوح بين ١٥ - ١٧ أسبوعا بواقع جلسة واحدة أسبوعيا ، ووافقوا جميعا على إجراء تقدير نفسى عيادى (٥) يمثل دراسة لخط الأساس ، وآخر بعد مرور ثمانية عشر شهرا تمثل فترة المتابعة ، وبعد انتهاء الإجراءات العلاجية .

- (1) Couple .
- (2) Conjoint behavioural treatment .
- (3) Cohabiting .
- (4) Primary drug abuser .
- (5) Clinical psychological assessment .

«كارل Carl» و«ماريا Maria» متزوجان ، ويبلغ عمر كل منهما ٣٢ عاماً، أتيا لتلقى علاج نفسي بسبب شرب كارل للمسكرات . وبالنسبة لماريا فقد كانت متوسطة الطول ، ذات شعر طويل أسود جعدى (متموج) ، وذات وزن ثقيل تماماً ، فى حين كان كارل متوسط الطول كذلك ، ولكنه كان ذا شعر أشقر ، وكان جسمه نحيلاً ، وقد كشف عن بدايات لكبر البطن بسبب كثرة شرب البيرة ، ولكن كان كلاهما شديد الأناقة والجاذبية .

كان كارل أو ماريا متزوجين منذ خمس سنوات ، وقد التقيا معا منذ أحد عشر عاماً ، ولديهما طفلان من الذكور ، عمر أولهما ثلاثة أعوام وثانيهما كان عمره عامان . وينتميان لأسرتين متماسكتين على الرغم من أن والد كارل قد مات منذ سنوات عديدة ، وتمتد جذور أسرة كارل للشعب البولندى فى حين كانت ماريا من أسرة لها جذور إيطالية .

ولقد انفصل كارل عن ماريا لمدة خمسة شهور أثناء فترة العلاج . وكان يعيش مع والدته بمنزلها ، بينما كانت ماريا تعيش فى شقة ذات حجرة نوم واحدة بأحد الأحياء الفقيرة مع طفلها . وكانت تعمل مصففة شعر خبيرة فى حين كان كارل يعمل نجاراً يصنع أرائك الجلوس للصالات العامة . وكان كارل لا يعمل لأنه لا يريد مساندة ماريا أو طفلها حتى لا ترفع دعوة طلاق . أضف إلى ما سبق أنه إذا لم يعمل لفترة زمنية محددة ، سيكون بمقدوره تقاضى معاش تقاعد من الحكومة ومن الغرفة التجارية ، وكان يعتقد دائماً أن هذا طرقة سهلة للحصول على المال بلا عمل . وكانت ماريا لا تعمل هى الأخرى لأنها ذكرت أن كارل قال أنه سيخدم الطفلين ويرعاهما بينما أنا التى ستعمل ، وأنها تشعر أنه ليس جادا فى كونه سيأتى لبيتها (فى شقتها) لرعاية الطفلين فعلاً . وكانت تعيش على الإعانات الاجتماعية ، وكانت تعمل بعض الوقت فى بعض الأعمال ، وكان كلاهما خريج مدارس عليا .

ولقد أتى الزوجان لتلقى العلاج بإلحاح من ماريا ، لأنها هى التى قرأت إعلانا بجريدة محلية يتصل بوجود عيادة تجرى مشروعاً بحثياً لعلاج الأزواج الكحوليين ، وأقنعت كارل بالحضور للعيادة . لقد اهتمت بمشكلة الشرب التى يعانى منها كارل ، وترى أنها السبب الرئيسى لانفصالهما وتعرضهما للطلاق .

التقدير السلوكي والإطار النظري للحالة :

لقد تم فحص وتشخيص كارل وماريا مستخدمين مناحى عديدة . وكان

فحصهم وتقديرهم الكلينيكي فحصا مكثفا على غير المعتاد في الممارسة العيادية بسبب انخراطهما في المشروع البحثي العلاجي ، ومع ذلك كانت العناصر الأساسية في الفحوص قابلة للتطبيق تماما في الممارسات الكلينيكية .

التقدير الكلينيكي لمشكلات الشرب :

لقد تم استخدام المقابلة الكليديكية لتقدير مشكلات الشرب لدى «كارل» وللكشف عن تاريخ الشرب ومدى إدراكه لهذه المشكلات في الوقت الراهن . وكان يتم استخدام جهاز تحليل الزفير (التنفس) اليدوي⁽¹⁾ في بداية كل جلسة لقياس مستوى الكحول الراهن في الدم⁽²⁾ . وبالإضافة إلى ما سبق تم تطبيق مقابليتين مقننتين هما مقابلة الكشف عن فترات التعاطي السابقة⁽³⁾ (TLFB; Sobell, Maisto, Sabell, Cooper, & Saunders, 1980) والكحول من المقابلة الدولية التشخيصية الشاملة - صيغة سوء استخدام المواد النفسية المخدرة⁽⁴⁾ (CIDISAM; Robins, et al., 1988) . ومقياسين للتقدير الذاتي هما اختبار ميتشجان لفرز واكتشاف الحالات الكحولية (Selzer, 1971) ، ومقياس الاعتماد على الكحول (ADS) (Skinner & Allen, 1982) يستخدمان كلاهما للحصول على معلومات كاملة عن شربه للمسكرات وتاريخه بالتفصيل .

ولقد حضرت ماريا جميع جلسات التطبيق وجميع المقابلات ، وذكرت لنا كثير من المعلومات الإضافية ، وتحاول مقابلة الكشف عن فترات الشرب السابقة جمع معلومات دقيقة وموثوق بها عن سلوك الشرب يوميا خلال فترة محددة قبل خضوعه للعلاج . لقد جمعنا معلومات عن سلوك شربه للمسكرات على مدى الستة شهور السابقة على علاجه بما يتفق وأهداف هذه الدراسة ، موجهين العملاء بحيث يتذكرون كذلك الإشارات والهاديات التي كانت تيسر لهم الاستمرار في هذا السلوك ، مثل الأحداث الاجتماعية البارزة في حياتهم ، والعلاجات الطبية ، والإجازات ، والمناسبات والأعياد الدينية والاجتماعية والوطنية . وانتهت معلومات هذه المقابلة إلى أن «كارل» كان يشرب المسكرات يوميا طوال الشهور

(1) Hand-held breathalyzer .

(2) Current alcohol level (CAL)

(3) The time line followback interview (TLFB) .

(4) The composite international Diagnostic interview-substance abuse module (CIDI-SAM)

الستة السابقة على العلاج . وكان اليوم الوحيد الذي يتوقف فيه عن الشرب هو اليوم الذي كان أصدقاؤه يمتنعون فيه عن الشرب بسبب الإفلاس أو بسبب الاضطرابات المعديّة والمعدية الشديدة (كانوا يصبحون سكرانين أو ثملين ، ويهزون بكلام من قبيل : أنهم بحاجة لمزيد من أدوات وآلات النجارة ، ويعتقدون أنهم بحاجة لمزيد من المخازن وأنهم عليهم اقتحام بعض مخازن النجارة للحصول على هذه الأدوات والآلات) . إن مشروباته الروحية المفضلة هي البيرة والفودكا . ولقد ذكر كارل، أن أكثر يوم تعددت فيه مرات الشرب كان اثنان وثلاثون مرة ، وكان متوسط عدد مرات شربه المعتاد يتراوح بين عشر واثنى عشرة مرة يومياً .

أما مقابلة القطاع الكحولي من المقابلة التشخيصية الدولية الشاملة : قسم سوء واستخدام المخدرات ، فكانت تجمع معلومات عن أنماط السلوك الشاذة المرتبطة بالمحكات الضرورية اللازمة للتوصل إلى تشخيص سوء استخدام الكحول أو الاعتماد عليه . وتطابقت حالة «كارل» مع محكات تشخيص الاعتماد على الكحول الواردة في الطبعة المعدلة من الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية (DSM-III-R) (1987) والطبعة الرابعة (DSM-IV, 1994) ، حيث تبين أن «كارل» يشرب الكحوليات منذ أن كان طالباً بالمدرسة العليا ، كما تبين أن أول مشكلة عانى منها بسبب شربه للمسكرات ، كانت إنذاره وتهديده بالطرده من عمله ثلاث مرات ، وهي المرات التي توقف فيها عن الشرب اليومي ، اثنان منهما في الشهر نفسه الذي كان يبحث فيه عن علاج لمشكلاته ، أما المرة الثالثة التي توقف فيها عن الشرب فكانت بسبب إفلاسه والمعاناة من اضطراباته المعديّة والمعدية والمعدية الناتجة عن التسمم الكحولي . أما تهديدات المشرفين على العمل له ، فكانت بسبب تأثير التسمم الكحولي على عمله ، والمشكلات الناتجة عن علاقاته السيئة بزوجته ، وشعورهم بأنه قد أهمل مسؤولياته تجاه زوجته وأولاده .

وشعر «كارل» بفقدان الذاكرة المؤقت ، وعند فحصه بإختبار الاعتماد على الكحول (ADS) تبين أنه عانى مرات عديدة من الأعراض الانسحابية المرتبطة بالاعتماد الجسمي على المسكرات ، وأنه كان يشرب الكحول في الصباح يومياً ، وكان يشعر بالهلع والرعب عندما يتصور أنه لن يكون في مقدوره الحصول على المخدرات أو الكحول عندما يحتاج إليه ، وكان يتعدد شربه مرات عديدة طوال

اليوم ، ومع ذلك ، فقد ذكر أنه لم يشعر مطلقاً بأى عرض من الأعراض الانسحابية الجسمية الناجمة عن اعتماده على الكحوليات . كما ذكر أنه لا يعاني من أية مشكلات صحية أو عاطفية (مزاجية) بسبب شربه للمسكرات . وعندما سأله عن أهدافه من العلاج ، ذكر أنه يريد تقليل الشرب تماماً وأن يشرب باعتدال ، في حين أصرت زوجته على ضرورة التوقف الكامل عن الشرب ، وأن يعمل بكامل إرادته لتحقيق هذا الهدف ، ووافق «كارل» على ذلك .

ومن الأساليب التي استخدمناها في التقدير الكلينيكي للكشف عن المتغيرات والظروف السابقة على الشرب لدى «كارل» ، استخبار أنماط الشرب^(١) (DPQ) (Zitter & McCrady, 1979) مشتملاً قوائم للظروف ومقدمات الشرب أو إلحاحات الشرب البيئية ، والمعرفية ، والعاطفية والشخصية المتبادلة ، والعوامل الشخصية الذاتية . وأشارت استجابات «كارل» على أسئلة هذا الاستخبار إلى أنه قد خبر جميع مقدمات الشرب خلال الشهور الستة السابقة على العلاج ، وأضافت «ماريا» كثيراً من المعلومات التي تشير إلى آراء «كارل» حول الشرب . كما طلبنا منهما «ماريا و كارل» أن يرتبا - من وجهة نظرهما - أشد هذه المتغيرات والظروف تأثيراً على «كارل» ، وانتهيا إلى أن المتغيرات والظروف البيئية كانت من أكثر المتغيرات أهمية وتأثيراً على مسألة شرب «كارل» ، ومن أهم هذه المتغيرات أماكن الشرب ، كالحانات ، وفي بيت والدته ، وفترات ما بعد الظهر حيث يكون قد أنهى عمله ، وفي المناسبات الاجتماعية والدينية ، وعندما يكون وسط جماعة من الأشخاص الحميمين المشهور عنهم الشرب . أما ثانياً مجموعة من هذه المتغيرات البيئية ، فهي هاديات الشرب المرتبطة بعلاقات كارل الاجتماعية مع زوجته ، كالمناقشات الحادة بينهما ، والشعور بالغضب الشديد ، والشعور بالضيق والنكد الشديد ، وعندما يقضون معاً أوقاتاً سعيدة . وثالث هذه المتغيرات أهمية ، فهي المتغيرات الفسيولوجية . كالشعور بالملل والأرق والتعب الجسمي . وعلى الرغم من أننا استخدمنا «استخبار أنماط الشرب DPQ» في بحثنا الكلينيكي ، فإننا قد طبقنا استخباراً بديلاً يقيس مقدمات الشرب ، ويسمى «قائمة مواقف الشرب»^(٢) (IDS;Annis, 1982) وهي عبارة عن قائمة قصيرة تحصر المواقف التي يكثر فيها الشرب بكثافة .

(1) Drinking patterns questionnaire (DPQ) .

(2) Inventory of drinking situations (IDS) .

ولقد استخدم «كارل» بطاقات التسجيل الذاتي⁽¹⁾ أثناء العلاج لتسجيل عدد مرات الشرب وعدد مرات الإلحاح . ومراجعة المعلومات التي سجلها في هذه البطاقات والأحداث البارزة المرتبطة بشربه وعدد مرات الإلحاح ، تبين بوضوح أن أصدقاءه الحميمين الذين يشربون بكثافة كانوا من أهم المتغيرات الاجتماعية الدافعة له للشرب . كما كشفت بطاقات التسجيل عن أن شعوره بالملل والاستياء والضجر كان من أهم المتغيرات المرتبطة بإقباله على الشرب . وعندما يكون مع زوجته بالبيت ، يكون طفليهما في أوج نشاطهما الشديد مما يجعله يترك المنزل ويذهب لأي مكان آخر . وهو لا يكره الشعور بالضجر والملل والقلق والاستثارة لكي يبرر إقباله على الشرب ومن ثم يقتل هذا الملل والقلق . وأخيراً ، اتضح من مناقشة نوبات الشرب الشديدة التي تعثره والتي تم تسجيلها في بطاقات التسجيل، أن كارل يشعر بالإلحاح الشرب عندما تذكره ماريا ببعض الأخطاء والمشكلات التي سببها لها ولطفليه (كعدم شراء بعض الكتب واللعب لطفليه) وعندما تحاول دفعه لتحمل بعض مسؤولياته أو يتحمل تبعات بعض تصرفاته أو عندما يشعر أنه يوشك أن يقع في مشكلة حتى لو لم تكن متصلة بزوجته وطفليه ، وحتى لو لم تبد «ماريا» أي شيء واضح .

وتم استخدام الاستخبارات وبطاقات التسجيل الذاتي أيضا لتقدير مدى تعايش «ماريا» مع شرب «كارل» فقد سجلت بنفسها إدراكاتها لشربه يوميا على مقياس «ليكرت» الرباعي (لا يشرب ، أو يشرب قليلا ، أو يشرب باعتدال ، أو يشرب بكثرة) ، كما سجلت مدى رضاها الزوجي يوميا . وتم مناقشة استجاباتها وتصرفاتها السابقة على نوبات شربه والتالية له في الجلسات العلاجية . وبالإضافة إلى هذا ، فقد أجاب كلاهما على الصيغة المعدلة لاستخبار سلوك الزوج⁽²⁾ (SBQ:Orford et al., 1975) ، وأشارت درجاتهما عليه إلى المدى الذي تدخل فيه أنماط السلوك المتباين في مشكلة شرب كارل وبشكل متكرر ، ويمكن النظر إلى هذه الأنماط السلوكية على أنها مقدمات للشرب أو عواقب إيجابية له ، أو نواتج سلبية له ، أو نتائج إيجابية للتوقف عن الشرب ، أو أنماط من سلوك حماية الذات ، أو أنماط من السلوك الإيجابي . واتضح من كل مصادر

(1) Self-recording cards .

(2) Spouse behaviour questionnaire (SBQ)

البيانات السابقة أن «ماريا» كانت تسأل «كارل» عن كل تصرفاته وتناقشه فيها ، وتهدهده باستمرار إذا لم يمتنع عن الشرب ، وكانت تتودد إليه وتناشده وتتوسل إليه ألا يشرب ، وقد انعكست تصرفاتها إزاء شربه في عدد من الطرق السلبية ، أهمها الانفصال عنه وهجره ، واستدعاء الشرطة ، ورفض الجماع الجنسي . وفي الوقت نفسه كانت تبذل مجهودا خارقا لمساندته وتشجيعه للتوقف عن الشرب بعمل أشياء لطيفة له ، أو التحدث معه عن أشياء وخبرات إيجابية يمكنهما الاستمتاع بها معا إذا توقف عن الشرب .

العلاقات الزوجية :

وبالإضافة إلى تحديد مشكلة الشرب لدى كارل وتقييمها وتشخيصها جيدا ، فحسنا أيضا علاقاته بزوجته . وقمنا بتقدير العلاقات الزوجية باستخدام «استخبار مجالات التغيير»⁽¹⁾ (Margolin, Tabovic & Weinstein, 1983) ومقياس التوافق الزوجي أو الثنائي⁽²⁾ (Spanier, 1976) ، ومراجعة شريط تلفازي (فيلم) مسجل لمناقشة مشكلات علاقاتهما الزوجية . وتبين أن «ماريا» كان لها عدد من الاهتمامات المتصلة بهذه العلاقات السيئة ، تبثت عند مناقشة انفصالها وهجرها لزوجها ، وبالإضافة إلى مشكلة شرب «كارل» فكانت مهتمة بعجزه الشديد عن تحمل المسؤولية ، وعدم رضاه وقلقه بشأن وظيفته ، وعجزه عن رعاية طفليه ، وعجزه عن استقلاله عن والدته .

وتشعر «ماريا» بصفة عامة أن «كارل» لا يستطيع الاستجابة ولا التفاعل مع المساندة المادية والحسية والعاطفية التي تقدمها له . وكان الشأن أو الهم الثاني الذي عبرت عنه «ماريا» يرتبط بتعريفات أدوارها وتحديداتها ، فقد شعرت أن «كارل» يملئ عليها شروطه ويحدد لها أدوارها وأنها هي التي سمحت له بذلك ، وكانت غالبا ما تشعر بالغضب والامتعاض نتيجة لذلك . وكان همها الثالث والأخير يرتبط بوالدة «كارل» ، حيث ترى ماريا أنها تعد مشكلة ، فقد ذكرت أنها تمثل له دور «المحامي» والمدافع والمنقذ له من مشكلاته ومن يد العدالة ، ولا تجعله يتحمل تبعاته ومسئوليته . وأقرت «ماريا» أنها عندما تواعدا معا لأول ، كانا يحبان الشرب ، وكانا يمكثان فترات طويلة معا ولا يعودان إلا في ساعة متأخرة من الليل ، وكانا يركبان دراجات بخارية سريعة ، ويقضيان أوقاتا في

(1) The areas of change questionnaire (ACQ)

(2) Dyadic adjustment scale .

غاية السعادة ، ولكنها كانت ترى أن قضاء هذه الأوقات معه كان الهدف منه التقدم للأمام في حياتهما والزواج والحصول على مكان يجمعهما معا .

أما «كارل» فقد كانت همومه الزوجية أقل كثيرا ، فقد كان يكره مضايقاتها له وتكديدها عليه بسبب مشكلة شربه للمسكرات ، وصاغ ذلك في عبارة واحدة مفادها «إننى لو كان لى زوجة أخرى ما عانيت أبدا من مشكلة الشرب» . كما يكره إصرارها على مناقشة موضوعات الشرب باستفاضة ، ويكره تغير اتجاهاتها نحوه عندما يشرب .

وبمشاهدة الشريط التلفزيونى المسجل بشأن تفاعلاتهما ، اتضح أنهما يعانيان من عدد من مشكلات التخاطب ، فهما يقاطعان بعضهما أثناء الحديث باستمرار ولا يصغيان أبدا لتعليقات بعضهما وآراهما . وغالبا ما يوجهان لبعضهما آراء وأحكاما ساخرة وقاسية وبشكل متكرر ، ولكن عادة ما تصدر بطريقة مضحكة وممتعة وهزلية . وتشكو «ماريا» من كثرة مسئولياتها ، بينما «كارل» كان دائم النقد لها بأنها لا تستطيع إنجاز كل مسئولياتها ، وكان يرفض مشاركتها تحمل هذه المسئوليات ، ويرفض حتى مجرد معرفة أو السماع لكل المسئوليات التى تقوم بها .

وعلى الرغم من معاناتهما من مشكلاتهما الزوجية ، فإنهما كان يستمتعان بوضوح بصحبة كل منهما للآخر ، ويشركان معا فى العديد من النشاطات والأحداث السارة (كالصيد ، والذهاب إلى الحدائق انعاما مع طفليهما) ، ويستمتعان معا بعلاقات جنسية إيجابية وممتازة . وأقرت «ماريا» بشأن علاقاتهما «أننا دائما ما نكون سعداء عندما لا يكون لى أى طلبات من أى نوع» .

الصياغة السلوكية للمشكلات :

ظهر جليا أن مشكلة شرب «كارل» تطورت فى سياق اجتماعى ، فقد حدثت معظم مرات الشرب واقعا مع جماعات اجتماعية تتشابه جميعها فى طرق الشرب ونظمه . وكانت كل طرق الشرب تدعمها بوضوح هذه التفاعلات الاجتماعية الإيجابية ، سواء أكانت مع أصدقائه أم أثناء تكوين علاقاته الأولى مع «ماريا» . ونشأت لديه عملية «التحمل»⁽¹⁾ لمزيد من شرب الكحول ، ولذا فقد كانت تتزايد لديه بشدة الحاجة لمزيد من الكميات ، والشرب اليومى المتكرر مع ظهور

(1) Tolerance .

بعض علامات الاعتماد على المسكرات . ويسبب شرب «كارل» للمسكرات ، اكتسب عددا من النواتج الإيجابية ، منها أنه كان يستمتع بالروائح والمذوقات والأطعمة والإحساسات المرتبطة بمشكلة الشرب ، وكان يستمتع بالسياق الاجتماعي للشرب ، وكان يحب مشاعر الاسترخاء التي يولدها الشرب . وعلى الرغم من أنه قد تراكم لديه عدد من عواقب الشرب السلبية ، فلم تسبب عاقبة واحدة منها له أى تأثير على إدراكاته الداخلية لذاته أو للكحول . وكانت عواقب الشرب تؤثر عليه سلبيا - من وجهة نظره - بسبب الآخرين من أمثال رجال الشرطة ، والمشرفين عليه فى العمل ، وزوجته . وكان «كارل» قادرا على تجنب معظم المشكلات التي تترتب على شربه للمسكرات وتصرفاته السيئة المرتبطة به فى فترات عديدة من حياته . فعندما يعجز عن العمل ، كان يستطيع العيش مع والدته ، التي كانت تؤويه وتنقذه من العواقب الوخيمة لعدم ممارسته لعمله ، وكانت توفر له المأوى والأكل .

وعندما كانت تطلب منه زوجته أى طلبات أو تلزمه ببعض المسئوليات أو إنجاز بعض المهمات ، كان ينفرد منها ويتجنبها أو يتجاهلها ويهملها . وقد برزت لديه المشكلات المرتبطة بشربه للكحول إلى حد ما وتطورت عبر مراحل عديدة من التفاعلات الاجتماعية بينه وبين زوجته «ماريا» فهي كان لديها استعداد كبير للنضج والمحافظة على حياتهما بشكل رشيد مع مزيد من تحمل المسئوليات والطموح لتحقيق أهداف طويلة المدى ، بينما كان «كارل» - على العكس منها والنقيض التام - لأنه كان يريد الاحتفاظ بأسلوب حياة شاب فى العشرين من عمره بكل أشكال هذا الأسلوب وأنماطه .

وعلى الرغم من تعليقات «كارل» الخارجية لمشكلاته وقدرته على تجنب العواقب الوخيمة للشرب ولعجزه عن تحمل مسئولياته ، كانت زوجته وطفليه مهمين جدا له ، ولا يريد لهم أبدا الخروج من حياته . ولهذا ، فهو قد حضر للعلاج للاحتفاظ بهذه التعزيزات والمدعمات المرغوبة من جانبه ، ولكن ليس ضروريا من وجهة نظره أن يقوم بتغييرات سلوكية ترى زوجته أنها ضرورية بالنسبة لهم للإبقاء على الأسرة والزواج الناجح طويل المدى . ولأن العلاج تقدم فى جلساته ، فإن «كارل» قد انخرط فى تنوع من الممارسات والمناورات للاحتفاظ بعلاقاته الاجتماعية ، ولكنه كان يتجنب التغيير والتغيير السلوكى ، ويتجنب زوجته ، وكان المعالج يدعم هذه الأنماط السلوكية خلال هذه الأوقات .

أما «ماريا» فقد كان لديها مخزون محدود جدا للحصول على مدعمات إيجابية لنفسها ، فقد بدت متوقعة الحصول على مشاعر أكثر إيجابية تحصل عليها من مصادر خارجية وليس من داخلها ، وكانت تعرف فقط النكد والسخرية والنقد اللاذع ، وأنماط من السلوك اللفظي ، حيث كانت تستخدمها في محاولاتها للحصول على ما تريد . ولقد دعمت «ماريا» استمرار «كارل» في سلوك الشرب ، بسبب اشتباكها معه باستمرار وبسبب تفاعلاتها الاجتماعية الإيجابية السابقة معه ، ولكنها في الوقت نفسه ، قد تورطت في الوقوع في مجموعة من أنماط السلوك اللفظي السلبي المنفر ، فقد وضعت مسئولية وشرطا حد كثيرا من سعادتها معه ، حيث قررت أنها لن تستطيع العمل ولا المشاركة معه في أى شئ ممتع (حتى ولو كان هذا الأمر يجلب لها متعة لا حدود لها) حتى يتوقف عن الشرب ويتحمل بعض المسئوليات وقررت له أنها لن تنقص وزنها أبدا حتى يتوقف عن الشرب ، ولن تكف عن قلقها ونكدها عنه مادام يواصل سلوك شرب المسكرات .

وفيما يتعلق بهما كزوجين ، فإنهما يعانيان كلاهما من ضعف في المهارات اللفظية التي تساعدهما على مناقشة مشكلاتهما الأساسية والجوهرية السابقة بوضوح وعناية ، وأهمها : السيطرة العكسية والمضادة لبعضهما بعضا ، وتجنب تحمل المسئوليات ، وضعف التواصل والتخاطب المتفهم الذي تنسم به تفاعلاتهما الاجتماعية معا .

تجهيز العميل للتغيير :

لقد كنا نرى «كارل» و «ماريا» معا في جميع مراحل التقييم ؛ فقد سألناهما كلاهما - في مرحلة التقييم المبدئي - أن يصفنا لنا كلاهما إدراكاتهما لمشكلة شرب كارل ، ويصفنا إدراكاتهما لعلاقتهما الاجتماعية معا ، وإلى أى مدى حاول كل منهما أن يتعايش مع مشكلة شرب كارل - وبدأت عند رؤيتهما معا في توصيل وجهة نظري لهما ، ومؤداها أن مشكلة الشرب تتصل اتصالا وثيقا بعلاقتهما وتفاعلاتهما الاجتماعية ، وأن كليهما بحاجة لفحص وإعادة النظر في أنماط سلوكه التي يصدرها إزاء الآخر ، بحيث يمكن أن تتدخل في تشكيل السلوك الإيجابي الجديد وفي تشكيل كل التغييرات الإيجابية الأخرى .

وفي نهاية هذه المرحلة ، زودتهما بمعلومات عن الصعوبات والمشكلات الأساسية التي سجلتها وأدركتها (كما لخصتها في الفقرات السابقة) ، ووجهتهما

للتركز على خطة العلاج ، وغطيت خلال مناقشاتي معهما لخطة العلاج ، النقاط التالية :

«لقد طلبت منكما أن تأتيا لتلقى العلاج كزوجين ، هذا لأنكما كما تعرفان أن مشكلة شرب كارل للمسكرات تؤثر على مجالات كثيرة في حياتكما بما ذلك مستقبل زواجكما وأسرتكما . ولقد علمت مما ذكرتيه لي يا «ماريا» أنك حاولت بشتى الطرق التعايش مع شرب «كارل» ، وأنت عانيت نوبات كثيرة من الغضب والإحباط مرات عديدة . ومن الواضح أنك حاولت بذل المساعدة ، ولكن يبدو أنك يا «كارل» كنت تغطاظ دائما عندما كانت «ماريا» تتحدث معك في أى شئ يتصل بالشرب . وسوف نبحث خلال العلاج مشكلة شريك ، وإلى أى مدى حاولت مواجهتها والتعايش معها ، وإلى أى مدى حاول كلا منكما التعايش مع الآخر كزوجين . والآن كلاكما منفصلان ، ولديكما كثير من الهموم حول علاقاتكما الاجتماعية . ولأننا سنحاول التقدم فى العلاج بجدية ، فسوف أمدكما بمعلومات تتعلمون منها كيف تحسنون عملية التواصل والتخاطب بينكما ، وسأطلب منكما تجريب طرق جديدة لقضاء أوقات سعيدة معا ومناقشة مشكلاتكما .

«وعموما سيركز العلاج على ثلاثة موضوعات أساسية هي : مشكلات شريك ، وإلى أى مدى ستتعايش «ماريا» معها ، وإلى أى مدى ستتعايشان مع الطرق التى ستجعل الحياة بينكما «تسير إلى الأحسن والأفضل دائما ، وعلاقاتكما الاجتماعية كلاكما مع الآخر» .

وبالإضافة إلى هذا التوجه العام حيث يشعر كل من «كارل» و «ماريا» أنهما أسرى أهدافهما العلاجية ، فقد ناقشنا أهداف علاج كارل من شرب المسكرات بالتفصيل ، وخططنا لكيفية تنفيذ هذه الأهداف . وكما ذكرنا مسبقا ، فإن الهدف العلاجى المفضل لدى كارل هو الوصول لنوع من التوسط والاعتدال فى الشرب . ومع ذلك فإن ماريا قد شعرت بشدة أنها تريد أن يمتنع تماما عن الشرب ، وقد وافق كارل على هذا الهدف قبل أن يأتى للعلاج . ولأنه اعتاد الشرب يوميا ، وكشف الدليل التشخيصى عن حدوث ظاهرة التحمل للمسكرات ، فأدركت أنه سيعجز عن التوقف عن الشرب من دون مساعدة . ولذلك ناقشت معه مدى إمكانية إزالة سمومه الكحولية تحت إشراف طبي ، وفقا لما يلي :

«إننى أدرك يا كارل أنه سيكون من الصعب عليك التوقف عن الشرب بمفردك ، لأنك تشرب يوميا ، وتشرب كثيرا منذ مدة طويلة . وأشارت إجاباتك على الاستخبارات أنك تصاب بالرعب والفرع إذا ما اعتقدت أنك لن تكون فى مقدورك الحصول على الكحول ، وأنتك لن تشرب طوال اليوم . وتجعلنى كل هذه الأمور أعتقد أنك دائما ما تكون فى حالة «شبق وتشوق» للكحول ، وأن جسمك سيكون له أرجاع قوية عندما تتوقف عن الشرب تماما . إن أسهل الطرق لتعيش خلال الأيام القليلة القادمة من دون شرب ، أن تخضع لأحد برامج مستشفيات إزالة التسمم من جسمك ، وأرجو أن تأخذ هذه الخطوة بكل جدية» .

ولكن كان رد فعل «كارل» إزاء فكرة الإقامة بالمستشفى سلبيا ، وبدأ خائفا من فكرة التوقف التام عن الشرب ، قائلا : «أعرف أننى إذا توقفت عن الشرب ، سأصاب بالجنون . وأعرف أننى لم أستطيع العيش ولا التوقف عن الشرب . وعلى أن أأغار المكان بعد أربع وعشرين ساعة . إنها فكرة ليست جيدة» .

لقد كنت شديدة الاهتمام بانخراط العميل فى العلاج السلوكى ، وكنت أعمل من أجل تطوير موافقته على الأهداف العلاجية وضمن استمراريتها ، ولذلك رأيت أنه من غير المناسب له محاولة دفعه للالتحاق بمركز إزالة التسمم . وكنت متأكدة أنه إذا ما دخل كارل المستشفى وأقام بها لمدة قصيرة بوصفه شرطا للحصول على مزيد من العلاج السلوكى ، فإنه سيعترك العلاج تماما . ولذلك وضعنا خطة لامتناعه عن شرب المسكرات من دون إقامة بالمستشفى ، وكان لهذه الخطة عنصران أساسيان هما :

(١) لا بد أن يأتى كارل لجلسات العلاج معتدلا فى شربه ، وأن يقيس مستوى الكحول فى الدم بالجهاز المخصص لذلك .

(٢) لا بد أن يضع كارل بنفسه مجموعة من الأهداف العلاجية يقلل وفقا لها من كميات شربه ، وعدد المرات باستمرار بحيث يتوقف تماما عنه خلال ستة أسابيع . وإذا لم يكن بمقدوره إنجاز أحد هذه الأهداف العلاجية ، سنعيد تقييم مدى حاجته لإزالة التسمم الكحولى من جسمه طبيا . ووافق كل من كارل وماريا على هذا الهدف العلاجى ، وتعهدا بتنفيذه .

عملية العلاج :

قدمنا وصفا تفصيليا لكل عناصر العملية العلاجية تباعا ، لنمد القارئ بأوضح صورة للتقدم فيها والمشكلات التي سيتصدى هذا العلاج للقضاء عليها لدى حالة بعينها . وستغطي العملية العلاجية مجالات أساسية عديدة ، تتضمن :

- (١) إجراءات تيسير تقليل كارل للشرب ثم التوقف الكامل .
- (٢) أساليب تعليم كارل المهارات التي تساعد على الاستمرار في الاحتفاظ بالتوقف عن الشرب .
- (٣) أساليب لتفعيل إدراك كارل بأن الشرب يمثل المشكلة الأساسية التي تسبب له كل المعاناة في الحياة .
- (٤) إجراءات لتعليم كل من الزوجين الانخراط في تفاعلات اجتماعية إيجابية .
- (٥) إجراءات لتعليم الزوجين أساليب حل المشكلات بالتعاون معا وليس بالتنافس أو بالعنف .

وبالإضافة إلى ما سبق ، ومع تقدم العملية العلاجية ، ركزنا على بعض مجالات التغيير السلوكي الفردي والإيجابي لدى ماريا .
المقابلة التمهيديّة والجلستان الأولى والثانية :

تبين من جلسة المقابلة التمهيديّة أن مستوى الكحول في دم كارل، كان معدله أكثر من أربعمئة ميلليجرام بالمائة (٤٠٠٪) . وعلى الرغم من أنه لم تظهر عليه أعراض وعلامات التسمم الكحولي الشديد ، فإنه كان يقاوم آثاره بصرامة لدرجة أن المعالج الذي أجرى له المقابلة التمهيديّة لم يشعر قط أنه استطاع استكمالها بسهولة مما يدل على أن حالته سيئة .

ولذلك فقد اقترح عليه المعالج ضرورة تلقي خدمة طبية متخصصة لأن مستوى الكحول في الدم شديد الارتفاع ، ولكن كارل رفض مما دفع المعالج لإعادة إجراء المقابلة التمهيديّة . وعند إجرائها كان كارل متزنا وكان قادرا على تقديم المعلومات اللازمة ، وقدم موافقة كتابية (أو رسمية) للمشاركة في كل عناصر البرنامج البحثي العلاجي ، ووافق على تحديد موعد جلسة جمع بيانات خط الأساس التي ظهر منها أنه كان يشرب خلالها باعتدال ، وكان متزنا ووقورا .

ومع ذلك تبين في الجلسة العلاجية الأولى أن مستوى الكحول في دمه وللمرة الثانية لازل يواصل ارتفاعه (١٢،٠ جم) . وقد ذكر كارل فقط أنه تناول

(كأسين من البيرة) وأصر أنه بحالة جيدة . ولقد تناقشت عن اهتمامات وهموم وأهداف كارل وماريا ، ولكنني أخبرته أننا لم نكن قادرين على إجراء جلسة إنتاجية بشكل كاف بسبب ارتفاع مستوى الكحول في الدم . (وكانت خطتي العامة إذا كان مستوى الكحول في الدم أعلى من ٠,٥ جم ، أن نقلل من طول الجلسة العلاجية أو نضع حدا لهذه المسألة) . ووافق كارل أن يحضر الجلسة التالية معتدل الشرب ، وألا يشرب سوى أربع مرات في اليوم ، وأعطيت كارل وماريا بطاقات للتسجيل الذاتي ، وطلبت منهما أن يسجلا عدد مرات الشرب ، وعدد مرات إلحاحاته ، ورضاهما الزوجي يوميا . ولقد أعطيت كارل بطاقة لكل يوم ، وطلبت منه أن يسجل كل مرة شرب فيها كحولا بالفعل ، وأن يضع عدد مرات الإلحاح التي لم يتلها بالشرب الفعلي ، وأن يسجل على ظهر البطاقة أو الوجه الآخر لها المواقف التي شرب فيها أو الإلحاح النفسى للشرب . ويعرض الشكل (١-٩) لإحدى بطاقات التسجيل الذاتي لعينة من سلوك شرب الكحول .

إلحاحات الشرب		شرب المسكرات الفعلي		
فترة الإلحاح (١-٧)	الفترة الزمنية	عدد المرات	نمط الشرب	الفترة الزمنية

التعليقات :

الرضا الزوجي :

شكل (١ - ٩) بطاقة التسجيل الذاتي لعينة من سلوك شرب الكحول

وتسلمت ماريا إحدى بطاقات التسجيل لاستخدامها على مدى أسبوع كامل، وطلبنا منها أن تضع تقديرا يوميا لشرب كارل وفقا لمقياس رباعى يتدرج من عدم الشرب نهائيا ، أو الشرب الخفيف ، أو الشرب المعتدل أو الشرب المكثف، كما طلب منها تسجيل تقدير درجة إلحاحات الشرب وقوته يوميا . كذلك عليها أن تضع تقديرا يوميا أيضاً لمدى رضاها الزوجى . ويعرض الشكل (٢ - ٩) لإحدى بطاقات التسجيل الذاتى لعينة مع العلاقات بين الزوجين .

معدل الشرب يتدرج من : عدم الشرب ، أو شرب قليل ، أو معتدل ، أو مكثف . ومعدل قوة الإلحاح : صفر (لا توجد) وحتى الدرجة ٧ (أعلى درجات الإلحاح) . ومعدل الرضا الزوجى : صفر (منخفض جدا) وحتى الدرجة ٧ (أعلى درجات الرضا الزوجى) .

اليوم	التاريخ	حدة الشرب	قوة الإلحاح	الرضا الزوجى
		لا يوجد منخفض معتدل مكثف	٧٦٥٤٣٢١٠	٧٦٥٤٣٢١٠
		لا يوجد منخفض معتدل مكثف	٧٦٥٤٣٢١٠	٧٦٥٤٣٢١٠
		لا يوجد منخفض معتدل مكثف	٧٦٥٤٣٢١٠	٧٦٥٤٣٢١٠
		لا يوجد منخفض معتدل مكثف	٧٦٥٤٣٢١٠	٧٦٥٤٣٢١٠
		لا يوجد منخفض معتدل مكثف	٧٦٥٤٣٢١٠	٧٦٥٤٣٢١٠
		لا يوجد منخفض معتدل مكثف	٧٦٥٤٣٢١٠	٧٦٥٤٣٢١٠

شكل (٢ - ٩) بطاقة التسجيل الذاتى لعينة من سلوك الزوج كما تراه الزوجة

وعندما حضرا كارل وماريا إلى الجلسة الثانية ، وجد المعالج - للمرة الثانية - أن مستوى الكحول فى الدم كان أكثر ارتفاعا ، حيث بلغ معدله ٠,٠٦ جم . وقرر كارل بأنه شرب بالفعل أربع مرات بييرة فى اليوم . واستمرت مناقشاتنا معه فى موضوع تسمم جسمه بالكحول ، وهو الموضوع الذى تحدثنا فيه مسبقا . وذكر كارل، أنه يشعر بأنه أدمن الكحول واعتمد عليه . وبادر باقتراح مفاده ضرورة أن يأخذ فى حسابه الاهتمام بالتسمم الكحولى ، واتفقنا على إجراء حوار هاتفى لمناقشة هذه المسألة بشكل أكثر استفاضة . وبعد التحديث هاتفيا مرتان

، وقرر «كارل» للمرة الثانية أنه لا يريد مطلقاً الإقامة بالمستشفى بهدف إزالة السموم من جسمه . كما أنه لم يستخدم بطاقات التسجيل الذاتي خلال الأسبوعين الأوليين ، على الرغم من أن «ماريا» ملأتها له أثناء قطعهما الطريق من بيتهما لمركز العلاج وقيادتهما السيارة لحضور الجلسة العلاجية المقررة . ولذلك ، فإنني لم أشعر أنني حصلت على صورة واضحة لشرب «كارل» ، ولكن الأمر الذي كان واضحاً لي أنه لا زال مستمراً في الشرب يومياً .

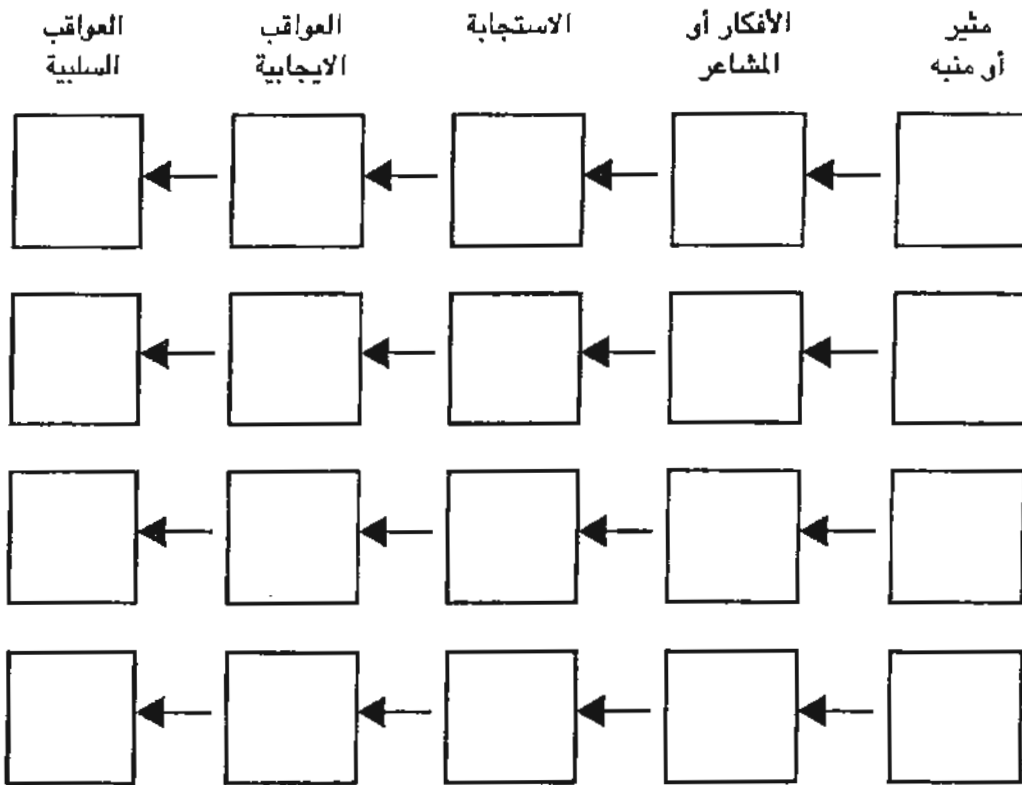
الجلسات الثالثة والرابعة والخامسة :

حضر كارل إلى الجلسة الثالثة بمستوى صفر من الكحول في دمه . وكرر مرة ثانية بأنه يرغب في التوقف عن الشرب وإزالة السموم الكحولية من دون إقامة بالمستشفى ، ومن ثم فقد أكدت عليه ضرورة تنفيذ تفاصيل التعاقد العلاجي الذي تحدثنا معه فيه مسبقاً في هذا الفصل ، (وهو ضرورة الامتناع عن الشرب خلال الجلسات العلاجية ، وأن يتوقف تماماً عن الشرب خلال ستة أسابيع من بداية العلاج) . وقد ناقشت معه - في هذه الجلسة - بالإضافة إلى تحديد الأهداف العلاجية ، النظرة السلوكية - التحليلية للشرب . ولكي نضع الزوجين معاً على طريق التفكير السلوكي في مشكلة الشرب الكحولي ، ناقشت معهما الآتي :

«علينا أن نقوم معاً بمشاهدة وتسجيل وتحليل جميع العوامل التي تبدو أنها تمثل جزءاً من مشكلة الشرب بعناية شديدة . وأعتقد أننا يمكننا فحص مشكلة شريك واستنباط أنواع المواقف التي تقودك وتتأملها بعناية ، ووضع بدائل لها لا ترتبط بالشرب ، وسنستخدم مجموعة من الأوراق تسمى «الصفحات المديبة أو المثيرة» لتحليل سلوك شريك . دعنا الآن نقوم بالتدريب على واحدة من هذه الصفحات» .

بعد ذلك طلبت من «كارل» أن يحدد مواقف الشرب التي مرّ بها منذ فترة وجيزة ، فأشار إلى أنه يحب شرب الكحوليات ويقبل عليها عندما يمارس هواية الصيد ، ولذلك فقد استخدمنا الصيد كمثال لأحد هذه المواقف . وشرحت له أنه عند فحص أحد مواقف الشرب ، سنفحص الموقف الفعلي (الحقيقي) ، ونتبين معك كيف تصرفت فيه . وكما اتفقنا ، فقد أكملت معاً المربعات المرسومة على «صفحة المديبات أو المثيرات» ، التي يوضحها الشكل (٣ - ٩) .

(ويشير بعض المعالجين - من أمثال «مارلات - Marlatt» و «جوردون Gorden» ، ١٩٨٥ ، إلى هذه الموقف على أنها هي التي ترفع درجة الميل والدافعية لدى العميل بحيث يقبل بشراهة على التعاطي أو شرب المسكرات . ويرى «كارل» أنه ليس واقعا تحت تأثير أى موقف أو ضغط أو تأثير من أى نوع ، وإنما يعتقد أنه بإمكانه تجنب الشرب فى أى وقت مادام يريد ذلك ، ويفعله بإرادته . ولهذا السبب، اخترت أن نتحدث عن مثيرات أو منبهات كمواقف من المحتمل أن تكون هي المحرصة له على الشرب) . ومن الواضح أن «كارل» ليست لديه رؤية نفسية واضحة لمشكلة شربه ، لأنه وصف لنا معتقداته وأفكاره حول الكحول وأنهاها بقوله : «أريد بعض البيرة ، وكانت مشاعره تجعله يبدو سعيدا . كما أنه يعتقد أن الشرب يسبب له نتائج إيجابية واضحة ، حيث ذكر أن «الشرب يعطيه بل ويفجر لديه طاقة لا حدود لها» . وهو يشعر أن العاقبة والمشكلة الوخيمة الوحيدة والسلبية فى الوقت نفسه تأتى من قبل زوجته ماريا ، التى يرى أنه يصيها غضب شديد عندما يعود إلى البيت .



شكل (٣ - ٩) : عينة لإحدى صفحات المنبهات أو المثيرات

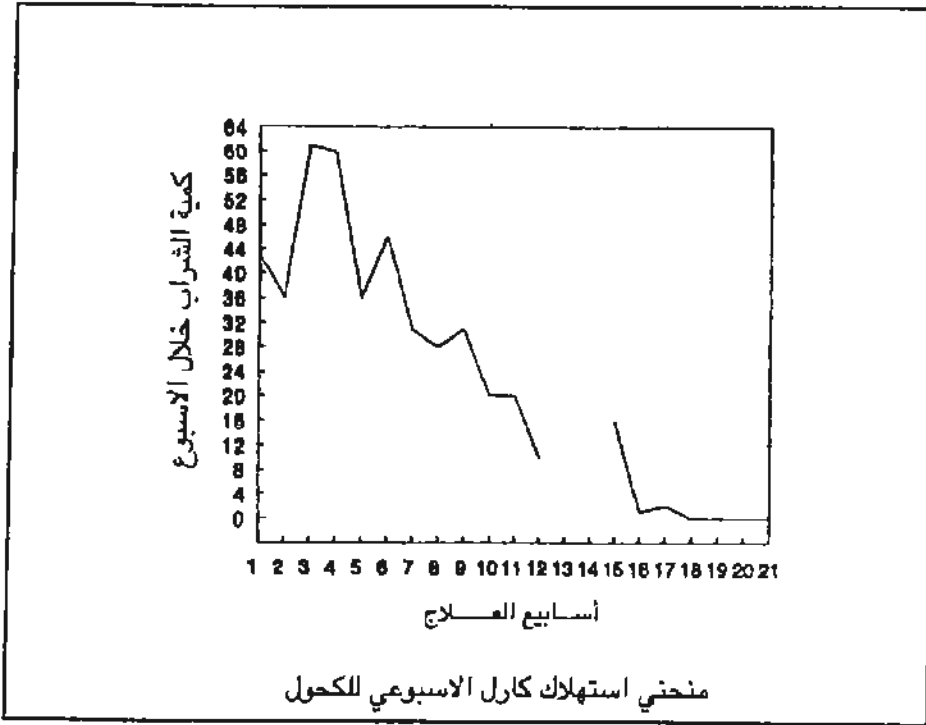
ويدرك «كارل وماريا» التحليل السلوكي للمشكلة ويفهمانه بسرعة شديدة ، ويجدانه طريقة مريحة لتصورها بدقة كافية . وطلبت منهما بعد ذلك أن يجيبا عن أسئلة استخبار أنماط الشرب ويحضرانه معهما في الجلسة العلاجية التالية . وأعطيت لكل منهما مجموعة إضافية من بطاقات التسجيل الذاتي لاستخدامها على مدار الأسبوع .

أتى «كارل» لحضور الجلسة العلاجية الرابعة وهو غير ثمل ، ولكنه اعترف بأنه في نهاية الأسبوع كان يشرب بكثافة . وبصور الرسم البياني الذي يعرضه الشكل (٤ - ٩) عدد مرات الشرب أثناء العلاج أسبوعياً ، في حين يعرض الشكل (٥ - ٩) متوسط معدلات الرضا الزوجي أسبوعياً .

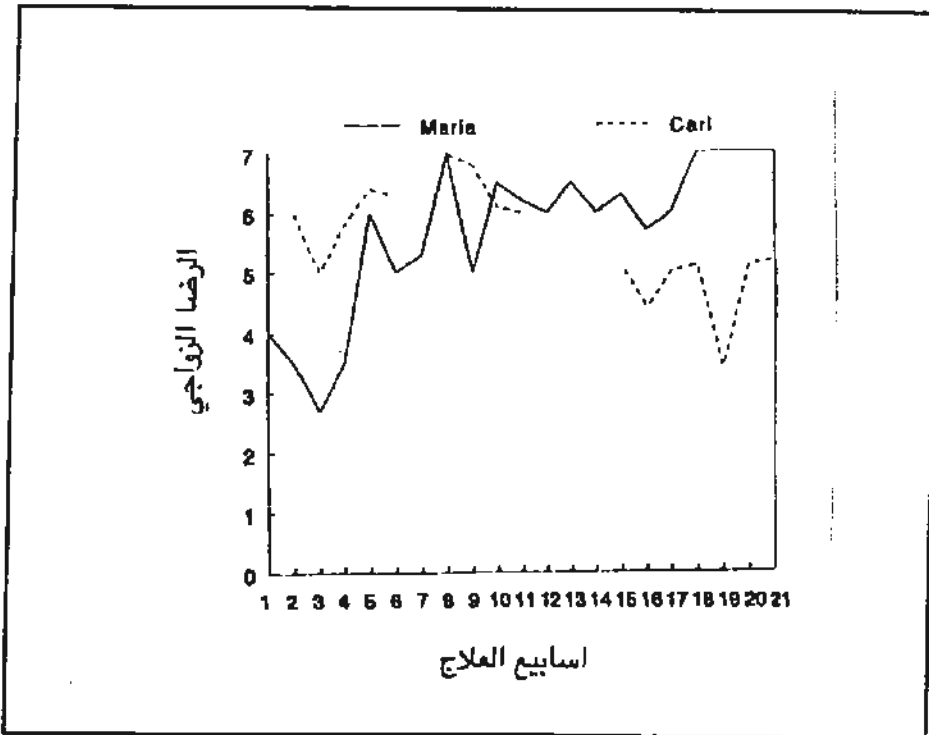
ولم يبدُ كارل أى اهتمام أو قلق بشأن الاستمرار في الشرب بكثافة ، ولم يبدُ أى استعداد لمجرد محاولة تخفيفه أو تخفيضه أو تقليله . ولكنني عقيت على الرغم من ذلك بقولي : «إننى مسرورة جدا لحضورك الجلستين الأخيرتين وأنت غير ثمل - أنا أدرك أن ذلك أمر صعب عليك جدا ، ولكن مثابرتك هذه تكشف لنا أنك تريد للعلاج أن ينجح فى القضاء على مشكلة الشرب . ومع ذلك ، فإننى قلقة جدا لكونك لم تحاول تقليل عدد مرات الشرب مطلقا بين الجلسات العلاجية . وسيظل الأمر بالنسبة لى مقلقا جدا ، إذا لم يتضح لى بالفعل أنك ترغب بمحض إرادتك تقليل هذا الشرب المكثف ، وإذا لم تحدد الطريقة والكيفية التى تفعل بها ذلك» .

ذكر كارل أن من الصعب عليه تقليل الشرب تماما ، ولكنه تعهد بالتوقف عن الشرب ، لأنه يريد أن يحتفظ بماريا وتعود مرة ثانية لحوزته . ناقشنا بعد ذلك عددا من الاستراتيجيات التى تساعد على تجنب الشرب ، من قبيل الاستغراق فى النوم (بناء على اقتراح منه هو) ، أو أن يتوفر لديه أنواع وبدائل أخرى من المشروبات ؛ كالمياه الغازية ، والبيرة الخالية من الكحول ، فيشرب منها بالبيت (وكان هذا أحد اقتراحاتى عليه) . ولكنه كان يقاوم بشدة الالتزام بتنفيذ أى خطط أو استراتيجيات ، وكانت ماريا تشك فى كونه يرغب بالفعل فى التوقف عن شرب المسكرات . وعند هذه النقطة ، قال كارل : «بطريقة أو بأخرى ، أنا أعتقد أننى لو كان لى زوجة أخرى ، لما احتجت للتوقف عن الشرب» .

«قبل ذلك كانت ماريا وأنا نشرب ، وكنا نقضى أوقانا سعيدة ، ولكنها الآن عندما توقفت عن الشرب ولم يعد لها رغبة فيه ، انقلبت ضدى طوال الوقت . أنه



شكل (٤ - ٩)



شكل (٥ - ٩)

لا بد أن أتوقف تماماً عن الشرب إذا ما أردت أن أحتفظ بها بحيث تعود لى وأعود لها ولكنى لا أعرف كيف أفعل ذلك .

واقترحت فى مواجهة تناقضات كارل الوجدانية ، اقترحت أن نفحص عواقب شربه بغض النظر عن استنكار ماريا واستهجانها له ، وناقش الحجج التى يطرحها كل منهما حول مشكلة الشرب . كان كارل عاجزاً عن التفكير فى أى نتائج أخرى تكون إيجابية . طلبت من كارل أن يحدثنى عن مشكلاته مع القانون والشرطة ومباحث المرور ، وتوقيفه مرات عديدة بسبب قيادته لسيارته وهو ثمل ، فذكر كارل أن الكحول ليس له أية علاقة بالتهمة الأخيرة ، وأعتقد أنه ليس له أى تأثير على قيادتى للسيارات ، وأنى أرى أن قوانين المرور وقوانين تعاطى المخدرات كلها قوانين مضحكة ولا قيمة لها ، كما أشار إلى أنه سيظل يقود سيارته حتى إذا لم يعيدوا لى رخصة القيادة التى سحبوها منى ، وسيظل يقود سيارته حتى لو ظلوا ممتنعين عن إعطائى رخصة القيادة عشر سنوات قادمة (خلال عشر سنوات قبض عليه رجال شرطة المرور وأقفوه عن القيادة ثلاث مرات بسبب شربه للكحول ، منهم مرتان فى شهر واحد) . وعبر «كارل» عن عدم اهتمامه بأية مشكلات أخرى مرتبطة بشربه للمسكرات ، ولكنه كرر أنه يريد بالفعل التوقف عن الشرب والامتناع عنه بسبب حبه لزوجته وضرورة عودة طفليه له وتكوين أسرة حقيقية . على أية حال ، قمت بوضع قائمة من العواقب السلبية التى عددها هو وماريا فى نقاط عديدة وردت فى إجاباتهما خلال المقابلات التمهيديّة والجلسات العلاجية الأولى ، وطلبت منه مراجعتها مرتين على الأقل يومياً ، وأن يفكر فى هذه العواقب الوخيمة هل هى التى تثير همه وقلقه . واعترف كارل بأنه راجع القائمة «مرة أو مرتين» بين الجلسات ، ولكنه لم يهتم بمضمونها إلى حد ما .

وعلى الرغم من قلقى حول اللامبالاة النسبية لدى كارل ، وضعف دافعيته من أجل التغيير الإيجابى قررت أن أتقدم وأبدأ فى التحليل السلوكى لمشكلات شربه . وكنت أفكر فى أننا إذا ما كان فى استطاعتنا تحديد مجموعة من الشروط والظروف المستقلة السابقة على الشرب (كمواقف دافعة له) ، وإذا ما استطعنا أن ننجح فى تجنب الشرب فى بعض هذه المواقف والظروف لبعض الوقت ، فإن دافعيته للتغيير ستزيد وترتفع ، مثلها فى ذلك مثل كفاءته الذاتية فى التعايش مع أعراضه التى ستزيد أيضاً دون شرب للمسكرات . لقد ناقشنا موقفين آخرين من

مواقف الشرب في الجلسة ، وطلبت منه القيام بوضع سلسلتين سلوكيتين كواجب منزلي . ويعرض الجدول (٢ - ٩) ملخصا كاملا لتحليل السلوكي لمشكلة شرب كارل .

حضر كارل للجلسة العلاجية التالية بمستوى كحول في الدم مقداره ١١٨ جم ، واعترف كذلك بأنه كان يشرب شربا مكثفا في الأيام الأخيرة السابقة على حضوره لهذه الجلسة . ووافق بعد مناقشات مطولة ومستفيضة بالذهاب للمستشفى والإقامة بها لإزالة تسممه الكحولي من دمه . كان كارل خائفا من الإقامة بالمستشفى وأشار أيضا إلى أنه قلقا بشأن عجزه عن التوقف عن الشرب حتى بعد إزالة السموم الكحولية من دمه . وحاولت أن أؤكد له إن إزالة السموم ما هي إلا خطوة أولى في أو ضمن خطوات علاجه ، وإننا سنحاول التعاون والعمل معا بشدة لمساعدته على تعلم طرق وخطط التعايش مع الصعوبات ومشكلات الحياة ، ومضايقاتها بلا شرب . وعبر كارل عن اعتقاده بأن الحياة لن تكون ممتعة لو لم يشرب . وترددت ماريا بين تشجيع كارل للذهاب للمستشفى لإزالة سمومه ، وإحاطة المعالج علما بأن كارل وافق فقط على إزالة السموم ، والذهاب إلى المستشفى ، هريا من مكتبها ومركزها العلاجي . ولكن لأن كارل شديد الاهتمام بالعلاج ، فقد طلبت منه الاتصال بمركز علاج السموم الكحولية من مكتبي ، ليسأل عن كل ما يريده من هذا المركز . ولقد قام بذلك فعلا ، وطلب منهم إدراجه ضمن حالات اليوم التالي .

جدول (٢ - ٩) : عينة من التحليل السلوكي لشرب كارل

م	المواقف (*)	الأفكار والمشاعر	الاستجابات	النتائج الحسنة	العواقب الوخيمة
١	المشي والصيد	شرب بعض البيرة ، وقضاء وقت سعيد	شرب البيرة ، وأكل السمك	تفجرت الطاقة بداخلي	حضرت للبيت حيث ماريا ، وكالعادة تبادلنا الجدال بعنف
٢	المناقشة مع ماريا	كانت شديدة الغضب مني بسبب شربي - كان علي ترك البيت لها	تركت البيت - أكثر من الشرب	لاشئ على الإطلاق	شعرت وكأنني أحترق
٣	حضر «ستيف» من جديد ، وطلب مني الخروج معه	خرجت معه ، وشعرت بالراحة	توقفنا في حانة للخمر وشربنا معا	تفجرت الطاقة بداخلي	عدت للبيت متأخراً ، حيث كانت ماريا قلقة جداً
٤	حضر «سكوت» ومعه لعبة الورق ولم يكن بالبيت أحد غيرنا	كنت مسروراً لرؤيته ، حيث تبادلنا الحديث - طلبت منه أن يشرب بيرة معي - كان متعاً لي أن نجلس معا ونتحدث	جلسنا في الهواء الطلق بالفناء - شربنا وتحدثنا واستمعنا للراديو أو الذباج	شعرت بالراحة ، وأخرجت مشاعر سيئة كانت جاثمة على صدري - استرحت - أبعثت الهموم عني - وضعت بعض الخطط (كالصيد مثلاً)	عندما حضرت ماريا للبيت جن جنونها . ترك «سكوت» المنزل ، فشعرت كأنني أحترق - لا توجد ممارسة جنسية - مشادات كلامية - واضطراب حاد بالبيت
٥	استيقظت على صوت ماريا ، واستيقظت الأطفال - الصرخة كثيرة بالبيت مباحاً	أشعر بعصبية شديدة ، ولن يريحني منها سوى شرب البيرة	تناولت بيرة الصباح	أزلت همومي وعصبيتي واسترحت	كانت ماريا شديدة التعاسة ، واستمرت في تدوين عدد مرات الشرب

(*) "أضف كارل مواقف أخرى ، أهمها : أثناء العمل ، وعند ذهابه لتناول طعام الغداء ، شقارة الأطلاق وطريقة معاملة ماريا السيئة ، أصرخ فيها ولا يتغير شئ ، وقت الفراغ ، طلب ماريا المتكرر بتحمل بعض المسئوليات ، إنتقادات ماريا العنيفة والمستمرة بسبب شربي ، مروري ببار أو حانة مع بعض أصدقائي ، الشرب مع أناس آخرين ، المواقف الاجتماعية كالمناسبات ، قضاء الإجازات مع أسرتي ."

الجلسات السادسة والسابعة والثامنة :

لم يدخل «كارل» مركز السموم كما وعد ، وتعل مرة ثانية بأنه لن يستطيع الإقامة به . واستمر في الشرب يوميا وبذل جهدا ضعيفا للغاية لتقليل كميات الشرب ، فاقترحت عليه أن يلتحق بالعيادة الخارجية لإزالة السموم بالمركز نفسه ، وأعطيته رقم هاتف زميل لى يعمل بها ويشرف عليها فى الوقت نفسه ، ولكننى توقعت أنه لن يتصل بزميلى هذا ، ولن ينفذ هذا الخيار كذلك . واستمر مارل فى التعبير عن رضاه للاستمرار فقط فى العلاج النفسى حتى يتمكن من التغيير للأحسن ، ويقلل الشرب ثم يمتنع عنه نهائيات ، وقررت الاستمرار معه على الرغم من سيطرة الشكوك على بأنه ليس لديه الحافز والدافع للتغيير .

وخلال الجلسة السادسة ، أكمنا التحليل السلوكى لأسلوب شرب كارل ، وحددنا جوانب عديدة تتصل بتصرفات ماريا ، لكى نوظفها كمقدمات تسبق قيام كارل بالشرب . وتتضمن هذه الأفعال والتصرفات ، تذكيره باستمرار بتحمل مسئولياته ، والاستعداد والتجهيز ببطء شديد خاصة عندما يكون بينهما موعد للفسحة مع الأطفال ، وأن تطلب منه مساعدتها حتى يمكنهما الخروج مع الأطفال بسرعة ، وانتقاداتها المستمرة لسلوك شربه .

وعند نقطة محددة خلال الجلسة السادسة ، قال كارل : إنك تدركين أن ماريا ذات طبع ومزاج معتدل وجياش ، فأرجو أن تطلبى منها ما يجب عمله إزائى عندما نكون معا على شاطئ البحر . وأجابت ماريا على الفور قائلة «اكشف ذراعيك لباربارا Barbara» فشمّر كارل أكمامه ، كاشفا عن عدد من الخدوش الجلدية الغائرة والكدمات التى تغطى مقدمة كلا ذراعيه .

وأوضحت ماريا بعد ذلك ، أنها قد مرت بفترات طويلة عانت فيها من شدة الإحباط مع كارل بسبب شربه ، وغالبا ما كانت تتعارك معه وتتشاجر ، وتسبب له هذه السجحات والخدوش والكدمات ، وتحاول ضربه فى صدره أو فى أحشائه ويطنه عند الغضب منه . وذكرت أن هذا السلوك العنيف استمر طوال الأشهر الأربعة الأخيرة ، وأنه كان سلوكا مزعجا لها بشكل حاد .

وأقرت بعد ذلك أنها مهمومة جدا ومشغولة للغاية أنها ربما تصبح مؤذية لأطفالها ، لأنها أحيانا تستعمل معهما العقاب البدنى ، عندما تغضب منهما . وعلى الرغم من أن غضب ماريا وإحباطها ليسا من الأمور الغريبة ، وتعد

تصرفات شديدة الشيعوع بين المعتمدين على المسكرات ، فإن تعبيرها عن هذا الغضب بالضرب والأذى الجسمى لكل من كارل وطفليها يعد أمرا فى غاية الغرابة ، خاصة وأن ذلك كان متوقعا من «كارل» المدمن وليس منها .

على أية حال ، لقد ناقشنا سلوكها إزاء طفليها باستفاضة ، لأنه كان يهمنى أن أعرف ما إذا كان الأطفال قد تعرضوا لأى نوع من سوء المعاملة أو الأذى البدنى . ولكنها قررت ، وأيدها كارل فى ذلك بأنها لم تسبب لهما يوما ما أى خدوش أو سجات أو كدمات ، أو أى أذى بدنى من أى نوع ، ولا بأى طريقة ، وأنهما لم يضطرا للذهاب مطلقا لأى طبيب بأطفالهما أو لأية عيادة طوارئ بسبب عقابها البدنى لهما .

وأقر كلاهما بأنهما يعتقدان بأن العقاب البدنى فى شكل «ضربات عنيفة باليد على الظهر» أو جذب الطفل بشدة لإبعاده عن مواطن الخطورة عليه ، تعد أشكالاً ملائمة لهذا النوع من العقاب . ومع ذلك شعرت ماريا أنها ترى أن هذه الطريقة العقابية ليست دائما هى الطريقة الملائمة ، لأنها أحيانا تضربهم على أذرعهم وأيديهم ، وتجذبهم بعنف شديد عندما تريد إبعادهم عن مواقف الخطر . ولم أتصور ، وفقا لروايات كارل وماريا ، أن ماريا تؤذى طفليها أو تسئ معاملتهم بأى شكل من الأشكال ، ولكننى شعرت بأنها كانت تريد أن تذكر أشياء تعبر عن اهتمامها بالعلاج والتخلص من هذه الأنماط السلوكية الجديدة عليها . وطلبت منها أن تستخدم بطاقات التسجيل الذاتى ، وتدوين فيها أكثر الأوقات والظروف التى تجعلها تغتاظ من طفليها وتريد عقابهما بعنف ، وكذلك متى تكون عنيفة مع كارل بحيث تسبب له أنواعا من الأذى البدنى .

وبدأ «كارل» خلال الجلستين التاليتين التقليل من الشرب فعليا ، بل كان يمتنع عنه كلية عند الحضور لأية جلسة . وبدأ «كارل وماريا» فى قضاء مزيد من الأوقات معا ، وأقرا بأن أوقاتهم معا أصبحت أكثر إيجابية . كما ذكرا أنهما خرجا مع طفليهما كأسرة ، وأخذوا معهم اللحم المشوى ، وذهبوا للصيد جميعا على الشاطئ .

كانت ماريا شديدة الدقة والإخلاص عند تسجيلها أرجاعها وتصرفاتها إزاء طفليها ، فقد ضربت أحدهما بشدة على ذراعه أو أنها قد جذبته منه بشدة وبطريقة مؤذية . وناقشنا معا مقدمات هذه الأحداث وملابساتها ، ومع ذلك هى

تطلب منه أن يفعل شيئاً ما لا تستطيع هي القيام به (خاصة عندما تكون يداها مشغولتان أو تكون وسط الحجرة ولا يكون الشئ في متناولها) . وذكرت أنها في كل موقف من هذه المواقف ، كانت تكرر نصائحها لكل واحد منهما مرات عديدة ، بأن ما تفعله عمل غير صالح ، ومن ثم أشعر بالغضب ، وأقطع الحجرة خلفه جرياً وأجذبه بشدة . عموماً لقد ناقشنا الاستراتيجيات البديلة ، وأكدنا أهمية الاستمرار في النصح والتوجيه والإرشاد اللفظي بشكل مباشر عند وقوع الطفل في أى خطأ ، أكثر من أن تترك نفسها للإحباط . وبسرعة استمعت لتعليماتى وأكدت أهميتها ، وعبرت عن ارتياحها لكونها أصبحت قادرة على مناقشة همومها ، واعترفت بعد أسبوعين من التسجيل أنه لم يعد يوجد لديها ما يمكن أن تسجله على أنه حوادث عنف بدنية من قبلها لطفليها ، كما أقرت بأنها تشعر بمزيد من السيطرة على نفسها مرة أخرى كأى حقيقية . وأيد «كارل» معظم بل كل مشاهدات زوجته «ماريا» .

وبدأنا - وفى الوقت نفسه الذى ناقشنا فيه مشكلات ماريا ومعاملتها لطفليها- فى تطبيق وتنفيذ بعض أساليب التخطيط والإدارة الذاتية لدى «كارل» . وأرشدت «كارل» إلى أنه سيكون من الأيسر عليه ألا يشرب إذا ما كان لديه بعض الأفكار حول كيفية إدارته لمواقف محددة ومعالجته لها من دون شرب الكحول . فهو يستطيع تجنب المسكرات وعدم الاقتراب منها ، أو يتجنب المواقف المرتبطة بها ، أو يعيد تنظيمها بهدف التقليل من أهمية شرب الكحول فى الموقف إلى أدنى درجة . ولقد وضع كارل قائمة على بطاقات التسجيل الذاتى من المقدمات والمواقف والظروف البيئية التى تسبق الشرب وتحت عليه ، كما وضع أفكاراً عديدة للتعاش مع كل موقف ومواجهته وإدارته لمصلحته بلا شرب . كذلك كتب النتائج الإيجابية والعواقب الوخيمة المرتبطة بكل خطة من خطط التعاش ، لمساعدته فى تحديد أى خطة من هذه الخطط ، تكون الأكثر قابلية للتنفيذ والتطبيق .

واخترنا موقف الصيد على أنه موضوع التخطيط والإدارة الذاتية له ، لكونه حصل كموقف على أعلى التكرارات ، وارتبطت به معظم نشاطات الشرب لدى «كارل» . وكان لدى كارل بالفعل مجموعة من الأفكار حول كيفية الصيد دون شرب كحولات ، منها تبادل الحديث واللعب مع طفله الأكبر ، والتحدث مع زوجته ، أو دعوة أحد أصدقائه القدامى من الصيادين الممتازين والذى لم يشرب

مسكرات قط مدى حياته ، بالإضافة إلى أن كارل فكر في أنه إذا ما اشترى بعض المشروبات غير الروحية وغير المسكرة بالليل وتناولها قبل ذهابه للصيد ، وأنه إذا ما ملأ مبرده بالمشروبات الغازية قبل مغادرته المنزل ، ستخفص لديه محاولات التوقف أمام محلات المشروبات الروحية المسكرة التي توجد في نهاية أحد شوارع هذا الحي . وطلبنا من «كارل» - كواجب منزلي - أن ينفذ هذه الخطة ، وأن يعثر على أحد أصدقائه القدامى ليكونا معا كمساند له لكونه سيصاحبه من دون شرب المسكرات .

ونفذ «كارل» بنجاح خطة الصيد ، كما أنه طور خطة ليذهب مع صديقه «سكوت Scott» . وقد خطط أن يطلب من «سكوت» ، صديقه هذا أن يلعب كرة التنس معه ، ثم يذهب بعد ذلك معه بسرعة لتناول الطعام بأحد المطاعم ، لأن الكحول لن يكون متوفرا به . وعلى الرغم من أن كارل رأى أنه لا توجد أية صعوبات أو عقبات لتنفيذ هذه الخطة ، فإنه لم ينفذها بل ولم يستطع أن يحدثنا عن أسباب عدم تنفيذها لها . ومع ذلك ، فكل الذي فعله أنه أخبر «سكوت» أنه يحاول التوقف عن شرب المسكرات ، ومن ثم فإن صديقه كان إيجابيا جدا مع محاولاته للتوقف وكان مساندا له إلى أبعد مدى .

وكان الموضوع الأساسي الثاني لهذه الجلسات العلاجية هو دعم هذه التغييرات السلوكية الإيجابية للتوقف عن التعاطي . ولأن كارل كان مترددا ويشعر بالتناقض الداخلي إزاء قضية شربه المسكرات ، فإن تفكيرى أصبح ينصب حول ضرورة أن يمر ببعض الخبرات الإيجابية المترتبة على امتناعه ولو جزئيا - عن شرب المسكرات ثم التوقف الكامل . وأردت أيضا تزويد ماريا ببعض الطرق الإيجابية - وليس الطرق القسرية أو الإكراهية - التي تتصل بشرب كارل للتفاعل معه برفق وأناة . وكمدخل لمناقشة هذا الموضوع وعرضه عليهما ، اقترحت عليهما أن يقوم كل منهما بالتفكير في الطرق والوسائل التي من شأنها زيادة فعالية التوقف عن الشرب وتخفيضه إلى أدنى درجة ، والحفاظ على ذلك . واقترحت عليهما أولا ، أن تقدم ماريا لزوجها كارل تشجيعا ومعلومات إيجابية في أى وقت لا يقبل فيه على الشرب أو يرفضه ولو لمدة قصيرة بالليل أو بالنهار ، ولكن كارل رفض هذا الاقتراح بأدب ، قائلاً «في اعتقادى أن ذلك سيكون طريقاً آخر أو أسلوب آخر من أساليبها الملتوية التي ستحاول بها الضغط على للتوقف عن الشرب . وأنا لا أريد ملها أن تتحدث معى بأى شئ في هذا الموضوع» . ولكنى

تساءلت معها عما إذا كان هناك شيئاً ما يمكن أن تقوم به ماريا بحيث تجعل من الشرب قضية تستحق الاهتمام منك يا كارل ، فاقترح كارل أنها يمكن أن تحجم تماماً عن التحدث فى شرب المسكرات وعن توجيه هذا الحديث لى ، وعليها أن تقضى وقتها معى من دون أن تكون ساخطة بحيث أسعى باستمرار لإرضائها بصعوبة . واتفقا الاثنان معا على قضاء بعض الأوقات الممتعة وممارسة كثير من النشاطات السارة عند توقفه عن الشرب لفترة ولو قصيرة ، منها مشاركته فى تناول طعام الغذاء على جمبرى ، وأن ماريا ستحدث معه فقط عن مدى استمتاعها معه بسبب قضائهما أوقاتها معا بلا منغصات . وقد استطاعا تنفيذ هذه الخطة معا بنجاح ، وعلى الرغم من أن كارل قد شرب بعض الكحول بينما هما معا ، فإن كمية الشرب قد قلت جوهريا فى هذه المناسبات والمواقف .

الجلسات التاسعة والعاشره والحادية عشرة :

وعند هذه المرحلة من جلسات العلاج ، استطاع كارل أن يقلل عدد مرات شربه وكمياتها إلى عدد يدور حول ثلاث مرات يوميا ، ولكنه لم يستطيع الامتناع تماما عن الشرب . كذلك أقر بأن إحاحات الشرب أيضاً بدأت فى التناقص تدريجيا . وأقرت ماريا بأن رضاها الزوجى اليومى قد وصل إلى ذروته وقمته (فقد جاءت تقديراتها اليومية للإشباع والرضا الزوجى سبع درجات على مقياس تتراوح درجاته بين درجة واحدة وسبع درجات) ، وأقرت بأنهما يقضيان أوقات فراغهما معا إما بشقتهما (منزلهما مع طفليهما) أو فى منزل والدة كارل . ومع ذلك ، فقد لاحظت أنهما قد بدأ يتشاجران أثناء الجلسات العلاجية وبشكل متكرر . وكانت صراعاتهما تدور حول موضوعين أساسيين : رغبة ماريا فى الانتقال إلى جنوب ولاية كارولينا ، وشعورها الدائم بأن كارل ليس مساندا لها على المستوى العاطفى . فبدأت على الفور فى تنفيذ تدريب على التخاطب والتواصل البناء بينهما ومعهما ، وتعليمهما مهارات الانتظار والسماح للآخر أن ينتهى من حديثه على أكمل وجه ، وتعليمهما الإنصات الجاد ، ثم مبادلته الردود الإيجابية الهادفة وغير المستفزة . وامتلت هذه الجلسات بالتهدئة وتعلم مهارات التخاطب واحترام كل منهما للآخر ، واحترام وجهات النظر المخالفة ، والتركيز على الحسنات والجوانب الحسنة وليس السيئة لدى كل منكما . وبعد اكتسابهما وتزويدهما بقائمة تدور حول آداب التواصل ، وبعد قراءتهما لأول هذه الآداب والتي غطت موضوعات أساسية من قبيل قيمة أدب الحوار واحترام الزوجين لبعضهما بعضا

عند تبادل الحوار ، واللفور من بعض المصادر التي تخرج الحوار والتواصل المحترم عن أهدافه ، حضرا للجلسة التالية بشكل أدهشني ولم أتوقعه ، حيث كان كل منهما ينادى الآخر بأدب رفيع وبإسم (من قبيل أسماء الأسماك والأماكن والمواقف الممتعة كالنسمة والجمبرى) لا يمكن أن يكون له تأثير سلبي على علاقاتهما الاجتماعية . وبدأ بالفعل في تبادل الحوار اللفظي بينهما بالمنزل بطريقة إيجابية أكثر منها سلبية ، وكانا مسرورين بوضوح لما تركته هذه الخطة عليهما من أثر إيجابي على محادثاتهما معا .

وعلى الرغم من أننا قد أحرزنا بعض التقدم الإيجابي والجرهري في علاج كارل من الشرب ، فقد انصب اهتمامي على ضرورة استمرار كارل في المحافظة على التقليل من الشرب اليومي وأن يعكس ذلك عليه بحيث يصبح شغله الشاغل . وقرر كارل بأنه يعتقد أنه باستطاعته الآن التوقف عن الشرب ، وتعهد بأنه يستطيع التوقف عن الشرب لمدة يومين في الأسبوع القادم . ولم يكن راغبا على الإطلاق - خلال الأسبوع الأول الذي سينفذ فيه هذا التعهد - في مناقشة استراتيجيات وخطط التوقف التي سيعتمد عليها ، ومن ثم فهو لم ينجح في تنفيذ تعهده - في مناقشة استراتيجيات وخطط التوقف التي سيعتمد عليها ، ومن ثم فهو لم ينجح في تنفيذ تعهده . ولكننا في الأسبوع الثاني ، ناقشنا معه خططا محددة جدا للطريقة التي سيتمكن من خلالها التوقف عن الشرب . خطط كارل أن يقضى مع ماريا وطفليهما جزءاً من الوقت يوميا ، مع عدم شراء مزيد من البيرة التي كان يخزنها في بيت والدته حتى لا يجد ما يشربه في هذه الأيام التي قرر الشرب أثناءها . وأراد - بالإضافة إلى ما سبق - أن يهيئ نفسه للاعتماد على المشروبات غير الروحية ، والتخطيط للخلود إلى النوم مبكرا . واقترحت عليهما أيضا أن تقوم ماريا بدور المساند الإيجابي له لمساعدته في محاولاته التوقف عن الشرب . وطريقتي في العلاج تقوم على تشجيع العملاء غالبا على إيجاد شخص ما يساندهم ، ويناقشهم في مصادر الإلحاح للشرب ، وغالبا ما سيجدون أن هذا الصديق يعد مصدرا مهما من مصادر المساندة . (وكان بعض العملاء يجدون هذا المصدر المساند من بين أفراد جماعات المدمن المجهول) . ومرة ثانية، كره كارل وقاوم فكرة مشاركة ماريا له في هذا الأمر ، قائلا للمعالج ، «إنني لن أخبرها بأنني أرغب في الشرب وكل الذي أريده هو محاضرة أو توبيخا متعمدا منها» . وذكرته بأنه كان يكره تدخلاتها وتعليقاتها لأنها كانا غير

متحابين ويعملان ضد بعضهما بعضا ، ولكنه في مثل هذا الموقف الآن سيتحمل مسؤولياته ، لأنه هو الشخص المهموم بقضايا شربه للمسكرات . فعلا قد استجاب بإيجابية لإعادة صياغتي للموضوع على هذا النحو . وطلبت من «كارل» بعد ذلك ما إذا كان لديه رغبة في شيء ما يريد من ماريا أن تقوله له حتى يسانده في تنفيذ خطته ، فاقترح أن تخبره ماريا بأن موضوع الشرب هذا أمر متروك لاختياراته وللتصرف فيه بحرية وبلا ضغوط من أحد .

وأشارت «ماريا» إلى أنه سيكون من الصعب عليها ألا تتدخل أو توبخه أو تناقشه على سبيل التذكير والتحذير ، ولكنها وافقت أن تؤدي دورا مساندا له . ومن ثم فقد بدأ كلاهما في التفكير في خطة مؤداها ، الذهاب إلى الشاطئ ، ويقرر «كارل» أثناء قيادتها للسيارة أو عند اللهو على الشاطئ بأنه يريد تقليل عدد مرات الشرب الست اليومية ، ويريد المحافظة على مكاسبه العلاجية . وترد عليه ماريا قائلة «إن هذا هو إختيارك وهذه هي مسؤوليتك إذا رغبت في ذلك ، ولكنك بدلا من شرب البيرة يمكن أن تشرب بعض المياه الغازية إذا راق لك ذلك» . وبدا على «كارل» سرور لأحد له بسبب ما سمعه من ماريا ، وعلى الرغم من أن ماريا قد اعترفت بأنه سيكون من الصعب عليها أن تؤدي هذا الدور بحيادية ، فإنها تود ألا تشعر أو تشعره بأن وقايتها من الشرب تعد إحدى مسؤولياتها وإنما هي مسؤوليته بالدرجة الأولى . ووافقا معا على تنفيذ هذه الخطة وإدارة الحوار بينهما ولو مرة واحدة خلال الأسبوع التالي .

ولم ينجح كارل في التوقف التام عن الشرب ولو ليوم واحد ، على الرغم من أنه نفذ معظم عناصر الخطة الأخرى ، وكان يشرب كأسا واحدا فقط من البيرة في كل يوم من الأيام التي كان يجب عليه فيها التوقف التام عن الشرب . ومع ذلك ، فإنه لم يخبر ماريا عن أي شيء بخصوص إحاحات الشرب . وأبدى قليلا من الاهتمام إزاء ضعفه في تنفيذه أهدافه المبتغاة . وأعلن كارل وماريا خلال إحدى الجلسات الثلاث ، بأنهما سيذهبان في رحلة لجنوب كارولينا لمدة أسبوعين ، فقد عرض على كارل عقد للعمل هناك ، وترغب ماريا بشدة في الانتقال هناك لمنطقة أكثر ريفية وذات تكاليف معيشية أقل حتى يمكنهما رعاية طفليهما . وذكرت أنها لن تنتقل كلية أو تقرر الانتقال معه مادام مستمرا في الشرب ، ولكن كليهما قرر أن الهدف من الرحلة هو استكشاف إمكانات ملاءمة هذا الانتقال لكليهما معا .

الجلسات الثانية عشرة والثالثة عشرة والرابعة عشرة والخامسة عشرة :

وبعد قضاء ماريا وكارل أسبوعى الرحلة إلى نورث كارولينا ، عادا متحمسين لها ، حيث أنتهيا إلى أن العمل متاحا هناك ، وأن تكاليف المعيشة أقل بوضوح ، وأنهما قد أحبا المنطقة التي زارها . وقررت ماريا مرة ثانية بأنها لن تنتقل للعيش هناك مع كارل ما لم يتوقف تماما عن الشرب ، لأنها ستكون حياة طويلة ، ولأنها لا ترغب فى مفارقة أسرته إذا لم تستطع الاعتماد عليه . وأكد كارل مرة ثانية بأنه يود التوقف تماما عن الشرب .

لقد انتهزت فرصة غيابهما فى إجازة وانقطاعهما عن العلاج فى مراجعة كل نقاط التقدم فيه ، والتفكير فى إنجاح هذه العلاقة الزوجية بمزيد من التدقيق والبحث عن الأساليب والخطط التي تساعدنا فى هذا الجانب . ولقد أصبح واضحا لى أن كارل قد وافق على الامتناع عن الاستمرار فى الشرب بسبب ضغوط ماريا التي تمارسها عليه ، ولكنه يريد فعلا تقليل شربه بإرادته الخاصة . ومع ذلك ، فهو يتعامل مع هذا الصراع بمزيد من تردد عبارات التوكيد بأنه سيتوقف عن الشرب وعبارات الطمأنة بأن سلوكه سيتغير من دون أن يصاحب هذه التصريحات اللفظية تغييرات سلوكية سريعة وحقيقية . لقد نفذ كارل قليلا من الخطط السلوكية التي وضعناها له فقط ، ولم أكن أعتقد بأن ضعفه فى تنفيذ هذه الخطط سيعكس ضعفا شديدا فى مهارات المواجهة والتعايش مع إلحاحات الشرب . ومن ثم فقد قررت على الفور مواجهة كارل، والكشف عن تناقضاته السلوكية فى هذه الجلسة العلاجية .

كشفت للزوجين عن رغبتى فى مناقشة جوانب التغيير الإيجابية التي أحرزها حتى اليوم ، فبالنسبة لكارل، فقد أنقص عدد مرات الشرب وكمياته بشكل جوهري ، كما طور بعض المهارات التي تساعدته فى شرب كميات من الكحول أقل جوهريا من الكميات السابقة ، وبدأ حوار له ولغة التواصل اللفظي لديه فى التحسن الواضح ، وأنهما يقيضان معا بالفعل أوقاتا شديدة السعادة ، وأنهما بدأ الأخذ فى اعتبارهما وضع خطط طويلة المدى وممكنة التنفيذ معا . ومع ذلك ، فإننى ألاحظ أن كارل قد طرح سلسلة من الوعود تتصل بمشكلة الشرب ، ولم يستطع متابعة تنفيذها حتى الآن . وقرأت عليهما مشاهدات كLINIكية عديدة سجلتها فى صحيفتهما العلاجية لرصد مدى تقدمهما فى العلاج ، مؤكدة التاريخ الذي اتخذناه هدفا علاجيا للتوقف عن الشرب ، وهو التاريخ الذي كان كارل قد

وافق عليه من البداية ، وكسره للاتفاقات معه حول إزالة التسمم من جسمه ، وكسره الاتفاقات المتصلة بالأيام التي سيتوقف فيها عن الشرب . وطرحته عليهما تفسيرين بديلين ، أولهما أن كارل لا يريد التوقف عن الشرب تماما ، ولكنه يشعر أن عليه الاتفاق على ضرورة التوقف تماما عنه حتى يحتفظ لماريا بسعادتها ، أو أنه لا يستطيع التوقف فعلا عن الشرب ويحتاج لمزيد من المساعدة لإنجاز هذا الهدف . وحاولت بصياغتي هذه لكلا التفسيرين ، تجنب وصف كارل بعدم الأمانة أو أنه ليس لديه دافع للتغيير . وافترضت أيضا أن ماريا قد ساعدت كارل على الاستمرار في الشرب باعترافها بالتحسن الشديد في الرضا الزوجي حتى على الرغم من كونه لازال يواصل الشرب ، وأن احتمالات تقليل الشرب التي حدثت ربما تكون مرضية لها فعلا ، وأن ذلك مقبول منها تماما .

وكلاهما استجاب تماما وانتبه بشدة للمعلومات التي طرحتها عليهما . وتحدث كارل قائلا «أولا أنا لا أريد التوقف فعلا ، ولكن الآن لا يبدو أن ما وصلت إليه من تقدم في العلاج لا يعد أمرا سيئا . فأننا لم أعد أشرب كثيرا ، ولكن الذي أعنيه أنني أصبحت أشرب باعتدال ، ولذا أصبحت أكثر وقارا واتزاناً . ولم يعد لدى ما أقوله بعد ذلك ، ولا أريد إحباطك أكثر من ذلك . وتحدثت ماريا ، فقالت «لدى شعور دائم مثل «كارل» تماما بأنه ينبغي أن نبتعد تماما عن كل ما من شأنه توريطنا في مزيد من العواقب الوخيمة ، وعلى كارل ألا يفعل ذلك لمصلحته ولمصلحتي ولمصلحة طفلينا ولكي ينجح العلاج كذلك . ولكنني أعتزف أنني كنت سعيدة بسبب تقليله الشرب وقضائه معظم أوقاته معنا لدرجة أفقدتني بصيرتي بأنه لازال يشرب . وأقرر بأنني أخشى تماما الانتقال إلى أي مكان معه بينما هو لازال يواصل شرب المسكرات ، وساعتها لن أعيش معه مطلقا ، لأن ذلك يعد مشكلة في غاية السوء ، وإنني لم يعد لدي رغبة في العودة للتحدث في هذا الأمر .

وأنكر «كارل» بعد سماعه هذه المحادثة - أنه يفضل الشرب المعتدل والاستمرار فيه وأعلن أنه سيواصل السير قدما في اتجاه مزيد من التحسن في السلوك والتوقف عن الشرب ، وتعهد «كارل» بأنه - على مدى الأسبوعين التاليين - سيشرب مرة واحدة في الأسبوع الأول ، وسيشرب كأسين من البيرة فقط في الأسبوع الثاني . وعلى الرغم من مناقشتنا لعدد متنوع من استراتيجيات التعايش السلوكي ، كتطوير بدائل سلوكية لمواقف الشرب ، وتكرار التسميع الذاتي لاستراتيجيات رفض المشروبات الروحية ، وتوظيف مزيد من الاستراتيجيات المتنوعة للتعايش مع إلحاحات الشرب ومواجهتها ، فإن كارل أعاد تأكيد أهميتها .

وركز بدلا منها على استراتيجيات التعايش المعرفية ، فعندما تلح عليه فكرة الشرب والميل لها ، عليه أن يفكر في الأسباب التي تمنعه من الشرب ، وأن هذا أمر لا يستحق الاهتمام به ولا التورط فيه ، وأن ماريا وطفليه أهم لديه بكثير من شرب المسكرات . أو «أن عليه استخدام خطط وإرجاء الشرب وتأجيله المرة تلو الأخرى حتى يتعود على ذلك» أو «إننى لم أحصل من الشرب على أية مكاسب من أى نوع حتى الآن» - وإذا ما استمر الشعور بحب الشرب وإلحاحه مصاحبا لى حتى الخامسة من مساء اليوم الذى لم أشرب فيه [أو إلى أى وقت آخر أكثر تأخيرا] ، فإننى سأطفى ظمأ هذا الميل والإلحاح بشرب كأس واحد فقط من البيرة . أو أن عليه أن يفكر مليا فى الجوانب الإيجابية للكحول محاورا ذاته : «إن كأسا أو اثنين من البيرة لن يفعلا لى أى شئ ، ولا أريد أن أحصل منهما على النشاط والطاقة المزعومة والمتوهمة» .

وبدأ كارل وماريا أيضا فى مناقشة أهدافهما طويلة المدى معا ، وطلبت منهما ، كل على حدة ، أن يكتب كيف يتصور كل منهما الكيفية التى ستكون عليها الحياة خلال السنوات الخمس التالية - إما معا أو منفصلين - فكتب كارل ما يلى : «مكان مريح وهادئ أعيش فيه مع «ماريا» والأطفال ومدارس متقدمة ، وعيشة كريمة ، والحصول على الأموال بانتظام ، وتوفير النقود ، وضرائب موحدة ، وتحسن فى الأرصدة البنكية ، والاحتفاظ بدخل ثابت من عمل مستقر أو مشروع خاص ، والحصول على علاقة دافئة ودودة مع ماريا .

وبالنسبة للتحسن الذاتى : كتب قائلا ، لابد من السيطرة على طريقة الانفاق والإسراف فيه ، والانصات لماريا بطريقة أشد موضوعية ، وضمان الاستمرار فى عمل ثابت ومستمر .

وفيما يتصل بماريا ، قال وكتب : «مزيد من الضبط الذاتى والسيطرة على نفسها ، والمزاج المنضبط ، وتنمية ثققتها بنفسها ، وإنقاص وزنها ، وأن تكون أقل تشاؤما فى حياتها اليومية ، وأن تقلل من الانتقادات ، والمشاكل ، والحوادث المؤسفة ، وألا تتصور أننا ذوى حظ عاثر .. الخ» .

وكتبت ماريا تصورها للسنوات الخمس القادمة ، قائلة :

«خمس سنوات من الآن - ١٩٩٦ ، سيكون لدى ٣٩ عاما ، وسيكون لدى جوناثان ثمانى سنوات ، ولدى مارك سبع سنوات . سنكون مقيمين فى نورث

كارولينا بمنزل مؤجر لنا ، أنا لى عمل ثابت ، وكذلك كارل ، وسيكون الطفلان بالمدرسة ، ولدينا سيارتان ، وتنسم سنوات كارل الخمس بالوقار وعدم الشرب ، وسأعيش أربع سنوات لإنقاص الوزن وسأكون رشيقة . وسنكون بعد سنتين بعيدا عن القروض والسلف وبطاقات الائتمان البنكية ، وسنودع الإفلاس للأبد بعد عام ١٩٩١ (*). وسنقضى معا بعض الليالى السعيدة كأسرة فى الراحة والاستجمام والذهاب لمشاهدة كرة القدم (البيسبول) أو لعبة كرة القدم فى ملاعب مدارس جوناثان أو مارك . وسنخرج فى ليالٍ آخرٍ للترفيه والاختلاط بالجيران والأصدقاء أو للسير فى رحلات قصيرة لقضاء بعض المهام . ويفعل كارل الأمر نفسه فى ليالٍ آخر ، لأننا سنكون إلى حد كبير لدينا ما يكفيننا من المال .

ثلاثة أمور أطلبها من كارل مقابل ما طلبه منى :

كارل	ماريا
الدافعية الشديدة	تتسم بالهدوء
والوقار والصبر والمثابرة	واللحافة أو الرشاقة
وتحمل المسئولية	والرضا عنى
	وتشعر بالأمن
	وتملك سيارة
	والاستقلالية
	والسيطرة على حياتى

ولأن أهداف كل من كارل وماريا كانت متشابهة ، فطلبت منهما أن يقرأ كل منهما ما كتبه بصوت مرتفع ، ونفذ كل منهما اقتراحى ، وقام بالقراءة ، فشعر كل منهما بالشجاعة ، وبدأ كل منهما فى التصرف بهدوء ومزيد من الإيجابية ، لأن أهدافهما طويلة المدى كانت شديدة التشابه ، ومن ثم كان عليهما العمل معا

(*) كانت الحالة بمركز المؤلفة للعلاج النفسى فى هذا التاريخ وقبل أن يتم تأليف هذا المرجع بثلاثة أعوام كاملة . (المترجم) .

فى العلاج لإنجاز هذه الأهداف وتحققها . وبدأت بالفعل فى تدريبهما على مهارات التوكيدية والثقة بالنفس والقدرة على حل المشكلات ، وأساليب المناقشة والحوار ولتنفيذ هذه المهارات سواء أكان ذلك فى علاقاتهما ببعضهما أم فى المواقف الاجتماعية والمواقف الشخصية المتبادلة .

الجلسات السادسة عشرة والسابعة عشرة والثامنة عشرة :

لقد امتنع كارل عن شرب المسكرات منذ بداية الجلسة الخامسة عشرة وحتى نهاية كل الجلسات العلاجية . ومع ذلك فقد اعترف بوجود بعض إلحاحات الشرب ، ولكنها تناقضت فى وقت قصير . وناقش معنا باستفاضة كبيرة أرجاعه إزاء عدم الشرب . ذكر أنه يشعر بالحزن والكآبة ، ويقول أنه مفتقد للشرب ، وشعر أنه فقد شيئاً مهماً بالنسبة له ، وأقر بأنه محبط كذلك ومهموم ، لأنه كان دائماً يشرب عندما يشعر بكدر المزاج ، ولكنه الآن لا يستطيع فعل ذلك . وحاولت أن أعيد صياغة مشاعر كارل بالنسبة له كما يدركها ، فقلت له إن قدرتك على إدراك أنك تفتقد الكحول تعد خطوة مهمة تجاه كونك ستكون قادراً على إدراك أن تعيش حياتك من دون شرب المسكرات ، وأن أرجاعك واستجاباتك تفترض الآن أنك لديك نوايا قوية وشديدة إلى حد كبير ، ألا تشرب . ويبدو أنه وجد نوعاً من المساعدة له من هذه الصياغة المبررة ، ولكنه استمر فى الشعور بعدم الرضا وبالتنغيص والكرب من كونه متوقفاً عن شرب المسكرات .

ولأن كارل حافظ على توقفه عن الشرب ، فانخفضت معدلات الرضا الزوجى لديه . وفيما سبق كان كارل قد قرر ارتفاع معدلات رضاه الزوجى بوضوح ، ولكنه أصبح أكثر تعاسة بسبب توقفه عن الشرب تماماً . وعندما سألته عن تقديره الآن لرضاه الزوجى ، ذكر أنه شعر بأن هذه المعدلات «ذهبت لمكان ما» فى ضوء إرضاء الآخرين وإصلاح ذات البين . وبدأنا تدريبات التوكيدية والثقة بالنفس والقدرة على حل المشكلات ، وتصورت أن كارل يمكنه استخدام هذه المهارات ليعبر عن مشاعره لماريا بشكل أكثر مباشرة . وقام كارل وماريا بمناقشة إيجابية وقوية لمشاعر كارل أثناء الجلسة حول رغبته فى الصلح وعودة المياه لمجاريها ، وهموم ماريا حول مدى صعوبة ذلك ، مع توظيفهما لبعض المهارات الإيجابية التى اكتسبها . ووافق كلاهما على أن لديهما رغبة أكيدة الآن للعيش معاً مرة ثانية ، ولكن الصعوبة التى تواجههما تتمثل فى كيفية تطوير الخطة التى يناط بها تنفيذ ذلك الأمر ، ومن ثم فقد استخدمنا أساليب تفصيلية لحل

المشكلات عبر جلسيتين علاجيتين لتطوير هذه الخطة وتنفيذها .

لقد كان المعوق الأساسي لإتمام الصلح معوقا ماليا . ولقد كانت ماريّا تتلقى إعانة حكومية للعاطلين ، وإذا ما بدأت تعمل هي أو زوجها كارل ، فإن الإعانة العامة لها ستقل جوهريا . ومع ذلك ، فإنهما لكي يستطيعان العيش معا ، فإن عليهما - في كل الأحوال - توفير أموال كافية كوسيلة لحمايةهم وتكفل لهما الأمن ، ومن أجل تأمين ودفع إيجار الشهر الأول . وقررا معا وبشكل نهائي ، بأن تعمل ماريّا كمصنفة شعر للنساء «وبشكل خفي» لعدة ساعات أسبوعيا ، على أن يتولى كارل رعاية الطفلين أثناء قيامها بالعمل . وإذا ما سارت الأمور على ما يرام ، فإن كارل سيبدأ في البحث عن عمل مرة أخرى ، وحينئذ سيكون كلاهما له عمل ، ومن ثم سينتقلان بطفليهما للإقامة مع والدة كارل حتى يمكنهما توفير بعض الودائع لتأمين حياتهما ودفع الإيجار ، على أن تكون الإقامة مع أمه فترة محدودة ، ثم يحصلان بعد ذلك على شقة تجمعهم جميعا كأسرة معا يقيمون في نيوجيرسي New Jersey أو يبحثون عن مقطورة⁽¹⁾ كبيت يعيشون فيه ويستقلونها للانتقال والعيش في بيت بالإيجار بنورث كارولينا . وقد استخدمنا أساليب حل المشكلات ليطورا خطة للتعامل مع كيفية سداد ديونهم الأخرى .

إنهاء العلاج

لأن «كارل وماريا» كانا يمثلان جزءاً من الدراسة البحثية العيادية ، كان علينا إنهاء العلاج⁽²⁾ بعد ثمانى عشرة جلسة (بما فيها جلسات علاج أو محاولات علاجه من التسمم الكحولي) ، فقد أحرزا تقدما جوهريا أثناء العلاج ؛ فقد استمر «كارل» ممتنعا عن الشرب لمدة شهر كامل أو يزيد ، وتعلمت «ماريا» كثيرا من الطرق الفعالة للتعامل مع الأطفال وكيفية تربيتهم ورعايتهم ، ولم تعد تتحدث عن همومها التي كانت متكررة فيما يتصل باستخدامها للأساليب العقابية البدنية معهما ، وتحسنت تماما العلاقات الزوجية بينهما ، وأصبحت لديهما خطة واضحة ومحددة لجمع الشمل والعيش معا . ولكن الذى كان يشغلنى هو شعور «كارل» بالتنجيص وعدم الرضا النفسى بسبب توقفه عن الشرب ، ومن ثم فقد فكرت أن أعلمه فقط عددا قليلا من استراتيجيات التعايش والمواجهة الفعالة للتعامل مع

(1) Trailer .

(2) Treatment termination .

المواقف المثيرة للشرب لديه . ولم نعمل بطريقة مباشرة انطلاقاً من أسلوب تحمل «كارل» للمسئولية في مقابل تجنبه لها⁽¹⁾ ، فيما عدا حثه على ضرورة المحافظة على تعهداته بالاستمرار في التوقف عن الشرب مهما كانت المبررات ، وأن يكون ذلك أحد أهدافه طويلة المدى التي سيعمل من أجلها باستمرار . كما أن تعهد كارل بتنفيذ الجزء الخاص به في كل ما تم الاتفاق عليه يعد تعهداً شخصياً لن يقيمه أحد سواه . وكانا «الزوجان» مرتاحين بشأن إنهاء العلاج حتى هذه النقطة بوضوح ، ولكنهما تساءلا عن إمكانات المتابعة العلاجية ، واستفسرا عن جماعات المدمن المجهول أو أى جماعة أخرى من جماعات المساندة التي تهتم بالأزواج أو التوجهات السلوكية للتغيير الإيجابي بدقة شديدة ، فأوعزت إليهما بالالتحاق بإحدى جماعات العلاج العقلاني (RR) ، وبإحدى جماعات المدمن المجهول التي تعقد اجتماعات خاصة للأزواج ، لأنها تركز جهودها أساساً ، وتوظف معظم مناقشاتها لقضايا العلاقات الزوجية أكثر مما تفعله جماعات المدمن المجهول التي تركز على قضايا علاج الاعتماد على المسكرات . وإذا كنا قد أدرجناهما أو وزعناهما على إحدى المجموعات التجريبية الأخرى في الدراسة ، فكان يجب على إعطاءهما مواعيداً عديدة تتصل بجلسات المتابعة العيادية على امتداد العام التالي ، وهذا ما أفعله دائماً في ممارساتي العيادية مع العملاء الذين يعانون من مشكلات الشرب . على أية حال ، لقد حالت قيود الإجراءات البحثية العيادية دون تنفيذ إجراءات المتابعة العيادية لهما .

تعقيب :

كان «كارل وماريا» زوجين نمطيين بكل معنى الكلمة . وكان كارل شديد التردد والتناقض إزاء التغيير الإيجابي ، وكانت دافعيته للعلاج منخفضة وكان يتحسن ببطء بسبب تعليلاته الخارجية ، وكانت مقاومته للعديد من التدخلات السلوكية واضحة لنا تماماً . وأعتقد أنه بدأ الاندماج في العلاج عندما شعر بأنه ليس هو الوحيد الذي سينصب عليه العلاج ، وبعد أن بدأت ماريا في مناقشة سلوكها العدواني ومشاعرها العنيفة تجاهه . أما النقطة الجوهرية الثانية في العلاج ، فكانت كيفية تحديدنا لمشكلة شربه المستمر . وكنت راضية تماماً عن السماح لهما بإعادة التفاوض حول تحديد الشرب المعتدل كهدف علاجي ، ولكن

(1) Responsibility - avoidance style .

لم يكن في تصوري أبداً أن ذلك سيدفع كارل ليشرح أن باستطاعته عقد اتفاق لفظي (للتوقف عن الشرب) ، مما يعطيه الفرصة بعد ذلك لكسر هذا الاتفاق وتجنبه . إن مواجهته بسلوكه المدمر دفعه إما إلى تأكيد ذاته وثقته بنفسه وإعادة التفاوض حول الأهداف العلاجية أو إلى مواصلة الالتزام بتنفيذ تعهداته التي قطعها على نفسه .

إن دور التدريب على المهارات السلوكية في مساعدة «كارل» على الامتناع عن شرب المسكرات كان أقل فعالية وتأثيراً عليه بالمقارنة بما يحدث لدى عملاء آخرين . ولقد جرب كارل بالفعل عدداً من المهارات التي قدمت له أثناء العلاج ، ولكنه اعتمد بالدرجة الأولى على استراتيجيات التعايش المعرفية . ومع ذلك ، كان دور الدعم والمساندة والتشجيع أكثر أهمية في فهم تغير سلوك الشرب لدى كارل . وكانت علاقته الزوجية مهمة له في بداية العلاج ، ومن ثم فقد ركز على الطرق التي تحسن هذه العلاقة ، وأصبح دعمها يمثل أعلى القيم بالنسبة له . أما ماريا فكانت شديدة الاتساق منذ البداية في كل ما ذكرته ، حيث قررت منذ البداية بأنهما لن يستطيعا العيش معا والتصالح إذا لم يمتنع كارل عن الشرب تماماً ، وانصب اهتمامها على مناقشة الأهداف طويلة المدى لهذه العلاقة الزوجية ومستقبلها في ظل شرب كارل ، ورأت أن كل إنجازهما يتمثل في إمكانية العيش معا في حياة إيجابية إذا ما انتقلا إلى نورث كارولينا .

وأخيراً ، فإن علاقتي بالزوجين ترجع بالدرجة الأولى إلى التغييرات الإيجابية التي قاما بها . فقد وجدت أنهما زوجين متحابين ويروقان لبعضهما على الرغم من الصعوبات التي تواجههما . وكان علي في بعض الأحيان أن أضايق «كارل» وأدفعه للإذعان لمطالب العلاج ، وأحياناً أخرى كنت أسوسه وأسترضيه حتى أنه علق في نهاية العلاج بقوله ، «في البداية لم أكن أعرف إذا كنت أميل إليك أم لا ، ولكن بعد ذلك عرفت أنك ذات نمط فريد من البراعة والذكاء ، وأنت فاتنة ، وأدركت كذلك أنك لن تتركيني ولن يهدأ لك بال إلا بعد تخليصي مما أنا فيه ، ولذلك قررت أن أعطيك هذه الفرصة في النهاية . أما «ماريا» فقد حاولت دعم قدراتها لرعاية نفسها وأن تلتفت لذاتها ، وارتبت في كونها يمكن أن تنظر لي على أنني نموذج للمعالج الذي يؤدي دوره بأى معنى من المعاني . وغالباً ما كانت تسألني كثيراً من الأسئلة الشخصية (عما إذا كنت متزوجة ، وما عمر ابني) ، وقدمت لي حافطة للتقويم الميلادي كنوع من الشكر

على الانتهاء من العلاج . وترى بحوثنا العلاجية أن أفضل خبراتنا كمعالجين ينبغي أن تتجسد في أن نكون أكثر نجاحاً في المحافظة على استمرار العملاء في العلاج - (Epstein, McCrady, Miller & Steinberg, 1992) ، وتشككت في أنه سيكون في مقدورنا التعامل مع هذه العلاقات المعقدة من خلال مهارة واحدة تتمثل في مدى أو حجم الخبرة التي اكتسبها المعالجون مهما كانت إحاطتهم بها .

مشكلات نمطية :

إن المشكلات التي عانت منها هذه الحالة التي عرضنا لها تعد مشكلات نمطية ، حيث أنها حضرت الجلسات العلاجية ، وهي تعاني من التسمم الكحولي ، واستمرت في شرب الكحوليات أثناء تلقيها العلاج ، وكان شعورها متناقضاً إزاء التغيير المطلوب بذل جهد فيه ، ويكره إنجاز المهمات والواجبات المنزلية ولا يذعن لها ، وأثناء تقدم العلاج ظهر عديد من المشكلات الجديدة والأساسية . كما أن الكذب والفسل في حضور الجلسات في مواعيدها المحددة تعد نماذج لأنماط أخرى من السلوك التي يفصح عنها أحياناً بعض الحالات التي تعاني من مشكلات شرب المسكرات . وبالتعاون مع كارل وماريا معا ، استطعت تقليل هذه المشكلات النمطية ، لأن ماريا كانت شديدة التعلق ومرتفعة الدافعية من أجل الاستمرار في العلاج ، وكان لديها شعور شديد بالمسئولية للمحافظة على كل مواعيد الجلسات العلاجية المحددة سلفاً . وكذلك بتوجيههما معا لتسجيل عدد مرات الشرب بالإضافة إلى عدد مرات الإلحاح التي كان يعاني منها كارل ، حصلت على أوضح صورة لمشكلات شربه ، وكنت قادرة على الاحتفاظ بفكرة واضحة عن مدى التحسن أو التدهور والتراجع .

المنينات العيادية للنجاح أو الفشل :

تنبأ مجموعة من العوامل بنجاح العلاج أو فشله . ومع ذلك ، يجب علينا قبل الإحاطة بتلك العوامل أن نناقش تعريفات مفهوم «النجاح» . ففي حالة أي نوع من العلاج ، نجد أن قلة نادرة من العملاء هم الذين يتمكنون من تقليل كميات الشرب وعدد مراته بشكل جوهري أو يتوقفون عنه تماماً ثم يحافظون على الاستمرار في التوقف أو لا يعانون من مشكلات التسمم والأعراض الانسحابية لزملة الأعراض الكحولية لمدد أو فترات زمنية طويلة (لعدة سنوات مثلاً) (Helzer et al., 1985; Pettinati, Sugerma, Didonato & Maurer, 1982) . وتتباين النسبة بتباين الخصال السكانية (الديموجرافية) للجمهور ،

وخصال المتزوجين . وهذه النسبة لها استعمال ثابت ، وفترة زمنية ثابتة ، ومع ذلك لا يتحقق للأعراض النفسية المرضية المشتركة أفضل النتائج العلاجية . أضف إلى ذلك أن البيئة الاجتماعية التي يقيم فيها العميل بعد العلاج وأثناء فترة المتابعة تؤدي دورا مهما في تحديد النتائج العلاجية طويلة المدى (Moos, Finney & Cronkite, 1990) .

إن المشاهدات المتصلة بنتائج طويلة المدى وغير المستقرة قد أدت بعدد من المعالجين للنظر إلى الكحولية على أنها اضطراب مزمن ، وكثير الانتكاس ، والنظر إلى النجاح في علاجه على أنه عملية أكثر منه نتيجة ثابتة ومضمونة . ولكن العميل الذي يتعلم مهارات فعالة لتجنب الشرب المكثف ، كما يتعلم أيضا طرقا للتعاش مع الانتكاسات بتقليل طول فتراتها وحدتها ، يمكن النظر إليه على أنه نجح في العلاج (Marlatt & Gordon, 1985) . وينصب اهتمام الباحثين في دراسات النتائج العلاجية وتقويم العلاجات النفسية في هذا المجال ، على حساب النسب المثوية لعدد أيام التوقف عن التعاطي أو الشرب ، وطول فترات التوقف أو الامتناع عن الشرب بالمقارنة بفترات الشرب المكثف كطرق لتقدير النجاح النسبي أكثر من تقديرها للنجاح المطلق .

ومن وجهة نظري كمعالج ، فإنني أقرر أن ثمة خصالا محددة وأنماطا من السلوك التي يتسم بها عميل بعينه أو أي عميل تؤدي دورا في تحديد نتائج العلاج؛ فالعميل الذي لديه دوافع شديدة لتغيير السلوك إلى الأفضل (سواء أكانت دوافع خارجية أم داخلية) ، ولديه قدر من الوعي والإدراك بالعلاقة بين شربه ومشكلاته الحياتية ، يكون من السهل علاجه والتنبؤ الدقيق بنجاح هذا العلاج .

كما أن قيامه بإنجاز واجباته المنزلية العلاجية منذ بداية الجلسات العلاجية ، فضلا عن حضوره للجلسات وهو وقور ومعتدل في شربه ، بالإضافة إلى أمانته وصدقه وعدم كذبه إزاء أنماط السلوك التي يبديها خارج نطاق الجلسات العلاجية وبين الجلسات ، تعد مؤشرات تنبؤية إيجابية أيضا .

ويضاف إلى كل ما سبق ، سلوك المعالج الذي يعد من المتغيرات التنبؤية المهمة لنجاح العلاج فقد أشارت دراسات عديدة لجوانب متباينة في سلوك المعالج، أهمها التفهم ، والتعاطف ، وتحديد الأهداف العلاجية ، والتخطيط للعلاج، وتطوير أهداف الشرب بالتعاون مع العميل بدلا من تطويرها من وجهة

نظر المعالج فقط ، وتزويد العميل ببدائل واختيارات علاجية ، مما يدفع العميل للاستمرار فى العلاج والطاعة الميسرة للاستفادة منه .

الخلاصة :

إن مسألة تقديم علاج نفسى لأشخاص يعانون من مشكلات التعاطى أو شرب المسكرات ، تعد عملية معقدة ، ولكنها فى الوقت نفسه تعد عملية شيقة وممتعة . ويواجه خلالها المعالج بمجموعة من القرارات المعقدة التى تتصل باختيار مستوى الرعاية الملائم لكل عميل ، ومكان علاجه من دون إغفال وجهة نظره المرتبطة بذلك ، وما يناسبه من طرق وأساليب علاجية .

إن المهارات التشخيصية التى من شأنها تحديد المشكلات الطبية والنفسية والطبفسية والمعرفية المصاحبة لشرب العميل ، تمثل تحدياً للمعالج عند تعامله مع كل حالة على حدة . ويتطلب العلاج معرفة بكل أساليب العلاج السلوكى ، والقدرة على تكوين علاقة علاجية إيجابية بصفة عامة ، ومع العملاء المحبطين والمشكلين ومنخفضى الدافعية بصفة خاصة ، والقدرة على التفكير فى المستقبل المهنى ومدى ازدهاره وتقدمه .

والخلاصة أنه من الضرورى عقد جلسة فى بداية العلاج لرفع دافعية ذوى الشرب المكثف من العملاء لتقليل كمية الشرب ، والخضوع لعلاج أطول بسبب معاناته من الكحولية المزمنة ، وإقناعه بأن العلاج النفسى ليس عملية روتينية ينجزها شخص ضعيف الذكاء ، بل على العكس من ذلك تماماً ، لأن المعالج لديه جسم من الإنتاج الفكرى النفسى العيادى والتجريبي الذى يرشده فى اختيار أنواع العلاج النفسى الملائمة لكل عميل ، كما أن لديه عدداً ضخماً من الدراسات النفسية العلاجية التى تحبذ اختيار بعض الأساليب العلاجية التى تخلص العميل من مشكلات محددة ، وتجعلنا نرفض بعضها الآخر . وفى حين أن معظم الأفراد الذين يعانون من مشكلات الشرب قد ينجحون فى القيام بتغيير أنماط سلوك الشرب إلى الأفضل طواعية وإرادتهم الخالصة أو من دون مساعدة من أحد ، وفقاً لما أشار إليه بعض الباحثين (Miller & Rollnick, 1991; Sobell & Toneatto, 1994) ، فإن العلاج النفسى والطبى يمكن أن يمدنا بوسائل فعالة لينجح هؤلاء العملاء فى تغيير مشكلة الحياة الأساسية .

بعض الملاحظات :

- (١) كان كارل وماريا زوجين حقيقيين ، ولكن تحديد المعلومات وصياغتها ، وبعض جوانب الأساليب العلاجية تم مراجعتها لتحمى أسرارهم الخاصة .
- (٢) جميع المحادثات قام المعالج بإعادة صياغتها مع الاحتفاظ بجوهر معانيها ، حفاظا على سرية المعلومات التى أدلى بها الزوجان .
- (٣) وكانت كل المحادثات نسخا لفظية صاغها كارل ، كما راجع صياغة كل كلمة فيها ، قبل أن يتم نشرها .

REFERENCES

- Alford, G. (1980). Alcoholics Anonymous: An empirical outcome study. *Addictive Behaviors*, 5, 359 - 370.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1993). *DSM-IV draft criteria as of 3 / 1 / 93*. Washington, DC: Author.
- American Society of Addictive Medicine. (1991). *Patient placement criteria for the treatment of psychoactive substance use disorders*. Washington, DC: Author.
- Annis, H. M. (1982). *Inventory of Drinking Situations (IDS-100)*. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation of Toronto.
- Azrin, N. H. (1976). Improvements in the community- reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 339 - 348.
- Azrin, N. H., Sisson, R. W., Meyers, R., & Godley, M. (1982). Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 105 - 112.
- Babor, T. F., Stephens, R. S., & Marlatt, G. A. (1987). Verhal report methods in clinical research on alcoholism: response bias and its minimization. *Journal of studies on Alcohol*, 48, 410 - 424.
- Chafetz, M. E., Blane, H. T., Abram, H. S., Golner, J., Lacy, E., McCourt, W. F., Clark, E., & Meyers, W. (1962). Establishing treatment relations with alcoholics. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 134, 395 - 409.
- Cook, C. C. H. (1988a). The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependency: Miracle, method or myth? Part I. The philosophy and the programme. *British Journal of Addiction*, 83, 625 - 634.
- Cook, C. C. H. (1988b). The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependency: Miracle, method or myth? Part II. Evidence and conclusions. *British Journal of Addiction*, 83, 735 - 748.
- Edwards, G., & Gross, M. M. (1976). Alcohol dependence; provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, 1, 1058 - 1061.
- Emrick, C., Tonigan, J. S., Montgomery, H., & Little, L. (1993). Alcoholics Anonymous: What is currently known? In B. S. McCrady & W. R. Miller (Eds.), *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives*. New Brunswick, NJ: Alcohol Research Documentation.
- Epstein, E. E., McCrady, B. S., Miller, K., & Steinberg, M. (1992, June). *Attrition from conjoint*

- alcoholism treatment: Do dropouts differ from completers?* Paper presented at the Annual Meeting of the Research Society on Alcoholism, San Diego, CA.
- Femino, J., & Lewis, D. C. (1980). *Clinical pharmacology and therapeutics of the alcohol withdrawal syndrome*. Brown University Program in Alcoholism and Drug abuse, Medical Monograph No. 1.
- Filstead, W. (1991). *Two-year treatment outcome. An evaluation of substance abuse services for adults and youths*. Park Ridge, IL: Parkside Medical Services.
- Frankenstein, W., Hay, W. M., & Nathan, P. E. (1985). Effects of intoxication on alcoholics' marital communication and problem solving. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 1 - 6.
- Gomberg, E. L. (1980). *Drinking and problem drinking among the elderly*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Institute of Gerontology.
- Gorski, T., & Miller, M. (1986). *Staying sober: A guide for relapse prevention*. Independence, MO: Independence Press.
- Hasin, D. S., Grant, B. F., & Endicott, J. (1988). Lifetime psychiatric comorbidity in hospitalized alcoholics: Subject and family correlates. *International Journal of the Addictions*, 23, 827 - 850.
- Hayashida, M., Alterman, A. I., McLellan, A. T., O'Brien, C. P., Purtill, J. J., Volpicelli, J., Raphaelson, A. H., & Hall, C. P. (1989). Comparative effectiveness and costs of inpatient and outpatient detoxification of patients with mild-to-moderate alcohol withdrawal. *New England Journal of Medicine*, 320, 358 - 365.
- Helzer, J. E., Robins, L. N., Taylor, J. R., Carey, K., Miller, R. H., Combs-Orme, T., & Farmer, A. (1985). The extent of long-term moderate drinking among alcoholics discharged from medical and psychiatric treatment facilities. *New England Journal of Medicine*, 312, 1678 - 1682.
- Hesselbrock, M., Meyer, R., & Keener, J. J. (1985). Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1050 - 1055.
- Hester, R., & Miller, W. R. (1989). *Handbook of alcoholism treatment approaches*. New York: Pergamon Press.
- Hunt, G. M., & Azrin, N. H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 91 - 104.
- Kedden, R. M., Conney, N. L., Getter, H., & Litt, M. D. (1989). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Posttreatment results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 698 - 704.
- Kaufman, E. (1984). *Power to change Family case studies in the treatment of alcoholism*. New York: Gardner Press.

- Margolin, G., Talovec, S., & Weinstein, C. D. (1983). Areas of Change Questionnaire: A practical approach to marital assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 921 - 931.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.), (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- McCrary, B. S. (1990). The marital relationship and alcoholism treatment, In R. L. Collins, K. E. Leonard, B. A. Miller, & J. S. Searles (Eds.), *Alcohol and the family: Research and clinical perspectives* (pp. 338 - 355). New York: Guilford Press.
- McCrary, B. S. (1992). A reply to Peele: Is this how you treat your friends? *Addictive Behaviors, 17*, 67 - 72.
- McCrary, B. S., & Epstein, E. E. (in press). Marital therapy in the treatment of alcohol problems. In N. Jacobson & A. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of marital therapy* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- McCrary, B. S., & Irvine, S. (1989). Self-help groups in the treatment of alcoholism. In R. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches*. New York: Pergamon Press.
- McCrary, B. S., Longabaugh, R. L., Fink, E., Stout, R., Beattie, M., Ruggieri-Authelet, A., & McNeill, D. (1986). Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial hospital versus inpatient settings after brief inpatient treatment: Twelve-month outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 708 - 713.
- McCrary, B. S., & Raytek, H. (in press). Women and substance abuse: Treatment modalities and outcome. In E. Gomberg & T. D. Nirenberg (Eds.), *Women and substance abuse*. Ablex Press.
- McCrary, B. S., Stout, R., Noel, N., Abrams, D., & Nelson, H. F. (1991). Effectiveness of three types of spouse-involved behavioral alcoholism treatment. *British Journal of Addiction, 86*, 1415 - 1424.
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin, 98*, 84 - 107.
- Miller, W. R., & Hester, R. (1986). Inpatient alcoholism treatment: Who benefits? *American Psychologist, 41*, 794 - 805.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Monti, P. M., Abrams, D. B., Kadden, R. M., & Cooney, N. L. (1989). *Treating alcohol dependence. A coping skills training guide*. New York: Guilford Press.
- Moos, R., & Billings, A. (1982).

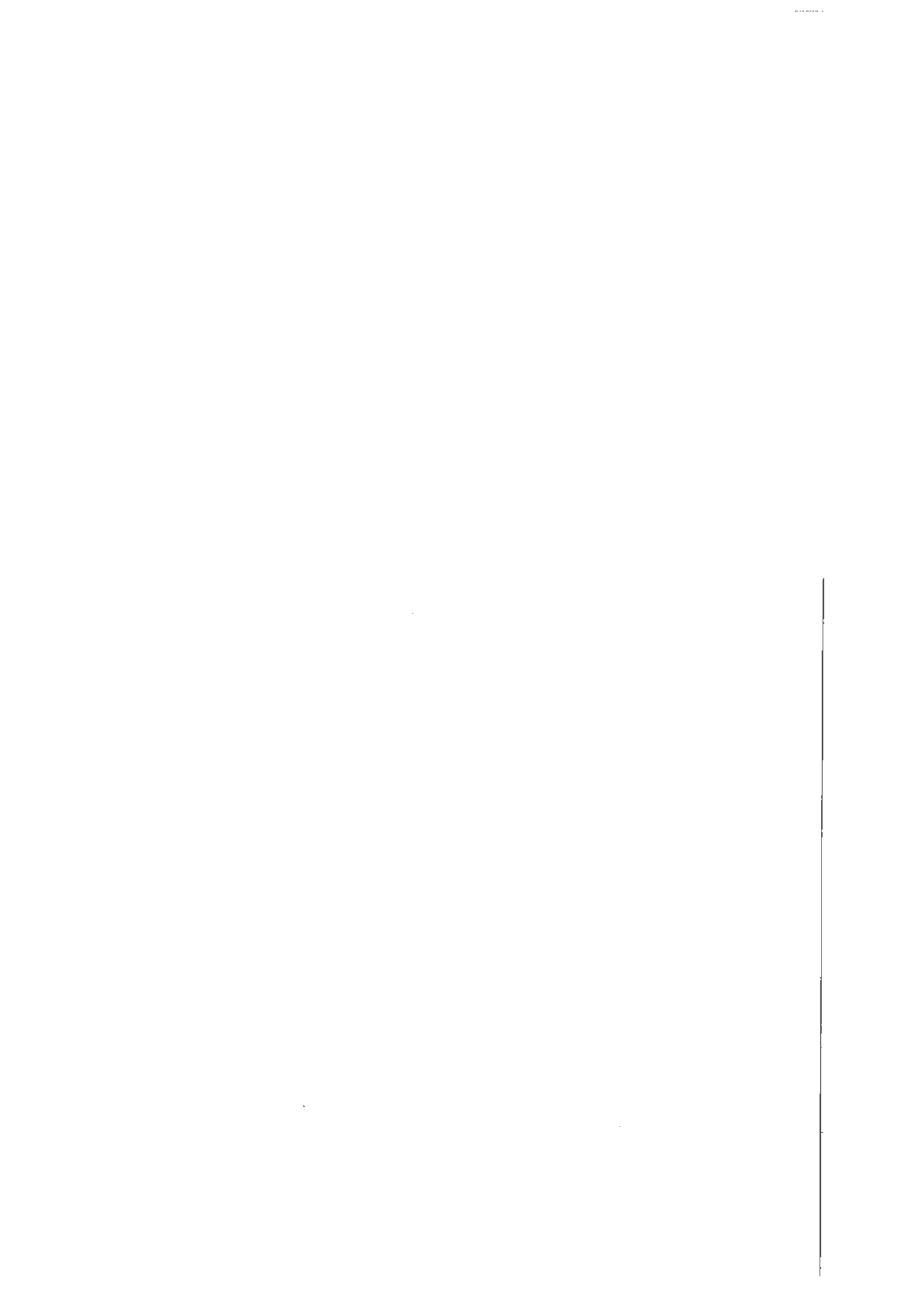
- Children of alcoholics during the recovery process: Alcoholic and matched control families. *Addictive Behaviors*, 7, 155 - 163.
- Moos, R., Finney, J., & Cronkite, R. (1990). *Alcoholism treatment: Context, process, and outcome*. New York: Oxford University Press.
- Moos, R., Finney, J. W. & Gamble, W. (1982). The process of recovery from alcoholism. II. Comparing spouses of alcoholic patients and matched community controls. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 888 - 909.
- Nathan, P. E., & McCrady, B. S. (1987). Bases for the use of abstinence as a goal in the behavioral treatment of alcohol abusers. *Drugs and Society*, 1, 109 - 132.
- O'Farrell, T. J., & Cutter, J. S. G. (1984). Behavioral marital therapy couples groups for male alcoholics and their wives. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1, 191 - 204.
- Ojehagan, A., & Berglund, M. (1989). Changes in drinking goals in a two-year outpatient alcoholic treatment program. *Addictive Behaviors*, 14, 1 - 10.
- Orford, J., Guthrie, S., Nicholls, P., Oppenheimer, E., Egert, S., & Hensman, C. (1975). Self-reported coping behavior of wives of alcoholics and its association with drinking outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 1254 - 1267.
- Orford, J., & Keddle, A. (1986). Abstinence or controlled drinking in clinical practice: A test of the dependence and persuasion hypotheses. *British Journal of Addiction*, 81, 495 - 504.
- Paolino, T. J., Jr., McCrady, B. S., & Diamond, S. (1978). Some alcoholic marriage statistics: An overview. *International Journal of Addictions*, 13, 1252 - 1257.
- Parsons, O. A., Butters, N., & Nathan, P. E. (Eds.), (1987). *Neuropsychology of alcoholism: Implications for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Peele, S. (1992). Alcoholism, politics, and bureaucracy: The consensus against controlled-drinking therapy in America. *Addictive Behaviors*, 17, 49 - 62.
- Pettinati, H. M., Sugeran, A. A., DiDonato, N., & Maurer, H. S. (1982). The natural history of alcoholism over four years after treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 201 - 215.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276 - 288.
- Robins, L. N., Winge, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R., Regier, D. A., Sartorius, N., & Towle, L. H. (1988). The prevalence of psychiatric dis-

- orders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1023 - 1031.
- Room, R. (1993). Alcoholics Anonymous as a social movement. In B. S. McCrady & W. R. Miller (Eds.), *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives*. New Brunswick, NJ: Alcohol Research Documentation.
- Ross, H. E., Glaser, F. B., & Gernanson, T. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1023 - 1031.
- Selzer, M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653 - 1658.
- Sisson, R. W., & Azrin, N. (1986). Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 17, 15 - 21.
- Skinner, H., & Allen, B. A. (1982). Alcohol dependence syndrome: Measurement and validation. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 199 - 209.
- Sobell, M. B., Maisto, S. A., Sobell, L. C., Cooper, T., & Saunders, B. (1980). Developing a prototype for evaluating alcohol treatment effectiveness. In L. C. Sobell, M. B. Sobell, & E. Ward (Eds.), *Evaluating alcohol treatment effectiveness: Recent advances*. New York: Pergamon Press.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Toneatto, T. (in press). Recovery from alcohol problems without treatment. In N. Heather, W. R. Miller, & J. Greeley (Eds.), *Selfcontrol and addictive behaviors*. New York: Pergamon Press.
- Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15 - 28.
- Thomas, E. J., Santa, C., Bronson, D., & Oyserman, D. (1987). Unilateral family therapy with the spouses of alcoholics. *Journal of Social Service Research*, 10, 145 - 162.
- Trimpey, J. (1989). *The small book*. New York: Delacorte Press.
- Vaillant, G. (1983). *The natural history of alcoholism*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wallace, J., McNeill, D., Gilfallan, D., MacLean, K., & Fanella, F. (1988). I. Six-month treatment outcomes in socially stable alcoholics: Abstinence rates. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5, 247 - 252.
- Zitter, R. E., & McCrady, B. S. (1979). *The Drinking Patterns Questionnaire*. Unpublished manuscript.

Vertical line on the right side of the page.

الفصل العاشر

اضطراب الشخصية البينية



الفصل العاشر

اضطراب الشخصية البينية (١)

كونستنس أ. كيهير
Constance A. Kehrer

مارشا م. لينهان
Marsha M. Linehan

جامعة واشنطن ، سياتل

ترجمة

دكتور صفوت فرج

قسم علم النفس جامعة القاهرة

يعرض هذا الفصل أحد أهم مناحى التقدم على الإطلاق في العلاج النفسى. والقليل من المعالجين النفسين يرغبون المهمة البالغة الصعوبة والمشينة لعلاج الافراد البينيين ، وبالتالي يصبح هؤلاء الناس من بين أكثر الحالات احتياجاً لمواجهة الموقف العلاجى ، وهم يفرضون أيضاً قدراً من العبء على نظام الرعاية الصحية .

وقد طورت لينهان Linehan وزملاؤها على امتداد العقد السابق علاجا نفسيا للأفراد اصحاب الشخصية البينية . والاكثر أهمية من ذلك هو أن البيانات المتوافرة تشير إلى أن هذا العلاج فعال بمقارنته بالتدخلات البديلة . وإذا ظلت هذه النتيجة قائمة فى الممارسات الإكلينيكية المستقبلية ، فإن هذا العلاج سيشكل أحد أكثر الإسهامات الجوهرية التى يتسلح بها المعالج النفسى فى العصر

(1) Borderline Personality Disorder (BPD)

الحاضر. وما يبدو أكثر تشويقاً من ذلك ، هو أن هذا المنحى يمزج المناحي النفسية الدينامية ونظم التفاعل بين الاشخاص^(١) والعلاج المعرفى السلوكى فى كل متماسك . وقد أضافت لينهان Linehan لهذا المزيج خبرتها الشخصية فى الفلسفات والعقائد الشرقية .

ومن بين أكثر الاستراتيجيات المساهمة إثارة للاهتمام طريقة «النفاد إلى التناقض الظاهرى»^(٢) والامتداد^(٣) المأخوذة عن أيكيدو Aikido ، وهى صيغة يابانية للدفاع الذاتى . وبالتالي تظل المؤلفتان على ولائهما للأسس التجريبية لنجاحهما . وتتضمن دراسة الحالة الرائعة المعروضة فى سياق هذا الفصل إيضاحاً لخبرة لينهان العلاجية والتوقيت الاستراتيجى بطريقة لاتقدر بضمن لكل المعالجين ، الذين يعملون مع حالات اضطراب الشخصية . وتعرض النتائج المدهشة والمثيرة عبء المسئولية الاكلينيكية الضخم الكامن فى أى موقف علاجى ، بالإضافة إلى القضايا العملية التى تظهر عندما يفشل العلاج تماماً.

- د . ه . ب

مقدمة

يتفق الأخصائىون الإكلينيكيون عموماً على أن تشخيص اضطراب الشخصية البينية من الأمور المثيرة للتحدى وصعوبة العلاج . ومن المؤكد أن علاج الأشخاص البينيين أمر يقدم عليه كثير من الممارسين بالرهبة والاهتمام . وعديد من الأنماط السلوكية التى تمثل تعريفاً للحالة مشكلة على وجه الخصوص ، وتعد من بين أكثر المواجهات المثيرة لتوتر المعالج (Shearin & Linehan , 1989) . وربما تكون حالات الانتحار المرتفعة بشكل عام بين أفراد هذه الفئة هى محور الاهتمام الأكبر ، فمن بين ٧٠% إلى ٧٥% من العملاء البينيين لديهم تاريخ سابق لمحاولة انتحار واحدة & (Clarkin, Widiger , Frances , Hurt , & Gilmore, 1983 ; Cowdry, Pickar, & Davies, 1985) معرفة باعتبارها

(1) Interpersonal systems

(2) Entering the paradox

(3) Extending

أى سلوك متعمد وعنيف لإيذاء الذات بقصد أو دون قصد له ، بما فى ذلك حالات الانتحار وتشويه الذات . وتعد التهديدات بالانتحار والأزمات من الامور المتكررة بين أولئك ، الذين لم يتورطوا على الإطلاق فى سلوك شبه انتحارى . وعلى الرغم من أن كثيراً من هذا السلوك لا توجد له مترتبات قاتلة ، إلا أن ما بين ٥ ٪ إلى ١٠ ٪ ينتحرون بعد ذلك . (Stone, Stone, & Hart, 1987 ; Paris, . Brown, & Nowlis, 1987; Frances , Fyer, & Clarkin, 1986) ولدى الأشخاص البينيين أيضاً صعوبات فى الغضب والتعبيرات الغاضبة ، ومن المعتاد أن يوجه الغضب الحاد إلى المعالج . والوجود المشترك لأعراض الشخصية البينية مع حالات المحور الأول ، مثل : الاضطراب الوجدانى أو القلق واضطرابات الشخصية الاخرى يؤدى بوضوح إلى تعقيدات أكثر للعلاج .

وتحدد حالياً محكات اضطراب الشخصية البينية فى الدليل التشخيصى والاحصائى الرابع للاضطرابات العقلية (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, DSM-IV American Psychiatric Association [APA], 1993) وبالمقابلة التشخيصية للبينيين (1) (Gunderson & Kolb, 1987 ; Gunderson, Kolb, & Austin, 1981 ; Zananini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey, 1989) ، وهى أكثر أدوات التقييم استخداماً فى البحوث ، وتعكس نمطاً متمكناً من عدم الاستقرار وعدم التحكم عبر المجالات الانفعالية ، والسلوكية ، والمعرفية ، والتفاعلية . وبإعادة تنظيم وتلخيص بعض المحكات فى كل مجال (أنظر لينهان Linehan, 1993 a) يتبين أن الأفراد البينيين يتسمون بالخصائص الآتية .

أولاً ، أنهم يعانون على وجه العموم من عدم تحكم وعدم استقرار ، واستجاباتهم الانفعالية عبارة عن ردود أفعال ، وعادة ما يكون لدى الواحد منهم صعوبات تتعلق بنوبات اكتئابية ، وقلق ، وتهيج بالإضافة إلى مشكلات تتعلق بالغضب والتعبيرات الغاضبة .

ثانياً ، لدى الأشخاص البينيين أنماط من عدم التحكم السلوكى يستدل عليها من خلال السلوك القهرى المتطرف والمشكل . وكما ذكرنا من قبل فإن احد

(1) Diagnostic Interview for Borderlines

(2) Depersonalization

الخصائص المهمة لدى الاشخاص البينيين ، هي ميلهم لسلوك تدمير الذات الواضح والمباشر . وتظهر لديهم كثيراً محاولات إيذاء وتشويه الذات ، أو قتلهم لأنفسهم ، بالإضافة الى الانتحار الفعلى بين افراد هذه الفئة .

ثالثاً ، أحياناً ما يفتقد الأشخاص البييون التحكم المعرفى .

وباختصار فإن التفكير غير الذهانى وعدم التحكم الحسى بما فى ذلك مشاعر عدم التشخص ، والتفكك والهذات ، بما فى ذلك هذات حول الذات تحدث أحياناً نتيجة للمواقف المثيرة للتوتر ، وعادة ما تتوقف عند زوال التوتر ، كما أن عدم التحكم فى الإحساسات بالذات شائع . وعادة ما يذكر الأفراد البييون أنهم يفقدون إحساسهم كلية ، ويشعرون بالخواء ولا يعرفون من هم .

رابعاً ، كثيراً ما يعانى الافراد البييون من عدم التحكم فى تفاعلاتهم مع الآخرين . وقد تكون علاقاتهم مشوشة ، أو حادة وتتسم بالصعوبات . وعلى الرغم من أن علاقاتهم بهذا القدر من الصعوبات ، إلا أن الافراد البييين دائماً ما يجدون أنه من الصعوبة بمكان فصم علاقاتهم ، وهم ينخرطون بدلاً من ذلك ويجهد حاد ومسعور فى منع الأشخاص ذوى المكانة بالنسبة لهم من تركهم لهم . وتسمح الصيغة المتداخلة لتعريف الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع بقدر جوهرى من عدم تجانس التشخيص والخبرة العلاجية والخبرة الإكلينيكية مع العملاء البييين ، مؤكدة أن هذه الفئة التشخيصية تشمل مجموعة غير متجانسة .

وقد تضمن العقد الماضى اكتشافات بارزة فى التراث الإكلينيكي لاضطراب الشخصية البينية . وتشير مراجعة التراث الحالى أن أكثر من ٤٠ ٪ من المقالات المنشورة المتعلقة باضطرابات الشخصية كرسى للبحوث حول اضطراب الشخصية البينية وحده (Widiger & Frances, 1989) . ويتمتع اضطراب الشخصية البينية الآن بجدارة أنه أكثر مجالات البحوث اتساعاً فى اضطرابات الشخصية . وعلى الرغم من هذا الاهتمام الواسع ، فإن بحوث العلاج المعتمدة على الحقائق التجريبية لاضطرابات الشخصية البينية مازالت مفتقدة . وبالأخذ فى الاعتبار الصعوبات الضخمة للقيام بعلاج نفسى للأفراد البييين حتى فى المواقف الاكلينيكية دون التعقيدات الإضافية للدراسات البحثية ، فإن ندرة بحوث النتائج العلاجية المضبوطة والدقيقة ربما يكون مفهوماً . وبالتالي فإن كفاءة العلاج فى العديد من الوسائل العلاجية المطبقة حالياً لعلاج العملاء البييين لم تعرض بعد تجريبياً ، ولا توجد حالياً اختيارات بين أساليب مختلفة لعلاج اضطراب الشخصية البينية .

طرق العلاج

طبقت مجموعة متنوعة من الطرق لعلاج اضطراب الشخصية البيئية . وعلى الرغم من انه ليس من أهدافنا عرض مراجعة أكاديمية لهذا التعدد في طرق علاج اضطراب الشخصية البيئية ، إلا أننا نعتقد أنه من المفيد تقديم مراجعة مختصرة للعلاجات الحالية ، قبل أن نعرض تفصيلاً للعلاج الجدلي^(١) السلوكي (للحصول على مراجعة متعمقة للعلاجات المقارنة ، نشير على القارئ بالرجوع إلى Tutek & Linehan, 1993) .

العلاج الدينامي

تتضمن الأساليب النفسية الدينامية التي حظيت بأكبر قدر من الاهتمام أعمال كيرنبرج (Kernberg, 1975 , 1984 ; Kernberg, Selzer, 1989) (Masterson , وما سترسون Koenigsberg, Carr, & Appelbaum, 1989) (Adler and Buie و رينسلي Rinsley (1982) وادلر ويو Adler, 1981, 1985 ; Adler & Buie, 1979; Buie & Adler, 1982) وجوندرسن (Gunderson (1984) وكانت إسهامات كيرنبرج هي الأبرز بين هؤلاء ، وكان نموذجه لعلاقات الموضوع^(٢) شاملاً من حيث النظرية والأسلوب ، كما كان له تأثير بالغ على تراث التحليل النفسي . وكان علاجه النفسي التعبيري^(٣) للعملاء البيئيين يؤكد ثلاثة عوامل أولية : التفسير^(٤) ، والحفاظ على الحياد الفني^(٥) وتحليل التحول^(٦) ، ويقوم محور العلاج على الكشف عن الصراعات التنفيسية الداخلية وحلها ، وتتضمن الأهداف العلاجية تحكماً متزايداً في الاندفاعية وتحمل القلق ، والقدرة على تعديل الحالة الوجدانية ، وتطوير علاقات تفاعلية مستقرة .

وقد أبرز كيرنبرج أيضاً علاجاً نفسياً تدعيمياً^(٧) لعلاج العملاء البيئيين

- (1) Dialectical Behavior Therapy
- (2) Object - relations
- (3) Expressive psychotherapy
- (4) Interpretation
- (5) Maintenance of technical neutrality
- (6) Transference analysis
- (7) Supportive psychotherapy

شديدي الاضطراب . والعلاج التدعيمي مثله في ذلك مثل العلاج التعبيري يؤكد بشدة أهمية التحويل (1) ، على الرغم من أن هناك احتمالاً أقل لتقديم تفسيرات في وقت مبكر خلال العلاج ، ويتم فيه الكشف عن التحويل السلبي فقط . وقد ظلت محاور كل من العلاج التعبيري والتدعيمي متجهة طوال السنوات الماضية نحو السلوك الانتحاري وسلوك التدخل في العلاج (2) .

ويبدو من الصعب تقييم أي من النماذج الكبرى من حيث فعالية العلاج النفسي الدينامي . وكما سبق الإشارة ، فإن العملاء من ذوي اضطراب الشخصية البينية يشكلون مجموعة متطرفة في عدم تجانسها ، ودائماً ما يوجد خلط بينهم وبين الافراد الذين لا يستوفون محكات اضطراب الشخصية البيئية ، يضاف الى ذلك أن الدراسات الطبيعية تلقى شكا على جدوى العلاج بالتحليل النفسي الذي يستغرق وقتاً طويلاً . والعديد من العملاء إن لم يكن أغلبهم يفشل في إكمال فترة الشهور الستة للعلاج (Kernberg et al., 1972; Stone et al., 1987; Waldinger & Gunderson, 1984)

وقد طور مارزالي ومنرو - بلوم (Marziali and Monroe- Blum, 1987; Munroe - Blum & Marziali, 1987) بالإضافة الى العلاجات الفردية ذات التوجه النفسي الدينامي طريقة علاجية نفسية دينامية جمعية لعلاج اضطراب الشخصية البينية ، هي « العلاج النفسي التدبري للعلاقة » (3) ويتميز علاج تدبر العلاقات عن مناحي العلاج النفسي الدينامي التقليدي بتأكيد مرحلة توجه العميل ، وكذلك إمكان توفر المعالج خارج صيغة المجموعة . وينشغل العملاء في إطار الموقف الجمعي بصورة فردية ، ويشجعون على التعبير عن صراعاتهم الداخلية حول الاعزاء الذاتية ، مع تقديم بقية أعضاء الجماعة لعائد، يضاف إلى ذلك أن الصيغة الجماعية تساعد على تخفيف كثافة العلاقة التحويلية بين العملاء ومعاوني المعالج ، وتساعد على تشكيل جلسات محدودة للأعضاء من أصحاب التحكم الضئيل في الاندفاعات . وتشير نتائج أولية لدراسة أكليبيكية مضبوطة تقارن بين علاج تدبر العلاقات والعلاج الفردي المعتاد في

(1) Transference

(2) Therapy - interfering behavior

(3) Relationship management psychotherapy (RMP)

المجتمع إلى عدم وجود فروق في النتائج العلاجية خلال ستة شهور من المتابعة (Munroe- Blum & Marziali, 1987, Clarkin, Marziali & Munroe . -Blum,1991) .

وعلى الرغم من ذلك ، فإن العملاء الذين استمروا في أى من المجموعتين ، أو في العلاج الفردي تحسّنوا بقدر أكبر جوهرياً وفق المؤشرات السلوكية مقارنة بالعملاء الذين تركوا العلاج . وتحذر النتائج الأولية من تفسير الفاعلية العلاجية لعلاج تدبير العلاقات .

العلاج التفاعلي

تعد مناحى التفاعل التي تهدف تقديم صياغة نظرية وعلاجاً لاضطرابات الشخصية حديثة نسبياً . ومن بين هذه المناحي التحليل البنائي للسلوك الاجتماعي^(١) لبينجامين (Benjamin (1974, 1979, 1993) ، والذي حظى بقدر كبير من الاهتمام . ويعرض هذا النظام التصنيفي الذي يعتمد على نظام التصنيف التفاعلي للسلوك نظرية قابلة للاختبار ؛ لفهم كيف أن اضطرابات الشخصية تنشأ وتستمر لدى فرد ما ، إلى حد كبير ، من خلال خبرات التعلم الاجتماعي للفرد . ويحاول تحليل بنجامين البنائي للسلوك الاجتماعي قياس كل من السلوك التفاعلي والتفاعلات النفسية الداخلية لدى الفرد على امتداد ثلاثة أبعاد: محور السلوك (هل هو حول ، الذات ، أم نحو الآخرين) ، الاعتماد المتبادل^(٢) والانتماء^(٣) .

ووفقاً لما يذكره بنجامين ، فإن منحنى التحليل البنائي للسلوك يعد واعداً من حيث تحسينه للفائدة الأكلينيكية لأوصاف اضطرابات الشخصية في الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات العقلية وزيادة ثباتها، كما يمكن استخدامه أيضاً لصياغة توقعات حول مترقيات السلوك خلال التفاعلات الثنائية، ولتخطيط التدخلات القائمة على هذه التوقعات (Benjamin, 1993) . ويسير منحنى إعادة التعلم البنائي^(٤) ؛ في التحليل البنائي للسلوك عبر ست مراحل للعلاج:

- (1) Structural analysis of social behavior (SASB)
- (2) Interdependence
- (3) Affiliation
- (4) Reconstructive Learning (SASB- RCL)

- (١) إقامة علاقة تعاونية بين العميل والمعالج .
- (٢) توفير استبصار وفهم لماضى العميل والانماط الراهنه لتفاعلاته .
- (٣) تقوية ارادة العميل للتخلي عن الرغبات الهدامة والمخاوف .
- (٤) مساندة قرارات العميل التالية لتخليه عن الأنماط الاولية للتفاعل .
- (٥) معالجة الخوف التالي لقرارات التغيير هذه .
- (٦) إبراز ذات جديدة .

ومنحى بنجامين حديث نسبياً ، ولا توجد حتى الان بيانات حول فعالية العلاجية .

العلاج المعرفي

حظى علاج اضطراب الشخصية البينية باهتمام متزايد من المنظرين المعرفيين . وينظر منحى بيك (Beck, Freeman, & Associates, 1990) إلى التشوهات المعرفية أو أخطاء التفكير على أنها مسؤولة أوليا عن مشكلات سلوك البينيين وتفاعلاتهم . ويعتقد أن هناك ثلاثة فروض تنطبق تماماً على العملاء البينيين : « العالم خطير وحقود » ، « أنا بلا قوة وعرضة للانجراح » ، « أنا غير مقبول اساساً » . ويلاحظ التفكير الثنائي (« الكل أو لا شيء » ، « ابيض أو أسود ») بوصفه خاصية محورية في خصائص السلوك المتطرف في اضطراب الشخصية البينية ، والذي يصبح المحور الاول للعلاج الذي ينحو إلى إقرار علاقة تعاونية مبنية على الثقة . ويعد المنحى العام لببيك أحد مناحي « الاكتشاف الموجه » (١) وحيث يتعاون المعالج والعميل للحصول على بيانات جديدة ، ويوضع تأكيد إضافي لتطوير أهداف سلوكية عيانية ، وتحسين التحكم الانفعالي والسلوك الاندفاعي ، وتقوية إحساس العميل بالهوية .

وتحاول كل من الاساليب المعرفية السلوكية لثيرنر (Turner, 1984 & Hersen, 1981) ويونج (Young, 1983, 1990; Young & Swift, 1988) وبرتيزر (1990) Prtzer مواجهة بعض الصعوبات ، التي ظهرت في المنحى المعرفية التقليدية لعلاج العملاء البينيين . ويفترض ثيرنر أن مخططات

(1) Guided discovery

سوء التوافق تتدعم عبر الزمن لتؤدي إلى الخصائص المشكلة لاضطراب الشخصية البيئية . ويتضمن نموذج العلاج متعدد النظم (1) علاجاً دوائياً متزامناً مع علاج فردي وعلاج نفسي تعليمي جمعي ، وحيث تستهدف بعض الاستراتيجيات المعينة آفات مهارات تدبر التفاعلات والقلق . ويقرر يونج Young بالمثل أن أنماط التفكير المستقرة (مخططات سؤ التوافق المبكرة) يمكن أن تتطور خلال الطفولة ، وتؤدي إلى سلوك غير متوافق ، يدعم بدوره هذه المخططات . ويتضمن علاجه المعرفي المرتكز على المخططات مجموعة متنوعة من أساليب التدخل ، التي تهدف مواجهة هذه المخططات المبكرة وتغييرها . ويؤكد منحى بيرتزر Pretzer على تعديل العلاج المعرفي المعياري ليتجه نحو الصعوبات ، التي دائماً ما تقابل خلال علاج العملاء البيئيين ، مثل : إقامة علاقة تعاونية بين المعالج والمريض ، ومواصلة العلاج التوجيهي ، وتحسين الإذعان للواجبات المنزلية .

وقد نشر بيرتزر ويونج حتى الان القليل حول طرقهما العلاجية ، ولا توجد بيانات تتعلق بنتائجهما . وعلى الرغم من ذلك ، فقد ذكر تيرنر Turner بيانات لدراسة حالة لأربعة عملاء ، وأكمل حديثاً دراسة مضبوطة لأسلوبه العلاجي (Turner, 1989, 1992) ، وتشير البيانات إلى نتائج واعدة ، مع تقارير حول حدوث انخفاض تدريجي في المشكلات المعرفية والسلوكية والقلق والاكتئاب .

العلاج النفسي الدوائي

اتجهت البحوث النفسية الدوائية لاضطراب الشخصية البيئية إلى التركيز على ثلاثة مجالات متميزة للأنماط السلوكية ، التي تلاحظ عادة لدى هؤلاء العملاء : عدم الاستقرار الوجداني ، والظواهر الذهانية العابرة ، والسلوك الاندفاعي العدوانى . وقد درس تأثير عدد من العقاقير بما فى ذلك المهدئات العصبية (Cowdry & Gardner, 1988; Soloff al; 1989) . ومضادات الاكتئاب (Cowdry & Gardner, 1988 ; Pearsons et al., 1989 ; Soloff (Falus, 1984 ; Gardner & Cowdry, 1989) et ., 1989) والمهدئات الصغرى (Falus, 1984 ; Gardner & Cowdry, 1989) والعقاقير المضادة للتشنجات (Cowdry & Gardner , 1988) وأملاح الليثيوم (Links, Steiner, Boiage, & Irwin , 1990) .

(1) Structured Multimodal Treatment

وتشير النتائج بصفة عامة إلى أن بعض العقاقير قد تكون مفيدة لتحسين التقديرات الخاصة بالأداء العام ، والاكتئاب واعراض المزاج الفصامي والسلوك الاندفاعي العدوانى (للحصول على مراجعة ممتازة للموضوع انظر Gardner & Cowdry, 1989). وعلى الرغم من ذلك يبدو الحرص واجباً عند التفكير فى العلاج النفسى الدوائى لهذه الفئة من العملاء . ويتعين على المعالجين أن يكونوا مطلعين على الاحتمالات الخاصة بالآثار الجانبية والمضادة ، ومشكلات الإذعان ، وسوء استخدام العقاقير ومحاولات الانتحار . وبأخذ هذه التحذيرات بعين الاعتبار ، قد تكون الملاحظة الدقيقة للعلاج النفسى الدوائى مفيدة ومساعدة للعلاج النفسى فى علاج اضطراب الشخصية البيئية .

العلاج الجدلى السلوكى

انطلق العلاج الجدلى السلوكى (١) من العلاج المعرفى السلوكى المعيارى لاضطرابات الشخصية البيئية ، ولحالات الانتحار المزمنة وللأفراد المتطرفين فى سوء توافقهم . ويمزج التوجه النظرى للعلاج كل من نظريات السلوك ونظريات التدخل فى الازمات مع تأكيد التقبل والتحمل الماخوذين من كل من التأمل (٢) الغربى وممارسات التأمل (٣) الشرقية . وموازنة هذه التأكيدات بالتأكيدات المناظرة الخاصة بالتغير يتحقق فى إطار عمل الموقف الجدلى . وعلى الرغم من أن الجدلية اقتبست بداية كوصف لهذا التأكيد على التوازن ، إلا أنها احتلت على الفور موقع المبادئ الموجهة التى طورت العلاج فى اتجاهات لم تكن متوقعة أصلاً .

ويعمل العلاج السلوكى الجدلى فى إطار موقف نظرى متسق . وعلى الرغم من ذلك ، فإن الإجراءات الفعلية ولاستراتيجيات تتداخل جوهريا مع تلك التوجهات العلاجية العديدة البديلة ، بما فى ذلك علم النفس الدينامى ، والعلاج المتمركز حول العميل ، والعلاجات الاستراتيجية والمعرفية . وفيما يلى الفلسفة والنظرية الكامنة خلف العلاج السلوكى الجدلى وكذلك البرنامج العلاجى .

(1) Dialectical Behavior Therapy (DBT)

(2) Contemplation

(3) Meditation

الجدلية

يشير تعبير الجدلية (١) كما يطبق في العلاج السلوكي لكل من الطبيعة الأساسية للواقع، ومنهج في الحوار الإقناعي (٢) والعلاقة (للاطلاع على توثيق التحول نحو المناحي الجدلية في العلوم خلال المئة والخمسين عاما الأخيرة، انظر Wells مشاراً إليه في Kegan, 1982). وكمنظور عالمي أو موقف فلسفي، توجه الجدلية الاخصائي الأكلينيكي إلى تطوير فروض نظرية تتعلق بمشكلات العميل والعلاج. ومثلما يوجد تعاقب بين الحوار والعلاقة، فإنه يشير إلى المنحى العلاجي أو الاستراتيجيات التي يستخدمها المعالج لاحداث التغيير. وبالتالي فإن محور العلاج السلوكي الجدلي عبارة عن عدد من الاستراتيجيات العلاجية الجدلية. وستوصف فيما بعد في هذا الفصل.

الجدلية كفكرة عالمية

فكرة الجدلية العالمية تؤكد الكلية (٣) والتعلق المتبادل (٤) وعمليات (التغيرات) كخصائص أساسية للواقع. ومثلما يوجد في نظريات السياقات والنظم، فإن الرؤية الجدلية تجادل في تحليل أى نظام له نتائج محددة مالم يربط التحليل بوضوح علاقة الأجزاء بالكل. وعلى الرغم من أن الجدلية تركز اهتمامها على الكل، فإنها تؤكد أيضاً مقدار تعقد هذا الكل. وبالتالي تؤكد الجدلية أن الواقعية غير قابلة للاختصار، أى فى إطار أى شىء أو أى نظام مهما كان صغيراً، فهناك قطبية، ويطلق فى الجدلية على العوامل القطبية (٥) اسم القضية (٦) ونقيضها (٧) وحالة التغيير فى إطار كل نظام هى التى تلتج فى نقيض هذه القوى. وتداول التوتر الايجابى والسلبى، الجيد والسيء، الأطفال والوالدين، العميل والمعالج، الشخص والبيئة، الخ هو الذى يؤدي إلى التغيير. وعلى الرغم من ذلك فالحالة الجديدة التالية للتغيير تتضمن أيضاً عوامل قطبية وبالتالي يستمر التغيير مشكلاً الطبيعة الجوهرية للحياة. وأحد الأفكار الجدلية المهمة للغاية هى

- (1) Dialectics
- (2) Persuasive dialogue
- (3) Wholeness
- (4) Interrelatedness
- (5) Polar factors
- (6) Thesis
- (7) Antithesis

أن كل القضايا تتضمن تناقضاتها في جوهرها، أو كما يعبر جولديبرج (Goldberg (1980) عن ذلك :

إننى افترض أن الحقيقة موحية بالتناقض الظاهري (١) وأن كل مقال حول الحكمة يتضمن فى صلبه تناقضاته ، إن الحقائق تقف بعضها إلى جانب البعض ، والحقائق المتناقضة لاتلغى بعضها البعض بالضرورة أو تسيطر على بعضها ، ولكنها تقف متجاوزة داعية إلى المشاركة والتجريب (292 - 296 pp) .

الإقناع الجدلي (٢)

تشير الجدلية من منظور الحوار والعلاقة إلى تغير من خلال الإقناع ، وباستثمار التعارض المتأصل فى العلاقة العلاجية بدلاً من المنطق الصورى غير الشخصى . ويمكن لكل من العميل والمعالج من خلال التعارض العلاجى للمواقف المتناقضة التوصل إلى معانى جديدة من المعانى القديمة ، والتحرك قرب جوهر الموضوع محور الاهتمام . وجوهر منظور الجدلية هو عدم قبول حقيقة نهائية على الإطلاق أو على أنها حقيقة لاتنازع ، وبالتالي فإن السؤال الذى يوجهه كل من العميل والمعالج هو الآتى : ما الذى لم نفهمه بعد ؟ ، والجدلية بوصفها إقناعاً تتمثل فى الاستراتيجيات الجدلية النوعية التى ستوصف فيما بعد فى هذا الفصل .

وكما يتضح عند مناقشة استراتيجيات تدبر الحالة يكون الحوار الجدلي مهماً للغاية أيضاً فى لقاءات المعالج الإرشادية . والانتباه إلى الجدلية يمكن أن يخفض، ربما أكثر من أى عامل آخر ، من فرص انقسام الفريق فى علاجهم للعملاء البينيين . ودائماً ما يعود الانقسام بين افراد الفريق الى تحزب أو أكثر داخل الفريق الذى يقرر أنه (وأحياناً أنه وحده) ، الذى يملك الحقيقة حول عميل بعينه أو حول مشكلة أكليبيكية معينة .

الصياغة الجدلية للحالة

تؤثر الفروض الجدلية فى صياغة الحالة فى العلاج السلوكى بعدد من الطرق . أولاً ، ترى الجدلية أن أفضل صياغة للاضطرابات النفسية هى اعتبارها اختلالات منتظمة (٣) وحيث تتسم الاختلالات المنتظمة بالآتى :

(1) Paradoxical

(2) Dialectical Persuasion

(3) Systematic dysfunctions

- (١) أنها اضطراب معرف من منظور الاداء السوى .
- (٢) افتراض الاستمرارية بين الصحة والاضطراب .
- (٣) افتراض أن الاضطراب ناتج عن اسباب متعددة وليس عن سبب واحد
(Hollands- Worth, 1990)

وبالمثل تفترض النظرية البيولوجية الاجتماعية لاضطراب الشخصية البيئية المعروضة هنا أن اضطراب الشخصية البيئية عبارة عن انهيار في الأداء السوى ، وأن أفضل صياغة لهذا الاضطراب هو أنه اختلال منظم في نظام التحكم في الانفعالات . وترى النظرية أن الأسس البنيوية المرضية لاضطراب الشخصية البيئية تنتج من عديد من العوامل ، والتي يكون بعضها استعدادات بنائية مسئولة عن تشكيل الفروق الفردية في الأهداف لتأثيرات عدم الانتظام الانفعالي ، كما ينشأ البعض الآخر من التفاعلات الفردية مع البيئة . واقتراض هذه النظرية النظامية له مزاياه في إجباره المنظر على إحداث تكامل بين عديد من المجالات والنظم العلمية .

هناك فرض جدلى آخر ، يكمن خلف نظرية لينهان (1987b) Linehan (1993a) البيولوجية الاجتماعية لاضطراب الشخصية البيئية ، هو أن العلاقة بين الفرد والبيئة تأخذ شكل عمليات التأثير المتبادل ، وأن ناتج أى لحظة يرجع إلى التحولات بين الفرد والبيئة ، وهذا هو مبدأ الحتمية المتبادلة في نظرية التعلم الاجتماعى ، وإلى التركيز على التأثير المتبادل ، ويلقى المنظور التبادلى الضوء بالمثل على الحالة المستقرة للاستمرار والتغير لمنظومة الفرد - البيئة . ويؤكد ميلون (1987) Millon أيضاً النقطة ذاتها في سياق مناقشته للأسباب المرضية لاضطراب الشخصية البيئية ، وعدم جدوى تحديد سبب ، الاضطراب بحدث واحد منفرد أو فترة زمنية معينة .

ويدعو كل من نموذجى التبادل التفاعل (١) ، مثل نموذج الاستهداف - التوتر (٢) في المرض النفسى للاهتمام بدور البيئة غير السوية فى التسبب فى الاضطراب لدى الافراد المستهدفين . وعلى الرغم من ذلك ، يلقي نموذج التبادل

(1) Transactional and Interactive Models

(2) Diathesis - Stress

الضوء على عدد من النقاط التي تغفل بسهولة في نموذج التفاعل ، والاستهداف - التوتر . فالشخص أ على سبيل المثال يتعامل بأسلوب مثير لتوتر الشخص ب فقط ، لأن الشخص ب يؤدي إلى توتر أ . ولناخذ على سبيل المثال حالة الطفل الذى يحتاج نتيجة لحادث ما للقدر الأكبر من وقت والديه لمجرد الوفاء باحتياجاته الحيوية ، أو العميل الذى يحتاج إلى الكثير من الرعاية التمريضية نتيجة للحياة المتواصلة من قيامه بالانتحار . وتتسع قدرة هاتين البيئتين على الاستجابة الجيدة لقدر أكبر من التوتر . كما أن كليهما قد تضعفان أو تلقيان اللوم مؤقتاً على الضحية إذا تزايدت مطالبه من النظام . وعلى الرغم من أن النظام (الأسرة أو البيئة العلاجية) قد تكون مهينة بصورة غير سوية فى أى حالة ، إلا أنه يمكن جذب هذه الاستجابات فى غيبة التعرض لتوتر من ذلك الفرد المعين . وقد يسمح التقدير التبادلى أو الجدلى للمرض النفسى بقدر أكبر من الشفقة أو الحنو ؛ لأنه غير متوافق مع مهمة اللوم . ولذلك صلة على وجه الخصوص بالمسميات الواصفة بين أخصائى الصحة العقلية ، مثل : مسمى البيئية (كمثال لسوء التشخيص انظر ، Reiser & Levenson, 1984) .

الفرض الاخير فى مناقشتنا يتعلق بتعريف السلوك ودلالات تحديده تحديدا عريضا . ويقصد بالسلوك فى نظرية لينهان (Linehan (1993a) والسلوكيين على وجه العموم أى شىء يقوم به الكائن الحى ، بما فى ذلك أى نشاط أو استجابة لمبه (Webster, 1983, p 100) ويصنف السلوكيون السلوك تقليدياً إلى حركى ومعرفى - لفظى وفيزيولوجى . وقد يكون أى منه صريحاً أو مضمراً . وهناك عديد من النقاط التى يتعين الإشارة إليها هنا ، أولاً : أن تقسيم السلوك إلى هذه الفئات الثلاثة تعسفى وهو لأغراض الوضوح المفهومى وليس استجابة لدلائل تتعلق بكون هذه الانماط من الاستجابة نظم وظيفية منفصلة بالفعل . وتتعلق هذه النقط على وجه الخصوص بفهم انتظام الانفعالات ، بإفتراض أن البحوث الأساسية فى الانفعالات ترى أن نظم الاستجابة هذه متداخلة فى بعض الأحيان ، ومستقلة بشكل ما ، ولكنها بكل تأكيد غير مستقلة كلية . وهناك نقطة أخرى متعلقة هنا هى أنه على النقيض من النظريات الحيوية والمعرفية ، ترى النظرية البيولوجية الاجتماعية لاضطراب الشخصية البيئية أنه لا يوجد سبب أولى يدعو لتفضيل تفسيرات تؤكد نموذج واحد من السلوك ، باعتباره أكثر أهمية فى حد ذاته أو ملائم أكثر من غيره . والأحرى من المنظور الحيوى الاجتماعى أن تكون

القضية الجوهرية هي : تحت أى ظروف تعمل العلاقة بين سلوك وآخر ، وأبين نظام استجابى وآخر ، وتحت أى ظروف تدخل هذه العلاقات فى مسارات سببية مرضية وفى استمرارية اضطراب الشخصية البيئية .

النظرية الحيوية الاجتماعية

عدم التحكم الانفعالى

ترى نظرية لينهان (Linehan (1987a, 1993a أن اضطراب الشخصية البيئية هو اختلال أولى فى نظام ضبط الانفعالات . وترتبط أنماط البيئيين وظيفياً بهذا الاختلال ، أو هى مترتبات لا يمكن تجنبها لهذا الاختلال الأساسى عبر الكثير ، وربما كل ، الانفعالات بما فى ذلك كل من الانفعالات الإيجابية والسلبية . وهذا الاختلال الانفعالى هو محور المرض ، وبالتالي لاهو ببساطة شكل من الأعراض ولا هو نتاج لعملية تعريف . وهذا الاختلال المنتظم نتاج لتوليفة من الاستهداف للانفعال ، وصعوبة فى تعديل ردود الفعل الانفعالية . ويصاغ الاستهداف الانفعالى نظرياً باعتباره حساسية عالية للمنبهات الانفعالية ، واستجابات انفعالية حادة ، وعودة بطيئة لخط أساس الانفعال .

وقد تعود آفات تعديل الانفعالات إلى صعوبات فى :

- (١) كف السلوك المختل وظيفياً المعتمد على المزاج .
- (٢) فى تنظيم السلوك ليكون فى خدمة الأهداف المستقلة عن الحالة المزاجية الراهنة .
- (٣) فى إمكان زيادة أو خفض الاستثارة الفيزيولوجية حسب الحاجة .
- (٤) فى القدرة على تشتيت الانتباه بعيداً عن المنبهات المثيرة للانفعالات .
- (٥) فى الانفعال دون الإبعاد الفورى للاستجابات الثانوية السلبية المتطرفة (للحصول على مزيد من المناقشة لهذا الموضوع ، انظر Katz & Gottman, 1990) وبينما تظل آليات عدم التحكم غير واضحة ، إلا أنه من المحتمل أن تكون العوامل الحيوية هى التى تلعب الدور الأولى . وقد يمتد إسهامها من التأثيرات الجينية ، وحتى العوامل قبل الولادة ، إلى الأحداث الطفيلية الصادمة التى تؤثر فى ارتقاء المخ والجهاز العصبى .

البيئات الموهنة

لا ينتهي أغلب الأفراد ممن لديهم استهداف أولى لعدم التحكم الانفعالي لاضطراب الشخصية البيئية ، وبالتالي تفترض النظرية أن بيئات أخرى إضافية ضرورية لتطوير الاضطراب . وتعد الظروف الارتقائية الجوهرية المؤدية لذلك في نظرية لينهان (Linehan, 1987a, 1987b, 1993) هي البيئة الموهنة . وتعرف البيئة الموهنة من خلال ميلها إلى إنكار الخبرة الخاصة ، وعلى وجه الخصوص الخبرة الخاصة غير المقترنة بتفسيرات ثانوية عامة ، أو استجابتها بصورة غير ملائمة وشاذة لهذه الخبرة (مثل ذلك ارتفاع الحرارة عند الشعور بالمرض) . ودائماً ما تنظر إلى الخبرة الخاصة ، والخبرات الانفعالية على وجه الخصوص ، وكذلك تفسيرات الأحداث على أنها استجابات واهنة للأحداث ، وهي تعاقب وتفسه وتتجاهل هذه الخبرات ، كما يمكن أن تعزو هذه الخبرات لخصائص اجتماعية غير مقبولة ، مثل : الإفراط في النشاط ، وعدم القدرة على النظر إلى الأشياء بطريقة واقعية ، وافتقاد الدافعية ، ودوافع الإيذاء والتلاعب بالآخرين ، والافتقار للنظام ، والفشل في تبنى اتجاهات إيجابية (أو عدوانية وتمييزية) ، كما ينظر لأوصافها اللفظية على أنها أوصاف غير دقيقة للخبرة الخاصة (مثل ذلك « أنت شديد الغضب ولكنك لا تعترف بذلك ») . وتؤكد هذه العائلات أهمية التحكم في التعبيرات الانفعالية ، وتفرض في تبسيط حلول مشكلات المرء ، وهي لا تتقبل التعبير عن المشاعر السلبية . وتعزو الأثم الانفعالي إلى نقص الدافعية وافتقاد النظام ، أو لعدم بذل القدر الكافي من الجهد . ويميل الأفراد في البيئة الموهنة إلى استخدام العقاب في جهودهم للتحكم في السلوك . ويفاقم هذا السيناريو الاستهداف الانفعالي وعدم التحكم لدى البيئيين ، ممن تؤثر استجاباتهم السلوكية في المقابل في البيئة الموهنة . وتوحى المؤشرات المرتفعة على الانتهاك الجنسي في الطفولة لدى أفراد هذه الفئة (Bryer, Nelson, Miller, & Kroll, 1987; Herman, 1986; Herman, Perry & Van der Kolk, 1989 ; Wagner, Linehan, & Wasson, 1989) أن الانتهاك الجنسي قد يكون هو الصورة النمطية للخبرة الموهنة في الطفولة .

والنتيجة العامة لهذا النمط التبادلي هي عدم التحكم الانفعالي والأنماط السلوكية ، التي تشاهد لدى البيئيين الراشدين . ولا يتاح للفرد من هؤلاء على الإطلاق تعلم كيفية تسمية الاستثارة الانفعالية والتحكم فيها ، أو كيف يتقبل الكدر

الانفعالي ، او متى يثق في استجاباته الانفعالية الخاصة باعتبارها تعكس تفسيرات صحيحة للأحداث (Linehan, 1993a) . ويؤدي التأييد الاجتماعي لخبرة المرء الخاصة والداخلية في المجتمعات المثلى إلى تطوير هوية متزنة . وعلى الرغم من ذلك تستجيب أسر الأفراد البيئيين لخبرات هؤلاء الافراد بشكل شاذ يفتقد الحساسية ، وبالتالي يتعلم الفرد عدم الثقة في حالاته الداخلية ، ويقوم بدلاً من ذلك بمسح البيئة للحصول على مؤشرات تدل على كيف يسلك ويفكر ويشعر . وهذا الاعتماد العام على الآخرين يؤدي إلى فشل الفرد البيئي في تطوير إحساس متماسك بهويته . وتعرض الانفعالات غير السوية أيضاً تطور واستمرار العلاقات التفاعلية مع الآخرين ، وهو التطور الذي يعتمد على كل من الاحساس المستقر بالذات وامكانية التحكم في الانفعالات . ويشكل أيضاً ميل الأسر الموهنة لتسفيه أو إنكار التعبير عن الانفعالات السلبية نمطا تعبيريا يشاهد بعد ذلك لدى البيئيين الراشدين ، وهو نمط يتذبذب بين كف وكبت الخبرات الانفعالية وممارسات سلوكية متطرفة . وتؤثر بعض السلوكيات المهمة المتعلقة بالتحكم ، مثل: تناول جرعات زائدة ، أو التهجم أو اشعال الحرائق تأثيرا اضافيا في ابرازها لأهمية سلوك المساعدة من بيئة تتجاهل بالاحرى جهود تحسين انفعالات الالم الحادة . ويمكن من هذا المنظور اللظر إلى خصائص السلوك غير السوية لدى اصحاب اضطراب الشخصية البيئية على أنهما حلول غير توافقية لمؤثرات غامرة سلبية ومؤلمة حادة .

مراحل واهداف العلاج

يمكن تقسيم مراحل التقدم في أهداف العلاج الجدلي السلوكي إلى اربع مراحل يوضحها الجدول (١ - ١٠) ، ويتم في مرحلة ما قبل العلاج إعداد العميل للعلاج واستثارة التزامه بالعمل نحو الاهداف العلاجية المختلفة . ودائماً ما يكرس التوجه في هذه المرحلة نحو الاهداف النوعية والاستراتيجيات ، والالتزام العلاجي مهم في كل مراحل العلاج . يلي مرحلة التكيف قبل العلاج ، المرحلة الأولى من العلاج ، والتي تستهدف إحراز تقدم واكتساب الإمكانيات الأساسية والاستقرار من خلال التركيز على السلوك الانتحاري وسلوك التدخل في العلاج ، وسلوك التدخل في مستوى الحياة والمهارات السلوكية . ونتج المرحلة الثانية من العلاج مباشرة نحو زملة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (١) ، وتتضمن الأحداث الانفعالية غير المعلنة والخبرات المهمة السابقة على الصدمة .

(1) Post - Traumatic stress syndrome

جدول (١ - ١٠) :- مدرج العلاج الأولى
والأهداف العلاجية فى العلاج السلوكى الجدلى

أهداف مرحلة ما قبل العلاج (الالتزام) :
التكيف مع العلاج ، والموافقة على الأهداف
أهداف المرحلة الأولى (الاستقرار ، الاتصال ، الأمان) :

١ - خفض السلوك الانتحارى

٢ - خفض سلوك التدخل فى العلاج

٣ - خفض سلوك التدخل فى مستوى الحياة

٤ - تنمية المهارات السلوكية

أ - جوهر مهارات الوعى .

ب - الكفاءة التفاعلية .

ج - التحكم فى الانفعال .

د - تقبل الكدر .

هـ - التحكم فى النفس .

أهداف المرحلة الثانية (التعرض ، ومعالجة الانفعالات الماضية) :

٥ - خفض ضغوط ما بعد الصدمة

أهداف المرحلة الثالثة (النقيض) :

٦ - زيادة احترام الذات

٧ - تحقيق الاهداف الشخصية

ملحوظة : لينهان (1993,p 167) Linehan ، حقوق النشر لجيلفورد للنشر .

وتهدف المرحلة الثالثة والاخيرة والتي تتداخل مع المرحلتين السابقتين إلى تحقيق أهداف تتعلق باحترام الذات المستقلة ، وتعميم المهارات السلوكية والتكامل ، وانتهاء العلاج .

ما قبل العلاج

التكيف مع العلاج والالتزام

تتضمن مهام التكيف مع العلاج شقين : الأول أنه يتعين على كل من العميل والمعالج أن يصلوا إلى قرارات معلنة متبادلة للعمل معاً . وعادة ما تقدم الجلسات من الأولى إلى الثالثة على أنها فرصة لكل من العميل والمعالج لاكتشاف هذه الإمكانيات ، كما يمكن للمقابلة التشخيصية والحصول على تاريخ الحالة والتحليل النظامي الأولى للسلوك أن يأخذ طريقه خلال جلسات العلاج الأولية أو يتم منفصلاً . ثانياً : يجب أن يتفاوض كل من العميل والمعالج حول عدد من التوقعات الشائعة بهدف توجيه الخطوات الأولى للعلاج ، وتناقش الخطوط العامة حول ما يتوقعه كل منهما من الآخر ، ويتم الاتفاق عليها ويحاول المعالج تعديل المعتقدات غير السوية لدى العميل حول عمليات العلاج . وتتضمن القضايا ذات الاهتمام معدل ومقدار التغيير الذي يمكن توقعه منطقياً ، وأهداف العلاج وإجراءاته العامة ، وسائر الأوهام التي قد توجد لدى المريض حول العملية العلاجية بوجه عام ، كما يقدم له أيضاً المنظور الجدلي / الحيوي لاضطراب الشخصية البيئية .

ويغطي التكيف للعلاج عدداً آخر من النقاط ، فهو يقدم أولاً العلاج الجدلي السلوكي بوصفه علاج تدعيمي ، يتطلب علاقة تعاونية قوية بين العميل والمعالج بوصفهما فريق يستهدف الوصول إلى نمط من الحياة يستحق أن يعيشه المرء . ويوصف العلاج الجدلي السلوكي ثانياً باعتباره علاجاً معرفياً سلوكياً ذا توجه أولى نحو تحليل المشكلات السلوكية وإبدال سلوك ماهر بها ، وكذلك تغيير المعتقدات غير الفعالة وأنماط التفكير المتصلبة . ويذكر للعميل ثالثاً أن توجه العلاج الجدلي السلوكي هو نحو المهارات ، مع تأكيد خاص على التدريب على المهارات ، وتوازن استراتيجيات الالتزام ، والتكيف العلاجي مع استراتيجيات المصادقية (١) التي ستوصف فيما بعد ، والتي تعد أكثر الاستراتيجيات أهمية في هذه المرحلة من العلاج .

المرحلة الأولى

إحراز الإمكانيات الأساسية

محور المرحلة الأولى من العلاج هو اكتساب نمط حياتي فعال ومستقر

(1) Validation

بصورة معقولة ، والأهداف المحددة لذلك من حيث ترتيب أهميتها ، هي : خفض السلوك الانتحاري ، وسلوك التدخل في العلاج ، ونمط الحياة المعرض للعلاج ، وزيادة المهارات السلوكية . ويتم التوجه نحو هذه الأهداف تدريجياً ومتكرراً كلما عاود السلوك ذو الأولوية المرتفعة الظهور . وعادة ما يمكن توقع تحقيق أهداف المرحلة الأولى من العلاج بصورة جوهرية ، بالنسبة للعملاء شديدي الاضطراب ومرتفعي الميل الانتحارية خلال عام أو أكثر .

وبالإضافة إلى الأهداف العلاجية السابقة ، فإن هدف تنمية السلوك الجدلي يعد هدفاً شاملاً لكل أنماط العلاج ، وعلى عكس أهداف الأساليب العلاجية الأخرى يتم التركيز الجدلي على الجوانب الكيفية للسلوك وليس الجوانب السطحية أو الطوبوغرافية .

ويشجع التفكير الجدلي العملاء على رؤية الواقع على أنه معقد ومتعدد الجوانب ، وذلك حتى يتمسكوا بأفكار مناقضة في الوقت ذاته ويتعلموا كيف يجعلونها متكاملة ، وكيف يشعرون بالراحة في مواجهة عدم الاتساق والتناقض . كما يشجع السلوك الجدلي العملاء على السعي إلى التوسط وتجنب التطرف . ويؤيد المعالج التوازن في السلوك والتفتح الذهني ، وتعد هذه مهمة مرعبة بكل تأكيد بالنسبة للأفراد البينيين المتطرفين والمتصلبين .

وتطبق التأكيدات الجدلية بالتساوي على كل أنماط سلوك العميل ، مع تشجيعه على إحداث تكامل وتوازن بين الانفعالات والاستجابات السلوكية الصريحة ، ويظهر التوتر الجدلي على وجه الخصوص في مجالات تعزيز المهارات مقابل قبول الذات ، وفي حل المشكلات مقابل المشكلات ، وفي التحكم في المشاعر مقابل تقبل المشاعر . ويواجه التطرف السلوكي سواء كان معرفياً أو أنفعالياً أو سلوكياً صريحاً بشكل متسق ، خلال تعلم الاستجابات المتوازنة .

السلوك الانتحاري

يجب بالطبع أن يكون لهدف الحفاظ على حياة العميل أولوية في أي علاج نفسي ، وبالتالي فإن خفض الازمات السلوكية الانتحارية (أي سلوك يجعل العميل في درجة كبيرة من الخطر الوشيك للانتحار أو التهديد به ، بما في ذلك التهديدات الانتحارية الجادة ، وإعداد خطة للانتحار أو الحصول على مواد قاتلة ، والنوايا الانتحارية العميقة) يحظى بأولوية مطلقة في العلاج الجدلي

السلوكي،) وليس بوصفه هدفاً ضمناً كما هو الحال في بعض البرامج العلاجية الأخرى)؛ لأن السلوك الانتحاري وخطر الانتحار ببساطة موضوع أنشغال بالغ في اضطراب الشخصية البيئية . وبالمثل يكون لانتواء القيام بأى سلوك جناد لإيذاء الذات (مثال ذلك أى علامة على سلوك شبه انتحاري) أولوية مطلقة أيضاً . وترجع الأولوية هنا إلى خطورة الأفعال شبه الانتحارية . (يعد السلوك شبه الانتحاري علامة منبهة بشكل جيد على انتحار مستقبلي) وخطورة الصراع الكامن بين إنكار سلوك إيذاء الذات والمحاولة العلاجية المشتركة لمساعدة الذات في العلاج النفسي . كما يستهدف العلاج السلوكي الجدلي أيضاً الأفكار الانتحارية ، وتوقعات العميل حول قيمة السلوك الانتحاري ومترتباته البعيدة . وعلى الرغم من عدم استهداف هذا السلوك مباشرة بالضرورة (كما يحدث في أساليب العلاج الأخرى ، إلا أن هدف إبعاد العميل عن القضاء على حياته ، أو القيام بإيذاء شخص آخر يظل له - على الرغم من ذلك - أولوية أولى ضمنية في العلاج الجدلي السلوكي) .

سلوك إعاقه العلاج

الأولوية التي تحتل المرتبة الثانية في العلاج الجدلي السلوكي ، هي المحافظة على تعاون العملاء والمعالجين في العمل معاً . ومرة أخرى يحتل أن يكون ذلك هدفاً ضمناً ثانوياً في أغلب أساليب العلاج النفسي . وعلى الرغم من ذلك ، فإن الطبيعة المزمنة لأغلب مشكلات العملاء البيئيين ، هي ميلهم المرتفع لإنهاء العلاج قبل اكتماله واحتمال إكراههم المعالج على ذلك ، وتتطلب الاضطرابات الناتجة عن العلاج في حالة اضطراب الشخصية البيئية تنبهاً واضحاً لها بالنسبة لهذه الفئة المرضية على وجه الخصوص . ويكون سلوك كل من العميل والمعالج ، الذي يتضمن تهديداً للعلاقة أو للتقدم العلاجي موضع إهتمام مباشر وفوري ومتسق وثابت . والأكثر أهمية أن يكون كل ذلك قبل حدوثه وليس بعد أن يحدث ، ويجعل المعالج أو العميل غير راغبين في الاستمرار معاً . ويعالج خلال الجلسات سلوك العميل المعوق للعلاج ، مثل : تدخله في التقبل الحقيقي للعلاج ، أو إعاقه استفادة العملاء الآخرين من العلاج (في المواقف أو الوسط الجمعي) ، أو إجهاد المعالج أو معارضته . أما سلوك المعالج الذي قد يتضمن أياً من الاضطرابات الناتجة عن العلاج ، والسلوك الذي قد لا يتسبب بالضرورة في تكدر العميل ، أو يجعل تقدم العلاج صعباً ، ويتم التعامل مع خلال

جلسات العلاج إذا استوقف اهتمام العميل ، كما يتم التعامل معه أيضا خلال اللقاءات الإرشادية والإشرافية .

السلوك المعوق لمستوي الحياة

الهدف الثالث للمرحلة الأولى هو خفض أنماط السلوك ، التي تتدخل بشكل خطير في أي فرصة للعيش بالمستوى المعقول للحياة . ويتضمن السلوك النمطي لهذه الفئة سوء الاستخدام الخطير للعقاقير ، واضطرابات الأكل الحادة ، وسلوك المخاطرة الجنسي الخارج عن التحكم ، والصعوبات المالية المتطرفة (مثل : عدم التحكم في الإنفاق ، أو المقامرة ، أو عدم القدرة على تنظيم الأمور المالية) ، والسلوك الإجرامي الذي يحتمل أن يؤدي إلى السجن ، والاختلالات السلوكية في العمل أو في الأمور المتعلقة بالمدرسة (نمط هجر الوظائف ، أو ترك الدراسة قبل إكمالها ، أو الفصل من العمل ، أو الفشل في الدراسة ، وعدم الانخراط في أي أنشطة بناءة) ، والاختلالات المتعلقة بالسلوك المنزلي (مثل: العيش مع أشخاص مستغلين ، أو عدم وجود سكن مستقر) ، والأنماط المتعلقة بالصحة العقلية (الدخول والخروج من المستشفيات، الفشل في تعاطي العلاج الضروري أو سوء استخدامه) ، والمشكلات ذات العلاقة بالصحة (مثل الفشل في علاج الاضطرابات الطبية الخطيرة) ، والهدف هنا هو تحقيق نمط حياة مستقر يفي بالمعايير المعقولة للأداء الملائم والأمن .

المهارات السلوكية

الهدف الرابع للمرحلة الأولى هو تحقيق إمكانية معقولة للمهارات السلوكية في مجالات الكدر ، والمرونة ، والتحكم الانفعالي ، والكفاءة التفاعلية والتحكم الذاتي ، وإمكانية الاستجابة الواعية ، دون أن يكون الشخص تقييماً في أحكامه (مهارات الوعي أو التيقظ) (1) . وتقع المسؤولية الأولية للتدريب على المهارات في برنامجنا الخاص بالمرضى الخارجيين على فريق التدريب الأسبوعي على العلاج الجدلي السلوكي ، ويراقب المعالج اكتساب المهارات واستخدامها على مدى الوقت ، ويساعد العميل على تطبيق المهارات في مواقف مشكلة معينة .

وينظر إلى مهارات التعقل باعتبارها محورية في العلاج الجدلي السلوكي ،

(1) Mindfulness skills

وبالتالى يطلق عليها اسم « لب المهارات » (1) . وتعتبر هذه المهارات عن الترجمة السلوكية لممارسة التأمل (بما فى ذلك فلسفة Zen) ، وهى تتضمن مهارات ممارسة تلقائية للملاحظة والوصف ، ولحظات توقف للتأمل ، ووعى متركز (تعقل الأمور) وتركيز على الفعالية . وعلى خلاف أساليب العلاج السلوكية والمعرفية النمطية ، والتي تركز عادة على تغيير الانفعالات والأحداث المكدره ، فإن التأكيد الرئيسى فى العلاج الجدلى السلوكى يتجه إلى تعليم العميل مهارة تحمل الألم . ويظهر التقدم الطبيعى فى مهارات التعقل و مهارات تحمل الكدر قدرة الشخص على تحمل المعاناة ، ومراقبته الذاتية لأفكاره وانفعالاته وسلوكه دون تقييمهم ، ودون محاولة تغييرهم . كما تهدف مهارات التحكم فى الانفعال خفض الكدر الانفعالى ، من خلال التعرض للانفعالات الأولية فى مناخ يخلو من الحكم عليها ، كما تتضمن مهارات التحكم فى الانفعال تعريف العواطف وتسميتها وتعقل الانفعالات الراهنة (أى اختبارها دون الحكم عليها) وتحديد العوائق التى تحول دون تغيير الانفعالات ، وزيادة الاحداث الانفعالية الايجابية ، والتعبيرات السلوكية المضادة للانفعالات .

ويتضمن التدريب على التفاعل مع الاخرين تطوير كفاءة اتخاذ القرارات حول الأهداف فى المواقف المتصارعة وتقدير أولوية هذه الأهداف من خلال المقارنة بينها ، مع الاستمرار فى الحفاظ على علاقة إيجابية واحترام المرء لذاته وتعلم استراتيجيات تزيد من فرص الحصول على هذه الأهداف ، دون إفساد العلاقات أو التضحية باحترام الذات ، ويتضمن تعلم ذلك من حيث صلته ببقية المهارات السلوكية ومهارات التحكم الذاتى معلومات حول المبادئ الاساسية للتعلم ، وتغيير السلوك ، والقدرة على وضع أهداف واقعية ، وقدرة المرء على تحليل سلوكه الشخصى ، والقدرة على وضع خطط تدبر متوافقة (لمزيد من المناقشة الواسعة للمهارات السلوكية فى العلاج الجدلى السلوكى ، انظر لينهان (Linehan, 1993b) .

المرحلة الثانية

خفض ضغوط اضطراب ما بعد الصدمة

يجرى خلال المرحلة الأولى - وبصورة فورية - علاج جدلى سلوكى للتحكم فى الاختلالات السلوكية والأنماط الانفعالية . وعلى الرغم من إمكان

(1) Core skills

الكشف عن الصلة بين السلوك الراهن والأحداث الصادمة السابقة ، بما فى ذلك تلك التى حدثت فى الطفولة وتسجيل هذه الصلة، إلا أن التوجهات المحورية للعلاج فى المرحلة الأولى تنحو بوضوح نحو تحليل العلاقة بين الأفكار الحالية والمشاعر والسلوك ، وعلى تقبل وتغيير الأنماط الراهنة أو القائمة . وعلى النقيض من ذلك ، تستهدف المرحلة الثانية من العلاج العمليات الانفعالية المتعلقة بالخبرات الصادمة السابقة على وجه الخصوص ، من خلال التعرض للمؤشرات المرتبطة بها خلال الجلسات .

وبالتالى فإن الهدف الأولى للعلاج فى المرحلة الثانية هو خفض ضغوط ما بعد الصدمة . وتتبعيرات العلاج النفسى الدينامى تعد المرحلة الأولى مرحلة الكبت ، والمرحلة الثانية مرحلة الكشف . وهناك أربع مراحل على وجه الخصوص ، هى : تذكر وتقبل الحقائق الخاصة بالأحداث المبكرة الصادمة ، وخفض مشاعر الإحساس بالوصمة ، ولوم الذات التى دائماً ما ترتبط ببعض أنماط الصدمات ، خفض الإنكار المتذبذب وزملة الاستجابات المقترحة المعتادة لدى الأفراد الذين عانوا من صدمات حادة ، وحل التوترات الجديدة المتعلقة بمن يوجه إليه اللوم عن الصدمة .

ويحدث التحرك نحو المرحلة الثانية فقط ، عندما تصبح الأهداف السلوكية السابقة التى استهدفت تحت التحكم . ولا يشجع العلاج الجدلى السلوكى ، مثله فى ذلك مثل توجه أغلب الخبراء فى علاج اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة ، واضطرابات الراشدين المترتبة على الانتهاك فى الطفولة ، والتعرض المنتظم لمؤشرات الضغوط الصادمة (أو الكشف عنها خطوة خطوة) قبل أن ينهى العميل متطلبات المرحلة الأولى . ويتعين أن يكون العملاء قادرين أولاً على مقاومة إلحاح الانتحار ومحاولاته ، ومتوقفين عن تكرار الاختلالات السلوكية مثل تعاطى المخدرات أو القيام بسلوك جنسى قهري أو الإسراف دون تعقل ، ومواصليين نمطاً مستقراً من الحياة بقدر متسق ، ويتضمن ذلك أن يكون لديهم مكان يعيشون فيه وأنشطة يومية منتجة ، ولديهم على الأقل بعض مبادئ التفاعل مع الآخرين ، وتحكم فى الانفعالات ، ومهارات تقبل الكدر ، وأن يكونوا آمنين فى إطار العلاقة التعاونية ، بمعنى أنه يجب أن يكون العملاء قادرين على التغلب على الانفعالات المصاحبة للتعرض العلاجي للمؤشرات المتعلقة بالصدمة .

المرحلة الثالثة

احترام الذات

تستهدف المرحلة الثالثة من العلاج الجدلي السلوكي تنمية احترام العميل الاستقلالي لذاته ؛ وحيث يتم مساعدة العميل على تقييم ذاته والثقة فيها والتحقق منها . والأهداف هنا هي قدرات تقييم المرء لسلوكه الخاص بطريقة تخلو من الدفاعية ، والثقة في استجاباته الخاصة ، والتمسك بتقييمه الذاتي لآراء الآخرين . وعلى المعالج أن ينسحب في نهاية الأمر بطريقة منظمة ، مع الاستمرار في تدعيم محاولات العميل الاستقلالية للتحقق الذاتي ، ورعاية الذات وحل المشكلات . وبينما الهدف المقصود ليس أن يصبح العملاء مستقلين عن كل الناس ، فإنه من المهم أن يحققوا اعتماداً كافياً على الذات ، يمكنهم أن يصبحوا على صلة بالآخرين ، ويعتمدون عليهم دون أن يعانون من عدم تحقيق ذواتهم .

سياق العلاج

أساليب العلاج : كيف تجري وماذا يتم فيها ومتى

تتوزع مسئولية العمل على الأهداف النوعية ، على امتداد مجموعة مختلفة من الأساليب العلاجية ، مع تباين في الاهتمام والتركيز اعتماداً على أسلوب العلاج . ويعنى المعالج الفردي ، والذي يعد المعالج الأساسي في العلاج السلوكي بمرحلة معينة من الأهداف العلاجية ، بينما يعنى المعالج الذي يتولى التدريب على المهارات بمرحلة أخرى . وعند القيام بالعلاج من خلال الاتصال التليفوني⁽¹⁾ يحتل تدرجاً آخر مكانه في المنظومة ، وتكون سلوكيات المعالج هي المستهدفة في نظام الاستشارة والإشراف . ويجب أن يكون المعالجين الذين ينخرطون في أكثر من أسلوب علاجي (مثل : الفردي ، والجمعي ، والعلاج من خلال الاتصال التليفوني) ، مدركين لنظام الأهداف النوعية في كل نموذج ، وأن ينتقلوا ببسر من درجة إلى أخرى في المدرج العلاجي مع تغيير الأساليب العلاجية .

العلاج الفردي

يفترض العلاج الجدلي السلوكي أن العلاج الفعال يجب أن يتجه إلى كل الإمكانيات وكل آفات السلوك ، والقضايا المتعلقة بالأداء الدافعي والسلوكي التي

(1)Telephone Therapy

يمكن أن تعوق الاستجابات الماهرة . وعلى الرغم من وجود طرق متعددة للتأثير في هذه المبادئ (يشار إليها باعتبارها العلاج الجدلي السلوكي النمطي) ، فإن المعالج الفردي هو المسئول في عيادتنا عن التقييم وعن حل مشكلات آفات المهارة والمشكلات الدافعية ، وأيضاً عن تنظيم أساليب العلاج الأخرى التي تستهدف المشكلات في كل مجال . وتنظم جلسات العلاج للمرضى الخارجيين على أساس جلستين في الأسبوع ، خلال فترة الأزمات أو عند بداية العلاج .

وهناك قاعدة واحدة لتحديد أولوية أهداف معينة ، تتبع خلال العلاج الفردي وبقية مراحل العلاج الأخرى في العلاج الجدلي السلوكي وفقاً لما سبق مناقشته . ويتحدد محور العلاج في العلاج الفردي بناء على أعلى أولوية علاجية مستهدفة في لحظة معينة . ولا يتغير هذا النظام الترتيبي للاولويات على امتداد البرنامج العلاجي ، على الرغم من أن تعلق هدف ما بوقت معين قد يتغير .

ويتحدد تعلق الهدف سواء من خلال السلوك اليومي الغالب الذي يقوم به العميل (منذ آخر جلسة) أو بالسلوك الذي يقوم به خلال جلسة العلاج . ولا تعد المشكلات التي لا تظهر لها أية إشارة مشكلات متعلقة . وإذا تحقق تقدم مرضى في أحد الاهداف التي لم تكن أبداً مشكلة على الإطلاق ، أو لم تكن هناك دلائل متوفرة عليها ، يقوم المعالج بتحويل انتباهه على الفور إلى الهدف العلاجي التالي .

والمرتبات الناتجة عن هذه الطريقة في تحديد الاهداف ، هي أنه يتعين تكريس جزء من جدول أعمال الجلسة للمخاطر العالية للانتحار أو محاولته ، أو سلوك إعاقة العلاج أو السلوك المؤثر في مستوى الحياة عند ظهور مخاطر لأي منها . أما إذا لم يظهر مثل هذا السلوك في الجلسة ، فيترك للعميل تحديد موضوعات المناقشة الخاصة بالمرحلتين الأولى والثالثة . ويعتمد محور العلاج (في إطار المناقشات الخاصة باى مجال) على مرحلة العلاج والمهارات المستهدفة تحسينها ، وأى أهداف أخرى ثانوية . ويمكن ، على سبيل المثال ، صياغة أى مشكلة أو مجال خلال المرحلة الأولى من العلاج ، بمفاهيم التفاعل والمهارات المطلوبة ، وإمكانات التحكم في الانفعالات ، والحاجة لتقبل الكدر . ويركز المعالج خلال المرحلة الثالثة ، دون اعتبار للموضوع المعين محور المناقشة ، على مساعدة العميل على تحقيق احترام مستقل لذاته ، وتحقيق من ذاته

وتقبل لها في كل جلسة وفي حياته اليومية (وهذه بالطبع أهداف عامة لكل مراحل العلاج ، غير أن المعالج يقوم في المرحلة الثالثة بالانسحاب بقدر أكبر ، والعمل بقدر أقل مع العميل مقارنة بما يحدث في المرحلتين السابقتين) ، ويكون التركيز الأساسي خلال المرحلة الثانية على التعرض المنظم للمؤشرات الصادمة .

ومن الأفضل بالنسبة للعملاء أصحاب الاضطراب الشديد أن تركز الفترة المبكرة من العلاج على الجزء الأعلى في قائمة مدرج الأهداف . مثال ذلك ، إذا ظهر سلوك محاولات الانتحار خلال الاسبوع السابق ، فيتعين أن يحظى بأولوية الانتباه له مقارنة بأساليب إعاقه العلاج ، كما يتعين أن يحتل التركيز على أساليب إعاقه العلاج أولوية على السلوك المعوق لمستوى الحياة . وعلى الرغم من إمكان العمل على أكثر من هدف واحد في الجلسة نفسها (بما في ذلك تلك الأهداف التي يثيرها العميل) ، فإن الأهداف صاحبة أعلى أولوية هي التي تستأثر بالاسبقية ، وتحديد مدى تعلق السلوك المستهدف يتم بمساعدة بطاقات اليوميات⁽¹⁾ ويتم ملء هذه البطاقات خلال أول مرحلتين من مراحل العلاج على الأقل ، ويصحبها العميل معه إلى الجلسة الأسبوعية .

ويتعين اعتبار الفشل في التسجيل في هذه البطاقات أو اصطحابها إلى الجلسة سلوكاً معوقاً للعلاج ، وتسجل في بطاقات اليوميات الشواهد اليومية على محاولات الانتحار ، والأفكار الانتحارية والحاح محاولات الانتحار ، والاستخدام النعس للعقاقير ، سواء المشروع أو غير المشروع ، واستخدام المهارات السلوكية . كما يمكن أيضاً تسجيل بقية الأهداف السلوكية ، مثل : نوبات الشرة المرضي⁽²⁾ ، والأنشطة اليومية المنتجة ولحظات التأمل في الماضي وغيرها ، وذلك في المساحات الفارغة من البطاقة . ويجب على المعالج الذي يقوم بعلاج جدلي سلوكي إن يطور نمطاً للمراجعة المنظمة للبطاقة في بداية كل جلسة . وإذا تضمنت البطاقة إشارة إلى أن هناك محاولة انتحارية حدثت فتناقش ، وإذا سجلت فيها أفكار انتحارية يتم تقييمها لتحديد ما إذا كان العميل معرضاً لخطر الانتحار أم لا . وإذا ظهر منها أن هناك نمطاً لتعاطي المخدرات أو الاعتماد عليها ، فيعالج باعتباره سلوكاً معوقاً لمستوى الحياة .

(1) Diary cards

(2) Bulimic episodes

ويعتمد القدر من الوقت الذي يخصصه المعالج لحل كل مشكلة والتحقق منها على إلحاح السلوك الذي يتطلب التغيير أو المشكلات التي يتعين حلها ، واحتياج العميل الملح للتحقق ، والفهم والتقبل ، دون الحاجة إلى أى تصريح مباشر بالحاجة إلى التغيير .

التدريب على المهارات

تؤدي ضرورة التدخل في الأزمات ، والانتباه للقضايا الأخرى لجعل اكتساب الفرد للمهارات أثناء العلاج أمراً شديداً الصعوبة ، وبالتالي فأحد المكونات المنفصلة للعلاج تستهدف مباشرة اكتساب المهارات السلوكية . يأخذ ذلك في عيادتنا شكل جلسات تمتد بين ساعتين وساعتين ونصف أسبوعياً للتدريب على المهارات يجب أن يحضرها العميل خلال العام الأول للعلاج ، ويصبح الاستمرار في التدريب بعد هذه الفترة معتمداً على تفضيلات العميل الاختيارية واحتياجاته .

ويتبع التدريب على المهارات السلوكية في العلاج الجدلي السلوكي نموذج التعليم النفسي (1) . وعلى النقيض من العلاج الفردي الذي يتحدد فيه جدول الأعمال أولاً بناءً على المشكلة المطلوب حلها ، يوضع جدول أعمال التدريب على المهارات بناءً على المهارات المطلوب تعلمها ، وبالتالي فإن الأولوية الأساسية هنا هي اكتساب المهارات وتقويتها . وعلى الرغم من ذلك ، تظل الأولوية للسلوك الذي يمثل تهديداً جدياً للحياة (مثل : احتمالات الانتحار أو ارتكاب جريمة) ، أو تهديد الاستمرار في العلاج (مثل ذلك : عدم حضور جلسات التدريب ومهاجمة الآخرين في جلسات التدريب الجمعي على المهارات) ، كما أن سلوكيات إعاقه العلاج الأقل خطورة (مثل : رفض الحديث في الجلسات الجماعية ، والسير جيئة وذهاباً بطريقة ملولة في وسط الجلسات ، ومهاجمة المعالج أو العلاج) لا تمنح اهتماماً في التدريب على المهارات بالقدر الذي تحصل عليه في أسلوب العلاج الفردي . ذلك أن احتلال مثل هذه السلوكيات لمحور أولى في التدريب يؤدي لعدم توفر الوقت على الإطلاق لتعلم المهارات السلوكية . وعموماً يوضع سلوك إعاقه العلاج على قائمة للانطفاء ، عند نقل العميل لجلسات التدريب ، ويتم تخفيفه في الوقت نفسه . ويتعين أن يتلقى كل العملاء الذين يخضعون للتدريب على المهارات في العلاج الجدلي السلوكي علاجاً نفسياً مصاحباً . ويحث العملاء خلاله

(1) psycho educational format

على التوجه بمشكلاتهم السلوكية إلى المعالج الأساسي . وإذا ظهرت محاولة خطيرة للانتحار ، يقوم المعالج القائم بالتدريب على المهارات (إذا كان شخصاً آخر غير المعالج الأساسي) بتحويل المشكلة إلى المعالج الأساسي .

وعلى الرغم من أن كل الاستراتيجيات المقدمة فيما بعد تستخدم في كل من العلاج النفسي الفردي والتدريب على المهارات ، إلا أن الجمع بينهما يتقرر بشكل مختلف ؛ فاكتساب المهارات وتقويتها ، واستراتيجيات تعميمها هي استراتيجيات التغيير المهيمنة في التدريب على المهارات . يضاف إلى ذلك أن التدريب على المهارات محدد البنية للغاية ، ويقدر أكبر كثيراً من بقية المكونات العلاجية الأخرى ، ويكرس نصف الوقت المخصص لكل جلسة لمراجعة التدريبات على المهارات ، التي تمت خلال الواجبات المنزلية ، ويكرس النصف الباقي من الوقت لتعليم مهارات جديدة ، وعادة ما يضع المعالج جدول الأعمال وموضوعات المناقشة الخاصة بالتدريب على المهارات ، باستثناء الحالات التي تكون فيها القضايا المتعلقة بالتفاعل مع الآخرين مهددة للتقدم .

الاستشارات التليفونية

تعد المكالمات التليفونية بين الجلسات (أو أيه اتصالات علاجية خلال مرحلة العلاج الجدلي السلوكي في مواقف أخرى مثل أقسام العلاج الداخلية) جزءاً مكماً للعلاج الجدلي السلوكي . وللمكالمات التليفونية ثلاثة وظائف مهمة :

- (١) أنها توفر مراناً على المهارات وتشجعاً لمهارات تعميم السلوك .
- (٢) أنها توفر تدخلاً في حالات الازمات الطارئة وبالتالي تكسر المسافة بين السلوك الانتحاري وأنتباه المعالج .
- (٣) أنها توفر مجالاً لأصلاح العلاقة العلاجية دون أن تتطلب انتظار العميل حتى الجلسة التالية . وبالنظر إلى مكالمات طلب العون ، يتباين هيكل المكالمات التليفونية بناء على تعقد وخطورة المشكلة المطلوب حلها ومقدار الوقت الذي يستطيع المعالج توفيره للمكالمة التليفونية . ويكون التركيز أثناء المكالمة ، في المواقف الواضحة ، على ما يمكن للعميل أن يقرر استخدامه من المهارات السلوكية ، بصورة عقلانية سهلة (بدلاً من السلوك بطريقة غير سوية) ؛ لكي يواجه المشكلة . وعندما تكون المشكلات معقدة أو شديدة الخطورة بحيث لا يستطيع

العميل حلها على الفور ، يصبح التركيز منصّباً على تحسين الكدر والتحمل ، وكف السلوك المرضى في حل المشكلات حتى يحين موعد الجلسة العلاجية التالية . وفي هذه الحالة الاخيرة لا يكون حل المشكلة التي أدت إلى الأزمة هو هدف المكالمات التليفونية .

وتعالج كل المكالمات التليفونية للحصول على العون بطريقة متشابهة بقدر الإمكان ، باستثناء الحالات التي تتطلب اتخاذ خطوات ضرورية لحماية حياة العميل عند وجود تهديدات انتحارية ؛ بهدف كسر الارتباط بين السلوك الانتحاري (الأفكار الانتحارية ، محاولات الانتحار ، والأزمات السلوكية) وزيادة المكالمات التليفونية . ويمكن للمرء في هذا الإطار القيام بأمر أو اثنين : رفض تلقى أية مكالمات بما في ذلك مكالمات ازمات الانتحار ، أو الإصرار على ان العميل الذي يتصل خلال ازمة الانتحار يتصل أيضاً خلال الأزمات الأخرى والمواقف المشكّلة . وكما تذكر لينهان (1993 a) فإن خبراء السلوك الانتحاري يتفقون جميعاً في القول بأن توفر المعالج ضروري بالنسبة للمرضى الانتحاريين . وبالتالي يختار العلاج الجدلي السلوكي المنحى الأخير ويشجع (ويصر في بعض الاحيان) على تلقى المكالمات حتى خلال فترات عدم وجود ازمات انتحارية . وبعد الإقلال من الاتصال بالمعالج مثله مثل الإكثار الزائد في الاتصال بالمعالج ، سلوكاً معوقاً للعلاج في العلاج الجدلي السلوكي .

والأولوية المطلقة لدى المعالج الفردي في المكالمات التليفونية ، هي صيانة العلاقة مع العميل ، ودائماً ما يعاني البينيين تأخيراً في ردود الأفعال الانفعالية في التفاعلات التي تحدث خلال جلسات العلاج ، ومن غير المبرر، من منظور العلاج الجدلي السلوكي ، أن يطالب العملاء بالانتظار لفترة اسبوع كامل قبل التعامل مع هذه الانفعالات . ومن الملائم أن يتصلوا لمكالمة تليفونية «من القلب إلى القلب» . ويكون دور المعالج في هذه المواقف أن يهدىء ويطمئن ، أما التحليل المتعمق فيمكن أن ينتظر حتى الجلسة التالية . ويستخدم المعالجون المهرة المكالمات لسبب واحد هو المحافظة على استمرار العميل في العلاج (بما في ذلك بالطبع الحفاظ على حياته ، عندما يكون ذلك ضرورياً) . أما بقية المشكلات الأخرى فيتناولها المعالج الأساسي ، كما تحال إليه أزمات الانتحار في أسرع وقت ممكن .

فريق الاستشارات والإشراف

يفترض العلاج الجدلي السلوكي لاضطراب الشخصية البيئية أن العلاج الفعال يجب أن يوجه أكبر قدر من الاهتمام لسلوك المعالج وخبرته في العلاج بالقدر من الاهتمام ، الذي يملحه للعميل . وعلاج العملاء البيئيين مثير بدرجة هائلة والاستمرار في مجال العلاج الجدلي السلوكي يمكن أن يكون صعباً بدرجة مروعة ، وبالتالي فأحد الأجزاء المكتملة للعلاج هي علاج المعالج نفسه . ومطلوب من كل المعالجين الاشتراك في علاقة إستشارية أو إشرافية سواء مع شخص آخر أو مع مجموعة ، وتعقد جلسات الاستشارات أسبوعياً ويحضرها المعالجون ، الذين يطبقون علاجاً جديلاً سلوكياً للعملاء البيئيين . ودور الاستشارة والإشراف هو الحفاظ على المعالج في الإطار العلاجي ، وعرض المشكلات التي تظهر أثناء تقديم العلاج .

الجلسة

يكيف العلاج الجدلي السلوكي لمجموعة متنوعة من الجلسات ، التي تتضمن فئة المرضى العقلانيين الخارجيين ، ووحدات العلاج الداخلي ذات الفترات الطويلة ، وعلاج اليوم الواحد ، وحالات الدخول الحادة إلى المستشفى . وتملي الظروف الفردية تكيف العلاج وفق احتياجات كل من العميل والمعالج ، وكذلك المصادر المتوفرة . وبالتالي يتغير تقسيم العمل بناء على الخصائص النوعية للموقف ، مثال ذلك أنه بينما تأخذ الجلسات المعيارية للتدريب على المهارات في عيادتنا شكل العلاج الجماعي ، فإن جلسات تدريب خاصة أو جلسة عيادية قد لا تتوافر لها المصادر ، أو العملاء الذين ينتظمون في مجموعة منفصلة . وعلى المعالج أن يختار في مثل هذه الحالات أن يرى العميل مرتين أسبوعياً : مرة للعلاج الفردي ، ومرة أخرى للتدريب على المهارات ، أو يقوم معالج ثانٍ أو فني سلوكي (1) بمهمة تدريب العميل على المهارات الفردية .

ويتم العلاج الفردي في عيادتنا في مكتب العلاج الإكلينيكي ، ويجرى للمجموعات المنفصلة في فصل خاص بالعيادة . وأحياناً ما تحتاج بعض المتطلبات الوقتية للعلاج الانتقال إلى جلسات مختلفة . مثال ذلك إمكان رؤية المرضى ، الذين يخضعون لإجراءات جراحية أو طبية في المستشفى ، أو في

(1) Behavioral technician

منازلهم بعد خروجهم من المستشفى . وعقد جلسات علاجية لبعض العملاء المراهقين ممن يعانون من درجة مرتفعة من التضارب الانفعالي حول العلاج خارج العيادة في أماكن ، مثل : المقاهي ، أو نوادي البولينج أو في السيارات يمكن أن يكون مفيداً في استمرار الصلة العلاجية خلال المراحل الصعبة .

المتغيرات الخاصة بالعمل

هناك عدد من الخصائص الجوهرية المطلوبة في عميل العلاج الجدلي السلوكي ، من بينها : المشاركة الاختيارية ، والالتزام بفترة زمنية محددة (من ستة أشهر إلى عام في المعتاد) . ويتطلب التطبيق الفعال للعلاج الجدلي السلوكي علاقة تفاعلية قوية بين المعالج والعميل ، وعلى المعالج أن يعمل ليصبح هو المدعم الرئيسي في حياة العميل ، ثم يستخدم العلاقة لتشجيع العميل على التغيير . ويستخدم استمرار العلاقة بوصفه شرطاً إيجابياً لبقاء العميل في العلاج . وتدبر هذا الشرط يعد حلاً وسطاً جاداً مع العملاء المجبرين على العلاج ، ويمكن قبول القيام بالعلاج بناء على أوامر المحكمة ، إذا وافق العملاء على البقاء في العلاج حتى بعد إلغاء حكم المحكمة . ويتعين على العملاء الموافقة أيضاً على العمل على خفض سلوك الانتحار وسلوك إعاقة العلاج ، وزيادة المهارات السلوكية كشرط لقبولهم في العلاج . وقد لاحظنا من خبرتنا أيضاً أن السكان المحليين مرغوبين بقدر أكبر في العلاج ، ذلك أن العملاء الذين لا يقطنون في المنطقة القريبة ، أو الذين يتعين عليهم الانتقال للمنطقة للحصول على العلاج يكون احتمال الانقطاع عن العلاج أكبر في فترة مبكرة . وإحدى خصائص العميل الضرورية للمشاركة في العلاج الجماعي ، هي القدرة على التحكم في السلوك العدواني نحو الآخرين .

وقد تطور العلاج الجدلي السلوكي وقيم مع النسبة من الافراد البينيين ، الذين ربما كانوا الاكثر تطرفاً في اضطرابهم ، وكان لكل العملاء الذين قبلوا في العلاج تاريخ لسلوك محاولات الانتحار . وعلى الرغم من ذلك ، فقد صمم العلاج بصورة مرنة ، ومن المرجح أن يكون فعالاً مع الأفراد أصحاب الاضطرابات الأقل حدة . ويتعين أيضاً ملاحظة أن كل العملاء في دراسات النتائج حتى الان كن من النساء ممن يقعن في المرحلة العمرية بين ١٨ ، ٤٥ عاماً . وبينما يبدو من المحتمل أن يقبل هذا العلاج التطبيق بقدر مساوٍ على العملاء الذكور ، إلا أن هذا التطبيق لم يخضع بعد لتحليل واقعي صارم .

المتغيرات المتعلقة بالمعالج

لقيت خصائص المعالج التي تيسر العلاج الجدلي السلوكي القليل من الاهتمام النسبي ، مقارنة ببقية جوانب العلاج الأخرى . وعلى الرغم من ذلك ، فإن الدلائل الحديثة تؤيد افتراض أن العلاج المؤثر للعملاء البينيين يتطلب توازناً ماهراً بين التقبل واستراتيجيات العلاج (Shearin & Linehan, 1992) ، وقد توصلت هذه الدراسة أيضاً إلى أن إدراكات المعالج التي لا تنتقص من قدر العملاء ترتبط بالمثل بقدر أقل من السلوك الانتحاري .

وتصف لينهان (1993 a) Linehan الخصائص المطلوبة في المعالج في ضوء ثلاثة أبعاد ثنائية الأقطاب يجب أن تتوازن عند القيام بالعلاج: يمثل البعد الأول التوازن بين التوجه نحو التقبل مع التوجه نحو التغيير ، ويتعين على المعالج أن يكون قادراً على كف الاتجاهات التقييمية التي تحدث في أغلب الظروف ، وأن يمارس تقبل العميل له وللعلاقة والعمليات العلاجية كما تحدث في اللحظة الراهنة . وعلى الرغم من ذلك يجب أن يظل المعالج مدركاً أن العلاقة العلاجية تنشأ من ضرورة التغيير وافتراض مسؤوليته عن توجيه التأثير العلاجي . ثانياً ، على المعالج أن يوازن بين النزعة الوسطية والمرونة الرحيمة . ويقصد بالوسطية فضيلة إيمان الشخص بنفسه وبالعلاج وبالعميل ، والمرونة الرحيمة هي القدرة على الأخذ بعين الاعتبار المعلومات المتعلقة بالعميل وتعديل الشخص لنفسه وفقاً لها ، وربما يكون الأمر الأكثر أهمية هو أن تعبر المرونة عن تسليم المرء بأخطائه العلاجية وإصلاحها .

وأخيراً يجب أن يكون المعالج الجدلي السلوكي قادراً على الموازنة بين الدرجة العالية من اعتبارات التنشئة والعمل الخيري . وتشير التنشئة إلى التعليم والتدريب والمعاونة وتقوية العميل ، بينما يشير العمل الخيري إلى ضرورة أن يدرك المعالج الإمكانيات المتوفرة ويدعم السلوك التوافقي ، ويرفض أداء عمل ، للعملاء ، عندما يكونون قادرين على أداءه ، بأنفسهم . بالإضافة إلى كل ذلك ، فإن القدرة على العطاء تتطلب اقتران الإرادة بالإيمان بالقدرة على التغيير ، ويجب أن ينظر المعالج الجدلي السلوكي الفعال لعملية على أنه يتسم بالقوة .

استراتيجيات العلاج

تشير استراتيجيات العلاج في العلاج الجدلي السلوكي إلى كل من دور المعالج وتوجهاته ، بالإضافة إلى المجموعة المتأثرة من الإجراءات التي تستخدم لتحقيق أهداف علاجية معينة . وعلى الرغم من أن الاستراتيجية العلاجية الجدلية

السلوكية تتضمن عادة عدداً من الخطوات ، إلا أن استخدام استراتيجيات ما قد لا يتطلب بالضرورة تطبيق كل خطوة فيها ومن المهم بقدر جوهرى أن يطبق المعالج جوهر الاستراتيجية ، بدلاً من توجيه العميل بصورة تفتقر إلى المرونة عبر سلسلة من المناورات سابقة التحديد .

وتطبق في العلاج الجدلي السلوكي خمس خطوات من الاستراتيجيات العلاجية لتحقيق الاهداف السلوكية التي سبق الإشارة إليها ، وهذه الخطوات هي :

(١) الاستراتيجيات الجدلية .

(٢) الاستراتيجيات المحورية (١) .

(٣) الاستراتيجيات الاسلوبية (٢) .

(٤) استراتيجيات تدبير الحالة (٣) .

(٥) الاستراتيجيات المتكاملة (٤) .

ويعرض شكل (١ - ١٠) استراتيجيات العلاج الجدلي السلوكي بالنسبة لجلسة فردية لعميل واحد . وقد تستخدم استراتيجيات معينة أكثر من غيرها ، كما قد لا تكون كل الاستراتيجيات ملائمة بالضرورة ، وفيما يلي مناقشة مختصرة لاستراتيجيات العلاج .

ولمزيد من التفاصيل نحيل القارئ الى دليل العلاج (Linehan , 1993 a) .

الاستراتيجيات الجدلية

تتخلل الاستراتيجيات الجدلية كل جوانب العلاج ، ويوفر استخدامها منطلق إضافة تعبير جدلية لمسمى العلاج . وهناك ثلاثة أنواع من الاستراتيجيات : تلك التي تتعلق بكيفية تشكيل المعالج للتفاعلات ، وتلك التي تتعلق بكيفية تحديد المهارات السلوكية ، واستراتيجيات نوعية محددة تستخدم خلال القيام بالعلاج .

(1) Core strategies

(2) Stylistic strategies

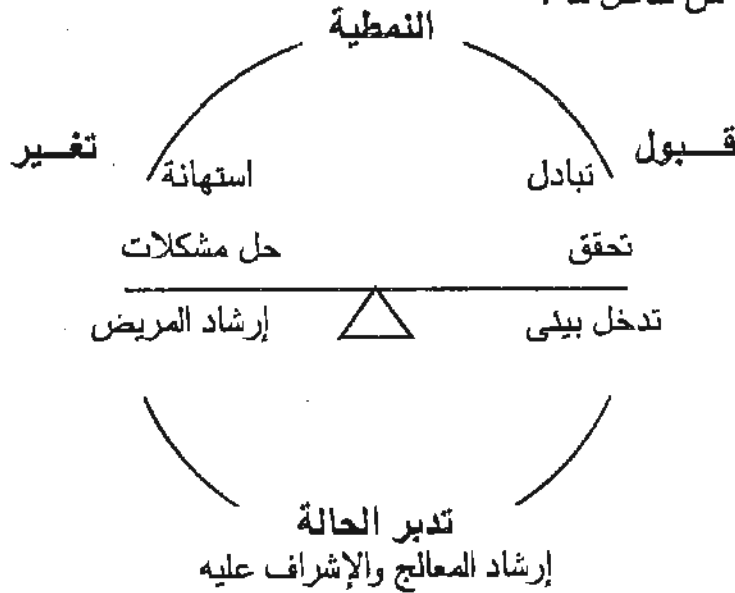
(3) Case management strategies

(4) Integrated strategies

استراتيجيات العلاقة

توازن استراتيجيات العلاج

تتعلق الاستراتيجيات الجدلية باوسع معنى للكلمة بما يتعين على المعالج عملة لموازنة التوتر الجدلي ، خلال العلاقة التفاعلية . وكما سبق الإشارة إلى ذلك، فإن الجدلية أساسية في كل علاج نفسي بما في ذلك علاج العملاء أصحاب اضطراب الشخصية البينية ، وهي تعنى تقبل ما هو كائن وبذل الجهد لتغيير ما هو كائن . والموقف الجدلي العلاجي عبارة عن شكل من الانتباه المتصل للجمع بين التقبل والتغير ، المرونة والثبات ، القنشة والتحديات ، والتركيز على الإمكانيات ، مع التركيز على المعوقات والآفات . والهدف من وراء ذلك هو الكشف عن التناقضات في كل من العلاج وحياة العميل وتقديم ظروف التركيب بين النقيضين (١) . والفرص الأولى هنا هو أن التغير يمكن أن يكون ميسوراً ، من خلال التأكيد على التقبل ، كما أن التقبل يؤكد التغير . ويحتل التأكيد على النفاضة مكانه أحياناً عبر الوقت (أى عبر تفاعل كلي) ، وليس على التزامن أو في كل جزء من تفاعل ما .



شكل (١ - ١٠) : الاستراتيجيات العلاجية في العلاج الجدلي السلوكي،
 عن العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات الشخصية البينية (ص ٢٠٠)
 لينهان 1993, Linehan, نيويورك ، دار جيلفورد للطباعة ،
 حقوق النشر لجيلفورد ١٩٩٣

(1) Syntheses

وعلى الرغم من أن الكثير من - إن لم يكن كل - أساليب العلاج النفسي بما في ذلك العلاج المعرفي والعلاج السلوكي تميل إلى قبول هذه القضايا المتعلقة بالتوازن ، إلا أن وضع مفهوم التوازن في مركز أسلوب العلاج يؤكد أن المعالج يظل يقطاً لأهميته .

والاستراتيجيات التي تؤكد التقبل شديدة الشبه بالاستراتيجيات المستخدمة في العلاج المتمركز حول العميل (1) (أو أنها مطابقة له في بعض الاحيان) ، وفي استراتيجيات تدبر حالة العميل التي تمتد إلى العملاء البعيدين في الطب النفسي البيئي . وهذه الاستراتيجيات التي تؤكد التغيير مأخوذة أساساً من أساليب العلاج المعرفي والسلوكي ، على الرغم من تخطي العلاج الجدلي السلوكي على وجه الخصوص عن التداخل الجوهرى بين كلا الاستراتيجيتين ، وأساليب العلاج الدينامية . وعملية التصنيف بين التقبل والتغيير عملية مصطنعة ، طالما أن كل استراتيجية تشمل كلاً من التقبل والتغيير بطرق مختلفة . وأفضل الاستراتيجيات هي بالتأكيد تلك التي تجمع بين التقبل والتغيير في حركة واحدة . والتأكيد الشامل على التوازن (في العلاج وخارجه على السواء) مناظر للعلاج الجشطالتي وعلاج النظم (2) .

تعليم السلوك الجدلي

تشير أشكال التطرف السلوكي والتصلب - سواء كانت معرفية أو أنفعالية أو مكشوفة - إلى أن الجمع بين النقيضين (3) لم يتحقق بعد ، وبالتالي يمكن اعتباره غير جدلي . ويتعين بدلاً عن ذلك الدفاع عن مسار توسطى يمكن تأييده وتعديله ، ويكون مشابهاً لذلك الذي تدعو إليه البوذية ، والأمر المهم في تتبع هذا المسار التنويرى هو تجنب الوقوع في شرك أى تطرف ، بمعنى أنه يتعين اتباع الطرق الوسطية (Koyokai, 1966) ، ويمائل هذا التأكيد على التوازن الملحي المقدم في نماذج منع الانتكاس (4) ، التي اقترحتها مارليت Marlatt وجوردون Gordon (1985) لعلاج السلوك الإدمانى . وبهذا يساعد المعالج العميل على الانتقال من

(1) Client - centered therapy

(2) Systems therapy

(3) Synthesis

(4) Relapse - prevention models

حالة إما - أو (١) إلى حالة كلاهما- وغيرهما (٢) ، والمقصود هنا ليس دحض الفكرة الأولى أو القطبية عند التأكيد على الثانية .

استراتيجيات جدلية نوعية

هناك ثمانية استراتيجيات نوعية في العلاج الجدلي :

- (١) اقتحام التناقضات الظاهرية واستخدامها .
- (٢) استخدام المجاز (٣) .
- (٣) لعب دور دفاع الشيطان (٤) .
- (٤) التوسع أو الامتداد (٥) .
- (٥) تنشيط العقلانية (٦) .
- (٦) عمل ليمونادة من الليمون (٧) [أى تحويل الحامض إلى حلو] .
- (٧) السماح بالتغيير الطبيعي (وعدم الاتساق حتى خلال البيئة العلاجية) .
- (٨) التقييم الجدلي من خلال الاستمرار في التساؤل حول « ما الذى تبقى لدينا هنا بعد ذلك ؟ » .

ونتيجة للحيز المتاح هنا سنقدم مجموعة مختارة من هذه الاستراتيجيات فى القسم التالى . ويستطيع القارئ المهتم الحصول على مراجعة كاملة فى دليل العلاج السلوكى (Linehan, 1993 a) .

اقتحام التناقضات الظاهرية

يعد اقتحام التناقضات الظاهرية أسلوباً قوياً لأنه يتضمن عنصر المفاجأة، ويقوم المعالج فيه بعرض التناقض الظاهري دون تفسيره ، ثم يلقي الضوء على

- (1) "Either - or"
- (2) "Both - and "
- (3) Metaphor
- (4) Devil's advocate
- (5) Extending
- (6) Wise mind
- (7) Making lemonade out of lemons

التناقضات الظاهرية المتعارضة التي يتضمنها مجال السلوك والعمليات العلاجية وفي الواقع بصفة عامة . وجوهر هذه الاستراتيجية هو رفض المعالج التقدم نحو التفسير العقلاني ، وتقابل محاولة العميل البحث عن المنطق خلف التناقضات بصمت من المعالج ، ويصمم سؤالاً أو قصة لإلقاء قدر ضئيل من الضوء على المعضلة التي يتعين حلها ، ويشجع العميل للوصول إلى الفهم وعلى التحرك نحو الجمع بين النقيضين أو القطبين المتعارضين وحل المأزق بنفسه .

وقد ألفت لينيهان (1993 a) Linehan الضوء على عدد من التناقضات الظاهرية النمطية والتوترات الجدلية المقابلة لها ، والتي تشاهد خلال البرنامج العلاجي . ويكون العملاء أحراراً في اختيارهم لسلوكهم الخاص ، ولكنهم لا يستطيعون الاستمرار في العلاج ما لم يعملوا على تغيير سلوكهم . ويتم تعليم كيفية تحقيق قدر أكبر من الاستقلالية ، من خلال زيادة مهاراتهم وطلبهم الحصول على مساعدة الآخرين . وللعلماء الحق في أن يقتلوا أنفسهم ، بشرط تمكنهم من إقناع المعالج أن الانتحار هو الحل الوحيد المسلط على رقابهم . والعملاء غير مسئولين عن الحال الذين هم فيه ، ولكنهم مسئولون عما أصبحوا عليه . وبإلقاء الضوء على هذه التناقضات الواقعية ، يناضل كل من العميل والمعالج لمواجهة تصلب أنماط التفكير والانفعالات والسلوك واستمرارها ، وبحيث تبرز أنماط تلقائية مرنة .

المجاز: النوادر والأساطير ، والقياس ، ورواية القصص

يعد استخدام المجاز ، والحكايات والنوادر والأساطير مهم للغاية في العلاج الجدلي السلوكي ، وهو يوفر معانٍ بديلة لتعليم التفكير الجدلي . وعادة ما تكون القصص من الأمور المشوقة والأسهل في التذكر ، وهي تشجع البحث عن معاني بديلة للأحداث الجارية فحصها . وبصفة عامة ، فإن فكرة المجاز هي التعامل مع شيء يفهمه العميل ومقارنته بالقياس إلى شيء لا يفهمه العميل ، ويمكن للاستخدام الإبداعي للمجاز أن يساعد العميل على الفهم واقتراح حلول للمشكلات ، وإعادة صياغة المشكلات الخاصة بكل من العملاء والعمليات العلاجية .

دفاع الشيطان

يشبه أسلوب دفاع الشيطان المدعى الجدلي المستخدم في أساليب العلاج الانفعالي العقلاني (1) وإعادة التشكيل المعرفي (2) بوصفه طريقة لمواجهة العملاء

(1) Rational - emotive

(2) Cognitive restructuring

بمعتقداتهم غير السوية أو أدوارهم المشكّلة . ويقدم المعالج من خلال هذه الاستراتيجية اقتراحاً متطرفاً لأحد معتقدات العميل غير السوية ، ثم يقوم بدور دفاع الشيطان عن هذا المعتقد ليقف في مواجهة محاولات العميل دحض هذه الفكرة أو هذا الدور . وقد يقول العميل : « لأننى شديد السمّة ، فمن الأفضل بالنسبة لى أن أموت ، ويدافع المعالج عن هذه الفكرة محبباً لها ، وقد يقترح الآتى : طالما أن هذا الأمر صواب بالنسبة للعميل ، فلا بد أن يكون صواباً أيضاً بالنسبة لبقية الناس ، وبالتالي فمن لأفضل أن يموت كل اصحاب الوزن الزائد . وعلى المعالج أن يستمر فى هذا الخط قائلاً : « وطالما أن عناصر تعريف الوزن الزائد تختلف بقدر كبير بين شخص وآخر ، فلا بد أن يكون هناك عدد مرعب من الناس ، الذين يمكن اعتبارهم من أصحاب الوزن الزائد فى نظر شخص ما ، ولا بد أن يعنى هذا أنه من الأفضل لهم جمعياً أن يموتوا ، . ثم « ياإلهى أن وزنى زائد بحوالى خمسة كيلو جرامات ، أظن أنه من الأفضل أن أموت أنا أيضاً . ويمكن معارضة أية تحفظات يذكرها العميل بمبالغات أخرى إلى أن تصبح الطبيعة الانهزامية الذاتية للمعتقد واضحة .

ودائماً ما يستخدم دفاع الشيطان خلال الجلسات الأولى لاستثارة التزام قوى من جانب العميل ، ويحتمل أن يكون استخدامه بهذه الطريقة فكرة جيدة ، وحيث يقوم المعالج بالجدل حول أنه طالما أن العلاج سيكون مؤلماً وصعباً ، فلن يكون من الواضح كيف يستطيع العميل الالتزام به (وبالتالي قبوله فى العلاج) ، وعادة ما يكون تأثير ذلك انتقال العميل لتبنى الموقف العكسى مؤيداً للتغير العلاجى . ومن المهم للاستخدام الناجح لهذا الاسلوب العلاجى أن يبدو جدل المعالج منطقياً بالقدر الذى يكفى لجدال العميل حول وجهة النظر المناقضة ، وأن تقدم الحجج بوجه يحمل تعبيرات جادة وبطريقة بسيطة ولكنها غير معادة .

الامتداد

استعير تعبير الامتداد (1) من الأيكيدو Aikido ، وهو صورة يابانية للدفاع الذاتى . ويحدث الامتداد فى سياق هذا الدفاع ، عندما يكون ممارس الأيكيدو فى انتظار وصول حركات المتحدى إلى أقصى اكتمالها الطبيعى ، ثم يمتد هو بنقطة نهايته أكثر قليلاً مما يتعين حدوثه بصورة طبيعية ، تاركاً المتحدى مستهدفاً

(1) Extending

وفاقداً لتوازنه . ويحدث الامتداد في العلاج السلوكي ، عندما يأخذ المعالج موقفاً يحاول العميل البرهنة عليه ، بشكل أكثر جدية من العميل نفسه . وهذه الاستراتيجية هي الصورة المكافئة لأستراتيجية دفاع الشيطان . وهي فعالة على وجه الخصوص ، عندما يهدد العميل بمترتبات رهيبه تحدث أو مشكلة . ولناخذ التفاعل الذي يحدث مع العميل الذي يهدد بالانتحار إذا لم يحدد له وقت إضافي مع المعالج في اليوم التالي مباشرة . ويجرى الحوار التالي بين المعالج (م) والعميل (ع) بعد فشل محاولات ايجاد موعد مقبول من الطرفين .

(ع) : لا بد من مقابلتك غداً ، وإلا فإننى على يقين من أن الأمر سينتهى بى لأن أقتل نفسى ، أنا لا أستطيع لم شمل نفسى بمفردى أكثر من ذلك .

(م) : (همهمة) ، لم أكن أعرف أنك متضايق بهذا القدر ، علينا القيام بشيء ما على الفور إذا ما كنت متكرراً بالقدر الذى يجعلك تقتل نفسك ، ما رأيك فى إدخالك المستشفى ، ربما يحتاج الأمر الى ذلك ؟

(ع) : لا ، لن أذهب إلى المستشفى ، لما لا تعطينى فقط موعداً ؟

(م) : كيف يمكننا مناقشة مثل هذا الموضوع الدنيوى فى جدول أعمال الجلسة ، فى الوقت الذى تكون فيه حياتك فى خطر ، كيف تخطط لقتل نفسك ؟

(ع) : أنت تعرف كيف . لما لا تلغى أحد مواعيدك أو تؤجله ، يمكنك إلغاء موعد مع أحد تلاميذك لوقت آخر ، أنا لا أستطيع الانتظار أكثر من ذلك .

(م) : أنا قلقة حقيقة عليك . هل تعتقد أنه من الأفضل أن أستدعى لك سيارة إسعاف ؟ .

يلاحظ أن الجانب من الحوار الذى يتناوله المعالج بصورة جادة (أى الانتحار كاحتمال مترتب على عدم الحصول على موعد) ليس هو الجانب الذى يريد العميل تناوله بشكل جاد (أى الحاجة إلى موعد إضافي فى اليوم التالي) . وبينما يتناول المعالج الاحتمالات المترتبة بشكل جاد ويذهب بها إلى أبعد مداها ، فإن العميل يريد تناول مشكلته بصورة جادة ، وهو يمتد بجدية المشكلة إلى أبعد مداها بالتأكيد .

عمل ليمونادة من الليمون *

يشبه عمل ليمونادة من الليمون الفكرة المعروفة في العلاج النفسي الدينامي باسم استخدام مقاومة العميل ، وحيث ينظر إلى المشكلات العلاجية باعتبارها توفر إمكانية للمعالج لمساعدة العميل ، وتتضمن هذه الاستراتيجية تناول شيء يبدو مشكلاً ، وتحويله إلى أمر مؤكد ، وحيث تصبح المشكلات بمثابة إمكانية توفر ممارسة المهارات ، كما تسمح المعاناة بتعبير الآخرين عن تعاطفهم ، وتصبح جوانب الضعف مصادر قوة للشخص . وتكمن الخطورة في استخدام هذه الاستراتيجية من اختلاطها بصورة مربكة بالمقولات المتكررة غير الصحيحة ، والتي يكررها العملاء البينيون . وعلى المعالج أن يتجنب الميل للافراط في تبسيط مشكلات العميل وتكرار استدلال أن الليمون في حياتهم هو بالفعل ليمونادة . وبينما يعترف المعالج أن الغيوم سوداء بالفعل ، إلا أنه يساعد العميل على العثور على الخصائص الإيجابية في الموقف ، وأن خلف الغيوم السوداء سماء صافية .

الاستراتيجيات المحورية

تمثل استراتيجيات التحقق وحل المشكلات إلى جانب الاستراتيجيات الجدلية جوهر العلاج الجدلي السلوكي وهي تشكل قلب عملية العلاج . ويعرض شكل (٢ - ١٠) الاستراتيجيات المحورية . واستراتيجيات التحقق هي أكثر استراتيجيات التقبل وضوحاً ، بينما استراتيجيات حل المشكلات هي أكثر استراتيجيات التغيير وضوحاً . وتستخدم كل من استراتيجيات التحقق وحل المشكلات في كل تفاعل مع العميل ، على الرغم من أن التكرار النسبي لاستخدام أي منهما يعتمد على نوعية العميل والموقف الراهن ومدى قابلية هذا العميل ، ويرجع الكثير من المآزق العلاجية إلى عدم التوازن في استخدام استراتيجية ما على حساب الأخرى .

التحقق

عادة ما يقدم العملاء البينيون أنفسهم على أنهم أفراد يعانون من آلام انفعالية مفرطة . وهم يحتاجون ، وأحياناً ما يطلبون ، من المعالج أن يفعل شيئاً ما لتغيير هذه الحالة . ومن المثير للإغراء للغاية التركيز على طاقة العلاج في تغيير

* المقصود هنا تحويل الحامض إلى حلوى (المترجم)

العميل ، من خلال تعديل الافكار غير العقلانية ، وتعديل فروضه ومخططاته ، ونقد تفاعلاته السلوكية أو دوافعه التي تعزى إلى مشكلات التفاعل ، وإعطائه عقاقير لتغيير حالته العضوية غير السوية ، وخفض أنشطته التي تستثير خوفاً حاداً ، وغضباً وشعوراً بالعار ، أو تأليفاً من هذه الثلاثة مجتمعة . وبالتالي فإن التركيز الكامل على العلاج القائم على التغيير يمكن أن يكون منفراً طالما أن للتوجه العلاجي يعزى بالضرورة إلى الضعف الشخصي ، ويستثير الانفعالية المبالغ فيها وشدتها ، إلى غير ذلك . وفي ضوء كثير من الاعتبارات ، يؤدي هذا التوجه إلى إعادة الإذعان للبيئة الموهنة من خلال تأكيد أسوأ مخاوف العميل : وهي أن العميل نفسه هو المشكلة ، وأنه لا يستطيع بكل تأكيد الثقة في ردود أفعاله للأحداث . وانعدام الثقة وضعف الطريقة التي يستجيب بها المرء للأحداث تعد منفرة بالرغم من ذلك ، ويمكن أن تكون الخطوتان الأولى في التحقق شائعتين في كل أساليب العلاج النفسي . وهما يتضمنان استثارة مشاعر العميل وأفكاره وفروضه وإظهارها بدقة ، وهما يوفران عائداً دقيقاً لأنماط سلوك العميل .

ويمكن « لقراءة عقل المريض » أو مجرد معرفة كيف يشعر ، أو الإشارة إلى ما فعله أو يفعله دون ذكره بشكل مباشر أن يكون مفيداً للغاية خلال المراحل المبكرة من العلاج . وجزء جوهري من علاج المرضى البينيين ، يتضمن التصنيف النشط للاستجابات الانفعالية المعقدة أولاً إلى أحداث وثانياً إلى استجابات العميل لردود أفعاله الأولية ، وهذا الشكل من التفهم غير المقنن لنمط الاستجابات جزء جوهري من التحقق .

والخطوة الثالثة في التحقق هي خاصية التعريف النقدي . ويتعين على المعالج أن يتمعن في هذا الجزء من استجابات العميل ، الذي يتصف بالعقلانية أو المصادقية أو كليهما ، وعليه أن يبرز هذه المصادقية أو القابلية للفهم . ولا يخفى على المعالج أي اختلال في الاستجابة ، ولكنه يبحث عن المنبهات القائمة في البيئة التي تدعم سلوك العميل . وعند التحقق يتواصل المعالج مع العميل بطرق تخلو من الغموض ؛ بحيث يكون سلوك العميل الحالي والسابق وأفكاره وانفعالاته ذات معنى ومفهومة في السياق الذي تظهر فيه .



شكل (٢ - ١٠) : محور الاستراتيجيات الجدلية .

ومن الأمور غير الصحيحة افتراض أن الاستجابات غير السوية تكون ذات معنى فقط من حيث تعلقها بالأحداث السابقة (وليس من حيث تعلقها بالأحداث الراهنة) . وبالتالي فإن التحقق من أشكال السلوك الواضحة غير السوية ، بما في ذلك الاستجابات الانفعالية والأدراكات وتفسيرات الأحداث، قد يتطلب من المعالج البحث عن الذهب المطمور في قاع النهر .

استراتيجيات التشجيع (١) شكل آخر من أشكال التحقق ،وهي بمثابة الاستراتيجية الرئيسة للتنافس بين السلوك السلبي والسلوك الإيجابي لدى العميل

(1) Cheerleading

وميله لفقدان الأمل . وينقل المعالج للعملاء من خلال التشجيع اعتقاده أنهم يبذلون أقصى جهدهم ، ويتحقق من قدرة العملاء على تخطي صعوباتهم (وهو نوع من التحقق إذا لم يتم تناوله بحرص ، يمكن أن يؤدي بصورة متزامنة إلى إضعاف إدراكات العملاء ليأسهم) ، يضاف إلى ذلك أنه يتعين على المعالج أن يعبر عن ثقته في العلاقة العلاجية ، ويكرر التأكيد على دلائل التحسن ويلقى عليها الضوء . ويستخدم التشجيع في العلاج الجدلي السلوكي في كل لقاء علاجي ، بينما يتعين خفض التشجيع النشط ، الذي يقدم للعميل مع تعلم العملاء التحق والثقة بأنفسهم ، ودائماً ما تظل استراتيجية التشجيع مكوناً جوهرياً في التحالف العلاجي القوي .

حل المشكلات

ناقشنا من قبل كيف أن العملاء البينيين ينظرون إلى العلاج ، الذي يركز على التغيير على أنه علاج غير كفاء . وعلى الرغم من ذلك فإن العلاجات التي تركز فقط على التحقق أو التصديق يمكن تبين أنها مشكلة هي الأخرى بالقدر نفسه ، فحض الشخص على قبول وضعه الحالي يقدم القليل من العزاء للأفراد ، الذين يعانون الحياة بوصفها مؤلمة وغير محتملة . وحل المشكلات استراتيجية محورية للتغيير في العلاج الجدلي السلوكي ، وقد صممت لتشجيع نمط نشط لسلوك حل المشكلات ، وعلى الرغم من ذلك فإن استخدام هذه الاستراتيجيات مع البينيين محفوف بالصعاب . وعلى المعالج أن يضع في اعتباره أن العملية ستكون أكثر صعوبة مع العملاء البينيين منها مع أي مجموعة أخرى من العملاء ، وعند العمل مع العملاء البينيين فإن الحاجة للتفهم العطوف والتدخلات ، التي تستهدف تعزيز الحالة المزاجية القائمة يمكن أن تكون شديدة الأهمية . واستراتيجيات التحقق التي نوقشت الآن بالإضافة إلى استراتيجية التواصل الذي يتسم بالتهوين ، الذي يتلوهها يمكن أن تكون ذات فائدة بالغة .

وتتضمن استراتيجية حل المشكلات في العلاج الجدلي السلوكي عمليتين مرحليتين تركزان أولاً على فهم وتقبل مشكلة مختارة ، ثم توليد حلول بديلة لها . وتستخدم المرحلة الأولى :

(١) تحليلاً سلوكياً .

(٢) استبصاراً بالسياقات السلوكية المتكررة .

- (٣) تزويد العميل بمعلومات تعليمية حول مبادئ السلوك ، ومعايير ، وغير ذلك . ويتم في المرحلة الثانية تحديد أهداف التغيير ، من خلال :
- (٤) استخدام تحليلات للحلول الممكنة للمشكلات .
- (٥) توجيه انتباه العميل إلى الاجراءات العلاجية ، التي يمكن أن تؤدي إلى استحداث التغييرات المرغوبة .
- (٦) اختيار الاستراتيجيات التي تصمم لإبراز وتقوية الالتزام بهذه الاستراتيجيات .
- ويتجه القسم التالي بشكل محدد إلى تحليل السلوك والحلول .

تحليل السلوك

يعد تحليل السلوك أحد أهم الاستراتيجيات المستخدمة في العلاج الجدلي السلوكي ، وهو أيضا أكثرها صعوبة . ويهدف التحليل السلوكي إلى اختيار مشكلة وتحديد أسبابها أمبريقيا ، وتحديد ما الذي يمنع حلها ، وما المعينات المتاحة لحلها ، ويتجه التحليل السلوكي نحو أربع قضايا أولية :

- (١) هل يتم تدعيم أشكال السلوك الفعالة ، وهل تلى أشكال السلوك الفعالة نتائج منفرة ، أم أن المترتبات التي كوفئت هي المتأخرة ؟
- (٢) هل تتوفر لدى العميل المهارات السلوكية المطلوبة لضبط انفعالاته/ والاستجابة بطريقة تتسم بالمهارة للصراع ، والقدرة على ضبط سلوكه ؟
- (٣) هل هناك أنماط من التجنب ، أو هل يتعرض السلوك الفعال للكف نتيجة لمخاوف غير مبررة أو مشاعر ذنب ؟
- (٤) هل العميل غير واع بالاحتمالات الواردة في بيئته ، أو هل تعرضت أشكال السلوك الفعالة لديه للكف نتيجة لمعتقدات أو فروض خاطئة ؟
- وتقود الإجابة عن هذه الأسئلة المعالج في اختياره للإجراءات العلاجية الملائمة ، مثل : تدبير الاحتمالات ، والتدريب على المهارات السلوكية ، والتعرض ، أو التعديل المعرفي . وبالتالي فإن قيمة أي تحليل هو مساعدة المعالج على تقييم وفهم المشكلة فهما كاملا ، لكي يحصل على استجابات علاجية فعالة .

والخطوة الأولى فى التحليل السلوكى هى مساعدة العميل على تحديد المشكلة ، التى يتعين تحليلها ووصفها بتعبيرات سلوكية . وعادة ما يبرز تعريف المشكلة من خلال مناقشة أحداث الأسبوع السابق ، الذى يحدث دائماً فى سياق مراجعة بطاقات اليوميات . وربما تكون الفروض حول الحقائق غير الواضحة أكثر الأخطاء شيوعاً عند هذه النقطة . ويتلو تحديد المشكلة توجيه سلسلة التحليل حتى نهايتها خطوة بعد خطوة لوصف سلسلة الأحداث المؤدية إلى السلوك والتالية له .

ويضع المعالج فى التحليل التسلسلى خريطة للمسار العام ؛ لكيفية وصول العميل إلى الاستجابات غير السوية ، بما فى ذلك بداية المسار ، مع تدوين احتمالات أية مسارات أخرى توافقية أو تقاطعات عبر المسار . وتتضمن الأهداف الإضافية تحديد الأحداث التى تستثير آليات السلوك غير المتوافقة ، والآفات السلوكية التى تلعب دوراً فى استمرار الاستجابات المشكلة ، والأحداث البيئية والسلوكية التى تتدخل فى أنماط السلوك الأكثر ملاءمة . والهدف النهائى هو تحديد أداء السلوك ، أو من منظور آخر ما المشكلة التى كان السلوك يستهدف حلها .

ودائماً ما تبدأ سلسلة التحليل بحدث بيئى محدد ، وقد تكون الإشارة إلى مثل هذا الحدث من الأمور الصعبة ، حيث يغلب ألا يكون العملاء قادرين على تحديد الشيء فى البيئة الذى شكل الاستجابة المشكلة ، وعلى الرغم من ذلك فمن المهم الحصول على وصف لكل الأحداث المصاحبة لبدء ظهور المشكلة . ويحاول المعالج بعدئذ تحديد كل من الأحداث البيئية والسلوكية بالنسبة لكل حلقة تالية فى السلسلة . ويتعين على المعالج هنا أن يلعب دور الملاحظ الشغوف ، وأن يفكر فى أصغر الأجزاء السلوكية . ويقوم المعالج بسؤال العميل : « ما الذى حدث بعد ذلك؟ » أو كيف انتقلت من هذا إلى ذلك ؟ ، وعلى الرغم من أن مثل هذه الحلقات فى سلسلة التحليل قد تكون شديدة الوضوح من وجهة نظر العميل ، إلا أنه يتعين على المعالج أن يكون حريصاً للغاية مع عدم القيام بوضع فروض . مثال ذلك العميلة التى سبق أن حاولت الانتحار من قبل ، والتى ذكرت أنها قررت قتل نفسها لأن حياتها كانت مؤلمة للغاية بحيث أصبحت لا تستطيع مواصلة الحياة أكثر من ذلك . ويعد هذا التفسير من وجهة نظر العميلة ملائماً لمحاولتها الانتحار ، إلا أن قضاء الشخص على حياته لأنها أصبحت مؤلمة لا يعد على الرغم من ذلك إلا حلاً واحداً ؛ فقد يقرر المرء أن الحياة مؤلمة للغاية ويقرر عندئذ أن يغير حياته ،

وقد يعتقد المرء أن الموت أكثر إيلاماً من الحياة ، ويقرر أن يتقبل الحياة رغم الألم . وفي مثل هذه الحالة ، فإن الاستجواب الجيد يكشف أن العميلة افترضت في الواقع أنها ستكون أسعد بموتها منها بحياتها ، وتحدى مثل هذه الفروض يصبح هو المفتاح الذي ينتهي عنده اصرارها على محاولة الانتحار .

ومن المهم بالقدر نفسه الإشارة بدقة إلى المترتبات ، التي تحافظ على استمرار الاستجابة المشكلة . وبالمثل يستطيع المعالج البحث عن المترتبات التي تضعف السلوك المشكل ، وعلى المعالج أن يفحص كلاً من المترتبات البيئية والسلوكية كما يفعل بالنسبة للأحداث السابقة ، وعليه أن يحصل على وصف تفصيلي للانفعالات ، والإحساسات البدنية ، والأفعال ، والأفكار ، والفروض ، وتوفير المعلومات الأولية حول التعلم ومبادئ التدعيم من الأمور الجوهرية .

الخطوة الأخيرة في التحليل السلوكي هي وضع واختبار الفروض حول الأحداث المتعلقة بنشأة واستمرار السلوك المشكل . وترى النظرية البيولوجية الاجتماعية للعلاج الجدلي السلوكي أن هناك عدداً من العوامل ذات الأهمية الأولية . من ذلك على سبيل المثال أن العلاج الجدلي السلوكي يركز تركيزاً شديداً على الحالات الانفعالية الحادة أو المنفرة ، وتحسين الحالة الوجدانية دائماً ما يكون أمراً مشكوكاً فيه باعتباره من بين المتغيرات الدافعية الأولية في السلوك البيني المضطرب . وترى النظرية أيضاً أنه يحتمل أن تكون بعض الأنماط السلوكية النمطية ، مثل : آفات التفكير الجدلي ، أو المهارات السلوكية مؤثرة في إحداث الاستجابات المشكلة واستمرارها .

وما أن يتم تحديد المشكلة وتحليلها ، حتى تبدأ إجراءات حلها مصحوبة بمحاولة نشطة لإيجاد وتحديد الحلول البديلة . ويحدث في بعض الأحيان أن تقترح الحلول خلال القيام بتحليل السلوك ، وقد تكون الإشارة إلى هذه الحلول البديلة هي كل المطلوب . وقد يكون من الضروري في أحيان أخرى القيام بتحليل أكثر اكتمالاً للحلول . والمهمة المطلوبة هنا هي القيام بـ « عصف ذهني » (1) ، أو توليد أكبر قدر ممكن من الحلول ، ويتعين بعدئذ تقييم هذه الحلول من حيث النتائج المتوقعة المتوقعة لها . والخطوة الأخيرة في تحليل الحلول هي اختيار حل يبدو أنه سيكون فعالاً بشكل ما ، ويقود المعالج العميل من خلال التقييم إلى اختيار

(1) Brain storm

الحل السلوكي الملائم . ويفضل هنا أن يمنح المعالج اهتماماً خاصاً للمكاسب البعيدة مقارنة بالمكاسب القصيرة الأمد . ويتعين أن تكون الحلول المختارة هي التي توفر أقصى المزايا للعميل وليس للآخرين .

إجراءات حل المشكلات

تستخدم في العلاج الجدلي السلوكي أربعة إجراءات مختلفة لحل المشكلات، استخلصت مباشرة من تراث العلاج المعرفي والسلوكي ، الإجراءات الأربعة هي : التدريب على المهارات ، وتقدير الاحتمالات (١) ، والتعديل المعرفي (٢) ، والتعرض (٣) . وهي تمثل الأدوات الأولية للتغيير طالما أنها تؤثر في اتجاه التغييرات التي يقوم بها العميل . وعلى الرغم من مناقشتها باعتبارها إجراءات متميزة في لينهان (1993 a) ، إلا أنه من غير الواضح أنه يمكن التمييز بينها في الواقع بالنسبة لكل حالة أثناء الممارسة الإكلينيكية . وقد يكون السياق العلاجي نفسه فعالاً ؛ لأنه يؤدي إلى تعليم العميل مهارات جديدة (التدريب على المهارات) ، ويوفر له مترنجات تؤثر في تقدير احتمالات تكرار حدوث السلوك في مرات أخرى (تقدير الاحتمالية) ، وتغيير فروض العميل غير السوية وعمليات مخططات الاحداث (التعديل المعرفي) ، أو توفر تعرضاً غير تدعيمي للمؤشرات التي ارتبطت في السياق ، ولكنها غير مهددة في الوقت الراهن (التعرض) . وعلى العكس من الكثير من البرامج المعرفية والسلوكية التي يتضمنها التراث ، فإن هذه الإجراءات مع بعض التوقعات المذكورة فيما بعد تستخدم بصورة غير مقننة ، وتتخلل كل الحوارات العلاجية . وبالتالي فعلى الرغم من ضرورة أن يكون المعالج واعياً بالمبادئ التي تحكم تأثير كل إجراء من هذه الإجراءات ، إلا أن استخدام كل منها عادة ما يكون بمثابة استجابة فورية للأحداث ، التي تطفو في موقف معين . وتظهر التوقعات خلال التدريب على المهارات عندما تكون مهارات التدريب هي السائدة ، وفي المرحلة التالية عند هيمنة إجراءات التعرض .

(1) Contingency procedure

(2) Cognitive modification

(3) Exposure

التدريب علي المهارات

تعد كل استجابة في مجالات التفاعلات الشخصية بمثابة مدعم محتمل، سواء كانت عقاباً أو كبحاً أو استبعاداً للتدعيم . ويتطلب تقدير الاحتمالية من المعالجين أن ينظموا سلوكهم الشخصي ؛ بحيث يدعم أشكال السلوك التي تظهر تحسناً في حالة العميل ، بينما تؤدي إلى إطفاء أشكال السلوك التي لا تتسم بالمهارة أو جعلها تؤدي إلى مترتبات منفرة . وأكثر الاحتمالات أهمية لدى أغلب العملاء البيئيين ، هي سلوك المعالج التفاعلي مع العميل . وترتبط قوة العلاقة بين المعالج والعميل بقدرة المعالج على التأثير المباشر في سلوك العميل، وبالتالي فإن تقدير الاحتمالية يكون أقل فائدة في المراحل المبكرة من العلاج ، والمطلب الأولى للتحكم الفعال للاحتتمالية هو عناية المعالج بسلوك العميل وتدعيمه للسلوكيات ، التي يظهر فيها تحسن في اتجاه أهداف العلاج الجدلي السلوكي . وكذلك عناية المعالج بالقدرة نفسه بعدم دعم السلوك الذي يستهدف كفه ، وقد يبدو مثل هذا الأمر واضحاً نظرياً ، إلا أنه يمكن أن يكون شديد الصعوبة أثناء الممارسة . ودائماً ما يكون السلوك المشكل للعملاء البيئيين فعالاً للغاية عندما تدعم نتائجه أو تتوقف الأحداث المؤلمة . ومن المؤكد أن السلوكيات المستهدفة كفعالها يدعمها أخصائيو الصحة العقلية وأفراد العائلة والأصدقاء بصورة متقطعة ، وأحياناً ما يتطلب التحكم في الاحتمالات استخدام مترتبات منفرة مشابهة لـ « الحد من الجلسات » في بعض الأساليب العلاجية الأخرى . وتوجد هنا ثلاثة مؤشرات مهمة :

الأول ، هو أنه يتعين أن يكون « العقاب بقدر الجرم » ويجب أن تكون لدى العميل طريقة ما لإنهاء أفعاله . مثال ذلك أن التحليل التفصيلي للسلوك في العلاج الجدلي السلوكي ، الذي يلي محاولات الانتحار يعد إجراء منفراً بالنسبة لأغلب العملاء . وعلى الرغم من ذلك فما أن يتم هذا التحليل حتى تتجدد قدرة العميل على الانهماك في الموضوعات الأخرى .

ثانياً ، من الجوهرى أن يستخدم المعالج العقاب بحرص شديد وبجرعات منخفضة وبصورة مختصرة ، وأن يتجدد المناخ التفاعلي الإيجابي بمجرد تحسن العميل .

ثالثاً ، يجب أن يكون العقاب قوياً بالقدر الكافي حتى يوتى مفعوله ، وبينما يكون الحد الأقصى من العقاب هو إيقاف علاج العميل ، فإن إحدى

الاستراتيجيات التراجعية المفضلة لهذا الاجراء ، هي « منح العملاء إجازة من العلاج » ويؤخذ بهذا الأسلوب عندما تفشل كل الوسائل الأخرى ، أو عندما يكون الموقف خطيراً بالدرجة التي تكون فيها الحدود العلاجية أو الشخصية للمعالج قد انتهكت . ويقوم المعالج عند تطبيق هذه الاستراتيجية بتقديم تعريف واضح لأي أشكال السلوك ، هي التي يتعين على العميل تغييرها ، ويوضح له أنه ما أن يتم الوفاء بهذه الشروط حتى يستطيع العميل العودة إلى العلاج . ، ويواصل المعالج اتصالاته بشكل متقطع مع العميل ، سواء بالتليفون أو بالخطابات ويوفر له الإحالات والمساندة خلال الاجازة العلاجية (وبالبلدى يطرده ثم يشناق لعودته) .

وتشكل حدود الملاحظة حالة خاصة من تدبر الاحتمالات ، تتضمن تطبيق استراتيجيات حل مشكلات سلوك العميل ، الذى يهدد أو يتجاوز الحدود الشخصية للمعالج . وتتدخل مثل هذه الأشكال السلوكية فى قدرة المعالج أو رغبته فى القيام بالعلاج ، وبالتالي تشكل نمطاً خاصاً من سلوك إعاقة العلاج . وعلى المعالجين أن يتحملوا مسئولية مراقبة حدود سلوكهم الشخصى ويتفاهموا بوضوح مع العملاء حول أى السلوكيات مسموح بها ، وأيها غير مسموح به . ويتعرض المعالجون الذين لا يفعلون ذلك إلى الفشل ، ويوقفون العلاج أو يتسببون فى أذى العميل . ويفضل فى العلاج الجدلى السلوكى حماية الحدود المتعارف عليها ، وبالتالي قد تختلف الحدود بين المعالجين ولدى المعالج الواحد من وقت لآخر ومن ظرف لآخر . ويعين أن تعبر الحدود التي يلتزم بها المعالج عن صالحه الشخصى وليس صالح العميل . ويؤدى ذلك إلى توجه العملاء للعمل لما هو فى صالحهم ، دون أن تكون لهم الكلمة النهائية حول ما هو صالح للمعالج .

التعديل المعرفي (1)

الرسالة الاساسية التي تقدم إلى العميل فى العلاج الجدلى السلوكى ، هي أن النشوهات المعرفية تميل إلى الحدوث كنتيجة مباشرة للاستثارة الانفعالية ، كما تكون أيضاً سبباً فى هذه الاستثارة فى المقام الأول . والرسالة العامة هنا هي أن كدر العميل يحدث فى أغلب الاحوال ؛ نتيجة للأحداث المتطرفة فى استثارتهما للتوتر فى حياته ، أكثر من كونها ناتجة عن التشوه فى الاحداث الذى حدث بالفعل . وعلى الرغم من استخدام إجراءات إعادة التشكيل المعرفى المباشرة ،

(1) Cognitive modification

مثل تلك التي اقترحها بيك (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979 ; Beck et al., 1990) واليس (Ellis (1962, 1973) ، إلا أنها لا تحتل موقعاً مهيمناً في العلاج الجدلي السلوكي . وعلى النقيض ، فإن استراتيجية ايضاح الاحتمالات هي التي تستخدم بصورة صارمة ، مقلية الضوء على العلاقات الاحتمالية العاملة هنا وهناك . ويتم التركيز على الآثار الفورية والبعيدة المدى لسلوك العميل . وكمثال هنا تكييف العميل للعلاج الجدلي السلوكي ككل وللأجزاء العلاجية الأخرى كما تطبق .

التعرض (1)

تستخدم إجراءات التعرض العلاجية بصورة غير رسمية ، خلال كل مراحل العلاج وبصورة رسمية خلال المرحلة الثانية ، وحيث يتم تعريض العميل بطريقة منظمة لمؤشرات الاحداث الصادمة ، ولا يمكن تجنب التعرض الفعلي للمؤشرات ، التي تستثير الانفعالات في الواقع أثناء العلاج النفسي . وتبذل الجهود في العلاج الجدلي السلوكي لتوفير تعرض مقنن للمؤشرات التي تستثير الانفعالات المشككة بهدف تيسير الوصول إلى تحكم انفعالي فعال . وقد طور الباحثون (أنظر Foa and Kozak, 1986; Foa, Steketee & Grayson, 1983) أربعة مبادئ مهمة للتعرض : الأول ، لأن السياق يعد جوهرياً ، فمن المهم أن يحاكي موقف التعرض الموقف المشكل . والثاني ، يتعين تنظيم المواقف التي تستثير الانفعالات غير التوافقية بحيث يتلقى العميل معلومات تصحيحية حولها ، أي إنه يتعين عدم تدعيم الاستجابات المطلوب خفضها . وليس في مقدور العملاء الذين لا يكشفون عن المعلومات دون خوف من الاستهجان العلاجي الاستفادة من أى معالج مفرط النقد . ثالثاً ، يتعين على العميل والمعالج وقف التصرفات الانفعالية أو الميول التعبيرية والهرب من الاستجابات المتعلقة بالانفعال المشكل . والجهد المشترك ضروري هنا . الخطوة الرابعة الجوهرية في إجراءات التعرض هي تعليم العملاء كيفية التحكم في الاحداث . ومن الجوهري أن يتوفر للعملاء بعض الوسائل لتقنين التعرض أو إنهائه عندما تكون الانفعالات غير محتملة .. ويجب أن يتعاون المعالج والعميل على تطوير أساليب إيجابية وتوافقية لإنهاء العميل للتعرض بشكل إرادي ، ويفضل أن يحدث ذلك بعد التمكن من تحقيق بعض الخفض في الانفعالات المشككة .

(1) Exposure

الاستراتيجيات التنميطية (١)

ويوازن العلاج الجدلى السلوكى بين نمطين للتواصل شديدى التباين : الأول ، هو التواصل المتبادل (٢) وهو مشابه لنمط التواصل المستخدم فى العلاج المتمركز حول العميل ، والثانى هو التواصل الخشن (٣) وهو مشابه للنمط الذى قدمه ويتاكر (Whitaker, 1975) فى كتاباته حول العلاج الاستراتيجى (٤) . وتصمم استراتيجيات التواصل المتبادل بهدف خفض قوة التفاضل المدرك (٥) من خلال جعل المعالج أكثر عرضة لنقد العميل . وهى تخدم - بالإضافة إلى ذلك - بوصفها نموذجاً للتفاعل الملائم والمتكافئ فى إطار علاقة تفاعلية مهمة . وعادة ما يتضمن التواصل الخشن مخاطرة بأكثر مما يتضمنه التواصل المتبادل . إلا أنه ييسر على الرغم من ذلك من حل المشكلات ، أو يؤدي إلى تقدم العلاج بعد أن يتوازن النوعان من التواصل معاً ، ويتداخلا فى نسيج نمطى واحد ، ودون مثل هذا التوازن لا تعبر أى من الاستراتيجيتين عن العلاج الجدلى السلوكى .

التواصل المتبادل

يعد كل من الشعور بالمسؤولية والصراحة والصدق من الخطوط الأساسية الهادية فى التواصل المتبادل . ويتطلب الشعور بالمسؤولية أن يتعامل المعالج مع جدول أعمال العميل ورغباته بجدية ، وهو نمط عاطفى ودود يعكس دفاء وقوة التفاعل العلاجى . ويشجع فى هذا النوع من التواصل كل من الصراحة والانفعال الشخصى بالعميل وصالحه ، ومن الأمور الدائمة الحدوث فيه التزام الصراحة الفورية ، وتقديم الانطباعات الشخصية للعميل . مثال ذلك أن يقول المعالج للعميل الذى يشكو من بروده معه : « عندما تطلب منى أن أكون ودوداً ، فإن ذلك يبعثنى عنك أكثر ، ويجعل من الصعب على أن أكون ودوداً ، وبالمثل عندما يتكرر فشل العميل فى استيفاء بطاقات اليوميات ، بينما يطالب فى الوقت نفسه بمساعدته ، يستجيب المعالج قائلاً : إنك مستمر فى طلب المساعدة منى ، ولكنك لا ترغب القيام بالأشياء التى أعتقد أنها ضرورية لمساعدتك ، أنا أشعر بالإحباط لأننى

(1) Stylistic strategies

(2) Reciprocal communication

(3) Irreverent communication

(4) Strategic therapy

(5) Perceived power differential

أرغب في مساعدتك ، ولكنى أشعر أنك لا تريد تمكينى من ذلك ، وتخدم مثل هذه العبارات كلاً من التحقق والتحدى، وهما مثالان لكل من تقدير الاحتمالات لأن العميل يفسر عبارات المعالج باعتبارها إما مشجعة أو معاقبة ، ولتوضيح الاحتمالات لأن العميل يتجه نحو المترتبات المتعلقة بتفاعلاته الشخصية ، وتستخدم الصراحة عند تقديم المعلومات الشخصية أو المهنية بهدف التحقق من الاستجابات المعيارية والتعامل معها .

التواصل الخشن

يستخدم التواصل الخشن لدفع العميل « لفقد توازنه » ولجذب انتباهه ، ولتقديم وجهة نظر بديلة ، أو الانتقال إلى استجابة فعالة . وهي استراتيجية مفيدة للغاية ، عندما لا يكون العميل نشطاً أو عندما يعلق المعالج والعميل معاً . ولهذه الاستراتيجية مذاق غير معتاد ، وهي تستخدم منطقاً بهدف حصار المريض في خيوط عنكبوتية لا فكاك منها . وعلى الرغم من أنها تؤدي إلى استجابة العميل ، إلا أن التواصل الخشن دائماً أبداً ما لا يكون الاستجابة التي يتوقعها العميل . ويلقى المعالج الضوء على بعض الجوانب غير المقصودة خلال تواصل العميل أو « يعيد صياغتها » بطريقة غير تقليدية . مثال ذلك إذا قال العميل : « سأقتل نفسى » فعلى المعالج أن يقول : « اعتقد أنك موافق على عدم ترك العلاج » ويتسم التواصل الخشن بحقيقة أنه دائماً ما يكون نمطاً يخلو من التعبيرية ، ويناقض بشكل حاد الاستجابة الدافئة في التواصل المتبادل .

ومن خصائص هذا النمط أيضاً الفكاهة ، والسذاجة والبراءة . كما يمكن لأساليب المواجهة أيضاً أن تكون نوعاً من التواصل الخشن ، وكذلك التعبير عن عدم تصديق الاستجابات التي لا تكون هي الاستجابات التوافقية المستهدفة .. مثال ذلك أنه يتعين على المعالج أن يقول : « هل فقدت عقلك ؟ » أو « هل خطر على بالك لحظة أننى يمكن أن اصدق أن هذه فكرة جيدة ؟ » والمعالج الخشن يمكنه أن يتبين خداع العميل ، فبالنسبة للعميل الذى يقول : « سأترك العلاج » على المعالج أن يجيب : « هل ترى أن أحولك لشخص آخر ؟ » والخدعة هنا هي أن يتزامن خداعك مع خداعه مع احتياط آمن ؛ إذ من المهم أن تترك مخرجاً للعميل .

استراتيجية التعامل مع الحالة

عندما توجد مشكلات في بيئة العمل تتدخل في أدائه أو تحسنه ، فعلى المعالج أن يتجه نحو استراتيجيات التعامل مع الحالة . وعلى الرغم من أن هذه الاستراتيجيات ليست جديدة . إلا أنها تتجه بالتطبيق المباشر للأستراتيجيات الأساسية نحو التعامل مع مشكلات الحالة . وهناك ثلاث مجموعات من الاستراتيجيات : استراتيجية الاستشارة ، والتدخل البيئي ، واجتماعات الفريق للتشاور والإشراف .

استراتيجية الاستشارة

تبدو استراتيجية الاستشارة نظرياً بسيطة بصورة مخادعة ، ولكنها شديدة الصعوبة في الممارسة . وتتطلب هذه الاستراتيجية أساساً من المعالج أن يكون مستشاراً للعميل وليس مستشاراً لشبكة علاقاته . والتطبيق السائد لها هو الآتي بصفة عامة ، ألا يتدخل المعالجون الجديون لتعديل البيئة لصالح العميل ، ولا يقومون أيضاً بالتشاور مع بقية المهنيين حول كيفية التعامل مع العميل ، مالم يكن ذلك في وجود العميل . ووفقاً لهذه الفلسفة ، فإن العميل وليس المعالج هو الوسيط بين المعالج وبقية المهنيين . ومهمة المعالج هي التشاور مع العميل حول كيفية تفاعله بفعالية مع بيئته ، بدلاً من التشاور مع البيئة حول كيفية تفاعلها مع العميل . واستراتيجية التشاور هي استراتيجية التعامل المفضلة مع الحالة ، وربما تكون أكثر الجوانب الأصيلة في العلاج الجدلي السلوكي . وقد اختيرت استراتيجية التشاور وفي الذهن ثلاثة أهداف : الأول أنه يتعين على العملاء تعلم كيف يدبرون حياتهم الخاصة ، ويعتنون بأنفسهم من خلال التفاعل الفعال مع الأفراد الآخرين في البيئة بما في ذلك مسئولى الرعاية الصحية . وتؤمن استراتيجية التشاور بقدرة العملاء ، وتستهدف توجيه قدراتهم إلى العناية بأنفسهم . الثاني ، صممت استراتيجية التشاور لخفض لحظات « الأنقسام » بين المعالجين في العلاج الجدلي السلوكي والأفراد الآخرين المتعاملين مع العميل . ويحدث الإنقسام عندما يكون لدى الأفراد الآخرين في شبكة العمل مع الشخص آراء مختلفة حول طريقة معاملته . ومن خلال التمسك بدور التشاور مع العميل ، يظل المعالج خارج هذا الجدل . وأخيراً ، تشجع استراتيجية التشاور مع العميل على احترام العملاء ، من خلال توجيه رسالة ضمنية لهم أنهم اشخاص موثوق فيهم وقادرون على القيام بالتدخلات المختلفة بالأصالة عن أنفسهم .

ويتبادل أخصائيو الرعاية الصحية - بصورة تقليدية - المعلومات المفيدة مع المهني الذي يقوم في الوقت نفسه بعلاج العميل بصورة منتظمة . وبالتالي فإن الاستخدام الروتيني لاستراتيجية التشاور سيتطلب في المعتاد انتباهاً لتوجهات المهنيين في البيئة الشخصية لهذه الاستراتيجية . وعلى الرغم من أن التشاور مع المهنيين يشجع ، وليس العكس ، مطلب أن يكون العميل متواجداً (ومن الأفضل أن يكون هو الذي يرتبه) ، فإن الامر دائماً ما يكون مختلفاً ويتطلب اتفاق كثير من الوقت . وعلى الرغم من ذلك تبين خبرتنا أنه ما أن ينتبه المجتمع الخارجي لهذه الاستراتيجية ، حتى تعمل بشكل جيد وتوفر الوقت بالفعل على المدى البعيد .

التدخل البيئي

كما سبق أن أوضحنا ، فإن العلاج الجدلي السلوكي ينزع لتعليم العملاء كيف يتفاعلون بكفاءة في بيئاتهم ، وعلى هذا فإن استراتيجية التشاور هي الاستراتيجية المهيمنة في تدبر الحالة وهي تستخدم كلما كان ذلك ممكناً ، وعلى الرغم من ذلك ، فهناك بعض الأوقات تكون هناك حاجة خلالها لتدخل المعالج . وبصفة عامة ، فإن استراتيجية التدخل البيئي تستخدم بالإضافة إلى استراتيجية التشاور مع العميل ، عندما يوجد احتمال لحدوث ضرر يصيب العميل إذا لم يتدخل المعالج . والقاعدة العامة في التدخل البيئي هي أن يتدخل المعالج ، عندما يكون من غير الممكن حصول العميل على القدرة التي يفتقدها للتعلم ، أو من غير المبرر أو الضروري حصوله عليها .

اجتماعات التشاور والإشراف

التشاور مع المعالجين والإشراف عليهم جزء متكامل ، وليس إضافياً في العلاج الجدلي السلوكي . وتتوازن استراتيجية الاستشارة بين المعالجين مع استراتيجية العلاج من خلال الاستشارة بين المعالج والعميل التي سبق مناقشتها ويعرف العلاج الجدلي السلوكي من هذا المنظور باعتبارها نظاماً علاجياً :

(١) يطبق فيه المعالج العلاج الجدلي السلوكي على العملاء .

(٢) يقوم فريق الاستشاريين أو المشرف بتطبيق العلاج الجدلي السلوكي على المعالجين ، ويوفر فريق الاستشاريين أو المشرف للمعالجين توازناً جيداً في تفاعلهم مع العملاء .

وهناك ثلاث وظائف أولية للأستشارة المقدمة للمعالج في العلاج الجدلي السلوكي : الأولى أن المشرف أو فريق الاستشاريين يساعد على استمرار كل معالج في العلاقة العلاجية . ودورهم هنا هو تشجيع ومساندة المعالج . ثانياً ، يوازن المشرف أو فريق الاستشاريين المعالج في تفاعله مع العميل . وإحداث هذا التوازن قد يتحرك المستشارين قرب المعالج ، ويقومون بمساعدته للحفاظ على موقفه القوى .

وقد يتحرك مستشارونا بعيداً عن المعالجين ، طالبين منهم الاقتراب أكثر من العميل للحفاظ على التوازن . ثالثاً ، في إطار التطبيق المبرمج للعلاج الجدلي السلوكي ، يقدم الفريق سياق العلاج . وبعد العلاج الجدلي السلوكي في أنقى معانيه علاقة تبادلية بين مجتمع البيديين ومجتمع المتخصصين في الرعاية الصحية .

دراسة حالة

خلفية

كان عمر ، سيندى ، Cindy عند الإحالة ٣٠ عاماً ، وهى امرأة بيضاء متزوجة وليس لديها أبناء ، وتعيش مع زوجها فى منطقة حضرية ، تقطنها الطبقة المتوسطة ، وهى حاصلة على تعليم جامعى ، أنهت بنجاح عامين فى كلية الطب . وقد أحييت سندی للمؤلفة الأولى (م.م.ل) من خلال طبيبها النفسى ، الذى عالجها على مدى عام ونصف والذى لم يكن فى مقدوره تزويدها بأكثر من بعض العقاقير بعد خروجها من المستشفى ، إثر محاولة انتحار مميته . وقد دخلت سندی المستشفى ١٠ مرات على الأقل (وبقيت بالمستشفى فى إحدى هذه المرات ستة أشهر) خلال العاملين السابقين على إحالتها ، وذلك للحصول على علاج طبي نفسى من أفكارها الانتحارية ، وقد أنخرطت فى أشكال متعددة من السلوك الانتحارى من بينها على الأقل ١٠ محاولات لشرب الكلور ، ومرات متعددة من الجروح والحروق ، وثلاث نوبات طبية مميته ، كانت إحداها محاولة انتحار . وقد استوفت سندی عند إحالتها محكات اضطراب الشخصية البينية فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل للأمراض العقلية ، (DSM - III; APA, 1987) ، وكذلك المحكات الواردة فى جيندرسون (1984) Gunderson كما كانت تتعاطى أيضاً أنواعاً متعددة من العقاقير النفسية .

وكانت سندی قادرة على السلوك بطريقة جيدة حتى بلغت السابعة والعشرين من عمرها سواء في عملها أو في دراستها . وعندما كانت في السنة الثانية في كلية الطب ، حاولت إحدى زميلاتها في الفصل ممن تربطها بها علاقة سطحية الانتحار . وقد ذكرت سندی أنها عندما سمعت عن الانتحار ، قررت هي الأخرى أن تقتل نفسها . غير أن استبصارها كان ضعيفاً حول الموقف الحقيقي الذي استثار رغبتها في قتل نفسها ، وخلال عدة أسابيع نالية تركت كلية الطب ، وأصبحت مكتبه بصورة حادة ونشطة انتحارياً . وقد كشفت أسئلة إضافية عن تاريخ لإصابتها بالشره العصبي ، وفقدان الشهية العصبي ، وسوء استخدام للكحول وللوصفات الطبية بدءاً من عمر ١٤ عاماً والواقع أن سندی التقت بزوجها في أحد اجتماعات الكحوليين المجهلين (١) خلال حضورهما له . وعلى الرغم من ذلك وحتى واقعة انتحار الطالبة في كلية الطب ، كانت سندی محافظة بنجاح على مظهر عام للكفاءة النسبية .

العلاج

جاءت سندی إلى المقابلة الأولى في صحبة زوجها ، الذي قرر أنه وعائلتها يعتقدون أن وجود سندی خارج المستشفى مميت للغاية ، وبالتالي فقد فكروا بشكل جاد في إمكانية حصولها على رعاية طويلة المدى داخل المستشفى . وعلى الرغم من ذلك ، فقد قررت سندی أنها تفضل بقوة علاجاً دون إقامة في المستشفى . وعلى الرغم من عدم إبداء أي معالج غير المؤلفة الأولى (م.م.ل) رغبة في علاجها خارج المستشفى ، وافقت المعالجة على قبول سندی في العلاج ، بناء على أن العميلة قررت التزامها بالعمل على تغيير سلوكها والبقاء في العلاج لمدة عام على الأقل (وقد أشير من قبل إلى ذلك مراراً على أنه يعني أيضاً أن العملية قد وافقت على عدم الانتحار) . بالتالي بدأت المعالجة الخطوة الجوهرية الأولى بأن أقامت تحالفاً علاجياً قويا معها من خلال موافقتها على قبول العميلة ، على الرغم من حقيقة أن أحداً آخر لم يرغب في قبولها . وعلى الرغم من ذلك ، أشارت المعالجة إلى أن القبول في العلاج من الأمور المكلفة ، وبهذه الطريقة ربطت المعالجة بين قبول العميلة على ما هي عليه في تلك اللحظة ، بينما أوضحت في الوقت نفسه أن التزام العميلة بالتغيير هو أساس التحالف العلاجي .

(1) Alcoholics Anonymous (AA)

وقد ذكرت سندی في الجلسة العلاجية الرابعة شعورها أنها لا تستطيع الاستمرار في حياتها أكثر من ذلك . وعند تذكيرها بالتزامها السابق بالإبقاء على حياتها لمدة عام ، أجابت سندی أن الأمور تغيرت ، وأنها لا تستطيع التحكم في الأمر . وظلت بعد هذه الجلسة وفي كل جلسة تقريباً على مدى الشهور الستة التالية ، تثير موضوع ما إذا كانت تستطيع البقاء على قيد الحياة بدلاً من الانتحار (وكيف تفعل ذلك) . وقد بدأت سندی في الحضور إلى الجلسات مرتدية نظارة شمسية عاكسة ، وترتمى في مقعدها بمجرد دخولها أو تطلب الجلوس على الأرض .. ودائماً ما كانت أسئلة المعالجة تقابل بتعليق محدود أو بفترة طويلة من الصمت ، واستجابة لمحاولات المعالجة مناقشة السلوك شبة الانتحاري السابق ، كانت سندی تغضب وتنسحب (مبطللة بشدة من سرعة العلاج) . كما أظهرت العميلة أيضاً ردود أفعال غير مترابطة ، دائماً ما كانت تظهر خلال جلسات العلاج . وكان يبدو أن سندی غير قادرة على التركيز أو سماع الكثير مما يقال خلال ردود فعلها هذه . وعندما سألتها المعالجة ، وصفت سندی خبرتها على أنها تشعر « بخواء » وبعد . وقد ذكرت العميلة أنها أصبحت غير قادرة على الانخراط في الكثير من الأنشطة، مثل : قيادة السيارة أو العمل أو حضور دروسها في الكلية . وقدمت سندی نفسها بالإضافة إلى ذلك على أنها بلا كفاءة في كل المجالات . وقد ساعد استخدام بطاقات اليوميات التي تسجل فيها سندی أسبوعياً (أو التي تسجلها قبل بدء الجلسة مباشرة ، إذا كانت قد نسيت) المعالجة على الملاحظة الدقيقة لخبرات سندی شبة الانتحارية وأفكارها الانتحارية وبؤسها ، وإلحاح إيذائها لذاتها بالإضافة إلى التصرفات شبة الانتحارية . وقد أصبح التحليل السلوكي الذي جرى لمحاولة تحديد مجرى الأحداث التي تقود سندی وتترتب على الفور على سلوكها شبة الانتحاري محورا مهما في العلاج . وتبين للمعالجة أن السلوك الانتحاري متوقع في ضوء قوته (وإن كان التغلب عليه ممكن بالقطع) ، وكانت تشير لها مراراً أنها إذا انتحرت فسينتهي العلاج ، ولهذا فمن الأفضل العمل بجهد حقيقي الآن بينما مازالت على قيد الحياة .

وعلى مدى شهور من العلاج ، تمكن التحليل السلوكي من تحديد نمط سلوكي متكرر يلي محاولات الانتحار . وبالنسبة لسندی دائماً ما كانت سلسلة الأحداث تبدأ مع مواجهة تفاعلية ، دائماً ما تكون بينها وبين زوجها والتي تبلغ ذروتها بشعورها بالتحدي ، وأنها موضع نقد أو غير محبوبة . ودائماً ما كانت هذه

المشاعر متبوعة بإلحاح إما تشويه نفسها أو قتل نفسها اعتماداً على مستويات اليأس المصاحبة والغضب والحزن . ودائماً ما كان قرارها تشويه نفسها أو محاولة الانتحار مصحوباً بفكرة « سأجعلك ترى » . وأحياناً ما كان يبدو أن اليأس والرغبة في الألم مسيطرين . يلي هذا القرار الواعي بتشويه الذات أو محاولة الانتحار أن تصبح سندی مفككة الأفكار ، ثم تجرح أو تحرق نفسها في لحظات أخرى ، وتكون في حالة كما لو كان سلوكها يعمل بصورة آلية . ، ودائماً ما كانت سندی تعاني من صعوبة في تذكر خصائص أو تفاصيل سلوكها الفعلي .

وقامت سندی في إحدى المرات بحرق ساقها حرقاً بليغاً (ثم قامت بحقنه بمواد غير نظيفة لإقناع الطبيب بمنحها المزيد من الاهتمام) ؛ مما تطلب خضوعها لجراحة تعويضية . وكشف التحليل السلوكي أيضاً عن أن فقدان الترابط بين الأفكار خلال الجلسات دائماً ما يحدث تالياً لإدراك سندی أن المعالجة لا توافقها أو لا تصدقها ، عندما تذكر لها المعالجة على وجه الخصوص ، أن التغيير ممكن ، وعندما كان هذا التفكك يظهر خلال الجلسة كانت المعالجة تشير إليه على الفور منبهة إلى حدوثه .

وبعد عدة شهور في العلاج ، أدى ظهور نمط من السلوك الانتحاري الواضح لديها إلى ضرورة إدخالها المستشفى . وقد ذكرت العميلة أفكاراً انتحارية كثيفة ، وعبرت عن شكوكها في قدرتها على مقاومة إلحاح قتل نفسها ، وطلبت إدخالها المستشفى المفضلة لديها . وإلا فإنها ستقوم بجرح نفسها أو إحراق نفسها بصورة خطيرة دون إنذار ، ثم تطلب دخول المستشفى للحصول على علاج طبي . وكانت محاولات إقناع سندی بالبقاء خارج المستشفى أو الخروج منها قبل أن تكون مستعدة لذلك تؤدي عادة إلى تصعيد انتحاريتها ، يليها إصرار معالجها الطبي (طبيب نفسي) على إدخالها المستشفى أو موافقة المستشفى على استمرار بقائها . وقد أدت ملاحظة أنماط سلوكها إلى افتراض المعالجة أن بقاءها في المستشفى هو في حد ذاته تدعيم لسلوكها الانتحاري ، وبالتالي بذلت جهداً لتغيير مصاحبات السلوك الانتحاري . وباستخدام الجدل واستراتيجية توضيح الاحتمالات ، حاولت المعالجة مساعدة سندی على فهم كيف أن الإقامة في المستشفى يمكن أن تقوى السلوك الذي تعمل على وجه التحديد على إلغائه .

وقد أصبحت هذه القضية محوراً للاختلاف مع العميلة في العلاج ، والتي اعتبرت موقف المعالجة غير متعاطف وغير متفهم لخبرتها . ومن وجهة نظر

سندى ، فإن شدة انفعالها بالألم كانت هي التي ترفع من احتمالية انتحارها إلى أبعد مدى ؛ بحيث أن وجودها في المستشفى يصبح ضرورياً لسلامتها . وتدعم سندى موقفها من خلال الإشارة المتكررة لصعوباتها المتعلقة بعدم ترابط ردود أفعالها ، والتي ذكرت أنها منفرة بصورة متطرفة ، والتي تجعلها من وجهة نظرها غير قادرة على التصرف في كثير من الأوقات . وكان الأذى البعيد المدى للانتحار أكبر من الأذى قصير المدى للانتحار ، إذا قل بقاؤها في المستشفى من منظور المعالجة .

وقد أدى هذا الاختلاف في وجهات النظر إلى خلافات في جلسات العلاج . وأصبح من الواضح تدريجياً أن العميلة تنظر إلى أى تفسير لسلوكها ؛ باعتباره متأثراً بالتدعيمات بمثابة هجوم مباشر عليها ، يدل على ذلك أنه إذا كان وجودها في المستشفى هو الذى يدعم سلوكها الانتحارى ، فعلى المعالجة أن تؤمن أنها انتحارية بصورة دائمة لكي تبقى فى المستشفى . ومن الواضح أن الأمر لم يكن كذلك (فى بعض الأحيان على الأقل) ، غير أن كل محاولات تفسير نظرية التدعيم بأية صياغات أخرى فشلت معها . وهذا قامت المعالجة بثلاثة أشياء : الأول كررت تحققها من خبرة العميلة حول الألم غير المحتمل غالباً . ثانياً كانت محددة فى تكرار إشارتها إلى عدم ترابط أفكار العميلة . مفسرة ذلك لها على أنه ردود فعل آلية للانفعالات الحادة المؤلمة (أو تهديدات هذه الآلام) . ثالثاً كررت الإشارة إلى جودة العلاقة بينها وبين العميلة بهدف تقوية هذه العلاقة وتمكين العميلة من مواصلة العلاج ، على الرغم من أنه كان مصدراً ؛ لمزيد من الانفعالات المؤلمة .

وعند الشهر الخامس ، أصبحت المعالجة مشغولة بأن النظام العلاجي القائم يودى إلى مترتبات غير المقصودة منه ، وهو قتل العميلة (بالانتحار) وعند هذه النقطة أعيقت حدود المعالجة فى تقديمها لعلاج فعال . وبالتالي قررت اللجوء إلى استراتيجياتية التشاور لعرض مشكلة وجود سندى فى المستشفى . وكانت الاستراتيجية الأولى المختارة هي جعل سندى تناقش خطة علاجية جديدة مع المستشفى المفضل لديها والطبيب النفسى ، الذى يقوم بإدخالها المستشفى . وعلى الرغم من ذلك رفضت سندى القيام بذلك ؛ بسبب رفضها الموافقة على الفكرة الجيدة المتعلقة بتغيير استمرار دخولها المستشفى كمريضة داخلية . وتمكنت المعالجة من جعلها توافق على اجتماع تشاور مع كل المشاركين فى علاجها ،

ومع بعض الإصرار ، تمكنت المعالجة من جعل سندی تجرى كل الاتصالات للإعداد للاجتماع (الذى دعى إليه أيضاً مراقب التأمين الذى كان ينسق مدفوعاتها للعلاج) .

وعرضت المعالجة فى اجتماع دراسة الحالة فروضها حول أن الإقامة المتكررة فى المستشفى تدعم سلوك سندی الانتحارى ، كما قامت بمساعدة سندی كذلك على تقديم وجهة نظرها حول أن المعالجة مخطئة . وباستخدام التواصل المتبادل وتقدير الاحتمالات ، ذكرت المعالجة أنها لا تستطيع ببساطة القيام بالعلاج ، الذى تعتقد أنه يمكن أن يؤدي إلى موت العميلة (موضحة أن ما تفكر فيه هو الأفضل ، وأنها حتى لو كانت مخطئة فإن قيامها بعمل لا تقتنع به سيكون مخالفاً للمعايير الأخلاقية) . وطلبت المعالجة الموافقة على نظام جديد للاحتتمالات ، يصمم لفصم العلاقة الوظيفية بين السلوك الانتحارى والبقاء فى المستشفى . وطورت بناء على ذلك خطة ، تقوم على أن يكون مطلوباً من العميلة ألا تكون انتحارية لكي تستطيع دخول المستشفى ، وفى ضوء مجموعة من الاحتمالات ، تستطيع سندی أن تختار بإرادتها دخول المستشفى لمدة ثلاثة أيام يتم بعدها إخراجها فى أى وقت . وإذا أقنعت الناس أنها فى حالة انتحارية شديدة بحيث لا يمكن خروجها ، فيتعين تحويلها إلى أقل مستشفى تفضل دخولها لمجرد المحافظة على سلامتها . ولن يكون السلوك شبه الانتحارى مبرراً لدخول المستشفى ، باستثناء دخولها لأسباب طبية إذا تطلب الامر . وعلى الرغم من وجود قدر من عدم الموافقة على العلاقة الوظيفية بين السلوك الانتحارى ودخول المستشفى ، فقد تمت الموافقة على هذا النظام .

تلى هذا الاجتماع أن أعلن زوج سندی أنه أصبح غير قادر على العيش مع زوجته أو تقبل سلوكها الانتحارى ، وأن التهديد المستمر بعثوره عليها مية هو الذى أدى به إلى قراره بالسعى إلى الطلاق . عندئذ تحول محور العلاج إلى مساعدة سندی فى أحزانها الناتجة عن هذا الحدث ، وإيجاد ترتيبات معيشية ملائمة لها . وقد تراوحت مشاعر سيندى بين الغضب من زوجها الذى هجرها فى الوقت الذى تحتاج اليه فيه (أو فى مرضها حسب تعبيرها) ، وبين اليأس من أنها لن تستطيع التغلب على الموقف بمفردها . وقد قررت ، أن تنفيسها عن مشاعرها ، هو العلاج الوحيد المفيد . وقد أدى ذلك إلى جلسات متعددة ، انخرطت فيها فى البكاء ، مع تزامن قيام المعالجة بالتحقق من ألمها والتركيز على معاناة

الانفعال اللحظى دون زيادة حدته أو قمعته ، وتشجيع قدرة العميلة على التحكم دون الحاجة للعودة إلى المستشفى . ونتيجة للمستوى المرتفع من اضطراب حالة سندی، قررت كل من سندی والمعالجة أنه يجب دخولها مصحح علاجي لفترة ثلاثة أشهر، وتم فى نهاية هذه الفترة ترتيب عودة سندی إلى منزلها مع زميلة تشاركها السكن .

وقد استخدم على امتداد فترة العلاج عدد من الاستراتيجيات العلاجية لعلاج محاولات الانتحار وسلوك التدخل فى العلاج . وساعد القيام بتحليل متعمق للسلسلة السلوكية والحلول ، المعالجة (وأحياناً العميلة) على الاستبصار بالعوامل المؤثرة فى السلوك الانتحارى القائم ، وبالنسبة لسندی ، وهو الأمر الصحيح بالنسبة لأغلب العملاء الآخرين ، يعد هذا التحليل شديد الصعوبة ، وحيث دائماً ما تؤدي عمليات التحليل إلى مشاعر خزي عميقة ، ومشاعر ذنب وغضب . ولهذا فإن التحليل السلوكى يخدم بوصفه استراتيجية تعرض ، يتم فيه مواجهة العميل لملاحظة مشاعره المؤلمة ومعاناتها ، كما يخدم بالإضافة إلى ذلك بمثابة استراتيجية معرفية تساعد على تغيير توقعات سندی حول مزايا وعيوب السلوك الانتحارى ، مع تكرار المعالجة على وجه الخصوص لعبارات ، مثل : « ماذا تعتقد ما ستكون عليه مشاعرك إذا غضبت عليك ثم هددتك بالانتحار إذا لم تتغيرى ؟ » وأخيراً فإن التحليل السلوكى يخدم باعتباره تقديراً للاحتتمالات ؛ حيث تكون قدرة العميل على تناول موضوعات الاهتمام فى الجلسات العلاجية أكثر ترجيحاً ، بناء على النجاح المحقق فى تحليل السلاسل والحلول .

وقد أظهرت سندی فى فترة مبكرة من العلاج أن لديها إدراكات بصورة مفردة لاحتياجاتها ورغباتها مصحوبة برغبة فى الانخراط فى سلوك شبه انتحارى مميت . وكما سبق الإشارة فإن كثيراً من هذه التصرفات كان محاولات خطيرة لإنهاء حياتها ، بينما عمل البعض الآخر منها بهدف جذب انتباه ورعاية الأشخاص المهمين لديها . كما أظهرت هذه العميلة أيضاً حساسية مفردة لأية محاولات واضحة لإجراءات التغيير ، والتي كانت تفسر عادة ، على أنها تتضمن رسالة للعميلة فحواها عدم كفاءتها وانعدام قيمتها . وعلى الرغم من تعهدتها بالمشاركة فى مجموعة تدريب أسبوعية على المهارات خلال العام الأخير من العلاج ، إلا أن حضور سندی لاجتماعات المجموعة كان متقطعاً ، وكانت تميل بصفة عامة إما إلى الغياب عن الاجتماعات تماماً (ليس لأكثر من ثلاثة

اجتماعات متتالية) ، أو تتركها منصرفة خلال فترة الراحة .

وقد قوبلت محاولات المعالجة مناقشة هذه القضية مع العميلة بتعليلها أنها لا تستطيع القيادة أثناء الليل نتيجة للعشى الليلي . وعلى الرغم من أن هذا يعد سلوك تدخل في العلاج ، ودائماً ما كان يشار إليه خلال العلاج ، إلا أنه لم يتم جعل الغياب عن مجموعة التدريب على المهارات محورا رئيسياً للعلاج ، نتيجة لوجود أولوية أكبر لسلوك العميلة الانتحاري . وكانت محاولات المعالجة لإشراك العميلة في برنامج نشط لاكتساب المهارات ، خلال جلسات العلاج الفردي محدودة ، ودائماً ما كان يتلوها التزام لفظي بحل المشكلات . وكانت الاستراتيجية النمطية للتواصل الخشن مفيدة للعملية العلاجية ، فدائماً ما كانت خشونة المعالجة التي تستخدم « لصدم » العميلة تؤدي إلى فقدانها لتفكيرها الثنائي ومعارفها غير التوافقية . وكانت النتيجة رغبة متزايدة في التوصل إلى حلول سلوكية جديدة ومتوافقة . وأخيراً ، فقد استخدمت العلاقة بصورة مكثفة بوصفها أداة لتقوية التحالف العلاجي ، ولجعلها غير متوافقة مع الانتحار أو السلوك غير المتوافق أو السلوك المفكك أو كليهما . وتضمن ذلك مكالمات تليفونية تقوم بها المعالجة بين الجلسات لتعرف أحوال سندی ، ولإعطائها أرقام تليفوناتها للاتصال بها أثناء سفرها ، وإرسال بطاقات بريدية للعميلة عندما تكون المعالجة خارج المدينة .

وقد استمرت سندی في العلاج . وبعد ١٢ شهراً تقلص سلوكها شبه الانتحاري ، وكذلك محاولات انتحارها ، وانخفضت - بالإضافة إلى ذلك - فترة إقامتها في المستشفى ، وحيث لم تدخلها على الإطلاق خلال الشهور الثلاثة الأخيرة . وحالياً مازالت سندی مقيمة في منزلها مع زميلة وقد عادت للدراسة . وقد استمر علاجها في التركيز على تغيير التوافقات المرتبطة بالسلوك الانتحاري ، وتخفيض كل من الانفعالات المؤلمة ومشاعر القمع ، وتحمل الكدر .

ويركز العلاج الآن - بالإضافة إلى ذلك - على مواصلة الاعتدال والتعقل في كمية الطعام التي تتناولها . وخلال الشهور الأولى من إقامتها في بيتها دون زوجها ، تعرضت سندی لعدد من مرات الانكباب على الكحول وانخفض مقدار ما تتناوله من الطعام بصورة شديدة ، وقد أصبح ذلك هدفاً فورياً للعلاج . وكان وضوح اهتمام المعالجة القوي بهذا السلوك لسندی يعني أن المعالجة ستتعامل مع مشكلاتها هذه بمنتهى الجدية حتى لو كانت غير انتحارية . وقد ركز العلاج أيضاً على مواصلة سندی للدراسة وتوسيع شبكة علاقاتها الاجتماعية ، وكما هو الحال

مع السلوك الانتحارى ، فإن الانتباه لهذه الأهداف يخدم باعتباره منحنى لعلاج المشكلات ذات العلاقة . ومع انخفاض تكرار المواقف المتأزمة ، منح قدر كبير من الانتباه لتحليل الأنماط الأسرية ، بما فى ذلك خبرات الإهمال وعدم التأيد ، التى يمكن أن تكون قد أدت إلى مشكلات سدى الحالية ، ولم تذكر سدى أى تاريخ سابق لانتهاك جنسى أو بدنى .

وبالتالى أصبح الهدف الواضح للمرحلة الثانية (التى بدأت بحذر بصورة متداخلة مع المرحلة الأولى) هو فهم تاريخها وعلاقته بمشكلاتها الحالية (١) .. وفى الحالات الأخرى عندما يكون هناك انتهاك جنسى أو بدنى أو أيهما فى الطفولة ، فيحتمل أن يؤدي الانتقال إلى المرحلة الثانية قبل التمكن من تحقيق أهداف المرحلة الأولى إلى عودة المشكلات السلوكية السابقة . مثال ذلك عميلة أخرى عالجتها المؤلفة الأولى (م.م.ل) تدعى تيرى Terry كانت أمها قد أسأت معاملتها بدنيا بشكل خطير خلال طفولتها ، وانتهكها أبوها جنسيا منذ أن كانت فى الخامسة من عمرها ، وأصبحت مبادراته الجنسية غير العنيفة فى السابق انتهاكات بدنية وهى فى الثانية عشر من عمرها ، ولم تكشف تيرى قبل بدء العلاج لأى شخص عن مؤشرات على هذا الانتهاك . وبعد محادثات ناجحة فى المرحلة الأولى تقدمت المعالجة لتعريض تيرى لمؤشرات صادمة من خلال جعلها تبدأ فى الكشف ببساطة عن تفاصيل هذا الانتهاك . وقد تضافر العمل بين جلسات التعرض مع العمل على المشكلات القائمة فى وقت العلاج فى حياة تيرى . وقد تلى إحدى جلسات تعرض تيرى ، التى ركزت فيها على الانتهاك الجنسى استعادتها لبعض مشكلاتها السلوكية السابقة التى برهن عليها انسحابها والتزامها الصمت خلال الجلسات ، وافكارها الانتحارية وعدم إذعانها للعلاج الطبى ، وظهور مثل هذا السلوك مؤشر على ضرورة وقف المناقشات المتعلقة بالمرحلة الثانية من العلاج حول الانتهاك الجنسى والعودة لتناول اهداف المرحلة الأولى . وقد خصصت ثلاث جلسات لتحليل سلوكها الانتحارى الحالى ، وتدخلها فى العلاج وسلوك التدخل فى الحياة ، والذى ارتبط فجأة بكل من الخوف من رأى المعالجة فى استجاباتها الانفعالية فى الطفولة نحو والدها وزياراتها الحالية له فى الإجازات والتى تفجر الصراعات حول مشاعرها نحوه فى الحاضر . وهذا المنحنى المتضمن خطوتين إلى الامام وخطوة إلى الخلف شائع مع العملاء البينيين ، وقد يسم على وجه الخصوص الانتقال بين المرحلة الأولى والمرحلة الثانية .

وكما سبق الإشارة ، فإن المرحلة الثالثة تنحو إلى تنمية احترام العميل لذاته ولاستقلاله في آراؤه عن الآخرين . وقد ناقشت بيتى Betty أيضاً خلال علاج المؤلفة الأولى (م.م.ل) لها نجاحها في المرحلة الأولى والثانية ، وهى تعمل الآن ممرضة على كفاءة عالية ، وتحمل مسؤوليات فى التدريب والإشراف . ويتركز العلاج حالياً مع بيتى على مواصلة تقديرها لذاتها فى مواجهة الأشخاص الأقوياء للغاية المهمين بالنسبة لها (المشرف عليها) ، الذى دائماً ما يقلل من شأنها .. وتتضمن مكونات العلاج ملاحظات المعالجة والقاءها الضوء على ميل العميلة لتعديل آرائها الخاصة لتتسق من آراء الآخرين . كما تجرى محاولات صبورة لتنمية تقدير بيتى لذاتها وتهدأتها . وقيامها بتمارين تخيل ، تقوم العميلة فيها بتخيل نفسها واقفة فى مواجهة الأشخاص الأقوياء معبرة عن نفسها . ويركز قدر كبير من العلاج على سلوك العميلة التفاعلى فى موقف العلاج ، مع الانتباه لربط هذا السلوك بتفاعلاتها مع الأشخاص الآخرين المهمين . وبالتالي فإن العلاج عند هذه النقطة مشابه تماماً لنظام العلاج التحليلى الوظيفى⁽¹⁾ الذى طوره كلينبرج وتساي (Kohlenberg and Tsai 1991) . وعموماً فهذه المرحلة من العلاج تتضمن الانتقال إلى علاقة متكافئة بقدر أكبر بين العميل والمعالج ؛ حيث ينصب التركيز على اعتماد العميلة على آرائها الشخصية . ويتطلب ذلك أن يقوم المعالج بتدعيم كل من توكيدية العميلة والتراجع والإحجام عن المصادقة على سلوك العميلة ورعايتها بالطرق المميزة المستخدمة فى المرحلتين الأولى والثانية . يضاف إلى ذلك تخفيض جلسات العلاج لتصبح مرة كل أسبوعين ، مع البدء فى مناقشة الموضوعات المتعلقة بإنهاء العلاج من وقت لآخر .

نماذج

النموذج التالى (المركب) يبين أمثلة حقيقية لعمليات العلاج ، التى تتم على امتداد عديد من الجلسات مع عملاء مختلفين . وهذه الحوارات بين المعالجة (م) والعميلة (ع) اختيرت لتوفر للقارئ أمثلة شاملة لتطبيقات استراتيجيات عريضة للعلاج الجدلى السلوكى .

وأهداف الجلسة فى النموذج التالى ، هى - التوجيه والالتزام . والاستراتيجيات المستخدمة فيها هى التحقق ، وحل المشكلات (الاستبصار والتوجه والالتزام) والجدلية (دفاع الشيطان) والتكامل (تعزيز العلاقة) .

(1) Functional analytical psychotherapy regime

والحصول على التزام العميل خطوة أولى جوهرية لبداية العلاج مع العملاء البييليين . ووفق الموضح هنا ، فإن الاسلوب الجدلى المسمى دفاع الشيطان يمكن أن يكون شديد التأثير عند استخدامه بمثابة استراتيجية التزام . والهدف النهائى للمعالج فى هذه الجلسة الأولى هو الحصول على التزام العميل بالعلاج ، بالإضافة إلى التزامه باستبعاد السلوك الانتحارى ، وقد بدأت المعالجة بتوجيه العميلة نحو الهدف من هذه الجلسة الأولى .

م: يبدو أنك عصبية قليلا من ناحيتى ؟

ع: نعم ، أعتقد أننى عصبية .

م : حسناً ، هذا أمر مفهوم ، وخلال الخمسين دقيقة التالية أو نحوها لدينا فرصة أن نعرف بعضنا ، ونرى إذا ما كنت تريدين الاستمرار معى أم لا . لهذا فإن ما أرغب فيه الآن هو الحديث معك قليلاً عن البرنامج وكيف أتيت هنا ، لذا أخبرينى ما الذى تريدينه من العلاج معى ، وما الذى تفعلينه هنا ؟

ع : أريد أن أتحسن .

م : حسناً ، ما الخطأ فيك ؟

ع : أنا فى ورطة (ضحك) .

م : كيف ذلك ؟

ع : (همهمة) ، لا أعرف ، مجرد أننى لا أستطيع التعامل مع أمور حياتى اليومية الآن . ولا حتى أستطيع أن أنا فقط فى ورطة . لا أعرف كيف أتعامل مع أى شىء .

م : ما معنى هذا بالضبط ؟

ع : (همهمة) حسناً كل ما أحاول عملة فى هذه الأيام يبدو مريكاً . لا أستطيع الاستمرار فى عملى ، والآن أنا فى إجازة مرضية ، بالإضافة إلى أن الجميع متضايقين من كثرة دخولى المستشفى ، واعتقد أن طبيبى النفسى يريد التخلّى عنى نتيجة لإيذائى لنفسى .

م : ما مقدار ايذائك لنفسك ؟

ع : ربما مرة أو مرتين في الشهر . أحياناً استخدم ولاعتى أو السجاير ، وأحياناً شفرة .

م : هل لديك جروح في جسمك ؟

ع : (تطرق مؤيدة) .

م : لقد أخبرنى طبيبك النفسى أنك شربتى كلوراكس أيضاً ، لماذا لم تذكرى ذلك ؟

ع : أظن لم يخطر على بالى .

م : هل كثيراً ما لاتخطر الأشياء على بالك ؟

ع : فى الواقع لا أعرف، ربما

م : إذاً على أن أكون حصيصة معك فى التخمين .

ع : (همهمة)

م : لسوء الحظ ، ورغم أننى لست ماهرة فى التخمين ، إلا أننى ساعلمك كيف

تتذكرين الأشياء ، والآن ماالذى تريدان الخروج به على وجه التحديد من

العلاج معى ؟ أن تتوقفى عن إيذاء نفسك ، تتوقفى عن محاولة قتل نفسك ؟

أم الاثنين ؟

ع : الاثنين ، لقد تعبت من ذلك .

م : وهل تريدان الحصول على المساعدة فى أى شىء اخر ؟

ع : (همهمة) لا أعرف كيف أتعامل بالنقود، ولا أعرف كيف أتصرف فى

العلاقات ، ليس لى أصدقاء ، وهم لا يتصلون بى كثيراً . لقد كنت سكيرة

سابقة، وتعافيت من فقدان الشهية العصبى والشره العصبى ، ولكن مازالت

لدى ميول لذلك .

م : هل تعتقدان أنه يحتمل أن بعضاً مما أنت فيه الآن عبارة عن استبدال لسلوك

إيذاء الذات بسلوكك الكحولى والشرهى السابق ؟

ع : لا أعرف ، لم أفكر فى ذلك بهذه الطريقة ، مجرد أننى أشعر أننى لا أعرف

كيف أدبر أمورى بأى وسيلة ، وانت تعرفين ، واعتقد أنك تعملين مع فريق

وهذا سيفيدنى ، لأنه إذا لم يحدث فساحاول قتل نفسى .

م : إذا فمن وجهة نظرك أن إحدى مشكلاتك هي أنك لا تعرفين كيف تتصرفين في الكثير من الأشياء .

ع : نعم ، وبينما أعرف الكثير منها ، إلا أنني لا أعرف لسبب ما كيف أقوم بها .
م : (همهمة) .

ع : كما تعرفين ، أقصد أنا أعرف أنني أريد توفير النقود، وأعرف أنني في حاجة لعمل ميزانية لنفسى وأفعل ذلك في كل شهر بلا استثناء ، ولكننى أغرق في الديون في كل شهر. ولكن (همهمة) أنت تعرفين أنه من الصعب بالنسبة لى .. ، إنه يشبه شيئاً أعرفه ، أو أنني أعرف أنني يجب ألا أكل شيئاً ما ، ولكننى أكله على الرغم من ذلك .

م : الأمر يبدو أذاً أن جزءاً من المشكلة هو أنك تعرفين في الواقع كيف تقومين بالأشياء، ولكنك لا تعرفين كيف تجعلين نفسك تفعل ما تعرفين أنك تستطيعين عمله .

ع : بالضبط .

م : هل يبدو الأمر مثل أن انفعالاتك ربما هي التي تتحكم ، وأنت شخص يفعل الأشياء عندما يكون في حالة مزاجية ملائمة ؟

ع : نعم ، كل شيء يحدث حسب حالتى المزاجية .

م : إذا فأنت متقلبة المزاج ؟

ع : نعم ، قد لا أنظف البيت لمدة شهرين ، ثم أصبح فى حالة مزاجية لتنظيفه ، وعندئذ أقوم بتنظيفه على الفور، وأحافظ على نظافته طوال ثلاثة أسابيع ، أقصد أحافظ عليه نظيفاً ، ثم عندما أكون فى حالة مزاجية أخرى، أعود مرة ثانية إلى الفوضى .

م : إذا فإحدى المهام بالنسبة لك ولى هي أن نجد طريقة لجعل سلوكك وما تقومين به أقل ارتباطاً بمشاعرك .

ع : صحيح .

واستخدمت المعالجة الاستبصار لإلقاء الضوء ، لتمكين العميلة من ملاحظة العلاقة بين انفعالاتها وسلوكها، ثم بدأت بعدئذ عملية تشكيل التزام من خلال الاستراتيجية الجدلية لدفاع الشيطان .

م : طبعا سيكون هذا العلاج جحيماً بالنسبة لك ، ألا تعتقدى ذلك ؟ لماذا تريدین عمل ذلك إن الأمر يبدو مؤلماً .

ع : أريد القيام بذلك لأن الأمر غير متنسق ، إنه سىء للغاية كما تعرفین ، لأننى أعرف عندما اصنع ميزانية للنقود أو غير ذلك ، أعرف أننى فى حاجة لعمل ذلك ، ثم عندما لا أقوم بعمله ، فإن هذا يجعلنى أكثر ضيقاً .

م : ما الذى يجعلك ترغبین فى عمل شىء وأنت لست فى المزاج الملائم لعمله ؟

ع : لأننى يجب أن أفعل ذلك ؛ لأننى لا أستطيع الاستمرار فى الحياة على هذا النحو إذا لم أفعل ذلك .

م : ولكنها تبدو بالنسبة لى حياة سهلة وجميلة .

ع : نعم ، ولكننى لا أستطيع تحمل الحياة ، إذا أنفقت كل نقودى على الترفيه والأشياء التافهة التى

م : حسناً ، أعتقد أن عليك أن تضعى بعض الحدود ، ولا تتخلصى من كل شىء ، عموماً أقصد أن أقول لماذا تنظفين البيت إذا لم تكونى فى حالة مزاجية ملائمة ؟

ع : لأنه يضايقتنى عندما يكون فى فوضى ، ولا أستطيع أن أجد ما أبحث عنه ، مثل الفواتير التى فقدتها من قبل وانتهى الأمر بعدم دفعها ، وأصبحت الآن مدينة بالكثير ، لا أستطيع التعامل مع كل هذه الأمور ، وينتهى بى الأمر إلى إيذاء نفسى ودخولى المستشفى ، وأريد مجرد إنهاء كل هذا ، ولكن ما زال الأمر غير مهم ؛ لأننى إذا لم أكن فى الحالة المزاجية الملائمة للتنظيف فلن أفعل .

م : إذاً فحقيقة أن ذلك يمكن أن يؤدى إلى حدوث أشياء فظيعة فى حياتك لم يكن كافياً لدفعك للقيام بالأشياء والمطلوبة ، على الرغم من حالتك المزاجية ، صحيح ؟

ع : حسناً ، من الواضح لا (ضحك) لأنها لا تحدث .

م : ألا يخبرك هذا على الرغم من ذلك أن العلاج سىصبح مشكلة كبيرة ، ألا تعتقدین فى ذلك ؟ . لن ينتهى ذلك بأن يصبح أمراً سهلاً ، إنه ليس مثل قيامك بالمشى هنا وهناك ثم أقول « هيا أيتها العصا السحرية » ، وفجأة

سترغبين فى القيام بعمل الأشياء التى لست فى مزاج لعملها.

ع : نعم

م : نعم ، يبدو لى أنك إذا لم تكونى فى حالة مزاجية ملائمة لعمل الأشياء، وإذا كنت من النوع الذى يعتمد على مزاجه فسيكون هذا أمراً يصعب حله، والواقع أننى اعتقد أن إحدى أصعب المشكلات هنا هى التعامل معك.

ع : نعم ، عظيم (تغمض عينيها وينخفض صوتها)

م : أعتقد أننا يمكن أن نتعامل مع الأمر ، ولكننى أعتقد أن ذلك سيكون جحيماً . والسؤال الواقعى هنا هو هل أنت راغبة فى الاستمرار فى هذا الجحيم، لتحققى ما تريدين الوصول إليه أم لا ؟. أنا أطرح عليك هذا السؤال الان ؟

ع : حسناً سيجعلنى ذلك أكثر سعادة ، نعم.

م : هل أنت متأكدة ؟

ع : نعم لقد مررت بما أنا فيه منذ كنت فى الحادية عشر من عمري، لقد تعبت من هذا القرف. آسفة على تعبيراتى ، ولكننى تعبت حقيقة ، وقد أصبحت بلا سند . أما أننى فى حاجة لعمل ذلك أو أننى فى حاجة لأن أموت، هذان هما خياراى.

م : لماذا لا تموتى ؟

ع : حسناً ، إذا أنتهى الأمر بى إلى ذلك فسافعل.

م : (همهمة) ولكن لم لا تموتى الان ؟

ع : لأن هذا هو أملى الأخير ، فإذا كان لدى أمل أخير لما لا أتمسك به ؟

م : إذا ، فبتعبير آخر ، كل الأمور تتساوى بالنسبة إليك، تعيشين بدلاً من أن تموتى ، إذا كنت تستطيعين إنجاز الأمر .

ع : إذا استطعت إنجازاه ، نعم .

م : حسناً هذا أمر جيد ، أن هذا هو مصدر قوتك ، وأنت تريدين اللعب على هذا ، عليك أن تتذكرى هذا عندما تصبح الأمور صعبة . ولكننى أريد إخبارك الآن عن هذا البرنامج ، وكيف أشعر نحو إيدئك لنفسك ، وعندئذ سنرى إذا ما كنت مازلت ترغبين الاستمرار فى العلاج .

كما يتضح من السياق السابق ، فإن استخدام المعالجة لدفاع الشيطان بقسوة حقق بنجاح وضع قدم العميلة على أول الطريق ، واستهل التزامها . ويستطيع المعالج أن يرفع رهانه على هذا الالتزام من خلال تفسير مختصر للبرنامج وأهدافه .

م : والآن . فإن ما يجب أن تفهميه هو أننا لا نقدم هنا برنامجاً لمنع الانتحار، فهذه ليست مهمتنا ، ولكن برنامجنا يعزز الحياة ، والطريقة التي ننظر إليها بها هي أن الحياة بطريقة بائسة لا تعد إنجازاً . فإذا قررنا العمل فسأقوم بمساعدك على تحسين حياتك ؛ لذا فمن الأفضل ألا ترغبي في الموت أو إيذاء نفسك . وعليك أن تعرفي أيضاً أنني أعتبر السلوك الانتحاري ، بما في ذلك شرب الكلوراكس سلوكاً لحل المشكلات . والأمر نفسه مع تعاطي الكحول، الفرق الوحيد هو في جرح أو حرق نفسك ، ولسوء الحظ أنه ينجح ، أما إذا لم ينجح فلن يقدم عليه أحد مرة أخرى . ومع ذلك فهو ينجح على المدى القصير وليس على المدى البعيد، لذا فإن التوقف عن جرح نفسك في محاولة لإيذاء نفسك يعد سلوكاً مشابهاً تماماً لامتناعك عن تعاطي الكحول . هل تعتقدين أن هذا سيكون أمراً صعباً ؟

ع : توقفي عن تعاطي الكحول لم يكن أمراً صعباً على الإطلاق .

م : حسناً ، ومن خبرتي فإن التوقف عن سلوك إيذاء الذات عادة ما يكون شديد الصعوبة ، فسيتطلب من كلا منا العمل، ولكن الجهد الأكبر سيقع على عاتقك . وكما ذكرت لك عندما تحدثنا باختصار ، إذا التزمتي بهذا لمدة عام . وواظبت معي على علاج فردي مرة في الأسبوع ، واشتركتي في مجموعة للتدريب على المهارات مرة في الأسبوع . عندئذ سيصبح السؤال هو . هل أنت مستعدة للالتزام بذلك لمدة عام ؟

ع : لقد قلت إنني مشتملة مما أنا فيه ، لهذا أنا هنا .

م : أذاً ، فأنت توافقين على عدم ترك العلاج طوال العام ، صحيح ؟

ع : صحيح .

م : وتذكرين أنك إذا لم تتركى العلاج لمدة عام ، فإن الأمر سينجح إذا وضعت ذلك في اعتبارك ، وسيكون عليك بالطبع استبعاد فكرة الانتحار تماماً خلال العام .

ع : منطقياً . نعم

م : إذا ، فنحن فى حاجة لتكون واضحين تماماً فيما يتعلق بذلك ، لأن هذا العلاج لن ينجح إذا تعرضت فجأة للانهييار أثناءه . والهدف الجوهرى الأكبر يتعلق بالحالة المزاجية ، وما سنعمل عليه هو الاتى ، مهما كانت حالتك المزاجية قلن تقتلى نفسك أو تحاولى ذلك .

ع : موافقة .

م : إذا ، أعتقد أن ماله الأولوية الأولى لدينا الآن ، ليست الأولوية الوحيدة لدينا ، بل الأولوية الأولى هى أننا سنعمل وفق هذا ، أن نجعلك توافقين ، باقتناع بالطبع تستمرين فى المحافظة على حياتك ، ولا تقومين بإيذاء نفسك ولا تحاولين الانتحار ، مهما كانت حالتك المزاجية . والسؤال الآن هو : هل توافقين على ذلك .

ع : نعم ، أوافق .

حصلت المعالجة بنجاح على التزام العميلة بالعمل على التوقف عن السلوك الانتحارى . ولتقوية الانتماء استخدمت مرة أخرى استراتيجية دفاع الشيطان .

م : لماذا وافقت على ذلك ؟

ع : لا أعرف (ضحك) .

م : أقصد ألم يكن من الأفضل أن تحصلى على علاج آخر، حيث يمكنك قتل نفسك إذا اردت ؟

ع : لا أعرف ، أقصد أنتى لم أفكر فى ذلك فى الواقع بهذه الطريقة .

م : (مهممة) .

ع : أنا لا أريد أريد أن أكون قادرة على إدراك أنتى أستطيع أن أشعر أنتى غير مرغمة على الحياة .

م : إذا فأنت تتفقين معى لأنك تشعرين أنك مرغمة على الموافقة ؟

ع : أنت تواصلين طرح كل هذه الأسئلة .

م : مارأبك ؟

ع : بصدق ، لا أعرف ما أفكر فيه الآن .

من المهارات الضرورية والمهمة لدى المعالج ، الذى يمارس العلاج الجدلى السلوكى أن يكون قادراً على الإحساس متى تكون العميلة قد تعرضت لأقصى ما يمكن من الضغط ، وكذلك المهارة المصاحبة وهى قدرته ورغبته فى التراجع ، وأن يتفهم مؤقتاً عن المزيد من الضغط . وفى هذا المثال ، فإن استمرار ضغط المعالجة يحتمل أن يأتى بنتيجة عكسية ، ويكون له تأثير مخالف لما يهدف إليه العلاج . وهنا لا حظت المعالجة الارتباك الذى تعرضت له العميلة ، وأحست أن المزيد من الضغط يمكن أن يؤدي إلى تخلى العميلة عن التزامها القوى ، وبالتالي تراجعت المعالجة وانتقلت إلى التحقق .

م : أذا ، أنت تشعرين أننى ضغطت عليك قليلاً ؟

ع : لا ، الواقع لا (بدأت العميلة فى البكاء) .

م : إذا ، ما الذى حدث الآن على الفور ؟

ع : (صمت) لا أعرف ، أقصد ، لا أعتقد أننى أريد فى الحقيقة قتل نفسى ، أعتقد أنه يجب على أن أفعل ، حتى أننى لا أعتقد أن إقدامى على الانتحار ناتج عن حالة مزاجية ، أعتقد أن ذلك يحدث عندما أشعر أنه لا يوجد أمامى بديل آخر . فأقول حسناً لا يوجد بديل آخر ، إذا اقتلى نفسك . وهكذا . وفى مثل هذه اللحظة لا أرى أى بصيص من الأمل . سأبدأ معك العلاج الذى أعتقد أنه جيد ، أقصد أننى أعرف أنه جيد ، ولكننى لم أكن أرى أى شىء آخر أفضل عندما حاولت قتل نفسى ؟ .

م : حسناً ، هذا صحيح غالباً ربما لم يكن هناك شىء أفضل ، ولكننى أقصد أن قتل نفسك لا يحل عادة المشكلات ، على الرغم من أنه الشىء الوحيد فى الواقع لديك .

ع : إن هذا يشعرنى بالسعادة .

م : حسناً ، فطرح كل هذه الأسئلة عليك جعلك تبدئين فى البكاء ، لقد بدوت كما لو أنك كنت تشعرين شعوراً سيئاً .

ع : لقد تشجعت ، أعتقد أن هذه هى الكلمة .

م : هذا جزء من سبب مناقشتنا هذه ، أن نحاول توثيق العلاقة بيننا ، لكى تكون الأمور واضحة لكل منا . وسنحاول بهذه الطريقة على الأقل تشكيل مقدار

التشجيع، الذي حصلت عليه نتيجة عدم معرفتك ماذا يحدث معي ؟

ع : (مهمة)

م : كما أنني أود أن أكون واضحة حول ما هو هدفنا رقم واحد ، ومقدار صعوبته ، لأنك إذا أردت التراجع فهذا هو الوقت . لكنني سأتعامل معك بجدية إذا قلت «نعم أريد المضي في الأمر» .

ع : لا أريد التراجع .

م : حسناً ، هذا جيد ، والآن أريد القول فقط أن هذه تبدو فكرة جيدة الآن . أنت في حالة مزاجية دافعية اليوم ، وستبدئين برنامجاً جديداً ، ولكن بعد خمس ساعات لن تبدو لك الفكرة بمثل هذا القدر من الجودة . يبدو الأمر كما لو أنه من السهل الالتزام بنظام غذائي (رجيم) قاسى بعد وجبة كبيرة ، ولكن الالتزام بهذا النظام الغذائي وأنت جائعة يصبح صعباً . ولكننا سنعمل معاً لجعل الأمور تبدو كفكرة جيدة ، سيكون الأمر بمثابة جحيم ، ولكنني واثقة ، واعتقد أننا سننجح معاً .

لاحظ كيف أنهت المعالجة الجلسة بإعداد العميلة للصعوبات التي يحتمل أن تتعرض لها في الوفاء بالالتزام ، والاستمرار في العلاج . ويشكل تعزيز العلاقة والتشجيع أساساً لتحالف علاجي قوى .

أحداث الجلسة التالية بعد أربعة أشهر من العلاج ، وهدف هذه الجلسة هو السلوك الانتحاري . والاستراتيجيات المستخدمة فيها ، هي التحقق ، وحل المشكلات (توضيح الاحتمالات ، والتعليم ، وتحليل السلوك والحلول) والتنميط (التواصل الخشن) والجدلية (استخدام المجاز ، وعمل ليمونادة من الليمون) والتدريب على المهارات (تحمل الكدر) . راجعت المعالجة بطاقات يوميات العميلة ، ولاحظت محاولة شبه انتحارية حديثة؛ إذ قامت العميلة بفتح جرح قديم سبق أن أحدثته لنفسها عندما رفض طبيبها إعطاءها مسكناً للألم ، وبدأت المعالجة بتحليل سلوكي .

م : حسناً ، الآن ، لقد كنت هنا الأسبوع الماضي ، وأخبرتيني أنك لم تقومي بإيذاء نفسك مرة أخرى ، ويبدو من المثير للسخرية أنك لم تستطعي الوفاء بذلك . عليك ألا تؤذي نفسك بعد الآن . لهذا دعينا نتبين كيف فشل ذلك يوم الأحد ؛

حتى يمكننا أن نتعلم مما حدث . حسنا متى بدأت تشعرين بالحاح إيذاء نفسك؟

ع : بدأت قدمي تؤلمني يوم الأربعاء . بدأت أشعر بالآلام مبرحة .

م : ألم تؤلمك قدمك قبل ذلك ؟

ع : لا .

م : إذا فالأعصاب كانت ميتة قبل ذلك أوشيقاً مشابهاً ؟ إذا فقد بدأت تشعرين بألم، والآن متى بدأ الشعور بالألم ، ومتى بدأ إلحاح إيذاء نفسك يحدث ؟

ع : فى الوقت نفسه .

م : جاء فى الوقت نفسه بالضبط .

ع : حوله تقريباً .

ودائماً ما تكون خصائص التنشيط المبدئى لحدث بيئى ، هى الخطوة الأولى للقيام بتحليل سلسلة سلوكية . وقد بدأت المعالجة هنا بفحص مباشر للوقت، الذى بدأ فيه إلحاح السلوك شبه الانتحارى . لاحظ أيضاً أن المعالجة استخدمت التواصل الخشن مبكراً فى هذه الجلسة .

م : إذا كيف أستدعى هذا الشعور بالألم إلحاح سلوكك الانتحارى ، هل تعرفين كيف حدث هذا ؟ كيف انتقلت من الشعور إلى إلحاح السلوك ؟

ع : لا أعرف ، ربما لم يحدث ذلك حتى يوم الخميس، وقد سألت ممرضتى وأخبرتها أنني متألمة للغاية ، وقد قذفت طعامى بعيداً لأن الألم كان شديداً للغاية ، وقد حاولت معى الممرضة واستدعت الطبيب وأخبرته أنني أشعر بألم شديد ، وسألته إذا ما كان سيعطينى بعض مهدئات الألم . ولكنه رفض ، لذا ظلت إلح فى الطلب، وظلت الإجابة بالرفض ، وجن جنونى أكثر وأكثر ، وهنا شعرت أنني يجب أن أبين لأحد كيف أتالم لأن أحداً لم يكن يصدقنى .

م : دعينا إذاً نتبين الأمر بوضوح . لقد افترضت أنه إذا صدق أحد أنك تتألمين بالدرجة التى تقولونها ، فإنهم سيعطونك بالتأكيد مسكناً للألم ؟

ع : نعم .

م : حسناً ، هذا هو مكنم الخطأ فى التفكير . هذه هى المشكلة . وكما تلاحظين ، فمن المحتمل أن الناس يعرفون مقدار ألمك ، ولكنهم مصرون على عدم إعصائك دواءً .

ع : أنا متأكدة تماماً من ذلك ، وقد كتبت ذلك فى يومينى ، فلو كنت قد حصلت على مسكن للألم أحتاجه حقيقة ، ما كنت لأفكر فى إيذاء نفسى .

استمرت المعالجة بأن بدأت فى الحصول على وصف للأحداث المصاحبة لظهور المشكلة . وحيث أصبح من الواضح هنا التفكير غير المنطقى فى قرار المعملة إيذاء نفسها . واستخدمت المعالجة فى الفقرة التالية الاستراتيجية الجدلية للمجاز ؛ لإلقاء الضوء على خطأ العميلة المعرفى .

م : والآن دعينى أسالك شيئاً ، هل يمكنك أن تتخيلى الآتى : حسناً ، علينا أن نتخيل أننا معاً أنت وأنا على لوح خشبى فى وسط المحيط ، وأن قاربنا قد غرق ، وأننا معاً على هذا اللوح . وقد جرحت ساقك عندما غرق القارب جرحاً بالغاً ، وأننا نحاول معاً ربط ساقك بأفضل صورة ممكنة ، ولكننا لا نملك أى مسكن للألم ، وأن ساقك تؤلمك حقيقة ، وأنت تطلين منى مسكناً للألم وأنا أقول لا . هل تعتقدين وقتئذ أنك ستعرضين لإلحاق إيذاء نفسك وجعل إصابتك أسوأ ؟

ع : لا ، فهذا موقف مختلف .

م : حسناً ، ولكن إذا كان لدى مسكن للألم ، ورفضت إعطائه لك ، لأن علينا إنقاذ هذا المسكن أيضاً ، ما الذى تعتقدينه ؟

ع : إذا كان ذلك منطقياً فى نظرى ، فسأقبله ولن أرغب فى إيذاء نفسى .

م : ماذا لوم رفضت إعطائه لك ؛ لأننى لا أريد أن أجعل منك مدمنة على العقاقير ؟

ع : سأرغب فى إيذاء نفسى .

م : حسناً ، لقد أوضحنا الأمر الآن . فالألم ليس هو الذى يشكل رغبتك فى إيذاء نفسك ، بل رفض شخص ما إعطائك شيئاً ما يساعذك ، فى الوقت الذى تشعرين فيه أنهم يستطيعون إعطائه لك إذا أرادوا .

ع : نعم .

استخدمت المعالجة توضيح الاحتمالات لتبيين للعميلة اثار استجابات الآخرين في سلوك العميلة الشخصى . وتستمر المعالجة فى الفقرة التالية مرة أخرى فى توضيح الاحتمالات ، من خلال جهد متواصل لإلقاء الضوء للعميلة على الوظيفة التواصلية لمحاولات الانتحار .

م : حسناً ، بتعبير آخر ، فإن إيذاءك لنفسك عبارة عن سلوك اتصالى . إذا فما علينا عمله هو أن نسعى لطريقة لجعل هذا السلوك التواصلى يتوقف .

ع : لماذا ؟

م : لأنك لن تتوقفى عن محاولتك شبه الانتحارية إلا إذا توقفت هذا السلوك الاتصالى ، إنه مثل محاولة الحديث الى شخص ما ، فإذا لم يكن هناك أحد فى الحجر ، فعندئذ ستتوقفين عن الحديث إليه . إنه مثل انقطاع الخط أثناء مكالمة تليفونية ، تتوقفين على الفور عن الحديث .

ع : لقد حاولت على مدى ثلاث ليالى متتالية ، وبطريقة توكيدية محكمة ، وقررت لك الآن أننى كنت فى أشد الألم .

م : أتعرفين ، أظن أن علينا أن نتبادل مواقعنا ، أنت لم تسمعى شيئاً مما أقوله .

ع : وظلوا يقولون لا ، ثم ظهر ضوء خافت أمام عيني .

م : أنا أفكر فى تبادل أدوارنا .

ع : وكان الأمر يبدو مثل هنا ، والآن : هل تستطيعين القول أنه يؤلم حقيقة ؟

م : أنا أفكر فى تبادل مكانى معك .

ع : لماذا ؟

م : لأنك إذا كنت مكانى فأعتقد أنك ستبين أنه مهما كان الألم سيئاً ، فإن إيذاءك لنفسك للحصول على مسكن للألم ليس هو الاستجابة الملائمة ، فقد لا يكون وجودك فى المستشفى أيضاً ملائماً ، وربما كان عليهم إعطاءك مسكناً ، ولكن لا توجد علاقة بين القول أنهم على صواب ، والقول أن إيذاءك لنفسك ليس هو الاستجابة الملائمة .

ع : لا ، لا ، لا أعتقد أن هذه هى الاستجابة الملائمة .

م : حسناً ، ما توصلنا إليه الآن هو إيضاح طريقة الحصول على المسكن ، وبحيث لا تحدث هذه الاستجابة حتى إذا لم تحصل على عليه ، ومهما كان التأثير الاتصالي لإيذاء الذات ، والطريقة الوحيد لإيقاف هذا السلوك هي جعله لا يعمل أكثر من ذلك ، وسيكون من الجيد بالطبع أن تجعل الأمور تجري بطريقة أخرى ، وأن يكون ما تدافعين عنه هو : « حسناً إذا لم أحصل عليه بهذه الطريقة ، فسأكون قادرة على الحصول عليه بطريقة أخرى ،

ع : لقد حاولت ذلك بالفعل .

م : نعم أعرف أنك حاولت ، أعرف أنك حاولت .

ع : لقد كانت إلى جانبي سيدة تصرف دواءها الخاص بمرض السكر ، وكانت في حالة سيئة فعلاً ، وقد أعطوها مسكناً للألم .

م : نحن نتكلم الآن في موضوعين مختلفين . هل هذه مناقشة ؟

ع : نعم ، نحن نتكلم في الموضوع نفسه . ما الذي تتحدثين عنه ؟

م : أنا أتكلم عن أنه قد يكون من المنطقي بالنسبة لك الحصول على مسكن للألم . وأنا اتفهم حقيقة حاجتك له . ولكنني أقول أيضاً أنه مهما يحدث ، فإن إيذائك لنفسك هو أمر لا نريد حدوثه . أنت تتصرفين كما لو أنني لو وافقت معك على أنه كان يجب أن تحصل على المسكن فستعتقدين أن هذا سيكون جيداً .

ع : (همهمة) .

م : أنت تتكلمين عن ما إذا كان عليهم إعطاؤك مسكن للألم أم لا ، وأنا لا أتكلم عن ذلك ، فحتى إذا كان عليهم أن يعطوك مسكن فقد توصلنا لمعرفة كيف يمكنك التصرف دون إيذاء نفسك .

كما يتبين من خلال الحوار السابق ، فإن العملاء البيئيين دائماً ما يريدون مواصلة التركيز على الأزمة الراهنة التي يعانونها . ويحمل ذلك تحدياً مرعباً للمعالجين ، الذين يجب أن ينخرطوا بالضرورة في حركة متصلة نحو الامام والخلف ؛ للتحقق من ألم العميل من ناحية ودفعه نحو تغيير سلوكه من ناحية أخرى . كما يتضح من هذه الفقرة أيضاً فإن التحقق لا يتضمن الموافقة بالضرورة . وعلى الرغم من تحقق المعالجة من إدراكات العميلة حول أن رفض

إعطائها مسكناً للألم قد لا يكون مبرراً ، فقد ظلت ثابتة على تأكيدها على عدم ملاءمة استجابة العميلة .

ع : لقد حاولت القيام ببعض هذه الأشياء الخاصة بتحمل الكدر ، إلا أنها لم تجد نفعاً .

م : حسناً ، لا تقلقى من ذلك ، سنتوصل لطريقة أخرى ، أريد أن أعرف كل شيء قمت به ، ولكننى أريد أن أتأكد أولاً أن لدى صورة واضحة . هل بدأ الإلحاح يقوى بعد يوم الأربعاء ويصبح أسوأ مع الوقت ؟

ع : نعم ، لقد بدأ يتزايد مع تزايد الألم .

م : مع تزايد الألم ، حسناً ، ولكنه بدأ يتزايد مع استمرار رفضهم إعطائك المسكن ؛ لذا كنت تفكرين فى أنك إذا أذيت نفسك فسيخطرونك بشكل ما ؟

ع : نعم ، إذا لم يصغوا لى فسأريهم .

م : حسناً ، إذا فقدت تفكرين كالاتى ، إذا لم يصغوا لى فسأريهم ، ومتى بدأت هذه الفكرة تخطر على بالك ؟ هل كان ذلك فى يوم الأربعاء ؟

ع : نعم .

م : حسناً ، لقد وصلنا لاستخلاص طريقة لتحمل الأشياء السيئة دون إيذائك لنفسك ، لذا دعينا نراجع كل المحاولات التى قمت بها ، ثم نستخلص منها أشياء أخرى ، لأن ما حاولتيه لم يجد ، ما هو إذاً أول شيء حاولتيه ؟

يظل التحليل السلوكى حتى هذه المرحلة ناقصاً ، ويكون غير ناضج للتحرك نحو مرحلة تحليل الحلول . وعلى الرغم من ذلك ، فقد كان تقدير المعالجة أنه من الجوهري بقدر أكبر تعزيز محاولات العميلة لتحمل الكدر ، من خلال الاستجابة لما تقوله حول محاولة استخدام المهارات السلوكية .

ع : أعتقد أننى لو كنت واصلت موقفى التوكيدي فقط حول أنه يجب إتخاذ الإجراءات الملائمة .

م : حسناً ، ولكن هذا لم يؤت نتيجة ، فلماذا لم تقومى بإيذاء نفسك بعد ذلك مباشرة ؟

ع : لم أكن أريد ذلك .

م : لماذا لم ترغبى فى ذلك ؟

ع : لم أكن أريد جعل الأمر أسوأ.

م : إذا فقدت تفكيرين فى الإيجابيات والسلبيات . إذا جعلت الأمر أكثر سوءاً ، فسأشعر أننى فى حالة أسوأ.

ع : نعم

أحد جوانب التدريب على المهارات فى العلاج الجدلى السلوكى ، هى التأكيد على فائدة تقييم إيجابيات وسلبيات تحمل الكدر ، بوصفه استراتيجية جوهرية للبقاء على قيد الحياة . وقد استخدمت المعالجة هنا الاستراتيجية الجدلية لعمل ليمونادة من الليمون ، من خلال إلقاء الضوء أمام العميلة على أن ما فعلته هو فى الواقع استخدام للمهارات السلوكية . لاحظ فى استجابتها التالية كيف دعمت المعالجة على الفور جهود العميلة من خلال امتداحها .

م : هذا تفكير جيد ، أن تفكرى فى مزايا وعيوب ما تقومين به . حسناً ، عند هذه النقطة فإن مزايا جعل الأمر يصبح أسوأ كانت عيوبه هى الأرجح . حسناً عليك إذا مواصلة هذا الكفاح الجيد هنا . والآن ماذا فعلت أيضاً ؟

ع : لقد حاولت التحدث فى الموضوع مع مرضى آخرين .

م : وماذا قالوا لك ؟

ع : قالوا إننى يجب أن أحصل على مسكن للألم .

م : حسناً ، ولكن هل قالوا لك أنك يجب أن تجرحى نفسك أو تؤذى نفسك ، إذا لم تحصلى عليه ؟

ع : لا ، لقد حاولت إبعاد عقلى عن الألم بعزف الموسيقى ، واستخدام المنطق ، حاولت القراءة ، وحل الكلمات المتقاطعة .

م : (همهمة) . هل سبق أن حاولت القيام بالقبول المتطرف (1) ؟

ع : ما هو هذا ؟

م : هو أن تقولى ، لنترك الأمر كله وتتقبلى حقيقة أنهم لن يعطونك مسكن للألم ،

(1) Radical acceptance

وأن تستسلمى للموقف ، مجرد أن تتقبلى أنهم لن يعطونك شيئاً ، وأنتك ستعملين على التغلب على الموقف بطريقة أخرى .

ع : هذا ما فعلته أمس ، فقد أحتجت لقرص أتيفان (لورازيام) وكنت ذاهبة ولكنلى لم أفعل .

م : أمس ؟

ع : نعم ، وقد نمت بعد الظهر . وعندما استيقظت قلت لنفسى ه ها ، أنهم لن يتغيروا ، إذا فعليك أن تتعاملى مع هذا بأفضل طريقة ممكنة ،

م : وهل ساعدك ذلك قليلاً على التقبل ؟

ع : مازلت غاضبة مما أعتقد أنه تمييز ضد الأشخاص البيديين ، مازلت غاضبة للغاية من ذلك .

م : حسناً ، هذا جيد ، هل تمكنت على الرغم من ذلك من تقبل الموقف ؟

ع : (مهمة)

م : هذا حسن ، هذا عظيم ، هذه مهارة عظيمة ، شىء عظيم أن تمارسيه عندما تبدأ الضغوط فى التزايد ، عندما تكونى قاصرة عن عمل شىء . عندما يكون هذا أسوأ ما يمكن أن يحدث . القبول المتطرف هو المهارة التى يجب أن تتدربى عليها .

ودائماً ما يكون من الضرورى خلال مرحلة تحليل الحلول ، قيام المعالجين بتيسير العمليات من خلال مساعدة العميل على القيام بعصف ذهنى ، أو من خلال تقديم مقترحات مباشرة للتعامل مع الأزمات المقبلة . وقد اقترحت المعالجة هنا حل يتم تعلمه فى نموذج التدريب على المهارات فى العلاج الجدلى السلوكى . وفكرة القبول المتطرف تؤكد فكرة أن قبول الشخص للألم مطلب أولى ضرورى لوقف المعاناة الانفعالية .

م : حسناً ، علينا أن نعود إلى الوراء لنرى كيف أثر ذلك فى الإلحاح . لأنك كافتحت فى الواقع بكل الطرق لذلك ، صواب ؟ فعادة ما يمكننا معاً أن نفترض أن شيئاً اخر قد حدث ؛ لذا علينا أن ننظر الآن إلى يوم الأحد لنرى إذا ما كان هناك موقف تفاعلى حدث فى ذلك اليوم هو الذى جعلك تشعرين أنك موضع نقد ، وأنتك غير محبوبة أو مقبولة .

ع : حسناً ، كنت شديدة الضيق وذهبت إلى اجتماع للكحوليين المجهلين ، وانشغل تفكيري بكيف يمكن للكحول أن يقضى على ألمي ، وسرت في الجوار باحثة حولي عن متجر مفتوح للخمور ، كنت في سبيلي للسكر ، هذا هو القدر الذي أثر به الألم في ، ولكنني لم أجد متجراً مقترحاً ؛ لذا رجعت إلى المستشفى .

م : إذاً ، فقد وانتك فكرة الكحول للتخلص من الألم ، ولم تستطعي الحصول عليه لذا عدت إلى المستشفى ، كنت متألماً للغاية ، مالذي حدث عندئذ ؟

ع : قلت للمرضة أنني كنت ممتدعة عن الخمر لما يقرب من عشر سنوات ، وهذه أول مرة يلح علي فيها الشراب ، هذا يوضح لك مقدار ألمي ، ولكن حتى هذا لم يكن موضع إصغاء .

م : لذا فقد استنتجت أن الإشارة إلى ذلك هو الذي سيجعلهم يصغون ؟

ع : نعم .

م : نعم ، أن سبب ذلك هو المستوى المرتفع من التواصل هذه فكرة جيدة ، حسناً ، أريدك أن تعرفي أن هذا أفضل من التهديد بالانتحار؛ لأن ذلك يعني أنك خفضت من تهديداتك .

الاستجابة السابقة من المعالجة كانت شديدة الخشونة، حيث لا يتوقع أغلب العملاء من معالجهم أن يعتبر القيام بتهديد علامة على التقدم العلاجي. والاستخدام العلاجي للخشونة يتمثل في قيمته الصادمة ، والتي يمكن أن تؤدي إلى فقدان العميل لمعتقداته وفروضه غير السوية ، وجعله يفتح على إمكانية وجود حلول أخرى بديلة .

ع : وبمجرد أن أخبرتها بشعوري حول ذلك ، فكرت أن ذلك سوف يجدي ، ولكن الطبيب لم يقترح .

م : وما الذي فعلته ؟ هل قالت أنها ستصل به ؟

ع : لقد أتصلت به بالفعل .

م : حسناً وما الذي حدث بعدئذ ؟

ع : عادت ، كانت لطيفة في الواقع وقالت فقط ، أنا أسفة حقيقة ، لكن الطبيب قال لا ،

م : هل شعرت بالغضب عندئذ ؟

ع : لا أعرف إذا ماكنت غاضبة حقيقة أم لا ، ولكنى كنت مجروحة .

م : آه حقيقة ؟ هذا مثير للغاية ، إذا فقد شعرت أنك مجروحة ...

ع : لأننى توقفت عن احتضان دى الدمية وكييت للحظة .

م : قبل أم بعد أن قررت إيذاء نفسك ؟

ع : فيما بعد ، فى يوم الأحد .

م : متى ؟

ع : بعد أن سقطت إعياء من البكاء .

م : إذا فقد رقدت فى فراشك وأخذت فى البكاء ، شاعرة أنك بلا أحد يراك ،

وأنت مجروحة وربما مهملة ، وغير محبوبة ، وكما لو أنك لا تستحقين

المساعدة ؟

ع : نعم

م : هذه فى الحقيقة استجابة توافقية . هذا هو ما كنت سأحاول تعليمك آياه ، فيما

عدا أنك قمت بعمله بالفعل دون أن أعلمك . إذا كيف توقفت عن البكاء ،

شاعرة أنك غير محبوبة ، ولا يوجد من يهتم بك ، تبكين وتلشجين ، كيف

خرجت من هذا لتقررى إيذاء نفسك ، بدلاً من الذهاب إلى النوم مثلاً؟

ع : لأننى شعرت بالغضب وقتها ، وقلت : اللعنة على كل هذا الهراء ، سأريهم .

م : هل توقفت عن البكاء قبل شعورك بالغضب ، أم أن شعورك بالغضب هو الذى

جعلك تتوقفين عن البكاء ؟

ع : أعتقد أن شعورى بالغضب هو الذى جعلنى أتوقف عن البكاء .

م : إذا فقد أصبحت نشطة ، لذا لا بد أنك كنت تتأملين خلال رقائك مفكرة ، ما

الذى كنت تفكرين فيه ؟

ع : لقد ظللت فترة طويلة أفكر فى حاجتى لشخص ما يعتنى بى .

م : (مهمة) مشاعر مبررة تماماً ، ومنطقية للغاية . ربما كان عليك أن تفعل

شيئاً مختلفاً وقتها . ما الذى كان سيحدث إذا كنت قد طلبت من الممرضة أن

تبقى معك ، وتحدث إليك وتمسك يدك بين يديها ؟

أحد الاهداف العامة للتحليل السلوكي هو وضع خريطة طريق عامة للكيفية التي يصل بها العميل إلى الاستجابات غير التوافقية ، موضحا بها المسارات الممكنة البديلة . وهنا سعت المعالجة لوضع تقاطعات في الخريطة حيثما يمكن أن توجد استجابات بديلة أمام العميلة .

ع : ليس لديهم وقت ليفعلوا ذلك .

م : ليس لديهم وقت ؟ هل تعتقدون أن ذلك يمكن أن يفيد ؟

ع : لا أعرف ، لم يكن في استطاعتها مساعدتي .

م : كان يمكنها جعلك تشعرين أن هناك من يهتم بك . هذا نوع من الرعاية يمكن عمله .

ع : نعم ، ولكنى أعتقد أنه لم يكن ليفيد .

م : ما الذى كان يمكن أن يفيد ؟

ع : حصولى على مسكن للألم .

م : لقد فكرت أنك ستقولين ذلك . أنت تفكرين بطريقة واحدة . والآن اسمعى ، لقد تمكنت من معرفة شيء آخر يساعذك ؛ لأنه لا يمكن أن يكون لا شيء آخر يجدى . ليست هذه هى الطريقة التي تعمل بها الدنيا من أجلك ، هناك الكثير من الطرق للوصول إلى أى مكان ، ونحن نجرى جميعاً متدافعين فى الطريق ، والحياة مثل السير عبر مسار ، وكما تعلمين نجرى فيه جميعاً متدافعين ، ولكن الواقع أن هناك مسارات أخرى للأماكن ، وبالنسبة لك فالواقع أن الألم الذى فى ركبتك ليس هو المشكلة ، إنما المشكلة فى شعورك أنك لا تلاقين الرعاية ، وهو شعور ربما يعمل بشكل ما على إثارة غضبك ، أو هو شعور أن الناس الآخرين لا يحترمونك ، شعور بأنك غير مصدقة .

ع : نعم .

م : فكرى ، السؤال هو : هل هناك أية طريق أخرى يمكنك اللجوء إليها؛ لتشعري أنك مصدقة ، وموضع رعاية بدلاً من أن يعطيك الآخرين هذه المشاعر ؟

ع : لا .

م : والآن هل هذا نهائى ، مثل : لن ، أسمح بوجود أى طريقة أخرى ، أو أنك

ستركين الباب مفتوحاً قليلاً ، وتقولى مثلاً ، لا أستطيع التفكير فى طريقة أخرى ، ولكننى مفتحة على الاحتمالات الأخرى .

ع : لا أعتقد أن هناك طريقة أخرى .

م : هل يعنى هذا أنك لست مستعدة حتى لتعلم طريقة جديدة ؟

ع : مثل ماذا ؟

م : لا أعرف ، علينا أن نكتشف هذه الطريقة ، فكرى ، إن ما أعتقد أنه يحدث هو أنك عندما تكونين فى ألم شديد ، فإنك تشعرين إما أنك لا تحصلين على الرعاية ، أو أن الآخرين لا يأخذونك بجدية ، وهذا هو ما يجعلك تقومين بإيذاء نفسك ، وترغبين أيضاً فى الموت . والمشكلة التى يجب علينا أن نجد لها حلاً هى كيف تصبحين فى موقف تشعرين أنه غير عادل دون أن تقومى بإيذاء نفسك لحل هذا الموقف . هل أنت منفتحة على هذا ؟

ع : نعم .

كما أوضحنا من قبل ، فإن التحليل السلوكى دائماً ما يكون موجعاً ، ويتطلب عمليات متعددة ، لكل من المعالج والعميل . ودائماً ما يشعر المعالجون بانخفاض معنوياتهم وبأغراء تجاهل القيام بالمجهود المطلوب . وعلى الرغم من ذلك فبالتحليل المتكرر ، يتعلم العملاء أن معالجهن لن يتراجع ، ويؤدى مثل هذا الإصرار من المعالج إلى إخماد رفض العميل محاولة القيام بسلوك جديد وتوافقى لحل المشكلات . وحيث يكتسب العملاء مهارات سلوكية جديدة بشكل متزايد ، وكذلك تعلم محاولات أكثر فعالية لحل المشكلات ، تجعلهم أكثر فطنة بعد ذلك .

وفى الجلسة التالية (التى جرت بعد حوالى عشرة أشهر من العلاج) ، جاءت العميلة مرتدية نظارة شمسية عاكسة (مرة أخرى) وغاضبة ، لأن وكالات التحصيل * كانت مصرة على الضغط عليها لدفع متأخراتها ؛ بالإضافة إلى أن معالجتها كانت خارج المدينة لمدة أسبوع . وكان الهدف من الجلسة هو التحكم فى الانفعالات ، وتحسين كفاءة التفاعلات . وكانت الاستراتيجيات المستخدمة ، هى : الجدلية (المجاز) ، والتصديق (التشجيع) ، وحل المشكلات

* شركات تقوم بتحصيل المستحقات ، التى يتأخر العملاء فى سدادها للجهات المختلفة (المترجم) .

(توضيح وتقدير الاحتمالات) ، والتلميظ (التواصل المتبادل ، والتواصل الخشن) ، والتكامل (تعزيز العلاقات) . واستخدمت المعالجة في الفقرة الأولى التالية التشجيع ، وتوضيح الاحتمالات وتقديرها لتشكيل السلوك بجعل العميلة تخلع نظاراتها الشمسية ، وأن تعبر عن غضبها .

م : ليست كارثة أن يتصرف معك المحصل بهذه الطريقة ، وليست كارثة أيضاً أن تثورى عليه . إن ذلك يجعل حياتك أكثر صعوبة ، ولكنك تستطيعين تدبر ذلك ، وتستطيعين التغلب على ذلك ، وهو ليس بالشىء الكثير الذى لا تستطيعين التغلب عليه . وأنت امرأة قوية فى الحقيقة . وقوتك فى داخلك ، ولكن عليك ممارسة هذه القوة ، وأنا على استعداد لمساعدتك ، ولكنى لا أستطيع القيام بذلك بمفردى ، عليك بالعمل معى .

ع : كيف ؟

م : حسناً ، بخلع نظارتك كبداية .

بدأت المعالجة الحوار من خلال محاولة توضيح قضية (أنها ليست كارثة ...) مصدقة العميلة (أنها تجعل حياتك أكثر صعوبة ...) ومشجعة لها (تستطيعى تدبر ذلك ، تستطيعين التغلب على ذلك ... أنت امرأة قوية فى الحقيقة ...) ثم انتقلت المعالجة بعد ذلك لتوضيح الاحتمالات بالإشارة إلى أن مساعدتها للعميلة مشروطة برغبة العميلة فى العمل معها ، وقد أعقبت المعالجة ذلك بطلب فوري لاستجابة سلوكية من العميلة .

ع : أعرف أنك كنت ستقولين ذلك .

م : وأنا أعرف أنك تعرفين أننى سأقول ذلك .

ع : النظارة الشمسية أكبر مشكلاتك على ما أعتقد .

م : حسناً ، كيف ترغبين فى رؤية نفسك ، وأنت تتحدثين إلى شخص ما (صمت طويل) ، النظارة تجعل ذلك أمراً صعباً ، أعتقد أنها تجعل الامر أشق عليك ، أعتقد أنك تتصرفين بشكل أفضل عندما لاتضعين هذه النظارة ، إنها بمثابة خطرة ، ستكونين أفضل دائماً عندما تخلعينها ، وستشعرين عندما تفعلين ذلك أنك أفضل حالاً ، لقد لاحظت ذلك (صمت طويل) لهذا عليك عمل ذلك ، عليك خلع نظارتك ، وعندما سنبدأ فى حل مشكلة كيف تتغلبن على

المشكلات عندما تكونى غاضبة . ليس هناك شىء غريب فى هذا، هناك شىء حدث فى حياتك جعلها كذلك ؛ لهذا فأنت خائفة من أن تكونى غاضبة ، عليك أن تتعاملى على الفور مع هذا ، أنت وأنامعاً . إنها مجرد مشكلة يجب حلها، إنها ليست كارثة ، وليست أسوأ شىء ، يمكن أن يرتكبه شخص فى حياته ، مجرد مشكلة تعانين منها ، وعلينا أن نعمل معاً على حلها . نحن نشكل معاً فريق لحل المشكلات (صمت).

ع : (تخلع نظارتها) ، حسناً .

م : أشكرك ، أنا أعرف أن هذه خطوة كبيرة بالنسبة لك .

استخدمت المعالجة التواصل المتبادل ، لتعبر للعميلة عن مشاعرها نحو النظارة الشمسية . لاحظ الاتجاه الواقعى الذى أتخذته المعالجة ومحاولتها المستمرة لجعل المشكلة أمراً عادياً (بمعنى ، لا يوجد شىء غريب فى ذلك... ليس هذا أسوأ شىء يمكن أن يرتكبه شخص ما فى حياته) ، لاحظ أيضاً صياغة القضية باعتبارها مشكلة يتعين حلها ، وكذلك استخدام المعالجة استراتيجية العلاقة لتعزيز التحالف العلاجى . وقد أشارت المعالجة أيضاً لتصديقها للعميلة بجعلها تعرف أنها تدرك أن ذلك أمر صعب .

م : هيا ، الآن ، أريدك أن تنظرى بداخلك وتجدين الحل ، أنا أعرف أنه موجود لديك ، أعرف أنك تستطيعين القيام بذلك . ليس فى مقدورك الاستسلام الآن ، لا تستطيعى جعل قدمك تتزحزح ، استمرى . عليك مجرد أن تعبرى لى مباشرة عن ما تشعرين به . أنت غاضبة من نفسك ، وغاضبة من وكالة التحصيل ، وغاضبة منى للغاية (صمت طويل) .

ع : (بصوب خافت للغاية) أنا غاضبة منك ، ومن نفسى ، ومن وكالة التحصيل .

مازالت المعالجة تعول على التشجيع والمديح حيث استمرت فى مساعدة العميلة فى محاولة منها لجعلها تعبر بشكل مباشر عن غضبها .

م : حسناً ، هل قتلك ذلك ؟ (صمت طويل) هذا عظيم ، هل هذا أمر صعب ؟

(صمت طويل) لقد كان صعباً ، أليس كذلك ؟ والآن قولينها بقدر أكبر قليلاً

من القوة ، هل تستطيعين قول ذلك ببعض النشاط ؟

ع : (تهز رأسها ، لا) ؟

م : نعم تستطيعين ، أعرف أنك تشعرين بذلك ، لدى شعور طيب نحو قوتك الشخصية . لا أعرف كيف حصلت على هذا الشعور الطيب، ولكنه لدى . وأعرف أنك تستطيعين القيام بذلك ، وأنت في حاجة للقيام بذلك ، أنت في حاجة لتقولى ذلك بقدر من النشاط، عبرى عن مقدار غضبك ، ليس عليك أن تبكى أو أن تصرخى ، أو تقذفى الأشياء . فقط قولى بصوت عالٍ أنا غاضبة ، (صمت طويل) تستطيعين الصراخ بالطبع إذا أردت ، يمكنك أن تقولى أنا غاضبة .

ع : هل هذا هو الأمر ، هل هو كل ما يجب على أن أفعله ؟

م : اسمعى ، عليك المخاطرة بذلك ، ولن تذهبي لأبعد من ذلك ، أو أكثر من ذلك، أنت مثل شخص يتسلق جبلاً . وقد وصلنا فى صعودنا إلى هذا الصدع فى الجبل ، وهو صدع عميق للغاية ، ولكننا لا نستطيع التراجع ، لأن هناك كتلة صخرية تعوقنا ، والطريقة الوحيد بالنسبة لك هى القفز فوق هذا الصدع . فى مقدورك أن تفعلى هذا، أخبرينى ما مقدار غضبك ، بطريقة أستطيع بها فهم مقدار ما تشعرين به .

ع : (صمت طويل) . لا أستطيع عمل أى شىء من هذا .

م : هذا كلام فارغ .

ع : تريدننى أن أعبر عن غضبى منك ؟ اليس كذلك ؟

م : لا يهمنى ممن أنت غاضبة . ولكننى أعتقد أنك غاضبة بالفعل، كل ما أريده أن تعبرى عن هذا الغضب ، لن أطلب منك شيئاً آخر اليوم . وبالمناسبة لقد توصلت إلى أن الشىء الوحيد الذى يجب عليك القيام به هو أن تقولى أنا غاضبة ، بصوت يبدو فيه الغضب ، اعتقد أنك قادرة على ذلك ، وسأغضب إذا لم تفعلى ذلك . لا أظن أننى سأكون غاضبة ، ولكن يجب أن أغضب . موافقة ؟ أستطيع أن أغضب وتستطيعى أن تغضبى ، ويمكننا أن نكون غاضبين فى بعض الأحيان . ولن يؤدي ذلك إلى مقتل أى منا .

لم ينجح التشجيع أو المجاز فى جعل العميلة تعبر عن غضبها بقوة أكبر، وبالتالي انتقلت المعالجة إلى استخدام التواصل الخشن فى محاولة ملها لجعل العميلة تقفز متجاوزة حالتها . لاحظ أيضاً كيف أوضحت المعالجة للعميلة المترتبات السلبية المحتملة لمواصلتها رفض التعبير عن غضبها (بمعنى : يجب

أن أغضب ...) ، وقد استخدمت المعالجة العلاقة بهذا الأسلوب مرجحة تشجيع العملية على التغيير .

م : حسناً ، ما مقدار غضبك ؟ على مقياس من صفر إلى ١٠٠ ما مقداره ؟ ١٠٠ درجة تعنى أنك على استعداد لارتكاب جريمة قتل ، وأنتك شديدة التحفز ، ويمكنك الاشتباك فى قتال إذا أمكنك .

ع : (بصوت مسموع بالكاد) ربما ١٠٠

م : حقيقة ؟

ع : كانوا يعرفون حالتى

م : (همهمة)

ع : كانوا مصرين

م : (همهمة ، سكورن) من يمكنه ألا يفضب ، أنت أنا أم وكالة التحصيل ؟

ع : وكالة التحصيل .

م : أخبرينى إذا ما مقدار غضبك ، لست فى حاجة لجعله شديداً حتى درجة ١٠٠ ، أجعليه شديداً بدرجة ٥٠

ع : حقيقة ، لقد أهانونى (مستخدمة صوتاً غاضباً مرتفعاً)

م : حسناً ، عليهم اللعنة ، لقد أهانونى أنا أيضاً (تضرب المائدة بقبضتها)

كما يتضح من خلال هذا الحوار ، فإن إحدى الصعوبات الأولية فى العمل مع العملاء البينيين هى ميلهم الشائع لرفض الانخراط فى عمل سلوكى ، وبالتالي فمن الضرورى بشكل مطلق أن يواصل المعالجين الإصرار ، وألا يستسلموا فى وجه عبارة عملائهم ، لا أستطيع ، ، وينجح استخدام التواصل الخشن فى مثل هذه المواقف فى توفير مخرج ، وجعل العميل يذعن .

بيانات بحثية

على الرغم من أنه من الشائع ، حتى بين المعالجين أصحاب التوجهات البيولوجية ، أفترض أن التدخلات النفسية الاجتماعية من أنواع معينة ضرورية فى علاج البينيين . إلا أنه لم تجر حتى الآن أية دراسات لتقييم النتائج العلاجية ،

تختبر كفاءة علاج هذه المجموعة المرضية . وبخلاف الدراسات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي ، فالاستثناء الوحيد والذي لم ينشر بعد هو المحاولات ، التي قام بها تيرنر (1992) Turner ، والتي أشارت إلى فعالية توليفته المكونة من علاج دينامي سلوكي معرفي ، والدراسات المعروفة التي أجراها مارزالي ومونرو - بلوم (Munroe - Blum & Marziali, 1989; Clarkin, marziali & Munroe, 1991) والتي تشير إلى تفوق علاجهم النفسي الدينامي الجمعي مقارنة بالعلاج الفردي المعتاد في المجتمع .

نشرت لينهان وسواريز والمون وهيرد Linehan, Armstrong , Suarez, Allmon, and Heard (1991) حديثاً نتائج دراسة أكلينيكية عشوائية للعلاج الجدلي السلوكي ، تمت فيها المقارنة بينه وبين العلاج المعتاد لعدد ٤٤ امرأة مضطربة من البينيات صاحبات المحاولات الانتحارية ، ممن استوفين محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل ، ومحك جوندسن (Gunderson 1984) لاضطراب الشخصية البينية . وقد أستمع العلاج لمدة عام مع تقييم مستمر كل أربعة أشهر ، وفي كل مرحلة تقييمية ، وبعد انتهاء العلاج أظهر العملاء الذين تلقوا علاجاً جدلياً سلوكياً مؤشرات على محاولات أنتحارية أقل ، وعدد أقل من محاولات الانتحار باستخدام العقاقير . كما قلت مرات إقامتهم في المستشفيات النفسية كثيراً (١٦,٧ %) ، مقارنة بالمفحوصين الذين تلقوا علاجاً معتاداً ، وقد أجريت الدراسة على مرحلتين بعدد متساوي تقريباً من المفحوصين في كل منهما ، وأضيف التحليل الخاص بالمرحلة الثانية ، (Linehan, Tutek, & Heard, 1992) ، وحيث تضمنت البطارية عدداً من المقاييس الإضافية لتقييم النتائج ،

وقد أشارت النتائج إلى أن المفحوصين الذين كانوا في مجموعة العلاج الجدلي السلوكي أظهروا أيضاً قدراً جوهرياً من الغضب ، والتوافق الاجتماعي ، وأداء أفضل في العمل ، وعدداً أقل من التأملات القلقة ، مقارنة بمن تلقوا علاجاً معتاداً ، وقد قيموا في مقابلات شخصية باعتبارهم متوافقين اجتماعياً بقدر أكبر ، وأقل حدة في اضطرابهم على مقياس الأداء الإجمالي (١) (Endicott, Spitzer, Fleiss, & Cohen, 1976) ، وقد استمر تفوق العلاج الجدلي السلوكي على العلاج المعتاد بصفة عامة على أمتداد فترات المتابعة بعد ستة أشهر ، ١٢ شهراً

(1) Global Assessment Scale

(Linehan, Heard, & Armstrong, 1992) ، وتوحى النتائج النهائية أن العلاج الجدلي السلوكي علاج فعال رواعد للبنيين المزمنين لمحاولات الانتحار من حيث خفض السلوك شبه الانتحاري ، واستمرار العملاء في العلاج على وجه الخصوص .

شكر

كتب هذا الفصل بدعم من المعهد القومي للصحة العقلية (1) في بيتسيدا، ميريلاند ، بالمنحة رقم MH34486 للمؤلفه الأولى ، وقد أخذت بعض أجزاء هذا الفصل من لينيهان (Linehan 1993 a) ولينيهان وكورنر Linehan and Koerner (1992) وكورنر ولينيهان (Koerner and Linehan 1992) .

ملحوظات

(1) في الفترة بين كتابة تاريخ هذه الحالة ونشرها ، وعند الشهر الرابع عشر من العلاج توفيت سدى نتيجة تعاطي جرعة زائدة من وصفة طبية بالإضافة إلى تعاطيها الكحول . وجاء تهورها الفوري أثر مكاملة تليفونية لزوجها الذي هجرها ، وحيث اكتشفت من خلالها أن امرأة أخرى تعيش معه ، وكما أخبرت معالجتها في مكاملة تليفونية في اليوم التالي ، أن أملها الذي لم تعبر عنه كان أن يعودا لبعضهما في يوم ما ، أو أن يصبحا على الأقل صديقين حميمين قد تبدد ، وقد عاودت الاتصال في تلك الليلة ، وقالت وهي تبكى أنها شربت على الفور نصف خمسينة كحول . وكان قد سبق أن ظهرت هذه المؤشرات على الشراب من قبل عدة مرات ، وكانت منهوكة المعنويات خلال المكاملة التليفونية ، واستخدمت المعالجة معها أساليب التدخل في الأزمات لتمكنها من اجتياز هذه الليلة ، وأن حل المشكلات سيساعدها بالتأكيد على الحياة دون زوجها ، كل ذلك إلى أن يحين موعد جلستها في اليوم التالي . وكانت زميلتها في السكن موجودة معها ، ووافقت على التحدث إليها ، وأن يشاهد فيلم في التليفزيون معا ثم يناما ، (إلا أن خططها التي وضعتها كانت قد تبددت) وقد ذكرت أنها على الرغم من شعورها بالرغبة في الانتحار، إلا أنها ستتوقف عن الشراب ، ولن تقوم بأى تصرف يتضمن تدميرا للذات حتى يحين موعد لقائها بالمعالجة . وقد طلبت منها المعالجة أن تتصل بها مرة أخرى في الليلة نفسها إذا رغبت في الحديث مرة

ثانية . وعندما لم تحضر سندی في اليوم التالي في موعدها، اتصلت بالمعالجة بيبتها في الوقت نفسه الذي اكتشفت فيه رفيقتها في المسكن أنها ماتت ، وكانت لا تزال في فراشها منذ اليوم السابق .

وعند هذه النقطة ، واجهت المعالجة عدداً من المهام : فقد اتصلت ببقية المعالجين الذين شاركوا في علاج العميلة لإعلامهم بما حدث ، والتحدث مع مستشار قانوني لمراجعة حدود الثقة في العلاج عندما ماتت العميلة . وما أن أخطرت العائلة (الوالدين والزوج) حتى طلبت المعالجة كل منهم لتقدم له عزاءها ، وطلبت المعالجة (وهي المعالج الرئيسي والمشرفة على الفريق العلاجي) في اليوم التالي عقد اجتماع لمناقشة هذا الانتحار . وكان من المهم على وجه الخصوص إبلاغ المعالجين الفرديين الثلاثة ، الذين شاركوا في التدريب الجماعي على المهارات . كما أبلغ المعالجون أفراد المجموعة بانتحار ساندی . وعلى الرغم من ذلك ، وخلال دقائق من بدء الجلسة التالية للمجموعة، أصبحت اثنتين من أفراد المجموعة انتحاريتين بصورة خطيرة ، وتعين إدخال أحدهما إلى المستشفى (وبنهاية الاسبوع الثالث بعد حادثة الانتحار، استعادت الاثنتان تماسكهما مرة أخرى) ، واستغلت واحدة نالثة من المجموعة هذه الفرصة لتترك العلاج الجدلي السلوكي وتتحول لمعالج آخر . ولا يجوز القول أن كل ذلك يؤكد العلاج ، وفي الأيام والاسبوع التي تلت الانتحار، حضرت المعالجة الجنازة وتناقلت مع رفيقة ساندی في السكن ووالديها .

ما الذي يمكن تعلمه من هذا الانتحار ؟

أولاً ، من المهم ملاحظة أنه حتى عندما يكون هناك التزام تام بالبرنامج العلاجي ، إلا أن ذلك قد لا ينفذ العميل . وحتى العلاج الفعال يمكن أن يفشل في النهاية . وفي هذه الحالة فشل العلاج الجدلي السلوكي . إلا أن هذا لا يعني أن التحسن الذي حدث لم يكن مهماً أو لم يكن حقيقياً . ومناقشة هذه الكبوة يبين أن العميلة كانت قادرة على التوصل في نهاية الأمر إلى مستوى جيد للحياة . وعلى الرغم من ذلك لا يمكن استبعاد المخاطر ، لمجرد أن الفرد يحقق تقدماً جوهرياً . ولم تعتقد المعالجة بالنسبة لهذه الحالة أن العميلة كانت في خطر الانتحار الفوري بدرجة أكبر من المعتاد خلال المكالمات التليفونية ، واتساقاً مع عديد من المكالمات التليفونية السابقة وجلسات العلاج التي بكت فيها العميلة ذاكراً أنها لن تكون

قادرة على التماسك ، وأن العملية وضعت خلال المكالمة التليفونية خطأً للأمنية، ووافقت، عن التوقف، عن الشراب، وعلى عدم القيام بسلوك انتحاري أوتدميري للذات ، بدأ للمعالجة (وكذلك لرقيقتها في السكن) أنها في روح معنوية أفضل بعد المكالمة التليفونية . وكانت رقيقتها في السكن معها ومناحة لتقديم أى مساعدة . ولهذا لم تتخذ المعالجة أى إجراء أكثر من المعتاد في تلك الأمسية لمنع الانتحار. والواقع أن المشكلة السلوكية التي جرى التركيز عليها خلال المحادثة التليفونية كانت شرب الكحول ، والمعالجة هي التي أثارت موضوع الانتحار في سياق قيامها بتقييم احتمالات الخطر . هل كان في مقدور المعالجة أن تعرف ؟ (ربما) لو كانت المعالجة قد أعطت مزيداً من الاهتمام للتهور ، واهتمام أقل بالانفعال الذي عبرت عنه في نهاية المكالمة . وقد لاحظت المعالجة خلال مراجعة الملحوظات عن العملية أن كل المحاولات السابقة الأكثر قرباً للموت ، كانت ناتجة عن اعتقاد العملية أن علاقتها مع زوجها قد انتهت بصورة لا يمكن إصلاحها . وعلى الرغم من أن العملية كانت تستطيع تحمل فقدانها لزوجها ، إلا أنها لم تكن تستطيع تحمل فقدان كل أمل في الإصلاح في وقت ما ، حتى بعد سنوات كثيرة تالية . ولو كانت المعالجة قد ربطت بين هاتين الفكرتين (الفقدان الكامل للأمل ومحاربة الانتحار) ، لربما كانت قادرة على العمل بصورة أفضل مع العملية ، أثناء عودة ظهور هذه الأزمة فيما بعد في ليلة انتحارها . وقيمة إجراء تحاليل سلوكية شاملة وتنظيمها في نمط متماسك ، يبرز بشكل شديد الوضوح في هذه الحالة .

ثانياً ، بعد عمل وقول كل شيء ، فإن الشخص البيئي يجب أن يكون قادراً تماماً ومستعداً لتحمل أكثر الآلام غير المحتملة في حياته ، حتى يصبح لدى العلاج فرصة للوصول إلى فرق دائم ، والمعالج غير قادر على الإطلاق على إنقاذ العميل ، العميل فقط هو القادر على ذلك ، وحتى عندما تحدث أخطاء ، فإن على المعالج أن يثابر على الرغم من ذلك . وقد أنتهكت في برنامج العلاج الجدلي السلوكي في هذه الحالة قاعدة ، لا عقاقير قاتلة للأشخاص الانتحاريين ، حتى ولو لم يكون لدى العملية تاريخ سابق لمحاولات انتحار مميتة باستخدام جرعات زائدة .

لماذا لم يؤكد البرنامج العلاجي ذلك ؟ أولاً لسببين :

(١) جاءت العميلة للعلاج باعتقاد قوى أن العلاج الطبي الذي تسير عليه جوهرى لاستمرار حياتها ، وكانت أية محاولات من جانب المعالجة للتدخل فى أدويتها ستقابل بمقاومة شديدة للغاية . وعلى الرغم من أنها كانت تتعاطى جرعات صغيرة ، إلا أن البديل الوحيد الآمن كان يجب أن يكون تحمل الشخص الذى نقيم معه (زوجها أولاً ثم رفيقتها فى السكن) مسئولية إعطائها جرعات الدواء ، وهو ما عارضته العميلة أيضاً . يضاف إلى ذلك تعرض برنامج ، لا أدوية مميّنة فى العلاج الجدلى السلوكى ، لنقد المهنيين المستمر فى الصحة العقلية ، والذين يعتقدون أن العقاقير النفسية علاج مفضل للأفراد الانتحاريين . وفى مواجهة مقاومة المهنيين والعميلة لهذه السياسة لانت المعالجة .

(٢) كان السلوك المميّنت للعميلة خلال العلاج متسقاً من حيث أنه يأخذ شكل جرح نفسها أو تمزيق جسمها . وبالتالي فإن استخدامها للعقاقير فى الانتحار لم يكن أمراً محتملاً ، وقد سمحت المعالجة لنفسها بإحساس زائف بالأمان بالنظر إلى العقاقير .

ثالثاً ، أن انتحار فرد ما يتضمن توتراً يفوق المعتاد بالنسبة للعلاء البينيين أثناء العلاج الجماعى . وعلى الرغم من سهولة الاعتقاد أن التحالف غير قوى فى مجموعات التعليم النفسى والتدريب على المهارات السلوكية ، إلا أن خبرتنا تشير إلى غير ذلك ، فانتحار أحد أفراد المجموعة يعد كارثة ، ويمكن أن يودى إلى عدوى لمحاولات الإنتحار ، وانتحار فعلى ، وفشل فى العلاج . وبالتالي فهناك حاجة لقدر متطرف من العناية فى إدارة اجتماعات الجماعة لفترة من الوقت بعد وقوع انتحار .

وهناك حاجة لقدر مماثل من العناية بفريق العلاج ؛ حيث ينقطع حبل الأمل الذى يحمى المعالجين فى مواجهة مهمة مثبطة للهمم كهذه تجهد الشخص . ومن المهم أن تكون هناك مشاركة وقبول لردود الفعل الشخصية للمعالجين ، وتعرضهم لفترة من الحزن والألم .

ولا يعد الخوف من المسئولية القانونية من الأمور البعيدة على الإطلاق عن الموقف ، ويتعين مواجهته بصورة مباشرة . وتبدو الاستشارة القانونية ضرورية هنا . ويتعين فى الوقت نفسه قيام المعالج بمراجعة دقيقة للحالة ؛ حتى لو كان ذلك لمجرد تحسين العلاج فى المستقبل .

REFERENCES

- Adler, G. (1981). The borderline - narcissistic personality disorder continuum. *American Journal of Psychiatry*, 138, 46 - 50.
- Adler, G. (1985). *Borderline psychopathology and its treatment*. New York: Aronson.
- Adler, G., & Buie, D. H. (1979). Aloneness and borderline psychopathology: The possible relevance of child development issues. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 60, 83 - 96.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1993). *DSM-IV draft criteria as of 3 / 1 / 93*. Washington, DC: Author.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392 - 425.
- Benjamin, L. S. (1979). Structural analysis of differentiation failure. *Psychiatry*, 42, 1 - 23.
- Benjamin, L. S. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Bryer, J. B., Nelson, B. A., Meller, J. B., & Kroll, P. A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1426 - 1430.
- Buie, D. H., & Adler, G. (1982). Definitive treatment of the borderline personality. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9, 51 - 87.
- Clarkin, J. F., Marziali, E., & Munroe-Blum, H. (1991). Group and family treatments for borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 1038 - 1043.
- Clarkin, J. F., Widiger, T. A., Frances, A. J., Hurt, S. W., & Gilmore, M. (1983). Prototypic typology and the borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 263 - 275.
- Cowdry, R. W., & Gardner, D. L. (1988). Pharmacotherapy of borderline personality disorder: Alprazolam, Carbamazepine, trifluoperazine, and tranlycypromine. *Archives of General Psychiatry*, 45, 111 - 119.
- Cowdry, R. W., Pickar, D., & Davics, R. (1985). Symptoms and EEG findings in the borderline syndrome. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 15, 202 - 211.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion*

- in psychotherapy. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: The rational- emotive approach*. New York: Julian Press.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The global assessment scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766 - 771.
- Faltus, F. (1984). The positive effect of alprazolam in the treatment of three patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 141, 802 - 803.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20 - 35.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Grayson, J. B. (1985). Imaginal and in vivo exposure: A comparison with obsessive-compulsive checkers. *Behavior Therapy*, 16, 292 - 302.
- Frances, A., Fyer, M., & Clarkin, J. F. (1986). Personality and suicide. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487, 281 - 293.
- Gardner, D. L., & Cowdry, R. W. (1986). Alprazolam-induced dyscontrol in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 519 - 522.
- Gardner, D. L., & Cowdry, R. W. (1986). Pharmacotherapy of borderline personality disorder: A review. *Psychopharmacology Bulletin*, 25, 515 - 523.
- Golbberg, C. (1980). The utilization and limitations of paradoxical intervention in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 30, 287 - 297.
- Gottman, J. M., & Katz, L. F. (1990). Effects of marital discord on young children's peer interaction and health. *Developmental Psychology*, 25, 373 - 381.
- Gunderson, J. G. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J. G., & Kolb, J. E. (1978). Discriminating features of borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 135, 792 - 796.
- Gunderson, J. G., Kolb, J. E., & Austin, V. (1981). The diagnostic interview for borderlines. *American Journal of Psychiatry*, 138, 896 - 903.
- Herman, J. L. (1986). Histories of violence in an outpatient population. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 137 - 141.
- Herman, J. L., Perry, J. C., van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490 - 495.
- Hollandsworth, J. G., Jr. (1990). *The*

- physiology of psychological disorders*. New York: Plenum Press.
- Kegan, R. (1982). *The evolving self: Problem and process in human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson.
- Kernberg, O. F. (1984) *Severe personality disorders*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kernberg, O. F., Burstein, E., Coyne, L., Appelbaum, A., Horwitz, L., & Voth, H. (1972). Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36, 1 - 275.
- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York: Basic Books.
- Koerner, K., & Linehan, M. (1992). Integrative therapy for borderline personality disorder: Dialectical behavior therapy. In J. C. Norcross, & M. R. Goldfried, (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 433 - 459). New York: Basic Books.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, Mavis (1991). *Functional analytic psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Kyokai, B. D. (1966). *The teachings of buddha*. Tokyo, Japan: Author.
- Linehan, M. M. (1987a). Dialectical behavior therapy: A cognitive-behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders*, 1, 328 - 333.
- Linehan, M. M. (1987b). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51, 261 - 276.
- Linehan, M. M. (1989). Cognitive and behavior therapy for borderline personality disorder. In A. Tasman, R. E. Hales, & A. J. Frances (Eds.), *Review of psychiatry* (pp. 84 - 102). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060 - 1064.
- Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1992). *Naturalistic follow-up of a be-*

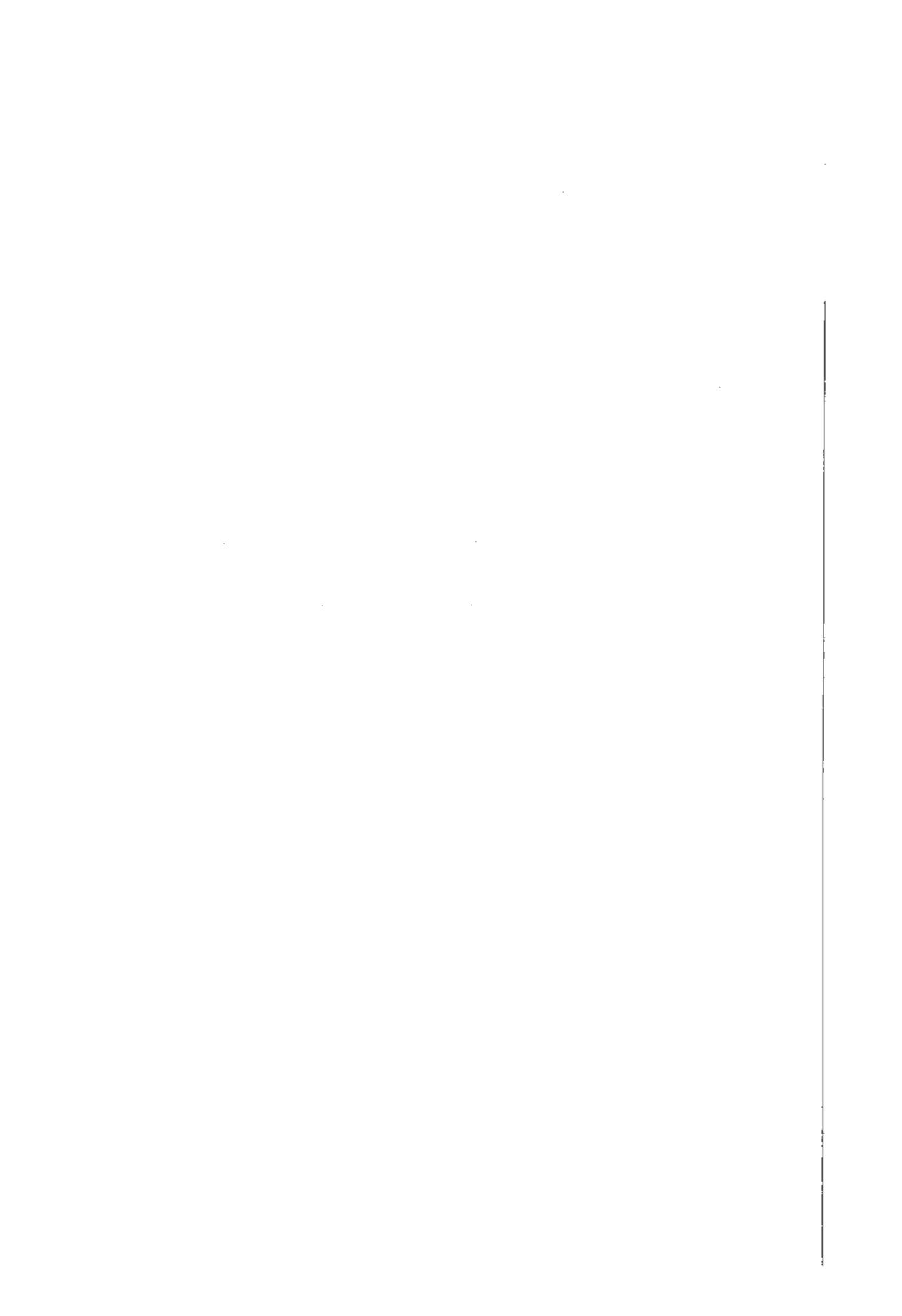
- havioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients.* Unpublished manuscript, University of Washington, Seattle, WA.
- Linehan, M. M., & Koerner, K. (1992). A behavioral theory of borderline personality disorder. In J. Paris (Ed.), *Borderline personality disorder: Etiology and Treatment* (pp. 103 - 121). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Linehan, M. M., Tutek, D., & Heard, H. L. (1992, November). *Interpersonal and social treatment outcomes for borderline personality disorder.* Poster presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Boston, MA.
- Links, P. S., Steiner, M., Boiago, I., & Irwin, D. (1990). Lithium therapy for borderline patients: Preliminary findings. *Journal of Personality Disorders, 4*, 173 - 181.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.), (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.* New York: Guilford Press.
- Marziali, E. A., & Munroe-Blum, H. (1987). A group approach: the management of projective identification in group treatment of self-destructive borderline patients. *Journal of Personality Disorders, 1*, 340 - 343.
- Masterson, J. (1976). *Psychotherapy of the borderline adult.* New York: Brunner / Mazel.
- Masterson, J. (1981). *The narcissistic and borderline disorders.* New York: Brunner / Mazel.
- Millon, T. (1987). On the genesis and prevalence of the borderline personality disorder: A social learning thesis. *Journal of Personality Disorders, 1*, 354 - 372.
- Munroe-Blum, H., & Marziali, E. (1987). *Randomized clinical trial of relationship management time-limited group treatment of borderline personality disorder.* Unpublished manuscript, Ontario Mental Health Foundation, Hamilton, Ontario.
- Munroe-Blum, H., & Marziali, E. (1989). *Continuation of a randomized control trial of group treatment for borderline personality disorder.* Unpublished manuscript, Canadian Department of Health and Human Services, Hamilton, Ontario.
- Paris, J., Brown, R., & Nowlis, D. (1987). Long term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Comprehensive Psychiatry, 28*, 530 - 535.
- Parsons, B., Quitkin, F. M., McGrah, P. J., Stewart, J. W., Tricamo, E., Ocepek-Welikson, K., Harrison, W., Rabkin, J. G., Wager, S. G., & Nunes, E. (1989). Phenelzine, imipramine, and placebo in borderline patients meeting criteria for atypical depression. *Psychopharmacology Bulletin, 25*, 524 - 534.

- Pretzer, J. (1990). Borderline personality disorder. In A. Freeman, J. Pretzer, B. Fleming, & K. M. Simon, (Eds.), *Clinical applications of cognitive therapy* (pp. 181 - 202). New York: Plenum Press.
- Reiser, D. E., & Levenson, H. (1984). Abuses of the borderline diagnosis: A clinical problem with teaching opportunities. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1528 - 1532.
- Rinsley, D. (1982). *Borderline and other self disorders*. New York: Aronson.
- Shearin, E. N., & Linehan, M. M. (1989). Dialectics and behavior therapy: A meta-paradoxical approach to the treatment of borderline personality disorder. In L. M. Ascher (Ed.), *The therapeutic paradox* (pp. 255 - 288). New York: Guilford.
- Shearin, E. N., & Linehan, M. M. (1992). Patient-therapist ratings and relationship to progress in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behavior Therapy*.
- Soloff, P. H., George, A., Nathan, R. S., Schulz, P. M., Cornelius, J. R., Herring, J., & Perel, J. M. (1989). Amitriptylin versus haloperidol in borderlines: Final outcomes and predictors of response. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 9, 238 - 246.
- Stone, M. H., Stone, D. K., & Hurt, S. W. (1987). Natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization. *Psychiatric Clinics of North America*, 10, 185 - 206.
- Turner, R. M. (1984, November). *Assessment and treatment of borderline personality disorders*. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Philadelphia, PA.
- Turner, R. M. (1989). Case study evaluations of a biocognitive-behavioral approach for the treatment of borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 20, 477 - 489.
- Turner, R. M. (1992). *An empirical investigation of the utility of psychodynamic techniques in the practice of cognitive behavior therapy*. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Boston, MA.
- Turner, R. M., & Hersen, M. (1981). Disorders of social behavior: A behavioral approach to personality disorders. In S. M. Turner, K. S. Calhoun, & H. E. Adams (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy* (pp. 103 - 123). New York: Wiley.
- Tutck, D. A., & Linehan, M. M. (1993). Comparative treatments for borderline personality disorder: Theory and research. In T. R. Giles (Ed.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 355 - 378). New York: Plenum Press.
- Wagner, A. W., Linehan, M. M., & Wasson, E. J. (1989, November). *Parasuicide: Character-*

- istics and relationship to childhood sexual abuse.* Poster presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.
- Waldinger, R. J., & Gunderson, J. G. (1984). Completed psychotherapies with borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*, 38, 1, 90 - 201.
- Wehster, M. (1983). *New universal unabridged dictionary.* Cleveland, OH: Ohio: Dorset and Baber.
- Whitaker, C. A. (1975). Psychotherapy of the absurd: With special emphasis on the psychotherapy of aggression. *Family Process*, 14, 1 - 16.
- Widiger, T. A., & Frances, A. J. (1989). Epidemiology, diagnosis, and comorbidity of borderline personality disorder. In A. Tasman, R. E. Hales, & A. J. Frances (Eds.), *American psychiatric press review of psychiatry* (Vol. 8, pp. 8 - 24). Washington, DC: American psychiatric Press.
- Young, J. (1983, August). *Borderline Personality: Cognitive theory and treatment.* Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Anaheim, CA.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach.* Sarasota, FL: Professional Resources Exchange.
- Young, J., & Swift, W. (1988). Schema-focused cognitive therapy for personality disorders: Part I. *International Cognitive Therapy Newsletter*, 4, 13 - 14.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1989). The revised diagnostic interview for borderlines: Discriminating BPD from other axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 10 - 18.

الفصل الحادى عشر

**الاختلالات الجنسية : اضطراب
الانتصاب لدى الذكور**



الفصل الحادى عشر

الاختلالات الجنسية : اضطراب الانتصاب لدى الذكور

جون ب. ونسز

John P. Wincze

جامعة براون

ميشيل ب. كارى

Micheal P. Carey

جامعة سيراكوز

أندور و. ميسلز

Andrew W. Meisler

جامعة ييل

ترجمة

دكتور صفوت فرج

قسم علم النفس جامعة القاهرة

يعد مؤلفو هذا الفصل من بين قادة المعالجين والباحثين الجنسيين فى هذا البلد . وهم يصفون فى هذا الفصل منحاهم الخاص فى علاج الاستثارة الجنسية لدى الذكور ، والتي يبدو ببساطة أنها أكثر المشكلات التي يواجهها المعالجون الذين يتعاملون مع الاضطرابات الجنسية الاكثر شيوعا .

ويشير المؤلفون ، بعد عرضهم للنموذج البيولوجى النفسى الاجتماعى للاختلالات الجنسية ، والذي يغطى الجوانب البيولوجية بالقدر نفسه من الحنكة التي يغطى بها الجوانب النفسية ، إلى أن التمييز بين الاسباب العضوية والاخرى نفسية المنشأ أصبح غير مفيد الان فى تقييم هذه المشكلات على وجه الخصوص . وهم يتقدمون بعد ذلك نحو وصف المكونات الستة الجوهرية فى العلاج الجنسى

الحديث مع الاشارة إلى أن بعض المكونات التقليدية (التركيز الحسى^(١)) قد لا تكون الاكثر أهمية فى كثير من الحالات .

ويقدم المؤلفون ما يبدو أنه حالة واضحة المعالم لاختلالات الانتصاب ذات المنشأ النفسى لدى الذكور . غير أن القارئ قد يصدم بالانحناءات والتحويلات التى يتخذها المؤلفون ، بوصفهم معالجين ، فى علاجهم لهذه الحالة ، والاستراتيجيات العلاجية النوعية المطلوبة لها ، مثال ذلك ما يشير إليه المؤلفون من أنهم لا يحاولون بالضرورة زيادة قوة الانتصاب .

ويمكننا أن نلاحظ فى العلاج الجنسى أحد أفضل أنماط التكامل بين المنحى المعرفى السلوكى ومناحى النظم^(٢) ، وأهمية مثل هذا التكامل من الأمور الواضحة للغاية فى دراسة الحالة المقدمة هنا .

د . ه . ب

مقدمة

لا توجد خبرة أكثر تهديداً ، للكثير من الرجال ، من الفشل فى تحقيق انتصاب عندما يرغبون . ومن المعتاد بالنسبة لمن يعانى من صعوبات الانتصاب أن يجد انه من الصعب عليه وصف مشكلته بقوله «أنه فقد رجولته» ، أو أنه «انتهى كرجل» . وبالتالي فإن صعوبات الانتصاب دائماً ما ترتبط بفقدان تقدير الذات ، والاكتئاب واليأس . وما يجعل الأمور أكثر صعوبة أن الرجال ممن لا يقيمون علاقة يتجنبون دائماً الصلات الاجتماعية مع الشريكات المحتملات ، مع شعور بالمهانة والإحراج من عدم القدرة على الأداء ، وبالمثل يتجنب من لديهم علاقات قائمة كل الصلات الجسمية بشريكاتهم ، وعندما يسألون لماذا أصبحوا لا يقبلون أو يعانقون أو يتحسسون أجسام شريكاتهم ، فإنهم يجيبون إجابات بلاغية قائلين : «ما قيمة البدء بشيء لا يمكن إكماله ؟» ، ويسلبهم هذا التجنب أية إمكانية

(1) Sensata focus

(2) Systems approaches

للحصول على المساندة الاجتماعية ، والشعور بالراحة ، والعلاقة النفسية الحميمة .
ونناقش في هذا الفصل اضطراب الانتصاب لدى الذكور . ونبدأ أولاً بتقديم تعريف إجرائي للمشكلة ، ثم نناقش مدى انتشارها ، ونقدم عرضاً للنقاط الرئيسية للنموذج المفهومي ، الذي يوجه أساليبنا في التدخل ، ثم ننتقل لمناقشة سياق عملنا الاكلينيكي ، مقدمين لمحة عن التقييم والعلاج ، ونوضح هذا المنحى من خلال حالة اكلينيكية حديثة .

تعريف اضطراب الانتصاب لدى الذكور

يعد اضطراب الانتصاب لدى الذكور وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1993) عدم قدرة متمكنة أو متكررة على تحقيق انتصاب ملائم أو استمراره حتى اكتمال النشاط الجنسي .

ويتطلب هذا التشخيص أن تتسبب مشكلة الانتصاب في «كدر ملحوظ أو صعوبات تفاعلية» ولا يشخص اضطراب الانتصاب لدى الذكور إذا كانت مشكلات الانتصاب ناتجة عن اضطراب نفسي آخر (مثل ذلك الأكتئاب الأساسي) أو عن تعاطي المخدرات ، أو الاثنين معا .

وقد أشير إلى اضطرابات الانتصاب لدى الذكور في كتابات ومناقشات سابقة ، باعتبارها اختلال الانتصاب^(١) ، وعجز الانتصاب^(٢) وعنة^(٣) . وقد هجر كثير من المعالجين التعبيرين الأخيرين لما لهما من دلالات مهينة . ويلاحظ على الرغم من ذلك أن أغلب الأطباء وكذلك الجمهور العام مازالوا يستخدمون تعبير «عنة» .

ويمكن تصنيف اضطراب الانتصاب لدى الذكور ، وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع باعتباره مستمراً مدى الحياة (يحدث خلال مدى الحياة الجنسية للشخص ، كما يشير إليه بعض المؤلفين باعتباره اضطراب أولياً^(٤)) أو

- (1) Erectile dysfunction
- (2) Erectile incompetence
- (3) Impotence
- (4) Primary

مكتسباً (يعرف أيضاً بوصفه اضطراباً ثانوياً⁽¹⁾) ويوصفه تعميمياً (أى يحدث مع كل شريك ، وفي كل نشاط جنسى ، وفي كل المواقف) مقابل كونه موقفياً (أى قاصر على العلاقة بين شركاء معينين ، أو ممارسة جنسية معينة ، أو مواقف معينة) .

وتشير خبرتنا إلى أن اضطراب الانتصاب المكتسب لدى الذكور هو الأكثر شيوعاً من اضطراب الانتصاب المستمر على مدى العمر ، وعلى الرغم من ذلك فعندما يتسم الاضطراب باستمراره على مدى العمر ، فالاحتمال الأكبر هو أن يكون أكثر خطورة وصعوبة في العلاج .

وقد يذكر بعض الرجال ممن يعانون من اضطراب الانتصاب أنهم غير قادرين إطلاقاً على تحقيق انتصاب ، على الرغم من أن الرجال من أصحاب الاضطراب الكامل أقل ميلاً للسعى إلى الحصول على خدمة علاجية من مهنيي الصحة العقلية مثل الأخصائيين النفسيين أو الأطباء النفسيين . أى أن هؤلاء الرجال يتجهون مباشرة إلى طبيب عام ، والذي عادة ما يكون طبيبهم الذي يقدم لهم الرعاية الأولية ، أو يتجهون إلى أخصائي المسالك البولية طلباً للعون . ومن الأمور الأكثر شيوعاً لدى الأخصائيين النفسيين لقاء أشخاص يشكون من :

(1) أنهم قادرين على تحقيق انتصاب جزئى ، غير أن هذا الانتصاب ضعيف للغاية بما لا يسمح بالإيلاج .

(2) أنهم يستطيعون الوصول إلى انتصاب كامل ولكنهم غير قادرين على مواصلته فترة كافية تسمح بالإيلاج والقذف فى المهبل .

(3) يمكنهم تحقيق انتصاب مع شريكة معينة ولكن ليس مع غيرها . ويذكر بعض هؤلاء الرجال أن الانتصاب الكامل ممكن أثناء الاستمنا ، أو عندما يستيقظون من النوم . وأخيراً فإن بعض الرجال القادرين على تحقيق انتصاب فعال يظلوا غير راضين عن مستوى انتصابهم .

وكما سبق الإشارة ، فإن الرجال الذين يعانون من مشكلات الانتصاب يشعرون بالإحراج ، وانعدام الشجاعة ، والاكتئاب ، وأحياناً ما يكونون انتحاريين

(1) Secondary

نتيجة لصعوبات الانتصاب لديهم ، ويحاول الكثير منهم علاج أنفسهم (بالكحول أو باستخدام المثبرات الجنسية⁽¹⁾) ، أو العقاقير الأخرى على سبيل المثال) أو بمشاهدة مناظر شهوانية أو بالانخراط في علاقة .

وعادة ما تفشل هذه العلاجات، لأن الرجال ينخرطون في علاقاتهم أو في ممارستهم للاستمناء باتجاه انهزامي وغير متوافق ، مثال ذلك أنهم يركزون على نتيجة تحقيق الانتصاب وليس على العمليات التي تحقق أستمتاعاً بالاثارة والمتعة الجنسية . وبالتالي قد يمارس أحد الرجال الاستمناء لمجرد أن يرى إذا ما كان الأمر على ما يرام ، وقد لا يمارس الاستمناء بطريقة مريحة وشبقية . وعندما لا تعمل مثل هذه الأساليب على مساعدة الذات فقد ينتهي الأمر بمزيد من الإحباط وربما اليأس ، كما قد ينتج عن ذلك أيضاً مزيد من الخلافات الزوجية أو انفصام العلاقات (أو زيادة العزلة الاجتماعية لغير المتزوجين) . ولهذا فعندما يصل الرجل وشريكته إلى عيادة المعالج الجنسي ، يكون هناك احتمال أن المشكلة شديدة الوطأة وأصبحت لها آثار ثانوية جانبية .

الاتشعار

يحتمل أن يكون من الصدق القول أن أغلب الرجال سيعانون من مصاعب وقتية في الحصول على انتصاب أو مواصلته في وقت ما على مدى عمرهم . ولتأخذ المثال التالي :

رجل يعمل بجد طوال الأسبوع ذهب مساء الجمعة إلى حفلة . وكان مرهقا بمعنى الكلمة ، ولكنه كان يتطلع إلى الاستثارة وتغيير الإيقاع . وبينما هو في الحفلة ، شرب هو وزميلته عدة كؤوس وظلوا في الحفلة لفترة متأخرة ، وعادوا إلى البيت بمزاج جنسي جيد ، غير أن الرجل كان مرهقا بشدة وثملاً لدرجة لم يستطع معها تحقيق انتصاب .

تمثل هذه الصعوبة بالنسبة لبعض الرجال مشكلة عابرة ذات مترتبات ضئيلة ، وعلى الرغم من ذلك فإن هذه الخبرة بالنسبة لشخص آخر تظل متمكنة وتؤدي إلى مشكلات تثير الانشغال ، ويصعب الحصول على تقييم دقيق لهذه المجموعة الأخيرة . وتقدر كابلان (1974) Kaplan أن ما يصل لحوالي ٥٠٪

(1) Aphrodisiacs

من الرجال يعانون من مثل هذه الصعوبات فى الانتصاب ، وهناك تقديرات أخرى غير مباشرة من مصادر متعددة :

(١) عدد مؤسسات رعاية الذات للرجال اصحاب مشكلات الانتصاب (أى العاجزين الجنسيين المجهلين^(١)) .

(٢) الاعلانات المتعددة التى تنشر فيما يطلق عليه مجلات الرجال والتى تقدم علاجات سحرية من نوع أو آخر .

(٣) الاهتمامات التجارية المزدهرة للعلاجات الطبية (أى الحقن الذاتى بالببافيرين^(٢) [وهو أحد مشتقات الأفيون] ، والعلاجات الهرمونية ، والمعينات التفريغية للانتصاب^(٣) وزراعة القضيب^(٤)) .

ولسوء الحظ لا توجد دراسات وبائية مجتمعية مضبوطة عن الصحة الجنسية .

وتوحى التقديرات المتحفظة أن اضطراب الانتصاب لدى الذكور قد يؤثر فيما يتراوح بين ٤ ٪ ، ٩ ٪ من مجموع السكان البالغين (Frank, Anderson, & Rubinstein, 1978; Nettelbladt & Uddenberg, 1979) وأن كينزى وبوميروى ومارتن (Kinsey, Pomeroy, and Martin (1948) وجدوا أن اضطراب الانتصاب يحدث لدى أقل من ١ ٪ من السكان الذكور قبل عمر ١٩ عاما وتزيد هذه النسبة لتصل إلى ٢٥ ٪ مع بلوغ عمر ٧٥ ٪ عاما .

وعلى الرغم من ذلك يمكن استخلاص تقديرات إضافية لانتشار اضطراب الانتصاب من تراث العلاج الإكلينيكي . وقد راجع سبيكتور وكارى Spector and Cary (1990) التراث ووجدوا أن اضطراب الانتصاب هو أكثر الشكاوى المعروضة شيوعاً فى عيادات العلاج الجنسي . مثال ذلك ما ذكره ماسترز وجونسون (Masters and Johnson (1970) من أن ٥٠ ٪ من الرجال الذين يطلبون العلاج فى معهدهم فى سانت لويس يشكون من أعراض ثانوية (أى

(1) Impotents Anonymous

(2) Papaverine

(3) Vacuum-aided erections

(4) Penile implants

مكتسبة) لاضطراب الانتصاب ، ويشكو ٨٪ من أعراض أولية (أى ممتدة على مدى العمر) لاضطراب الانتصاب . كما وجد فرانك واندرسون وكبفر Frank, Bancroft and Coles (1976) وAnderson, and Kupfer (1976) وبنكروفت وكولز (1976) أن ٣٦٪ و ٤٠٪ من الذكور المتقدمين للعلاج الجنسي كانت شكاواهم الأولية هي اضطراب الانتصاب ، وقد أعاد هوتون (1982) Hauton دراسة بنكروفت وكولز (1976) Bancroft and Coles (1976) (فى العيادة نفسها بعد عدة سنوات) ولاحظ أن اضطراب الانتصاب لدى الذكور يبلغ ٥٣٪ من مجموع المشكلات المعروضة فى العيادة . وقد ذكرت رينشو (1988) Renshaw فى فترة احدث أن ٣٥٪ من عملاء عيادتها فى شيكاغو يشكون من اضطراب الانتصاب على مدى العمر ، وأن ٤٨٪ يشكون من اضطراب الانتصاب المكتسب . ويتعين ملاحظة أن الار قام المذكورة فيما سبق مأخوذة عن أخصائيين نفسيين أكاديميين مهتمين بالعلاج الجنسي . ومن المحتمل أن تكون هناك أعداد أكبر من الرجال ، يتجهون بداية إلى العيادات الملحقة بأقسام المسالك البولية . ولسوء الحظ ، فإن البيانات المنظمة ما زالت غير متاحة حتى الآن من هذه الأقسام .

النموذج العضوي النفسي الاجتماعي^(١)

تبدو جهود فهم أسباب اضطراب الانتصاب ذات صبغة ثنائية ، بمعنى أن الصياغات المتعلقة بالأسباب ، وإجراءات التشخيص والتدخل تعكس فكرة أن المشكلة إما أن تكون عضوية (أى ناتجة عن أسباب عضوية) أو وظيفية^(٢) (أى ناتجة عن أسباب نفسية) . ونحن نفهم الآن أن أغلب المشكلات الجنسية تتضمن تفاعلا معقدا بين عوامل خطر عضوية ونفسية واجتماعية . وقد أوضحت دراسات حديثة متعددة أن سببين على الأقل (أى عاملى خطر) وجدا فى ثلثين (أو أكثر) من الحالات (راجع : Buvat, Buvat-Hebaut, Lemaire, Marlin, and Quittelier, 1990) . وقد يتطلب التقييم والعلاج مدخلات نظم علمية متعددة ؛ حتى يمكن التعامل مع الأسباب المختلفة للاضطراب . ونصف هنا باختصار بعض عوامل الخطر المحتملة لعجز الانتصاب ، وناقش فهمنا للتفاعل بينها ، ويخدم هذا الفهم بوصفه نموذجاً يقود عملنا الإكلينيكي .

(1) Biopsychosocial Model

(2) Functional

عوامل الخطر العضوية لاضطراب الانتصاب لدى الذكور

في المستوى العضوي للتحليل

يتطلب امتلاء القضيب⁽¹⁾ في مستوى التحليل العضوي شبكة للأداء الفيزيولوجي الجيد ، وقد اعتبرت الغدد الصماء والأوعية الدموية والجهاز العصبي ، تقليدياً ، الأكثر أهمية للأداء القضيبى . وظلت الغدد الصماء هي المتهمة لفترة طويلة بأنها السبب المباشر وراء صعوبة الانتصاب ، وكانت المستويات المنخفضة بصورة شاذة من هرمون التستوستيرون⁽²⁾ والمستويات شاذة الارتفاع من البرولاكتين⁽³⁾ من بين المتهمين الأساسيين .

وقد وفرت البحوث الميدانية دعماً مختلطاً فقط للفرض ، الذى يرى أن مستويات التستوستيرون مسؤولة عن اضطراب الانتصاب (Jones, 1985) ، وتوثق عديد من التقارير العلمية حقيقة أن مستويات التستوستيرون لدى الرجال أصحاب المستويات الأدنى من البلوغ⁽⁴⁾ تمكثهم من الاستمرار فى الحصول على انتصاب ملائم (مثال ذلك : Davidson, Camargo, Smith, & Kwan, 1983) ، كما ذكر باحثون آخرون (مثال ذلك : Salmimies, Kockott, Prike, 1982) ، Vogt, & Schill, 1982) أن علاج الرجال أصحاب هذه المستويات غير السوية بهرمون التستوستيرون يؤدي إلى زيادة فى الانتصابات الالية . وبالتالي ترى التحليلات الأكثر تدقيقاً أن التستوستيرون قد يكون أكثر أهمية للإثارة والرغبة الجنسية ، القائمة على الشغف منه لحالات الانتصاب القائمة على مذبهات خارجية (Bancroft & Wu, 1983) .

وعادة ما لا تؤدي المشكلات الهرمونية الأخرى إلى عجز فى إمكانية الانتصاب ، على الرغم من أن الزيادة الحادة فى البرولاكتين⁽⁵⁾ (وهو أمر نادر) غالباً ما ترتبط باضطراب الانتصاب ، ويحتمل ألا يؤدي القدر المتوسط منها إلى صعوبات فى الانتصاب (Buvat et al., 1985) . وباختصار ، يوافق أغلب الخبراء على أن العامل الهرموني نادراً ما يكون السبب الأوحده أو الأولى الذى

(1) Penile Tumescence

(2) Testosterone

(3) Prolactin

(4) Prepubertal

(5) Hyper prolactinemia

يقف خلف أغلب حالات اضطراب الانتصاب (مثال ذلك؛ Jones, 1985; Schover & Jensen, 1988)

وتمثل صعوبات وأمراض الأوعية الدموية ، من ناحية أخرى ، تهديداً أكبر كثيراً للأداء القضيبى (Papadopoulos, 1989) ؛ لأن الانتصاب أساساً ظاهرة دموية (أى أن تحقيق الانتصاب يتم من خلال تدفق ثلاثة أضعاف مقدار الدم المتدفق للقضيب) والعطب الذى يصيب نظم الشرايين (أى فى التدفق اليه) أو نظم الأوردة (أى فى التدفق منه) ، يحتمل أن يؤدي إلى صعوبات فى الانتصاب. وقد لا يكون التدفق الشريانى إلى القضيب كافياً نتيجة لعدد من الأسباب المرضية التى تحد من مقدار الدم الذى يصل إلى القضيب ، ومن بين هذه الأسباب ، الأمراض التى تؤثر فى الشرايين الحوضية المركزية^(١) (التي تزود الأرجل بالدم) والشرايين الدقيقة (التي تزود القضيب مباشرة) أو الأمراض التى تؤثر فى كليهما . وقد يكون تصلب الشرايين^(٢) (أى الخشونة والضييق وفقدان المرونة فى الجدران الداخلية للشرايين) أكثر الأسباب الشائعة فى حالات نقص الكفاءة الشريانية (Wagner & Metz, 1981) . وأكمل روزبارسكى وميشل (Ruzbarsky and Michal (1977) فحوصاً تالية لحدوث عدم انتصاب لثلاثين حالة من الرجال تتراوح أعمارهم بين ١٩ ، ٨٥ عاماً ، وذكر أن كل الرجال ممن تزيد أعمارهم عن ٣٨ عاماً يبدأون فى اظهار علامات لأمراض شريانية فى القضيب . ويمكن تقييم مدى ملاءمة التدفق الشريانى بدراسات دوبلر^(٣) [الفيزيائية] (Jevtich, 1980) . والتدخل الجراحى لتوسيع الشرايين متاح إذا كان هناك انسداد محدد فى شرايين القضيب (لاحظ أن توسيع الشرايين عادة ما لا يقبل التطبيق إذا ما كانت هناك أمراض شريانية منظمة) .

وقد حظى دور الجهاز العصبى فى اضطراب الانتصاب باهتمام بحثى بالغ (مثال ذلك ؛ Lewis, 1991; Hricak, Schmidt, & Tanagho, 1986) والمشكلة الأساسية هنا هي أن الارتشاح الوريدي^(٤)؛ أى التدفق الدموى الشريانى

- (1) Central Pelvic arteries
- (2) Arteriosclerosis
- (3) Doppler studies
- (4) Venous leakage

ملائم لإحداث انتصاب ، غير أن التدفق الوريدي السريع الراجع لا يمكن من استمرار الانتصاب . ويمكن تقييم الارتشاح الوريدي ، من خلال إحداث انتصاب زائف باستخدام البابافرين⁽¹⁾ ، ودراسة نمط هروب الدم من القضيب (أى باستخدام الرسام المسامي⁽²⁾) يضاف إلى ذلك أن العلاج بجراحة توسيع الأوردة يمكن أن يعالج بنجاح بعض الحالات مؤدياً إلى تدعيم مباشر لدور هذا الميكانيزم المسبب للمرض (مثال ذلك : Williams, Mulcahy, Hartnell, & Kiely, 1988) . ويتعين على الرغم من ذلك ملاحظة أن مشكلات الارتشاح الوريدي غالباً ما تكون مسئولة عن نسبة صغيرة فقط من حالات اضطراب الانتصاب ، كما أنها قد تكون أكثر الأسباب صعوبة في علاجها جراحياً (Lewis, 1991) .

ويمكن عزو صعوبات الانتصاب للأمراض العصبية أيضاً . والأسباب المرضية المحتملة التي تعزى لها تتضمن أمراض الفصوص المخية⁽³⁾ (مثال ذلك الصرع) وأمراض الغدة النخامية - المهاد الأدنى⁽⁴⁾ (أى التلف في الغدة النخامية) وأمراض الحبل الشوكي (التصلب المتعدد⁽⁵⁾) ، والأمراض الخاصة بالجهاز العصبي الطرفي (مثال ذلك مرض السكر وأمراض الكلى) ، والأورام (أى إصابات الحبل الشوكي) . ويعد السكر من بين أكثر الأسباب ذات العلاقة العصبية الأكثر شيوعاً ، التي تعرض الرجال لعامل خطر مرتفع للأمراض العصبية ولاضطراب انتصاب تال .

وعموماً ، توحى الدلائل المتوفرة أن العوامل العصبية دائماً ما تكون متضمنة في اضطراب الانتصاب الذي يعزى إلى السكر (Meisler, Carey, Lantinga, & Krauss, 1989) أو إلى ضعف أو تلف الغدد الصماء والأوعية الدموية ، وقد تحدث أمراض الجهاز العصبي نتيجة لعدد من الحالات الطبية المزمنة . يضاف إلى ذلك أن الاستهلاك الإدماني للكحول يرتبط هو الآخر بمخاطر متزايدة لاضطراب الانتصاب ، ويحتمل أن يكون ذلك نتيجة إحداثه لاستفارة عصبية مرضية مبكرة (Schover & Jensen, 1988) ، وقد حظى

(1) papaverine

(2) Cavernosography

(3) Cerebral hemispheres

(4) Hypothalamic-pituitary axis

(5) Multiple sclerosis

تأثير سوء استخدام المواد الأخرى على الأداء القضيبى بقدر أقل من الدراسة (Buffum, 1982, 1986) ، على الرغم من أن هناك ما يوحي أن معدلات اضطراب الانتصاب بين مدمني الهيرويين تبلغ ٢٨٪ إلى ٤٣٪ ، وبين ٤٠ إلى ٥٠ لدى مستخدمي الميثادون (Segraves, Madsen, Carter, & Davis, 1985) ، وكلا التقديران مرتفعان جوهرياً عن معدلات التكرار لدى الجمهور العام، ولإنتاج تقديرات تتسم بالثبات بالنسبة لبقية المواد الأخرى شائعة الاستخدام (مثل ذلك الامفيتامين ، والحشيش والكوكائين) والعقاقير العلبية (بما فى ذلك مضادات الذهان ، ومضادات الاكتئاب الثلاثية ، والليثيوم والمهدئات الصغرى) ، والتي يمكن أن يكون لها تأثير مضاد للأداء الانتصابى . (Segraves & Segraves, 1992)

ومن المعتقد على نطاق واسع أن العقاقير المهدئة تضعف الانتصاب (Papadoulos, 1989) وعلى الرغم من ذلك ، فمن المهم الإشارة إلى أن هذا التأثير لا يشمل كل المهدئات ، وحتى عندما تكون هناك بالفعل صعوبات انتصاب، فقد ترجع هذه الصعوبات للمرض (أى للتوتر المفرط) أو علاجه (أى العقاقير) وردود فعل المريض له ، أو لكليهما (Bansal, 1988) . مثال ذلك أن هناك تقديرات توحي أن ما بين ٨٪ إلى ١٠٪ من مرضى التوتر المفرط لديهم اضطرابات انتصاب سابقة على العلاج (Oaks & Moyer, 1972) . ويحتمل أن يكون هذا التقدير أقل من الواقع . وعلى الرغم من أن بعض العقاقير المهدئة مثيرة للازعاج على وجه الخصوص ، بما فى ذلك مدرات البول (مثل ذلك الهيدركلوروثيازيد^(١) والكلورثاليدون^(٢) والسبيرونولاكتون^(٣)) ، وكذلك مضادات الأدرينالين (مثل : الميثالودوبا^(٤) والكلوندين^(٥) والرزربين^(٦)) وبعض كوابح الأدرينالين (مثل ذلك البروبرانولول^(٧)) وبعض معيقات قنوات الكالسيوم (مثل ذلك : الفيراباميل (Verapamil; Segraves & Segraves, 1992) .

- (1) Hydrochlorothiazide
- (2) Chlorthalidone
- (3) Spironolactone
- (4) Methyldopa
- (5) Clondine
- (6) Reserpine
- (7) Propranolol

وأخيراً ، تجدر الإشارة إلى أن عددا قليلا من الدراسات هو الذى قدم دلائل مقنعة حول العلاقة بين الجرعات المعينة والاستجابة ، والتباين الجوهري بين الأفراد (في ضوء العمر والحالة المرضية النوعية والعوامل الأخرى ذات العلاقة) والاستجابة المعتادة ، وكان من الصعب نتيجة لهذا ، حتى بالنسبة للخبراء الخروج باستخلاصات مدعمة تدعياً جيداً ، تتعلق باضطراب الانتصاب فى علاقته بالمهدئات العصبية (راجع : Papadopoulos, 1989; Segraves & Segraves, 1992).

إذاً ، فهناك على وجه العموم عددا من العوامل الفيزيولوجية ، التى يمكن أن تضعف الانتصاب . ومن الضرورى تحديد إذا ما كانت المشكلات الهرمونية وتلك الخاصة بالأوعية الدموية والدوائية أو العصبية تعمل أولاً قبل بدء التقييم والعلاج النفسى المكثف أم لا . وهناك طريقتان على الأقل للتحقق من ذلك :

(١) تعرف من خلال المقابلة ما إذا كان العميل يستطيع الحصول على انتصاب ، ويستمر فيه لفترة معتادة فى بعض المحاولات التى يقوم بها على الأقل (ومن الحكمة الحصول على تأكيد لذلك من الشريكة) .

(٢) تحديد مدى امتلاء القضيب من خلال ملاحظة نفسية فسيولوجية بما يؤكد أن الرجل يستطيع تحقيق انتصاب . وإذا لم يوفر كل من هذين التقييمين دليلاً على أن الرجل يمكنه الحصول على انتصاب ، فسيكون من الحكمة أن يطلب منه الحصول على فحص طبي شامل من أخصائى مسالك بولية (يمكن الحصول على مزيد من المعلومات حول الكشف عن إسهام العوامل العضوية فى اضطراب الانتصاب فى بوفات وزملائه 1990 Buvat et al.) .

ويعتمد بقية هذا الفصل على إفتراض أن العميل قادر فى الوقت الراهن تحت ظروف معينة (مثال ذلك خلال الاستمنا ، والأحلام ، أو خلال بعض الأنشطة الشبقية) على الحصول على انتصاب معتاد ، بمعنى انتصاب يسمح له بتحقيق إيلاج فى مهبل أو شرج ، أو القيام بمضاجعة) ، ولا يتعين أن يكون هذا الانتصاب قوياً بنسبة ١٠٠٪ من القدرة السابقة للرجل ، وعلى الرغم من ذلك يتعين توفر إمكانية تتراوح بين ٥٠٪ ، ٧٥٪ للانتصاب ، إذا اراد الرجل الاستمرار فى المضاجعة (كما يفعل غالباً) . وإذا ظهر أن الرجل لا يملك إمكانية تحقيق

انتصاب رغم أنه مازال يرغب في مضاجعة مهبلية أو شرجية ، فيتعين أن يسعى لتدخل طبي (مثل ذلك زراعة قضيب⁽¹⁾) وفي هذه الحالة يظل العميل مستفيدا من المبادئ التي تم عرضها هنا . غير أن علاجا طبيا ومتابعة سيكونان ضروريين (راجع : Schove, 1989) وفي كلتا الحالتين ، فإن هدف منحاها هو تحديد العوامل النفسية الاجتماعية ، التي تمثل حدوداً إضافية على إمكانية الانتصاب والرضا الجنسي العام .

عوامل الخطر النفسية الاجتماعية

ذكر عديد من العوامل النفسية الاجتماعية التي افترض أنها أسباب مرضية في اضطراب الانتصاب ، ويمكننا أن نصنف أكثر الأسباب النفسية الاجتماعية صلة باضطراب الانتصاب لدى الذكور في فئتين عريضتين هما : عوامل الفرد ، وعوامل العلاقات .

عوامل الخطر المتعلقة بالفرد

قد يؤدي عديد من العوامل الكاملة لدى الفرد إلى إضعاف إمكانية الوصول إلى انتصاب ، وتعكس بعض هذه العوامل حالات خطيرة ، حادة أو مزمنة ترتبط بالأنماط العامة لضعف الأداء النفسي والاجتماعي . وقد رأينا بالفعل أن سوء استخدام المخدرات على مدى طويل يمكن أن يضعف البنية الفيزيولوجية اللازمة لإحداث الانتصاب ، كما يمكن لسوء الاستخدام قصير المدى للمخدرات أن يضعف بالمثل الانتصاب وبصورة مباشرة (من خلال عمله كمثير عصبي مركزي للاكتئاب) أو بصورة غير مباشرة (مثل ذلك بخفض تقدير الذات أو زيادة احتمالات فصم العلاقات) . وتؤدي بعض الحالات النفسية ، مثل : الاضطراب العصابي ، واضطراب الاكتئاب الأساسي ، والاضطرابات القطبية ، والفصام ، وبعض اضطرابات الشخصية إلى إضعاف التكامل النفسي للفرد إلى المدى الذي يصبح الأداء الجنسي معه غير ممكن . وبالتالي فقد يتزايد ظهور مثل هذه الاضطرابات النفسية مع اضطراب الانتصاب لدى الذكور ، ويتعين تأجيل العلاج الجنسي حتى يتم علاج الحالات النفسية الأكثر تمكنا .

ويضعف الانتصاب أيضاً نتيجة لمجموعة متنوعة من العوامل الأقل خطورة نفسياً . ولتسهيل المناقشة ، يمكننا تقسيم هذه العوامل إلى عوامل وجدانية

(1) Penile Prosthesis

وأخرى معرفية . وقد اقترح عدد من المنظرين العوامل الوجدانية السلبية باعتبارها عوامل مسببة ، والحالة الانفعالية التي يشار إليها دائما في هذا السياق هي القلق . مثال ذلك أن كابلان (1974) Kaplan تذكر أن القلق الظاهر دائما ما يسهم بصورة ثابتة في العنة؛ (p. 129) وبالمثل يلقي ماسترز وجونسون Masters and Johnson (1970) الضوء على «الدور العميق الذي تلعبه المخاوف في الاداء الجنسي» (p. 84) . وتظهر المخاوف المرتبطة بالأداء والقلق عادة كحالة ثانوية لنوبة فشل أولى لاضطراب الانتصاب ؛ أي عندما يكون الرجل غير قادر على تحقيق انتصاب في ظرف ما (لأي سبب كان) وعندئذ يبدأ في معاناة خشية توقع الفشل ، والتي تؤدي بدورها إلى تشتيت تركيزه على المؤشرات الشبقية وإمتاع شريكته .

ويتعلق بذلك أيضاً إمكان إضعاف مصادر القلق غير الجنسية للانتصاب . ويكون الرجل في هذه الحالة مشغولاً قبل ذلك بصعوبات مالية ، أو توترات متعلقة بالعمل ، أو انشغالات متعلقة بتربية الاطفال أو غيرها . والانشغال بمثل هذه التهديدات للسعادة يمكن أن يقوض قدرة الرجل على الاسترخاء وممارسة المداعبة والاستمتاع برفاهية الجنس ، ولا تحتاج مثل هذه الخلفيات للتوتر لأن تكون كبيرة بدرجة ساحقة أو حتى واضحة للرجل أو شريكته . بمعنى أن تأثير مثل هذه التوترات قد يكون دقيقاً ، وعلى الرغم من ذلك فعندما يتزوج مثل هذا التوتر مع بقية عوامل الخطر ينتج اضطراب للانتصاب . وهناك دراسة متعلقة تدعم هذه النقطة قام بها كل من موراكوف ويوم وماكينون وجليلند Morokoff, Baum, Makinon, and Gilliland (1987) . وقد قيم هؤلاء المؤلفون التأثيرات التفاعلية بين التوتر المزمن (مثل البطالة الحقيقية أو التهديد بها) والتوتر الحاد (مثل التحدث عن سلوكهم الجنسي) . وتشير النتائج التي خرجوا بها إلى أن ضعف الانتصاب يحدث نتيجة لمجموعة مركبة من عوامل التوتر المزمنة والحادة .

وبالإضافة إلى القلق يذكر ميسلر وكاري (1991) Meisler and Carey في وقت حديث أن الاكتئاب الوجداني الحاد - الأقل حدة من أعراض الاكتئاب الأساسي - يمكن أن يخفف بالمثل من الاستثارة الذاتية ؛ وقد أوضح بارلو (1986, 1988) Barlow بالمثل التأثير المحتمل للاكتئاب الوجداني على الاستثارة الذكرية . ويتبين من بحثه أن الرجال الذين يعانون من اضطراب

انتصاب دائماً ما يظهرون مشاعر سلبية في وجود منبهات شهوية .

والغضب هو الانفعال الثالث الذي تم الربط بينه وبين اضطراب الانتصاب لدى الذكور . مثال ذلك أنه تبين من دراسة مبكرة هدفت لفحص تأثير الحالة الوجدانية على الاستثارة الجنسية ، قام بها ولشيك وزملاؤه Wolchik et al. (1980) أن الاستثارة الجنسية الشبقية المنبهة نقصت نتيجة للتعرض السابق لفيلم يستثير الاكتئاب والغضب ، ويتسق ذلك مع مشاهداتنا الاكلينيكية . فالأزواج الذين يعرضون بمشكلات جنسية غالباً ما يذكرون (ودائماً ما يظهرون) غضباً من أحدهما نحو الآخر . ويبدو أن مثل هذا الغضب ينشأ ، في بعض الحالات ، عن صعوبات جنسية . وعلى الرغم من ذلك ، يكون غضب الرجل من شريكته في حالات أخرى عاملاً مهيباً واضحاً . وقد التقى أحدنا (ج.ب.و) حديثاً عميلاً له يضمّر غضباً نحو زوجته بسبب علاقة حب ارتبطت بها مع شخص آخر قبل اثني عشر عاماً . وبالإضافة إلى هذا الغضب الذي لم يحل ، ظلت المشاعر السيئة والامتعاض قائمين بصورة نشطة ، وقد شكّا الرجل متوجعاً من أن زوجته لا تبذل أى جهد لمساعدته، في تحقيق انتصاب ، وكان مقتنعاً أنها مستمرة في القيام بأشياء تهدف لتخريب علاقتهما الجنسية .

ويرتبط ارتباطاً وثيقاً بالمشاعر السلبية التي يمكن أن تضعف الانتصاب لدى الذكور (وربما لا ينفصل عنها) ، الأفكار التي يمكن أن تؤدي إلى اضطراب انتصاب . وقد سبق أن أشرنا بالفعل إلى أن الانشغال بالأداء والخشية القلقة يمكن أن يؤديا إلى التدخل في الأفكار ، وتشتيت الانتباه عن المؤشرات الشبقية . وتعد أعمال بارلو وزملائه (Barlow, Sakheim & Beck, 1983; Beck, Barlow & Sakheim, 1983; Sakheim, Barlow, Beck & Abrahamson, 1984) مفيدة على وجه الخصوص في عزلها العوامل المعرفية ذات العلاقة باضطراب الانتصاب ؛ فقد قاموا بمقارنة رجال يعانون من اضطراب الانتصاب برجال لا يعانون من أى مشكلات تتعلق بالانتصاب ، ووجدوا الآتي :

(١) أن الرجال الذين يعانون من اضطراب الانتصاب يميلون إلى إعطاء تقييم أدنى لمقدار الاستجابة الانتصابية التي يحققونها بالفعل . بينما كان أفراد المجموعة الأخرى أكثر دقة في تقديرهم للاستثارة .

(٢) يميل الرجال الذين يعانون من اضطراب الانتصاب إلى زيادة استجاباتهم الانتصابية ، عندما يركزون على منبهات غير شبقية أثناء التنبيه الجنسي ، بينما يميل الرجال الذين لا يعانون من اضطرابات الانتصاب إلى خفض استجاباتهم الانتصابية ، عندما يركزون على منبهات غير جنسية .

(٣) يميل الرجال الذين يعانون من اضطراب الانتصاب إلى خفض استجاباتهم الانتصابية عندما توجد مطالب للاستثارة ، بينما تكون خبرة أولئك الذين لا يعانون من اضطراب الانتصاب على النقيض .

وبالإضافة إلى المكونات المعرفية السلبية (أى قلق التوقع ، والانشغال بالأداء) التى ترتبط باختلالات الانتصاب ، تتوفر دلائل حديثة على أن اصحاب اضطراب الانتصاب لديهم عدد أقل من المعارف الايجابية عند تعرضهم لمواد شبقية (Meisler & Carey, 1992) ؛ أى إن اصحاب الاضطراب يركزون بدرجة أقل على الجوانب الايجابية أو المثيرة للموقف .

عامل معرفى آخر يسهم فى صعوبات الانتصاب ، هو الجهل بالخصائص الجنسية النفسية الفسيولوجية على وجه الخصوص . مثال ذلك أن بعض عملائنا المسنين لديهم توقعات حول قدرتهم على تحقيق انتصاب بمجرد تفكيرهم فى أشياء جنسية ، أو عند رؤيتهم لشخص جذاب ، ولأن هذه كانت توقعاتهم فى شبابهم ، فهم يتوقعون أن تستمر هذه الحساسية المفرطة/والاستجابية المفرطة إلى الابد . وعلى الرغم من ذلك ، يحتاج الكثير من الرجال إلى زيادة المنبهات المباشرة للحصول على انتصاب مع تقدمهم فى العمر ، وإذا لم يتوفر هذه التنبيه على الفور فالاحتمال هو عدم حدوث انتصاب .

وقد يظهر اضطراب الانتصاب كعرض ثانوى لاضطرابات جنسية أخرى مثل القذف المبكر^(١) وانخفاض الرغبة . ولأن مناقشة اسباب هذا الاضطراب ، وتقييمه ، وعلاجه خارج نطاق هذا الفصل ، فإننا نحيل القارئ المهتم إلى الكتاب الحديث لوينسز وكارى (Wincez and Carey (1991) .

(1) Premature ejaculation

عوامل الخطر العلاقاتية

مثلاً يبسر التكامل النفسى الفيزيولوجى الانتصاب يفعل تكامل العلاقات ذلك بالمثل تماماً ، ومما لا يثير الدهشة عندئذ أن نجد أنه قد تم الربط بين كثير من خصائص العلاقات واضطراب الانتصاب لدى الذكور (Leiblum & Roesn, 1991, 1992) . والعلاقة التى لا تتطور من خلال الثقة أو تتأكل تعد على وجه الخصوص تربة خصبة لاضطراب الانتصاب لدى الذكور . ولا تقوم بعض العلاقات على أساس الاحترام المتبادل أو الثقة ، ويمكن الهيمنة خلال المراحل المبكرة للعلاقة على هذا العيب من خلال الانجذاب النشط والسلوك الصحى . وعلى الرغم من ذلك يصبح نقص الثقة أكثر وضوحاً مع ضعف هذه العوامل القوية مع الوقت ، كما يمكن أيضاً تعرض الثقة التى كانت قائمة إلى الضعف أو الانهيار نتيجة للخيانة الزوجية ، أو بعض العلاقات المسفة .

وقد يعانى الرجال الذين فقدوا جاذبيتهم بالنسبة لزوجاتهم من مشكلات انتصاب ، وليس من غير المعتاد أن يقرر العملاء أنهم يحبون زوجاتهم ، ولكنهم أصبحوا لا يثيرون جاذبيتهم حسيّاً . وقد لا يجد الرجل زوجته جذابة على الإطلاق فى بعض الحالات (ولكنه تزوجها لصفات أخرى فيها) ويكون قادراً على تعويض ذلك . وقد يختلف الشركاء أيضاً فى سيناريوهاتهم⁽¹⁾ (Gagnon, 1990; Gagnon, Rosen & Leiblum, 1982; Leiblum & Rosen, 1992) والمبادرات تعبير مستعار من علم الاجتماع وعلم النفس الاجتماعى ، يستخدم لوصف الأنشطة الجنسية المقبولة وكذلك الطرق والأوقات التى تظهر فيها هذه الطرق . وتخدم المبادرات بوصفها خطة أولية أو مؤشرات لما يتعين عمله ، عندما تكون مثيرة جنسياً ، وتختلف السيناريوهات بين الأزواج بالطبع ، غير أن الأمر الجوهرى هو ما إذا كان الشركاء يصلون إلى حلول لاختلافاتهم بطرق متبادلة ومقبولة لكل منهما ومرضية جنسياً أم لا . والأزواج الذين لا يتفاهمون حول السيناريوهات الجنسية المقبولة ، يصبحون عرضة للصعوبات الجنسية ، بما فى ذلك اضطراب الانتصاب لدى الذكور (Leiblum & Rosen, 1992) .

وإذا تفاهم الزوجان حول سيناريوهاتهم الجنسية بطريقة فعالة ، فلا بد أن يصلا إلى تواصل (مثال ذلك : Metts & Cupach, 1989) . ودائماً ما تلعب

(1) Scripts

صعوبات التواصل دوراً في اضطراب الانتصاب لدى الذكور . وكما يذكر ماسترز وجونسون (1970) Masters & Johnson ، يمتد الفشل في التواصل من حجرة النوم بسرعة إلى كل مراحل الزواج ، وعندما لا يوجد أمان أو تماثل متبادل في السيناريوهات الجنسية يكون من النادر حدوث تحرر في الأشكال الأخرى من التواصل الزوجي ، (p.15) وسواء كانت صعوبات التواصل التي تبدأ في حجرة النوم قابلة للحوار أم لا ، إلا أن هناك القليل من الاختلاف حول أنه إذا فشل الشريكان في التواصل ، فإنهما يصبحان في خطر التعرض لمشكلات جنسية .

وهناك ، لسوء الحظ ، قدر قليل من البحوث التي قيّمت تأثير العوامل الخاصة بالعلاقات على اضطراب الانتصاب لدى الذكور ، وبالتالي فقد أعتمدنا على خبرتنا الكلينيكية لتوجيه مناقشتنا . ونحن على اقتناع بأهمية هذه العوامل ، ولكننا نرحب بالبيانات الواقعية لدعم عملنا .

النموذج الموجه لعملنا

نحن نفترض أن القوى العضوية والنفسية والاجتماعية يمكن أن تسهم - منفردة أو مجتمعة - في التسبب في اضطراب الانتصاب لدى الذكور (Meisler & Carey, 1990; Wencze & Carey, 1991) .

وقد يكون عامل واحد منفرد قوياً بقدر كافٍ في بعض الحالات لمنع الانتصاب ، ويسهل نسبياً تعرف مثل هذه الحالات ، وتقييمها (وأحياناً) علاجها . وعلى الرغم من ذلك ، فالأمر الغالب هو وجود تأليف من القوى الدفينة التي تعمل معاً لإضعاف إمكانية الانتصاب . ولتفسير هذا النوع من النماذج للعملاء لنستخدم فكرة الأوزان المجازية ، التي تؤثر على قضيب منتصب (فوزن منفرد على سبيل المثال مثل نقص التواصل الفعال) قد لا يكون كافياً للتأثير في قوة انتصاب قضيب شاب في صحة جيدة ، وعلى الرغم من ذلك ، فإن تأثيرات مجموعة من العوامل المختلفة (مثل ذلك تصلب الشرايين ، والاكتئاب الوجداني ، والمبادرات غير المتطابقة) قد تكون كافية لإضعاف الانتصاب لدى رجل في منتصف العمر .

ونحن نفترض أيضاً أن التأثير النهائي ، لعدد من عوامل الخطر قد يسهم سلباً بطريقة متفاعلة (وليس كمجرد نتيجة لمجموع العوامل) معبراً عن نفسه بصور مختلفة ، عندما يكون هناك تعدد في عوامل الخطر ، وبحيث يكون ناتجها

الصافي أكثر من مجموع العوامل الفردية . مثال ذلك أن ليبلوم وروزن Leiblum and Rosen (1991) راجعا التراث الذي يوحى أن المستويات الاجتماعية الدنيا (الناجمة عن فشل الخبرات) ، يمكن في الواقع أن تخفض من مستوى دورة التيستوستيرون . والنتيجة الطبيعية لهذا الفرض هي أن العلاج قد يكون له تأثير أكبر من المتوقع بداية (أى اعتماداً على تحليل المؤثرات المباشرة المحتملة للتدخل) بسبب هذا النوع «الإيجابي» من التلازم ، وبالتالي يتعين التفكير في المشكلة وأسلوب التدخل باعتبارهما نمطين من أنماط عضوية نفسية اجتماعية تأخذ اتجاهات مختلفة (أحدهما نحو الاضطراب الجنسي والاخر نحو الرضا الجنسي) .

وأخيراً فإن نموذجاً حيويًا نفسيًا اجتماعيًا مثل هذا سيسمح بمسارات متعددة للتدخلات الاكلينيكية في اضطراب الانتصاب لدى الذكور . وقد تنشأ مشكلات الانتصاب من مجموعة كاملة متألّفة من عوامل الخطر ، ويساعد النموذج أيضاً على تفسير كيف ينظر الأخصائيون الإكلينيكيون محدودو التدريب للعوامل المسببة من منظورهم ، ونظمهم العلمية الخاصة ، أو من نموذج ما قد يجدونه بالفعل ، إلا أن العلاج يفشل لأنه اتجه نحو عامل واحد فقط من العوامل المسببة المتعددة . ونموذج كهذا يتطلب تقييماً واستراتيجية علاجية متعددة النظم .

سياق التقييم والعلاج

يحتمل أن تسعى أقلية من الرجال ، كما هو الحال في كثير من الاضطرابات النفسية ، للحصول على تقييم وعلاج نفسي من أخصائيي الصحة العقلية مباشرة . ويثق كثير من الرجال في طبيب ، باطنى أو طبيب العائلة . ويميل أطباء المسالك البولية لتحويل بعض هؤلاء الرجال ، الشبان منهم على وجه الخصوص ، أو الرجال ممن لا توجد لديهم أعراض مرضية جسمية واضحة إلى معالج جنسى .

وفى دراسة استطلاعية للأفكار ، يذكر سيجرافيز وشوينبرج وزارينزوكلوف وكاميك (1982) Segraves, Schoenberg, Zarins, Knopf, and Camic أن ٦٢% فقط من الرجال الذين أحيلوا إليهم من عيادة المسالك البولية (فى المستشفى نفسها) ، هم من طلبوا الحصول على موعد . ومن بين هؤلاء الذين أوصى لهم بعلاج جنسى ، قبل ٣٢% منهم فقط هذه التوصية وأخيراً فمن بين الذين أنخرطوا

في العلاج ، استمر فيه حتى اكتماله ٤٣٪ منهم فقط . ولا تختلف هذه النتائج عن غيرها . فقد ذكر كاتلان وهاوتن وداي (Catalan, Hawton, and Day (1990) أن ٦٠٪ فقط ممن عرض عليهم الحصول على علاج جنسى ، من خلال جهات تقدم خدمات علاجية للاختلالات الجنسية في المملكة المتحدة قبلوا العرض ، ومن بين هؤلاء أكمل الثلثين فقط العلاج (Hawton, Catalan, & Fagg, 1992) وذكر تايفر وميلمان (Tiefer and Melman (1987) أن أغلبية الرجال الذين قيموا ممن لديهم اضطراب الانتصاب ، لم يواصلوا العمل بالتوصيات العلاجية التي قدمت لهم (على مدى عامين أو ثلاثة أعوام) .

ما الذى تعنيه هذه النتائج ؟ التفسير الواضح هو أن أغلب الرجال يفضلون حلاً طبيياً لمشكلتهم . والتفسير الأقل وضوحاً هو أن الأداء القضيبى يمكن أن يتحسن «تلقائياً» (أى دون علاج متخصص) . ويذكر سيجرافيز وزملاؤه أن ما بين ١٤٪ ، ٣٠٪ من كل الرجال ممن لديهم اضطراب انتصاب لدى الذكور تحسّنوا دون أى تدخل علاجى (Segraves, Camic, & Ivanoff, 1985; Segraves, Knopf, & Camic, 1982)

ومن المهم بالطبع أن نضع فى اعتبارنا أن الإذعان لتوصيات العلاج الطبى عموماً ، وذلك الذى يتضمن على وجه الخصوص تحويلاً لأخصائى آخر من الأمور ، التى يندر حدوثها بصورة شائعة فى كثير من مجالات الطب وعلم النفس (Tiefer & Melman, 1987) .

الموقف

يتم تقييم وعلاج مشكلات الانتصاب فى عدد من المواقف المختلفة . وعملياً نعتقد أن البيئة الملائمة التى يتعين أن يتم فيها هى مركز طبى ، تتوفر فيه إمكانيات الاستعانة بأخصائيين آخرين ، وحيث يصبح المعالج الجنسى أكثر ظهوراً فى هذه المواقف أمام الأطباء القائمين بالإحالات ، وسيجد عملاؤه من الذكور والإناث أنه من السهل عليهم الحصول على فحص طبى (إذا احتاجوا لذلك) . يضاف إلى هذا أن بيئة المركز الطبى يمكن أن تسكن من روع بعض العملاء وانشغالهم بحقيقة مشكلتهم ، وعلى الرغم من ذلك فقد التقينا عملاء فى عيادات جامعية ، وعيادات خاصة (لاحظ من فضلك : إذا كانت ممارساتك تتم خارج مركز طبى ، فعليك الاستعداد للعمل بقدر أكبر من الجهد لتأمين الإحالات) ، وقد

وجدنا أنه من المفيد ممارسة عملنا في مدرسة المسالك البولية الطبية ، ومن خلال جولات الاستشاريين ومؤتمرات دراسة الحالة . وإذا كنت تستطيع ممارسة العمل في عيادة علاجية تعليمية بحثية ، وتحصل على مساعدة من العيادة المحلية للمسالك البولية أو الطب الأسرى ، فسيكون ذلك أفضل) .

يتضمن «الموقف» كثيراً من القضايا ذات العلاقة (نحدها بصفة عامة) ، والتي قد تكون مهمة أثناء التقييم والعلاج . وعوامل مثل مظهر المعالج ومظهر عيادته أو عيادتها ، والدرجات العلمية الحاصل عليها المعالج من الأمور المهمة لدى العميل ، وكون المرء استجابياً نحو طلب العميل للمعلومات ، وفي الرد الفوري على مكالماته التليفونية ، يوفر بالمثل تعاوناً إيجابياً . وهذه العوامل قائمة في أي تفاعل مهني ، وليست قاصرة على مجال العلاج الجنسي .

ونحن نفترض ، في منحى التقييم والعلاج الذي قدم في هذا الفصل ، أن فحصاً طبياً شاملاً قد تم بالفعل . كما نفترض بالإضافة إلى ذلك أن العوامل الفيزيولوجية وحدها لا يمكن أن توفر تفسيراً كاملاً لأسباب اضطراب الانتصاب لدى الذكور . وبالتالي فإننا نفترض أسباباً مرضية مختلطة (أي تتشكل من اسهام عوامل بيولوجية ونفسية اجتماعية) ، أو عوامل نفسية اجتماعية أولية .

ويتطلب إجراء تقييم نفسي إجتماعي شامل ، وتقييم نفسي فسيولوجي نوعين من الغرف . من الضروري بالنسبة للنوع الأول من التقييم أن تكون الغرفة مخصصة للمقابلات ، وتتسع لزوجين والمعالج ، وبالنسبة للنوع الثاني من التقييم فتتضمن الترتيبات المثالية غرفتين ، على أن تتصف الحجرة الأولى الأصغر (وهي عبارة عن حجرة صغيرة داخل الغرفة الكبيرة) بالخصوصية وتكون عازلة للصوت ومكيفة الهواء ، وتستخدم لجلوس العميل وتقدم له فيها منبهات جلسية ، كما تستخدم لقياس امتلاء القضيب⁽¹⁾ . وتشغل الحجرة الأكبر أجهزة التسجيل الفيزيولوجية ، والأجهزة السمعية البصرية (للمزيد من المعلومات حول كيفية القيام بإجراءات التقييم الجنسية النفسية الفيزيولوجية ، انظر : Laws, 1989) .

الفترة بين الجلسات ومدة العلاج

يتضمن منحانا العام لاضطراب الانتصاب لدى الذكور إجراء تقييم وجلسات علاجية مرة في الأسبوع . وعلى الرغم من تأييد ماسترز وجونسون

(1) Penile Tumescence

(Masters and Johnson 1970) أساساً لجلسات يومية ، فقد تبين أن هذا غير عملي بالنسبة لأغلب العملاء . يضاف إلى ذلك أن الدراسات الأمبريقية الحديثة (مثال ذلك : Heimann & LoPiccolo, 1983) انتهت إلى أن الرجال أصحاب اضطراب الانتصاب يستجيبون بصورة أفضل لجلسات أسبوعية من استجابتهم للجلسات اليومية ، وعندما كنا نجد سبباً للاعتقاد أن عدداً أكبر من الجلسات قد يكون أكثر فائدة (في فترة مبكرة من التقييم على وجه الخصوص) فإننا نرى العمل بمعدل أسرع . وعلى الرغم من ذلك ، فإن خبرتنا تشير إلى أن الجلسات الأسبوعية تسمح بقيام العميل بالممارسات المنزلية التي يعهد بها إليه دون افتقاد استمرارها . ويجب بالطبع إعادة تقييم الفترة بين الجلسات بصورة منتظمة ؛ لتحديد ما إذا كان جدول مختلف لها يمكن أن يخدم الزوجين بصورة أفضل ، ومهما كان سبب ذلك ، ودون مقاطعة استمرارية العلاج . وعندما يلتزم الزوجان أو الفرد بالتعليمات العلاجية بعناية ، فمن الممكن أن تتراوح الفترة بين الجلسات بين مرة كل أسبوعين أو ثلاثة أو حتى كل أربعة أسابيع ، وذلك بمجرد استقرار التحسن . وعند زيادة الفترة بين الجلسات ، يتعين إعطاء التعليمات التي تسمح بالإتصال التليفوني ، وحتى للحصول على جلسات طارئة إذا لزم الأمر ، وكان أغلب عملائنا قادرين على تحقيق الأهداف العلاجية خلال 15 جلسة .

فرق آخر بين المنحى الأصلي لماسترز وجونسون ومنحانا ، هو أننا لا نستخدم بصورة نمطية فريق علاج طبي مشتركاً أو ثنائياً . وعلى الرغم من أن مثل هذه الطريقة لها قيمتها ، إلا أنها تزيد من تكلفة العلاج على العملاء . ولأننا نقوم دائماً بتدريب طلاب الدراسات العليا والخريجين المتدربين للمهنة ، فتتوفر لنا أحياناً مثل هذه الرفاهية ، إلا أنها غير ضرورية .

العوامل الاجتماعية

عندما نعمل مع رجال لديهم علاقات قائمة بالفعل ، فإننا نؤكد أهمية العمل معهما وليس مع الرجل وحده ، وبالتالي فإننا نوصي بشدة بضرورة حضور الزوجين معاً لجلسات التقييم والعلاج . وعلى المعالج أن يشرح خلال الجلسة الأولية مع الزوجين أن فلسفة التغلب على المشكلات الجنسية تتطلب جهداً تعاونياً من كلا الشريكين . ومن الضروري جعل هذا الأمر واضحاً ؛ لأن كثيرين من العملاء يعتقدون :

- (١) أن شخصاً واحداً هو الذى يلام على المشاكل .
- (٢) وأن مهمة المعالج أن يشفى المريض المذنب .

وعلى الرغم من أهمية رؤية الزوجين معا ، إلا أنه من المهم أيضاً مقابلة كل منهما على انفراد بعد المقابلة الأولى . والغرض من المقابلات الفردية هو جمع معلومات صحيحة قد لا يسهل تقديمها في وجود الطرف الآخر ، وقد يستهلك الوقت إذا تم مقابلة الزوجين معا بصورة دائمة .

وتوجد بالنسبة لكثير من الافراد تفاصيل خافية (مثل ذلك علاقات غرامية جانبية ، أو أهتمامات جنسية مثلية) قد لا يكشف عنها في حضور الشريك . وعلى الرغم من ذلك ، فإن هذه المعلومات جوهرية للتوصل إلى صياغة الحالة وتخطيط البرنامج العلاجى .

وكان بعض العملاء يبدأون العلاج ، فى بعض الحالات التى عالجناها ، دون تعاون تام من شريكاتهم ، ويذكر بعض هؤلاء الرجال أن شريكاتهم خجلات ولكنهن متعاونات ، ويعتقد الشريك فى عدد قليل من الحالات أن المشكلة هى مشكلة العميل ويرفض المشاركة . ودائما ما يقدم امتناع الشريك عن المشاركة باعتباره سبباً من أسباب ضعف الطرق النفسية الاجتماعية ، ودائماً ما يمثل ذلك موقفاً صعباً لا يتأكد المعالج خلاله مما إذا كانت لديه كل الحقائق ذات الصلة الوثيقة بالمشكلة أم لا . ولمساعدة شريك غير متعاون على المساهمة فى العلاج ، يستطيع المعالج اقتراح التحدث تليفونيا مع الشريكة ، وإذا ظلت الشريكة رافضة ، يستطيع المعالج اقتراح قراءة مواد ذات علاقة وثيقة بالمشكلة تعدها الشريكة .

وغالباً ما لا يمكن تحقيق المكونات الجوهرية للتغير العلاجى (مثل ذلك تركيز الانتباه الحسى والتواصل الفعال) عندما يرفض أحد الشريكين المشاركة . وهذا الأمر صحيح على وجه الخصوص عندما يفهم أن الشريك غير المتعاون غاضب ولائم . ويستطيع المعالج بالطبع تقديم بعض المزايا العلاجية لشريكة العميل من خلال تقديم تفسير للأسباب ومعلومات وإيضاحات لسوء الفهم ، ومن خلال وضع المشكلة فى صيغتها الصحيحة ، ورسم الخطوط العريضة لاستراتيجية التغير . وعلى الرغم من ذلك ، فعلى المعالج أن يصف أيضاً حدود العلاج وألا يحاول تحويل اللوم أو الغضب المشتعل على الشريك الغائب ، ودائما ما تكون النتيجة النهائية للعلاج عميلاً يحقق تحسناً فى فهمه للمشكلة وشعوراً أفضل عن

نفسه ، ولكنه قد يظل ضالعا في علاقة غير سليمة مع شريكته .

وليس كل الرجال ضالعين ، بالطبع ، في علاقات . والحقيقة أن حوالي ٤٢٪ من الرجال الراشدين عزاب أو منفصلين أو مطلقين أو مترملين (Reynolds, 1991) ، ودائماً ما يتطلب الأمر اهتماماً خاصاً من المعالج بهؤلاء العملاء العزاب . وعلى الرغم من ذلك ، فإن أغلب ما يناقش هنا ينطبق على هؤلاء العملاء ، إلا أنه من الشائع أن يدخل العميل الأعزب إلى العلاج دون مروره بتجربة «فشل جنسي» ، مع انخفاض في تقديره لذاته ، وشعور بعدم الأمان الجنسي وتجنب للتفاعلات الاجتماعية . وعلى المعالج أن يكون حساساً لهذه المجالات المحتملة من الانشغالات ، وأن ينفق المزيد من الوقت في توضيح الحدود ، التي يمكن أن تعوق التفاعل الاجتماعي .

ويعرض بعض العملاء العزاب الحضور مع شريكة عارضة للمساعدة في العملية العلاجية . ومنحانا العام هو السماح بمشاركة شريكة إذا ما كان هناك التزام جاد نحوها ، والسبب في ذلك هو حماية العميل ، طالما أن التقييم والعلاج يتطلبان كشفاً ونقاشاً مفتوحاً للجراح والعلاقات الجنسية غير الشرعية ، التي قد يندم العميل فيما بعد على مناقشتها .

المتغيرات المتعلقة بالعميل

قدم لو بيكولو (LoPiccolo (1992) حديثاً الخطوط العريضة لخصائص العميل التي تشكل علامات مالية جيدة . وهو يرى أن احتمال نجاح العلاج سيكون أكبر :

- (١) إذا لم يتلق الرجل أية منبهات جنسية ملائمة قبل العلاج .
- (٢) إذا كان إمتاع الشريكة الجنسية للعميل مازال يعتمد على تحقيق الرجل لانتصاب .
- (٣) إذا كان لدى الزوجين فهم ضعيف للتحولات العمرية في الأداء الجنسي .
- (٤) إذا كان لدى الرجل أو شريكته معتقدات تمثل مطالب غير واقعية من الرجل في الأداء الجنسي .

وبصفة عامة يبدو أن هذه الخصائص تعبر عن آفات سلوكية أو تشوهات معرفية وصياغات خاطئة أكثر من كونها انقسام في العلاقات أو اضطراباً نفسياً مرضياً متمكناً .

ولسوء الحظ ، يوجد ، على الرغم من ذلك ، حجم ضئيل للغاية من الدلائل الواقعية ، التي تؤثّق الخصائص النوعية للعميل التي تحفز قدر أكبر من النجاح . ويذكر هوتون وزملاؤه (Hawton et al. (1992 في واحدة من الدراسات القليلة للنتائج العلاجية أن النتائج الإيجابية ارتبطت بالتواصل الجيد قبل العلاج ، والتوافق الجنسي العام (وحيث تكون الإناث الشريكات شغوفات ومستمتعات بالجنس) ، وبغياب المشكلات السيكوباترية لدى الشريكة ، ووضع اجتماعي اقتصادي أعلى ، وبانخراط الزوجين في العلاج في وقت مبكر ، ولم ترتبط النتائج بالعمر أو بالوضع الخاص بالعلاقات بصفة عامة .

وقد وجدنا ، باتساق مع نتائج هوتون وزملائه (Hawton et al. (1992 أن احتمال إفادة الزوجين اللذين يتسمان بتواصل ضعيف فيما بينهما من أساليب العلاج الجنسي ضعيف ، ما لم تكن المشكلات الزوجية قد حلت أولاً (انظر: Meisler, Carey, Krauss, & Latinga, 1988) ، وتوحى خبرتنا الإكلينيكية بالمثل أن الرجال شديدي التصلب (انظر: Mosher, 1991) في نمط خصائص صلتهم بالعالم يجدون أن المناحي النفسية الاجتماعية مثيرة للتحدي . وأخيراً فالاحتمال أقل أن يستفيد من العلاج الأفراد ذوي الخلفية التعليمية المحدودة ، أو أولئك الذين يعتقدون عقائد دينية أصولية (انظر: LoPiccolo, 1970; Masters & Johnson, 1992) . ويتعين استخدام هذه التعميمات لا باعتبارها مبررات لاستبعاد مثل هؤلاء العملاء من العلاج ، ولكن لمجرد تعرف التحديات الإضافية التي يمكن أن تفتقرن بهم .

المتغيرات المتعلقة بالمعالج

لا تتوفر دلائل امبيريقية توحى أن خصائص معينة في المعالج تزيد من نجاح العلاج (Mohr & Beutler, 1990) . وعلى الرغم من ذلك ، فنحن نعتقد أن صفات معينة يحتمل أن تيسر عمليات التقييم والعلاج . وتبين خبرتنا أن العملاء يتقبلون بشكل جيد المعالجين ، الذين يتخذون موقفاً عقلياً داعماً ومباشراً . ونعتقد أنه من المفيد التحدث مع العميل بصراحة وبطريقة بسيطة عن القضايا

الجنسية ، ومن غير الملائم المزاح فيما يخص الموضوعات الجنسية ، أو التعامل بطريقة عدوانية مع سلوك العميل أو تخييلاته الجنسية أو قيمه .

التقييم

نتناول في هذا القسم أهداف التقييم والقضايا الخاصة بأجراءات العمليات ، التي يمكن أن تظهر أثناء التقييم ، والطرق النوعية للتقييم . ثم نخلص بعد ذلك من مناقشة مختصرة إلى البيانات المتكاملة المتراكمة من الطرق المختلفة . ويقترب الملحق المقدم هنا من مناقشتنا السابقة لهذه الموضوعات (مثل ذلك (Wincze & Carey, 1991).

أهداف التقييم

يتشوق العملاء لرؤية تغير وتحسن يحدثان ، وهم يتقدمون إلينا في نهاية الأمر للحصول على علاج ؛ ولهذا يكون من المغري القفز مباشرة نحو المشكلة والقيام بالتدخل . وعلى الرغم من ذلك ، نعتقد أن الأمر يستحق استخدام جلستين أو ثلاثة على الأقل ؛ لإجراء تقييم دقيق قبل بدء التدخل العلاجي .

الهدف الأول من عمليات التقييم هو تحديد تشخيص الشكوى المقدمة ؛ أي تسمية ووصف المشكلة : هل المشكلة حقيقة اضطراب انتصاب ، أم أنها سرعة قذف⁽¹⁾ أو مرض بيروني⁽²⁾ ، أم قذف داخلي⁽³⁾ ، أم انخفاض في الرغبة (على القارئ الذي لا ألفة له بهذه الحالات الرجوع لوينسزوكاري Wincze & Carey 1991 لمزيد من التفاصيل) ، ما تكرر حدوث المشكلة ؟ وفي أي ظروف تحدث ؟ وقد أصبحت إجراءات التقييم الضرورية ؛ للوصول إلى تقييم سليم للاضطراب الجنسي أكثر تعقيدا في الاعوام الأخيرة . ونحن نفهم الآن أن أغلب المشكلات الجنسية تحدث من خلال تفاعل بين عوامل طبية ونفسية اجتماعية ، وتتطلب مدى واسعاً من مدخلات خبراء التشخيص .

هدف ثانٍ لعمليات التقييم هو صياغة السبب أو الاسباب المتعلقة بالشكوى القائمة (Carey, Flasher, Maisto, & Turkat, 1984) ، وقد تتم هذه الصياغة عبر مستويات من التحليل (أي المستويات البيولوجية والنفسية والاجتماعية) ،

(1) Pre-mature ejaculation

(2) Peyronie's disease

(3) Retrograde ejaculation

وعبر الوقت (أى العوامل المهيئة والعوامل المعجلة وعوامل الاستمرار) ويتعين التفكير فى عملية الصياغة هذه باعتبارها فروضاً عاملة يتم صقلها مع الوقت (انظر : Carey et al., 1984).

هدف ثالث هو تقديم عائد (رد فعل) للعميل ، وبهذا المعنى يمكن أن يكون التقييم علاجياً ، ويستطيع المعالجون أن يوضحوا للعميل أن مشكلته مفهومة ، وأن لديهم هدفاً لخطة علاجية .

هدف رابع هو تحديد خط أساس ، يمكن من خلاله تقييم فعالية العلاج .

ولا ينفصل التقييم الشامل عن العلاج ؛ ففي إطار عملية التقييم تتم مواجهة اتجاهات العميل ، وتعليمه معلومات جديدة ، وتصحيح سوء الفهم لديه . ومن خلال سؤال العميل عن العوامل المختلفة التى تؤثر فى استجابته الجنسية ، يساعد المعالج العميل على عرض المشكلة الجنسية بوصفها حالة وليست سمة غير قابلة للتغير . وهذه الصياغة مهمة للمساعدة على إعادة التفاؤل للعميل وشريكه . وبالمثل يعمل العلاج على خفض أو إزالة اللوم المتعلق بالمشكلة الجنسية . وتستقصى فى التقييم المعلومات من كل شريك ، وبالتالي يساعد ذلك على إعادة تصحيح اللوم والشعور بالذنب وتوجيه طاقة الشريكين نحو حل المشكلات . ويسر التقييم أيضا عملية إزالة حواجز التواصل بين الشريكين . وتبدأ هذه العملية خلال التقييم عندما يطلب من العميل مناقشة تفاصيل سلوكه الجنسى وتفاصيل السلوك الجنسى لشريكه ، ويلاحظ العملاء مناقشة المعالج للأمور الجنسية بطريقة واضحة وغير مهددة ، ويؤثر نموذجه هذا فى المناقشة على تواصله معها .

وبالتالى ، يتعرض الزوجان ، من خلال عمليات التقييم ، لنمط من التواصل ، ويشجعان على التقارب وليس التجنب ، وعلى مناقشة الأمور الجنسية بطريقة بناءة ، وليس بطريقة هدامة ، ومما لا يثير الدهشة أن الكثير من الأزواج يذكرون حدوث تغيرات إيجابية لهم أثناء إجراءات التقييم .

قضايا العمليات

يمكن استخدام تعبير العمليات، لوصف التفاعل بين العميل والمعالج ، هذا التفاعل الذى يمكن أن يبسر أو يعوق التقييم والعلاج . ومن الواضح أن الكثيرين من العملاء لا يشعرون بالراحة عند التعامل مع المشكلات الجنسية ، ودائماً ما تظهر المشاعر الشخصية بالصدمة والحرَج ، خلال محاولات ابداء التعاطف

والتقبل . وسوء التعامل مع هذه المشاعر يمكن أن يكون مثيراً للشقاق ويؤدي إلى إقامة الحوائل في وجه علاج فعال . وإذا لم يكن في مقدور المعالج التحكم في مشاعره بطريقة ملائمة ، فعليه أو عليها ألا تتعامل مع المشكلات الجنسية . ويتبين العملاء على الفور مشاعر الحرج أو عدم الكفاءة والأمثلة الإضافية لعوامل العمليات التي يمكن أن تخرب التقييم (وبالمثل تخرب العلاج بعد ذلك) تتضمن الاختلاف بين المعالج والعملاء في العمر ، والجنس ، والأصل العرقي والمثيرات الجنسية ، أو الاشمئزاز المتبادل من المعالج نحو العميل ، أو من العميل نحو المعالج .

وقد وجدنا ، عند القيام بالتقييم ، أنه من المفيد تبني بعض الافتراضات الأساسية أي فروض نحو عملائنا (أنظر : Wincze & Carey, 1991) ، وتعكس هذه الفروض الاتجاه المفضل للخطأ . وبالتالي ، فمثال ذلك أننا نفترض أن هناك مستوى منخفضاً من الفهم اللفظي لدى العميل ، ومن هنا نوجه اللغة نحو العميل بطريقة واضحة وعيانية . ومن الواضح أنه بقدر تعلمنا أكثر عن العميل فإننا نقوم بتعديل هذه الافتراضات وفقاً لهذا الفهم ، وتتضمن بعض الافتراضات الأساسية الأخرى التي نتبناها في عملنا الآتي :

* سيشعر العملاء بالإحراج ، وسيكون من الصعب عليهم مناقشة الأمور الجنسية . وقد أشرنا بالفعل إلى أن مشكلات الانتصاب يمكن أن تكون مهددة للغاية لكثير من الرجال . وقد يسبب لهم الحرج ألا يقدموا إلا معلومات محدودة ، أو يتغيبون عن الجلسات ، أو يتجنبوا بصفة عامة مناقشة انشغالاتهم .

* لن يفهم العملاء إطلاقاً التعبيرات الطبية بطريقة سليمة . ولا يستخدم أغلب الرجال التعبيرات نفسها التي نستخدمها عندما نصف الأداء الجنسي . وقد يسمعون تعبيرات ، مثل انتصاب (1) ، وقذف (2) ، وإيلاج (3) ، ومداعبة (4) ، وجماع (5) ، وربما يستخدمون هذه التعبيرات ، غير أنه لا يوجد ضمان أنهم يعرفون ما تعنيه بالضبط .

- (1) Erection
- (2) Ejaculation
- (3) Intromission
- (4) Foreplay
- (5) Coitus

* قد لا يحصل العملاء على معلومات عن الأداء الجنسي . وقد أفترض أحد عملائنا ، على سبيل المثال ، أن مشكلات الانتصاب تعنى أنه مثلى الجنس ، على الرغم من أنه لم يمارس أى اتصال جنسى مثلى ، وليس لديه أى اهتمام جنسى بالرجال . ولا يعرف الكثيرون أن هناك فترة امتناع عن الانتصاب لدى الرجال تتلو مباشرة الوصول إلى النشوة^(١) ، أو أن انتصاب الصباح المبكر لا علاقة له بمضمون الأحلام ، وأن كبار السن عادة ما يحتاجون إلى منبهات حسية إضافية للحصول على انتصاب .

* يصبح العملاء فى أزمة وقد يميلون للانتحار ، ومن المهم أن تكون حساساً لمستوى يأس العميل واكتنابه . وعلى الرغم من أن مشكلة العميل قد تبدو واضحة أو مشوقة للمعالج ، إلا أنها قد تكون الحدث المفجر لدى رجل معرض للانتحار . ومن الأمور التى تستحق الاهتمام التقصى بهدف تعلم معنى الاضطراب ، وكذلك توقعات الرجل نحو المستقبل ، وإلى أن يحصل المعالج على هذه البيانات ، يكون من الحكمة توخى جانب الحيطة .

ونحن نفترض بالمثل أن الشريكين غير منفتحين بعضهما على البعض ، ولا يتناقشون بحرية فى الأمور الجنسية فيما بينهم ، كما نفترض أنهم عندما يناقشون المشكلات الجنسية معنا ؛ فقد تكون هذه هى المرة الأولى على الإطلاق التى يكونا قد فعلاً فيها ذلك ، كما أنهم قد لا يناقشون أيضاً هذه الموضوعات بينهما فيما بين الجلسات . ونفترض أخيراً أن الزوجين سيتجنبان ممارسة الجنس بسبب الخوف والشعور بعدم الراحة .

ولا شك أن كل معالج جنسى سيقوم بتطوير فرضيات إضافية ، تستحق أخذها فى الاعتبار .

أساليب التقييم

قد يتضمن التقييم النفسى الاجتماعى لاضطراب الانتصاب لدى الذكور جمع معلومات من ثلاثة مصادر : مقابلة اكلينيكية ، واستخبارات للتقرير الذاتى ، وإجراءات نفسية فيزيولوجية .

(1) Orgasm

المقابلة الإكلينيكية

تخدم المقابلة الإكلينيكية بوصفها حجر الزاوية فى عمليات التقييم (Wincze and Carey, 1991) ، وهى تعد المصدر الوحيد للبيانات ، التى يمكن الحصول عليها بالنسبة لعدد من الممارسين . وقد يكون إجراء مقابلة حول الموضوعات الجنسية أمراً يثير التحدى على وجه الخصوص ؛ لأن أغلب الناس فى حضارتنا لا يشعرون بالراحة عند مناقشة أمورهم الجنسية . يضاف إلى ذلك أن عديداً من الأفراد لديهم معتقدات دينية وحضارية حول ما هو مقبول وما هو غير مقبول من السلوك الجنسى ، وقد يشعرون أنهم هوجموا إذا تعارضت وجهات نظر المعالج مع معتقداتهم .

وتوفر المقابلة أفضل خدمة لاحتياجات العميل إذا ما حصل المعالج على معلومات مهمة بطريقة حساسة ولكن خلال وقت كافٍ . وبالتالي فإننا نوصى باتباع خطوات تنظيمية عريضة خلال المقابلة ، وقد وجدنا أن تخصيص ثلاث جلسات للحصول على تاريخ الحالة عادة ما يكون ملائماً . وتخصص الجلسات الأوليان (بصفة عامة) لإجراء مقابلتين منفصلتين مع كل شريك من الشريكين ، وتجمع الجلسة الثالثة بينهما معا .

ويتعين أن يبدأ التقييم بتقديم ملائم للعميل أو العملاء ، يجب خلاله إيضاح محتوى التقييم وخطته العامة ، ونحن نفضل القيام بذلك أثناء حضور كل من الشريكين .

وللتخيل ، بهدف الإيضاح ، زوجين يتم التقديم لهما على الوجه الآتى :

«أود اليوم فى أول مقابلة لنا الحصول على الخلفية نفسها من المعلومات من كل منكما ، ثم أود أن أفهم بعد ذلك ما القضية التى جعلتكما تحضران هنا اليوم . وأود جمع المعلومات خلال ثلاث مقابلات . وتوحي خبرتى السابقة أنه سيكون من المفيد للغاية إذا قمت بمقابلة كل واحد منكما على انفراد فى جلسة خاصة . لهذا أود أن أبدأ اليوم بإجراء المقابلة معك أنت يا بوب ، وخلال إجراء هذه المقابلة أود أن اطلب من ماري أن تجيب عن بعض الاستخبارات الموجودة لدى سكرتيرتى . وعندما نلتقى فى الأسبوع القادم ، أود أن تكون مقابلتى مع ماري بمفردها فى الوقت الذى يجيب فيه بوب

عن الاستخبارات . ثم التقى بكما معا في الجلسة الثالثة . وسيكون في مقدوري في نهاية الجلسة الثالثة أن أمدكما بانطباعي الإكلينيكي ، وعرض خطة البرنامج العلاجي عليكما»

وبعد هذه الملاحظات التقديمية ، يدعى الزوجان لتقديم أية أسئلة لديهما ، وتنفق بقية الجلسة في إجراء المقابلة مع أحد الزوجين منفردا .

وتتضمن أهداف الجلسة الأولى إقامة التعاون مع العميل ، والحصول على وصف عام لمشكلة الانتصاب ، والحصول على تاريخ نفسى اجتماعى شامل ، والحصول على وصف لبقية انشغالات العميل الحياتية ، الضغوط الحالية وغيرها ، بهدف تحديد ما إذا كان العلاج الجنسى ملائم لهذا العميل أو الزوجين فى هذا الوقت أم لا .

ولا توجد توجيهات معينة للتوصل إلى هذا التحديد بالنسبة إلى الهدف الأخير ، وبالتالي فعلى المعالج أن يقرر - على أساس من ظروف كل حالة على حدة - ما إذا كان العمل على علاج مشكلة جنسية سيفيد العميل أو الزوجين أم لا . ومن المؤكد أنه فى حالة ما إذا كان أحد الزوجين يعانى من الاكتئاب أو لديه قلق واضح ، أو إذا كان هناك قدر كبير من الغضب بين الشريكين ، فيصبح الأكثر ملاءمة التوجه نحو المشكلات غير الجنسية أولاً ، وقد يكون إصلاح المشكلة الجنسية أمراً ثانوياً فى بعض الحالات التى توجد فيها أمور أكثر إثارة للمشكلات . يضاف إلى ذلك أن التقييم والعلاج الفعال يتطلبان اتجاهات متعاونة من كلا الشريكين مع المعالج ، وإلى التوصل إلى تسوية بينهما عندما تكون هناك اتجاهات عدائية بينهما ، وبالمثل قد يكون هناك خلل فى التواصل بين الشريكين ، وهو أمر يجب مواجهته قبل البدء بمواجهة المشكلات الجنسية .

ونحن نعتقد أنه من صالح العميل أن يصل المعالج إلى أعماق اهتماماته وانشغالاته ، وبالتالي فإنفاق عدة جلسات لمجرد «إذابة الثلوج» أو «إقامة علاقة» أمر غير مبرر فى كثير من الحالات . وعلى الرغم من ذلك ، فمن المفيد الحصول على فهم عام لتاريخ العميل ، وبالأخص فى كل ماله صلة بتوافقه الجنسى .

ولا ننصح باتباع نظام متصلب فى طرح الأسئلة بالنسبة لكل العملاء . والبديل لذلك هو أن تعكس بنية ومضمون المقابلة احتياجات العميل . وهناك موضوعات متعددة تثير تأزم العميل ويتعين الانشغال بها قبل التركيز على الأمور

الجنسية ، وقد يكون من المهم السماح للعميل بالاستطراد خارج السياق المعتاد للجلسة ، ويسمح بذلك فقط في حالة ما إذا كان هذا الاستطراد يمكن أن يسهم في نهاية الأمر في الحصول على قدر أفضل من الفهم للعميل أو لمشكلته .

وبينما هناك اعتراف بالحاجة إلى تفرد بنية المقابلة ومحتواها بالنسبة لكل عميل ، إلا أننا نستطيع ، على الرغم من ذلك ، أن نقترح نظاما يمكن أن يكون بمثابة النموذج . فأولا ، قد يكون من المفيد البدء بالحصول على البيانات الديموجرافية غير المهددة (مثل : العمر ، الحالة الزوجية ، من يعيش معه في البيت ، الوظيفة الحالية ، الخلفية التعليمية ، العنوان ، ورقم التليفون) ، ثم الاستمرار بعد ذلك باستخدام أسئلة مفتوحة النهايات : «لماذا حضرت اليوم ؟ » «كيف يمكن أن أساعدك ؟» ، وعليك ملاحظة مقدار تحرر العميل وراحته في مناقشته لأمره الجنسية ، ومشكلته الخاصة . وعليك استخدام الأسئلة التفصيلية والتعليقات التوجيهية للمحافظة على تركيز العميل على الهدف . وما أن يشكل المعالج انطبعا عاما حول حجم مشكلة الانتصاب وتأثيرها عليه/أو عليها ، عليه الانتقال إلى تفاصيل التاريخ الزملي للعميل .

وعادة ما يكون من المفيد الحصول على تاريخ نفسى جنسى ، وتاريخ نفسى اجتماعى وبالنظر إلى طفولة المريض ، قد يرغب المعالج فى السؤال عن بنية الأسرة والخبرات السابقة . وقد يكون من المفيد بالإضافة إلى ذلك السؤال عن الوضع الاجتماعى ، وعن إساءة المعاملة أو الإهمال ، والخبرة الجنسية الأولى (وهل كانت سارة أم محزنة) والعلاقة بين الوالدين ، وإساءة استخدام الكحول أو المخدرات ، والمعلومات حول الجنس ، وأى معلومات أخرى يمكن أن تكون ذات علاقة . ودائماً ما تكون فترة المراهقة غنية بالمعلومات . ويحتمل أن يستقصى المعالج عن العلاقة بين الأقران ، وتقدير الذات وصورة الجسم ، والمواعدة الغرامية ، والخبرات الجنسية (سواء الخبرات الغيرية أو المثلية) والنجاح والفشل فى المدرسة ، وتعاطى المخدرات ، وأية معلومات أخرى ممكنة ذات علاقة .

ويحتمل أن تكون المعلومات الأحدث المتعلقة بسنوات الرشد أكثر أهمية ، وعلى المعالج أن يقوم بالآتى :

* أسأل عن العلاقات والأحداث المهمة بعد سن العشرين .

* حاول التركيز على تقدير الذات وتاريخ الزواج والعلاقة ، والخبرات الجنسية ، الخ .

* استقصى الخبرات الجنسية غير العادية ، والتاريخ المرضي النفسي أو العلاج الطبي النفسي .

* أحصل على معلومات تفصيلية حول الوضع الجنسي الحالي ، بما في ذلك الخبرات الجنسية وغير الجنسية في العلاقة القائمة في الوقت الحالي ، والتغيرات الحديثة في الأداء الجنسي وفي الإشباع ، أو في أيهما ، مرونة الاتجاهات والسلوك الجنسي ، والعلاقات خارج الزواج .

* مصادر القوة والضعف في الشريكة ، والمفضل وغير المفضل في السلوك الجنسي للشريكة ، إلخ .

وحتى إذا كان لدى العميل تقييم طبي حديث ، فمن المفيد الحصول على تاريخ طبي مختصر . وعلى المعالج أن يسأل عن الأمراض المهمة في الطفولة والمراهقة ، والجراحات التي أجراها العميل ، والرعاية الطبية التي حصل عليها ، والاضطرابات الخلقية وغيرها . وعليه أن يفحص الكيفية التي اختبر بها العميل التغيرات الجنسية الثانوية . وعلى المعالج أن يمنح اهتماما خاصا للتاريخ الطبي للعميل بعد عمر العشرين ، وأن يسأل عن أي أمراض وجراحات مهمة ، وما حصل عليه العميل من رعاية طبية إلى آخره . وعلى المعالج أن يتأكد من السؤال عن ما إذا كان العميل يحصل على رعاية طبية منتظمة (وإذا لم يكن يحصل على مثل هذه الرعاية ، فعليه إحالته إلى جهة رعاية طبية) ، وهل يحصل على أدوية موصوفة له ، أو يعالج حاليا من أية مشكلات طبية .

وعلى المعالج أن يكون حساساً خلال فحص العميل للموضوعات ، التي يحتمل أن يقوم العميل بإخفائها ، وعليه أن يسأل عن ما إذا كانت هناك موضوعات ما لا يريد العميل مناقشتها أمام شريكته ، ونحن نؤمن بقوة بضرورة خلق بيئة مقابلة ، يستطيع فيها كل من الشريكين أن يثق في سرية ما يدور فيها ، ودون المقابلات المفردة والسرية تظل المعلومات الجوهرية خافية .

ويذكر لكل الأزواج أنه من المفيد والأكثر كفاءة أن يخضع كل منهما للمقابلة الأولية بمفرده ، على الرغم من أن التأكيد العلاجي العام سيكون على تفاعل الزوجين والتواصل بينهما . والأكثر من ذلك ضرورة أن يذكر للزوجين أنه سيكون من المفيد في بعض الاوقات العمل مع أحدهما بمفرده بهدف معالجة بعض الأمور المعينة . ومن خلال هذه الإفادات منذ البداية ، يستطيع المعالج

إقامة ظروف تسمح بالعمل على المشكلات التي تظهر لاحقاً خلال العلاج .

ولتوفير إمكانية ثانية للعميل للكشف عن أى شيء يفكر فيه مما يكون له علاقة ، يوصى لوبيكولو وهايمان (1978) LoPiccolo and Heiman بإنهاء المقابلة بالسؤال التالي : «هل هناك أى شيء أخر تود الحديث عنه حول خلفيتك ، مما تعتقد أن له علاقة بحياتك الجنسية ؟» .

وتخصص الجلسة الثانية لمقابلة الشريكة ، ونحن نسأل هذه الشريكة عن ما إذا كان هناك أى تغير قد حدث منذ المقابلة الأولى ، وما إذا كان شريكها قد ناقش معها ما جرى فى المقابلة الأولى معه (أو معها) . وتوفر الإجابة عن هذه الأسئلة معلومات حول نمط تفاعل الزوجين ومدى انفتاح التواصل بينهما ، والقدرة على تحديد وقت لمناقشة القضايا الهامة . ومن المهم أيضاً سؤال الشريكة عما إذا كانت هناك قضايا أو أسئلة تود الحديث فيها قبل بداية الجلسة . ويسمح هذا الأسلوب مفتوح النهايات بمناقشة قضايا الإجراءات (مثل شك العميل حول مؤهلات المعالج) ، وكذلك الموضوعات الشخصية المهمة التي يمكن أن تؤثر على العلاج (مثل ذلك علاقات العميل الغرامية ، أو وفاة حدثت فى العائلة) .

وما أن ينتهى التعامل مع القضايا ذات النهايات المفتوحة ، يستطيع المعالج الانتقال إلى المقابلة الملائمة ، والتي يتعين أن تتبع فيها الخطوط العريضة ، التي استخدمت فى المقابلة الأولى (مع إجراء التعديلات الضرورية) .

عادة ما تضم جلسة التقييم الثالثة الشريكين معا . ويمكن أن يحدث استثناء لذلك إذا ما كانت احتياجات أحدهما طاغية بشدة لدرجة تفرض ضرورة القيام بعلاج فردي سابق على علاج الزوجين . ويجب أن تبدأ الجلسة مع الزوجين معا بطريقة الأسئلة مفتوحة النهايات بهدف تحديد ما هى التغيرات والمناقشات التي تكون قد حدثت منذ الجلسة السابقة . واستجابة الزوجين لهذه الطريقة مهمة تشخيصيا ؛ لأنها توفر للمعالج فهما لكيفية تناول الزوجين للموضوعات المشكلة وطريقة مناقشتها بينهما . ويستطيع المعالج ملاحظة أى من الشريكين هو الذى يتحمل مسئولية ذلك ، وكيف يعبر كل منهما بطريقة فعالة عن احتياجاته/أو احتياجاتها . ويتعين أن يوضع فى الاعتبار أيضاً أن الزوجين قد يكونان مسحوقين تحت مشكلات أو ضغوط حديثة . ومن الواضح أنه من المهم تعرف الموضوعات ، التي تشغل الزوجين وتشتتهم بعيداً عن محور التقييم القائم .

ويجب على المعالج إنفاق بقية الجلسة الثالثة الخاصة بالتقييم في تحديد أهداف العلاج (سواء علاج جنسى أو غير جنسى) موضعاً الخطوط العريضة لخطة العلاج ، ومفسراً التفاصيل الخاصة بالمراحل الأولية للعلاج . وتوفير قدر إضافي من التعاون ومضاعفة الإذعان العلاجي على المعالج أن يسأل كل من الشريكين عن مشاعره حول خطة العلاج ، وما المشكلات التى يتوقع كل منهما أن تحد من تقدم العلاج .

وهناك حاجة لقدر إضافي من التقييم بالنسبة لبعض العملاء ، مثل تطبيق اختبارات نفسية ، وتقييم فيزيولوجى ، وتقييم طبى . وعندما تكون هذه هى الحالة ، يتعين تأجيل التعليم العلاجي إلى أن يتم استكمال الصورة التقييمية . ومن المهم للغاية تفسير الحاجة إلى مزيد من التقييم ؛ حتى لا تنخفض دافعية المريض أو يحبط .

استخبارات التقرير الذاتى

بصفة عامة ، تعد اختبارات التقرير الذاتى مقاييس ورقة وقلم معيارية يسهل على المعالج تطبيقها وتصحيحها ، ويسهل على العملاء إكمالها بسرعة ، وتساعد هذه المقاييس على توفير صورة لحالة المريض فى أى مرحلة من خلال تكرار تطبيقها ، ولمثل هذه الاختبارات عديد من الإمكانيات المتميزة . فهى تقدم للمعالج معلومات واسعة بتكلفة ضئيلة ، كما تسمح للعملاء بتعرف أفكارهم بطريقة جيدة عادة ما لا تكون ممكنة خلال أوقات المقابلة المحددة ، كما تسمح للعملاء بالكشف عن المعلومات الحساسة ، التى قد لا يكشفون عنها خلال التفاعل «الحي» ، أو التى يجدون أنه من الصعب بالنسبة لهم صياغتها لفظيا ، وهى تسمح للمعالج بمقارنة مدى تحسن العميل عبر الوقت ، وبحيث تجعل تقييم العلاج أكثر دقة وأقل استهدافاً لتحيز المعالج . وهى تسمح للمعالج أيضاً بمقارنة عميله بالأفراد الآخرين (بمساعدة معايير متوفرة) . وهى تخدم كذلك بوصفها منبهات إضافية تشجع العميل على التفكير فى جوانب حياته الجنسية ، كما يمكن أن تخدم بالمثل بوصفها أداة مسحية ، تساعد القائم بالمقابلة على أن يكون أكثر كفاءة فى الوصول إلى جوهر المشكلة المعروضة .

ونحن نستخدم الاختبار بطريقتين (ربما تكونا جديدتين) ، الأولى : حيث نستخدم بطارية مختصرة من المقاييس التى نرسلها إلى العميل مبكراً قبل بداية

الجلسة الأولى (مع توجيهاتنا المكتبية والمعلومات الخاصة بالأجور) . ونشجع العملاء على الإجابة عن هذه البطارية قبل الجلسة الأولى بهدف إعدادهم للجلسة، ولتوفير بعض المواد الإكلينيكية الأولية الموجهة للمقابلة .

ثانياً ، نقوم باستخدام أسلوب التقارير المزدوجة (أنظر : Ross, Clifford, & Eisenman, 1987) بالنسبة للأزواج الذين نشك فى أن لديهم صعوبات تواصل ، وتصورات جنسية غير متطابقة ، إلخ . ويتم بهذه الطريقة الحصول على اجابة كل شريك من الشريكين عن الاستخبار نفسه مرتين ، فى المرة الأولى بالنسبة لنفسه ، وفى المرة الثانية حسبما يعتقد أن شريكه أو شريكته ، سيجيب عنه، ويسمح لنا هذا الأسلوب باختبار مدى الاتفاق بين الشريكين ، وكذلك مقدار فهم كل منهما لأفكار وتفضيلات الشريك الآخر ، ويمكن أن يكون لاستخدام هذه التقارير المزدوجة قيمة تشخيصية وعلاجية للمشكلات الزوجية .

وهناك عدد من الاستخبارات المفيدة ، وفيما يلى بعض مما وجدنا أنه مفيد . ويمكن الحصول على المزيد من المعلومات حول الاستخبارات الخاصة بالجنس فى ديفيز ، وياربر ، وديفيز (1988) Davis, Yarber, Davis وفى تلمادج وتلمادج (1990) Talmadge and Talmadge .

يتضمن مؤشر الرضا الجنسى⁽¹⁾ (ISS; Hudson, Harrison, & Grossup, 1981) ، ٢٥ بنداً ، صممت لقياس درجة الرضا وعدم الرضا الجنسى فى العلاقة ، ويمكن استخدامه مع الأزواج المثلى الجنسية وغيرى الجنسية ، وهو يعتمد على الشكاوى الإكلينيكية الشائعة التى يقدمها العملاء (مثال ذلك : «اشعر أن حياتى الجنسية ليست جيدة» ، «لا يسهل حصولى على الإثارة الجنسية من شريكى» ، «شريكى أو شريكتى شديد القظاظاة أو القسوة عند ممارستنا الجنس») ، وجوهر مؤشر الرضا الجنسى هو العلاقة وليس بنوداً معينة متعلقة بالانتصاب . وقد دعمت البحوث ثبات وصدق مؤشر الرضا الجنسى . (Hudson et al., 1981) .

وتتكون بطارية ديروجاتس للأداء الجنسى⁽²⁾ (DSFI; Derogatis, 1975) من ٢٥٨ بنداً يمكن تصحيحها للحصول على تقييم للمجالات العشرة

(1) Index of Sexual Satisfaction (ISS)

(2) Derogatis Sexual Functioning Inventory (DSFI)

التالية : المعلومات ، الخبرة ، الدافعية ، الاتجاهات ، الأعراض النفسية ، الحالة الوجدانية ، مفهوم الدور الجنسي ، التخيلات الجنسية ، صورة الجسم ، والرضا . وتوحى الدلائل (من خلال مراجعة كونت 1983 Conte) أن بطارية ديروجاتس للأداء الجنسي تتسم بالثبات والصدق ، كما تتوفر لها بيانات معيارية ، والعييب الأولى فى هذه البطارية هو طولها . وعلى الرغم من ذلك ، فإننا دائماً ما نستخدم منها المقاييس الفرعية الأكثر تعلقاً بالعمل المعين .

ويعد مقياس التوافق الزوجى^(١) (DAS; Spanier, 1976) مفيداً على وجه الخصوص فى تقييم مجالات مشكلات التفاعلات خارج النطاق الجنسى . ويحتوى هذا المقياس على ٣٢ بنداً صممت لتقييم جودة العلاقة كما يدركها الأزواج ، المتزوجين منهم أو من يعيشون معاً بلا زواج . ويمكن الحصول على درجة لأربعة مقاييس فرعية ، كما يمكن الحصول منه على درجة كلية ، ونحن نميل على الرغم من ذلك إلى استخدام الدرجة الكلية فقط فى عملنا . وهى توفر قياساً عاماً للرضا بالعلاقة الزوجية أو المشتركة ، ولأن صياغة بنود مقياس التوافق تناسب مستوى القراءة للصف الثامن الدراسى (Jensen, Witcher, & Upton, 1987) يصبح من الممكن استخدامه بالنسبة لأغلب العملاء . وتوحى نتائج البحوث أن مقياس التوافق الزوجى ثابت وصادق (أنظر : Spanier, 1976; Carey, Spector, Lantinga, & Krauss, in press) ويستطيع أغلب الناس إكمال الإجابة عن مقياس التوافق الزوجى خلال ١٥ دقيقة ، ويمكن تصحيحه خلال ٥ دقائق .

ويحتوى مسح الأفكار الجنسية^(٢) (Sexual Opinion Survey, 1988) (Byrne, White, and Kelley, 1988) على ٢١ بنداً تتجه لقياس الاستجابات الانفعالية والتقييمية لمجموعة من المنبهات الجنسية (الاستثارة الذاتية ، الجنسية المثلية ، والسلوك الجنسى الغيرى ، والتخيلات الجنسية ، والمنبهات الجنسية البصرية) (Fisher, 1988, p.34) . ويصف كل بند من هذه البنود الأحـد والعشرين موقفاً جنسياً واستجابة وجدانية ايجابية أو سلبية له ، ويقوم العملاء بالإشارة إلى مدى موافقتهم (أو عدم موافقتهم) على الإجابة المقدمة . ونستخدم

(1) Dyadic Adjustment Scale (DAS)

(2) Sexual Opinion Survey (SOS)

مسح الأفكار الجنسية للمساهمة في فهم الأفراد ، وتوحى البحوث أن المقياس يتسم بالثبات والصدق ، كما تتوفر له معايير (انظر : Fisher et al., 1988) ويستطيع أغلب الناس إكمال الإجابة عن المقياس خلال عشر دقائق ، ويمكن تصحيحه في حوالي نصف هذا الوقت .

وصمم مقياس الكفاءة الجنسية - الانتصاب⁽¹⁾ (SSES-E; Libman) (Rothern-berg, Fichten & Amsel, 1958) خصيصا للإستخدام في سياق اضطراب الانتصاب لدى الذكور . وهو يتضمن وصفا ل ٢٥ شكلاً من أشكال الاداء الجنسي الذكري المرغوب (مثال ذلك : الوصول إلى انتصاب كفاء للممارسة الجنسية خلال فترة معقولة من الوقت ، الوصول إلى انتصاب ثان إذا فقد الانتصاب الأول خلال المداعبة) ويطلب من المجيبين الإشارة إلى ما يستطيعون أداءه منها ، وأن يقدروا مدى ثقتهم على مقياس من ١٠ نقاط يتراوح بين ١٠ (غير متأكد على الإطلاق) إلى ١٠٠ (متأكد تماما) . وقد تبين في بحوث سابقة (مثال ذلك : Liberman et al., 1985) أن مقياس الكفاءة الجنسية - الانتصاب ، يتسم بالثبات والصدق .

وأحياناً ما يكون من المفيد استخدام استخبارات للحصول على معلومات حول مجال إكلينيكي آخر للإحاطة بالحالة المرضية . وعلى الرغم من أنه يتعين ألا تكون الاستخبارات هي المصدر الوحيد لمثل هذه المعلومات ، إلا أنها يمكن أن تكون أداة مساعدة مفيدة . وقد وجدنا أن قائمة الاعراض⁽²⁾ (Derogatis, 1983) ويطارية بيك للاكتئاب⁽³⁾ (Beck, ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) مفيدة في مجال المرض النفسي والاكتئاب على الترتيب . وأحياناً ما تستخدم الصورة المختصرة لاختبار ميتشيجان لمسح الكحولية⁽⁴⁾ (Pkorny, 1972) ، واختبار مسح سوء استخدام العقاقير⁽⁵⁾ (Skinner, Miller, & Kaplan, 1972) ، وهناك مصدر عام جيد لاستخبارات أخرى مختصرة ، هو كوركوران وفيشر (1987) Corcoran and Fischer .

(1) The Sexual Self-Efficacy Scale-Erection

(2) Symptoms Check List

(3) Beck Depression Inventory

(4) Michigan Alcohol Screening Test

(5) Nocturnal penile tumescence (NPT)

التقييم النفسي الفيزيولوجي

يمكن للتقييم النفسي الفيزيولوجي أن يصبح أداة قوية بين عدة أسلحة التقييم . ويعد هذا الاتجاه أقل عرضة للتشوهات والتحيزات ، التي قد تحدث في المقابلات الشخصية والاستخبارات . يضاف إلى ذلك أن المقاييس النفسية الفيزيولوجية تسمح للمرء بالحصول على فهم أفضل للعوامل الفيزيولوجية الكامنة ، وللميكانيزمات الحقيقية للاضطراب في بعض الاحيان .

وعلى الرغم من ذلك ، فإنها قليلا ما تستخدم في الممارسة لأنها تتطلب قدراً كبيراً من المهارات الفنية وأجهزة للتسجيل الفيزيولوجي ، وأدوات مكلفة . وبالنظر إلى هذا الأمر الأخير ، يحتمل أن تكلف الوحدة الأساسية ١٠٠٠ دولار أو أكثر . ويتطلب الإعداد الجيد لمعمل تقييم ملائم ١٠٠٠٠ دولار أو أكثر .

وإذا كانت المهارات والتكلفة لا تمثل مشكلة ، يصبح هناك توجهان يستحقان الاهتمام : الأول هو التسجيل الفيزيولوجي للامتلاء القضيبى الليلي^(١) خلال الليل . وعادة ما يتم ذلك في معمل مجهز للنوم الكامل . ويتمثل منطلق هذا الإجراء باختصار في أنه إذا كان في مقدور رجل ما الحصول على انتصاب أثناء النوم (وهو ما يحدث لأغلب الرجال بين مرتين إلى خمس مرات في الليلة الواحدة) دون أن يكون في مقدوره الحصول على انتصاب من خلال تنبيهات شريكته ، فيفترض عندئذ أن مصدر اضطراب الانتصاب لديه نفسى اجتماعى أساساً . وعلى النقيض من ذلك ، إذا لم يكن في استطاعة الرجل الحصول على انتصاب أثناء الليل ، فيفترض عندئذ أن الاضطراب الذى يعانى منه ناتج أساساً عن عوامل بيولوجية (على الرغم من إمكان توقع عوامل نفسية إضافية أيضاً) .

وعلى الرغم من الاحتمالات الواعدة لتقييم الامتلاء القضيبى الليلي ، إلا أن هناك عدداً من التحديات المهمة لاستخدام هذا الأسلوب وتفسيره . وسنناقش اثنين من هذه التحديات (للحصول على مناقشة واسعة لهذه التحديات فى موضع آخر ، انظر ميسلر وكارى (Meisler & Carey, 1990) . التحدى الأول هو أنه يلاحظ من وجهة نظر فنية تماما ، أن البيانات الحديثة تشير إلى أن الامتلاء القضيبى الليلي يمكن أن يتأثر بمشكلات النوم (من ذلك الاختناق ، وانقطاع التنفس الخفيف ، والحركة الدورية للأرجل) وهى مشكلات لا يتم تقييمها روتينياً

(1) Nocturnal penile tumescence (NPT)

خلال التقييم النمطي للامتلاء القضيبي الليلي . وقد تؤدي خصائص النوم هذه إلى حقائق زائفة ، يمكن أن تتدخل في تفسير دلالات الامتلاء القضيبي الليلي . ثانياً ، يلاحظ من وجهة نظر عملية ، أن تقييم الامتلاء القضيبي الليلي من الأمور المكلفة للغاية ، وتتطلب الاجراءات النمطية لهذه المهمة اجهزة مكلفة ، وعمالة مكلفة ، وتوفير إمكانات تتيح للعميل قضاء ليلتين أو ثلاث ليالٍ في مركز للنوم . ونتيجة لهذا تتجاوز هذه الإجراءات التقييمية الإمكانيات المادية لأغلب العملاء .

وقد تزايدت حديثاً أدوات مراقبة الامتلاء القضيبي الليلي . مثال ذلك أننا استخدمنا الـ Rigi - Scan للمساعدة في اتخاذ القرارات الإكلينيكية . ويمكن للأجهزة المشابهة أن توفر وسيلة مفيدة لإجراءات التقييم ، إلا أنها مكلفة أيضاً ، ويمكن أن تؤدي إلى بيانات مضللة إذا لم يتم الإشراف عليها بعناية . وقد جربنا (Gordon & Carey, in press) أيضاً باستخدام مراقبة الامتلاء القضيبي خلال الإغفاءات اثناء النهار ، إلا أن الامر يتطلب مزيداً من البحوث ، قبل أن يصبح هذا الإجراء ملائماً للاستخدام الاكلينيكي .

الأسلوب الثاني هو التسجيل الفيزيولوجي للامتلاء القضيبي استجابة لمنبهات شهوانية . ومن المؤكد أن نقص هذه الاستجابة هو الذي يذكر دائماً باعتباره مشكلة في اضطراب الانتصاب . ومثل هذه الدراسات للاستثارة النهارية أو لدراسة الاستجابة للمنبهات الجنسية البصرية ، كما يطلق عليها ، وفرت معلومات قيمة في عمليات التقييم . مثال ذلك ، أن وينسز وزملاؤه Wincze et al. (1988) وجدوا أن تعرض بعض الرجال ممن يعانون من هذا الاضطراب لمنبهات شهوية يؤدي إلى انتصاب كامل ، على الرغم من أن هؤلاء الرجال يذكرون عدم قدرتهم على الحصول على انتصاب . وتفيد مثل هذه البيانات جوهرياً في صياغة الحالة .

مجل القول ، أن الاجراءات النفسية الفيزيولوجية تثير تحدياً فنياً كما أنها مكلفة ، إلا أنها يمكن أن تكون ذات قيمة . وعلى القراء المهتمين بتعرف هذه الإمكانيات الرجوع إلى لويس (1989) Laws للحصول على معلومات إضافية .

تكامل البيانات عبر الأساليب المختلفة :

كما أشرنا من قبل ، فإن احد اهداف التقييم هو تطوير صياغة متماسكة للحالة (بمعنى صياغة فروض عاملة للأسباب المرضية للمشكلة) ، ويتعين أن

ترتبط هذه الصياغة كل جوانب شكوى المريض بعضها بالآخر ، وتفسر لماذا طور الفرد هذه الصعوبات (Carey et al., 1984) وأحد أهداف هذه الصياغة هي مساعدة المعالج على تطوير خطة العلاج . والهدف الثانى هو أن يفسر للعملاء أن:

(١) مشكلتهم مشكلة مفهومة ، ما أن تتوفر عناصرها الفيزيولوجية وتاريخها الطبى وخبرات الحياة وغيرها من المعلومات (بمعنى أنهم ليسوا مجانين) .

(٢) هناك سبب وراء الأمل والتفاؤل .

(٣) هناك خريطة إدراكية ومبرر يمكن إقامة خطة علاجية وفقاً لهما .

وأخيراً يسمح تطوير صياغة الحالة للمعالج بالمراجعة مع العميل ؛ ليرى إذا ما كان قد حصل على كل المعلومات الضرورية ، وأن ما حصل عليه من معلومات صحيح .

وأحد أكثر الجوانب إثارة للتحدى فى العلاج الجنسى ، هو تكامل مستويات التأثير المختلفة (أى البيولوجية والفيزيولوجية والزواجية والحضارية) فى صياغة متماسكة للحالة .

وعلى الرغم من صعوبة ذلك ، فإن الصياغة البيولوجية النفسية الاجتماعية للحالة تجمع معاً كل العناصر الثرية فى الأداء والاضطراب الجنسى . والاحتمال الأكبر أن يوافق العميل على تجربة منحى نفسى اجتماعى ، إذا تبين المعالج أن العوامل البيولوجية ليست غير متعلقة ، ولكنها قد تخطيت أو مؤجلة ؛ إذا تبين عندما استفسر عنها وجود تأثيرات زواجية محددة وتأثيرات اجتماعية حضارية . ومن المهم أن يكون المرء حساساً للطقوس والتقاليد الخاصة التى استقرت بين الزوجين ، وكذلك القضايا العرقية والحضارية والدينية .

ويجب أن تتضمن صياغة الحالة المجالات البيولوجية والنفسية والاجتماعية ، حتى إذا كان المعالج يعتقد أن أحد هذه المجالات لا يسهم فى المشكلة فى الوقت الراهن . ومن الصعب دائماً التنبؤ بالمستقبل ؛ لذا يتعين أن تقوم أرضية العمل على معلومات إضافية تكون متاحة ، إذا حدثت تطورات مستقبلية . يضاف إلى ذلك أن هذا الملحق الشامل فى صياغة الحالة سيعطى العميل ثقة فى أن المعالج معنى بكل الاحتمالات ، ويقوم المعالج بشكل غير مباشر بإفهام العميل

أن عليه أن يفكر أيضاً في مشكلاته ، في إطار بيولوجي نفسي اجتماعي متعدد الجوانب .

العلاج

نناقش في هذا القسم رؤيتنا للأهداف الملائمة للعلاج والإنشغالات ذات العلاقة ، التي دائماً ما تظهر . وسنقدم ، بالإضافة إلى ذلك ، معلومات حول عدد من أساليب العلاج المفيدة ، ونناقش أهمية تطوير أسلوب شامل في العلاج .

أهداف العلاج

يتعين أن يكون الهدف الأول للعلاج ، من وجهة نظرنا ، توفير راحة وإشباع جنسي متبادل ، أو إعادة الشعور بهما (انظر : Wincze & Carey, 1991) ، وتتسق وجهة النظر هذه مع النظرة الجنسية «الجديدة» التي ناقشها زيلبرجلد (Zilbergeld (1992) . ويركز هذا النموذج الجديد للجنس على الحصول على الحميمية والمتعة ، والتعزيز من كل من الذات والشريك أكثر من الاهتمام بتحقيق أهداف «(ص ٤) . واتساقاً مع زيلبرجلد (ومعالجين جنسيين آخرين) ، نعتقد أنه من المفضل أن نركز على زيادة كفاءة الانتصاب لسببين : الأول أنه يحتمل أن يؤدي هذا إلى زيادة قلق الأداء ، الذي يحتمل أن يؤدي بدوره إلى تفاقم المشكلة ، إذا كان قلق الاداء قد أدى على وجه الخصوص إلى كف الاستجابة . ثانياً ، أن هدف زيادة كفاءة الانتصاب يروج أسطورة أن الجنس الوحيد الحقيقي هو الجماع الكامل . ونحن نعتقد أنه حتى إذا كان هناك رجل لا يستطيع الحصول على انتصاب ، فسيكون قادراً على الاستمتاع بأشكال أخرى من التعبير الجنسي .

وهناك تعقيدان لهذا الموقف يتطلبان المناقشة . الأول ، أنه من المتوقع دائماً أن يتحسن الانتصاب عندما يركز العلاج على الأهداف غير المتعلقة بالأداء الجنسي . وينظر في مثل هذه الحالة إلى النتائج المتعلقة بالأداء باعتبارها آثاراً ثانوية جانبية مثيرة للبهجة ، تحقق هدف زيادة المتعة المتبادلة . ثانياً ، أن هناك سؤالاً يبرز في هذه الحالة ، وهو : من الذي يحدد الأهداف العلاجية ، العملاء أم المعالج ؟ لقد وجدنا أن العملاء دائماً ما يبدأون العلاج بأهداف شديدة التحديد ، ولكنها غير ملائمة . مثال ذلك زوجين يعانيان من مشكلات تواصل حادة ، يبدأان العلاج بهدف تحقيق الشريك الذكر تحسناً في الانتصاب . وهذا الهدف الذي وصفه الزوجان لا يحتمل التحقيق ، طالما أن الصراعات الغاضبة مستمرة

بينهما . أن مهمة المعالج هي مساعدة الزوجين على فهم العوامل التي تسهم في الإثارة المشبعة والمتعة الجنسية ، وبهذا تتقرر أهداف جديدة للعلاج ، ويجب أن يقدم المعالج هذه الأهداف الجديدة للزوجين بطريقة تجعلهما يفهما أنهما لهما أهدافاً أولاً لتحقيق أهداف أولية .

يضاف إلى ذلك أنه من المهم بالنسبة للزوجين أن يفهما أن تحقيق هذه الأهداف الأولية يتطلب تغييراً في روتينهم المقرر ، وربما يسبب أيضاً نوعاً من عدم الراحة ، ونحن نشجع العملاء على تفهم هذه الأهداف الأولية بوصفها الخطوات الصلبة .

قضايا العمليات

فروض أساسية :

يبدو من المفيد بدء العلاج بمجموعة من الفروض الأساسية ، كما هو الحال في التقييم (Wincze & Carey, 1991) ، ونصح بهذه الفروض بهدف تيسير تقدم فعال وكفاء وتتضمن الفروض العامة الآتى :

لدى العميل تعريف ضيق (ومحدود) للجنس ، وسيقوم بالتركيز على الأداء الجسدي ، بوصفه علامة على نجاح العلاج .

لدى العميل أفكار نمطية عن الأدوار الجنسية الذكرية والأنثوية ، ستتدخل في استيعاب المعلومات الجديدة .

لا يفهم العميل المكونات المشكلة للإثارة الجنسية (مثل ذلك الأوقات المفضلة لممارسة الجنس ، والعوامل الدخيلة) .

لدى العميل نمط لتجنب التفاعلات الجنسية ، ونتيجة لذلك قد يخرب العلاج عن غير قصد .

لا تتوفر لدى العميل المعلومات حول الأمراض الجنسية المعدية ، ولا يقوم بممارسات جنسية آمنة .

وبإعطاء أولوية لهذه الفروض ، يكون المعالج مستعداً للشراك المحتملة في العملية العلاجية بما يزيد بالطبع من احتمالية النجاح ، وإذا كانت هذه الفروض غير صحيحة ، يستطيع المعالج تصحيح منحاه ، ويشير الفرض غير الصحيح ، في كل حالة ، إلى مكسب علاجي .

تحديات العلاج

يستثير العلاج الجنسى فى حد ذاته مجموعة من التحديات. فأولاً يتوقع العميل النمطى حلاً طبياً لمشكلته ، كما أنه يفضلها . وقد أشرنا بالفعل إلى دراسة سيرجرافيز وشوينبرج وزملائهم (1982) Sergraves, Schoenberg et al. ، وحيث فشلت الأغلبية العظمى من الرجال الذين سعوا إلى العلاج فى قسم المسالك البولية ، فى الالتزام بتوصيات تضمنت إجراء تقييم أو علاج نفسى اجتماعى . وعلى الرغم من ذلك فإن أخصائى المسالك البولية التقليدى قد يوصى بمحاولة القيام بعلاج جنسى ، قبل إجراء جراحة قضيب تعويضى (1) . وقد يفضل العميل الحل الجراحى الذى يبدو أسهل (والأفضل من ذلك تعاطى حبوب) ومهمة المعالج هى أن يكتسب ثقة العميل .

ثانياً ، تتطلب مناقشة الأمور الحساسة ، والتي يحتمل أن تسبب حرجاً بقدر من الحساسية الخاصة . ومن الأمور المعتادة بالنسبة للعميل أن يقول : «لم يسبق أن تحدثت من قبل فى هذا الأمر مع أحد على الإطلاق، ورد فعل المعالج أمثل هذه المعلومة جوهرى ، ويمكن أن يشجع أو لا يشجع العميل على المزيد من المناقشة . ويستطيع المعالج تشجيع العميل على المزيد من المناقشة ، بالاعتراف بأن العميل قد يجد أنه من الصعب مناقشة الامور الجنسية ، وأن يؤكد للعميل خبرته الخاصة فى هذا الشأن فى التعامل مع المشكلات الجنسية ، وباستمراره فى الالتزام بموقف متوازن .

ثالثاً ، يجب على المعالج الذى يعمل منفرداً مع زوجين معا ، أن يتجنب الظهور بمظهر اتخاذه جانب أحدهما . ودائماً ما يفترض العملاء أن المعالج يقف فى صف العميل الذى يكون من جنسه نفسه . ويتعين مناقشة هذه القضية فى بداية العلاج ، وخلال العلاج إذا اقتضى الأمر لمواجهة مثل هذه الافتراضات . ويجب بالمثل على المعالج الذى يعمل منفرداً مع عميل فرد من الجنس الآخر* أن تكرر للعميل أن لديها خبرة فى التعامل مع المشكلات الجنسية لدى الجنس الآخر . وبالنسبة لموقف كل العملاء (الفرادى أو الأزواج) قد يفترض العملاء افتراضات زائفة حول معلومات المعالج أو خبراته ، اعتماداً على جنس المعالج فقط .

(1) Penile prosthesis surgery

* حيث قد يكون المعالج أنثى (المترجم)

رابعاً ، قد يواجه المعالج عميلاً تتعارض عقائده أو معتقداته الحضارية مع التوجه الجنسي الصحى . مثال ذلك أن يكون التركيز الحسى يناقض بعض وجهات النظر الدينية ، وعلى المعالج أن يكون حساساً دائماً - بالطبع - لإمكانية وجود مثل هذه القضايا ، وألا يستمر فى العلاج إلى أن يتم الكشف تماماً عن المعتقدات الدينية والحضارية المتعلقة بالممارسة الجنسية . وقد وجدنا فى بعض الأحيان أن سوء تفسير المعتقدات الدينية كان يقف فى طريق العلاج . ومن المفيد فى مثل هذه الحالات تحويل العميل إلى مستشار دينى ، يمكنه أن يفسر له نسق المعتقدات ، وأن يعمل بمثابة المستشار مع المعالج .

خامساً ، تشير ثروة من البيانات المتاحة أن سوء استخدام الكحول والمخدرات يمكن أن يؤثر عكسياً على الأداء الانتصابى (Segraves & Segraves, 1992) ، ويمكن للتأثيرات النفسية والتفاعلية الناتجة عن تعاطى المخدرات أن تكون مناوئة . وقد تبين لنا أيضاً أنه لا جدوى من العمل على علاج المشكلات الجنسية ، عندما تكون هناك مشكلات إدمان مستمرة للمخدرات . ويجب علاج مشكلة سوء استخدام المخدرات فى أغلب الأحوال أولاً ، وأن يتم التحكم فيها قبل تطبيق برنامج متسق للاضطرابات الجنسية .

سادساً ، نحن نعلم من التقارير المنشورة (مثال ذلك : Catalan et al., 1982; Segraves, Schoenberg et al., 1990) أن كثيراً من العملاء يهون علاجهم قبل الأوان . ومعرفة هذه الحقيقة مبكراً يمكن أن يساعد المعالج على منع ذلك فى بعض الحالات . وقد وجدنا أنه من المفيد تشجيع عملائنا على مناقشة تحفظاتهم معنا بصراحة ، وأن نشاركهم شكوكهم ، استطيع أن أفهم لماذا تعارض هذه الطريقة ، ولو كنت مكانك لكنت عارضتها بالمثل ، ولكن لماذا لا نعطيها فرصة لمدة ستة أسابيع ، نستطيع بعدها إعادة تقييم فائدة مثل هذا النوع من الطرق بالنسبة لك ، هل تقبل هذه الخطة ؟

أساليب العلاج

هناك عديد من الأساليب التى يمكن البدء بها لإحداث تغيير صحى . ونحن مطمئنين بأكبر قدر للطرق التى توصف تقليدياً باعتبارها أساليباً معرفية سلوكية ، والتى حظيت بالقدر الأكبر من البحوث مقارنة بغيرها فى هذا المجال . وقد تأثرنا أيضاً بنماذج بديلة ، وهذه التأثيرات واضحة فى عملنا ، ونعرض فى

هذا القسم الخطوط العريضة لست استراتيجيات عامة تخدم بوصفها جوهر عدتنا العلاجية .

التركيز الحسي/التدريب على المهارات الجنسية

تطور التركيز الحسي⁽¹⁾ على يد ماسترز وجونسون Masters and Johnson (1970) وهناك عدة مبادئ توجه استخدامنا لهذا المنحى . المبدأ الأول والأكثر أهمية في التركيز الحسي يقوم على مساعدة العميل أو الزوجين على تطوير وعى مرتفع بالإحساس وتركيز عليه ، وبالتالي فإن الأحاسيس وليس الأداء هي محور التركيز الحسي . ويؤدي القيام بذلك إلى خفض الشخص أو الزوجين للقلق ، كما يؤدي إلى الشعور بحاجة ملحة يمكن تحقيقها على الفور (مثل الراحة الوجدانية والمتعة الحسية) ، بدلاً من محاولة الوصول ببساطة إلى انتصاب، والذي قد لا يكون مما يمكن تحقيقه ، وهو ما يزيد من خطر التعرض للفشل والاحراج .

ثانياً ، يتضمن التركيز الحسي منحى بنائياً وإن كان مرناً للعلاج ؛ فالتركيز الحسي محدد البنية حيث يحصل فيه العملاء على تعليمات واضحة لتكوين علاقة حميمة ، وعندما تتبع هذه التعليمات يكتسب الزوجان تدريجياً الثقة في أنفسهما وفي علاقتهما . وبالتالي يعرف الزوجان ما هو المتوقع منهما . وعلى الرغم من ذلك ، يكون التركيز الحسي مرناً للغاية من حيث قابليته للتشكيل وفق الظروف الفريدة الخاصة بأي زوجين ، ومن الجوهري ألا ينسى المعالج تشكيل الإجراءات التي تفي بالحاجات النوعية لعميله أو لعميلها .

ثالثاً ، يعد التركيز الحسي منحى تدريجياً للتغيير ، ومن المتوقع أن يستغرق مثل هذا التغيير وقتاً ، ويتعين عدم القيام بأي جهد للضغط للإسراع به . وأحد أمثلة هذا المبدأ عدم قيام العملاء بممارسة الجنس مبكراً خلال العلاج إلى أن يمكنهم إعادة تعلم أساسيات «العلاقة العاطفية والإحساس بالمتعة ، إلخ .» وقد لا يسمح لبعض العملاء بممارسة الجنس في سياق علاجهم الجنسي لأسابيع وربما لشهور . وقد يكون هذا المنحى التدريجي مثيراً لكدر البعض ؛ لأنه يبدو بطيئاً ، لهذا من المطلوب بذل عناية خاصة في تفسير أهمية هذا المنحى العلاجي للعملاء . وقد يؤدي الفشل في إعداد العملاء للتغيير التدريجي إلى قطع العلاج مبكراً .

(1) Sensate focus

رابعاً ، يحتاج تطبيق العلاج بالتركيز الحسى والتمرينات المنزلية لمشاركة الزوجين فى بيئة غير مهددة ، ويحتاج المعالج للعناية بكل من الشريكين فى هذه العلاقة المشتركة ؛ ليتأكد أن التدريبات المنزلية تتم فى مناخ غير مهدد .

وهناك أيضاً إجراءات نوعية توجه منحى التركيز الحسى ؛ فليس الهدف من الإجراءات التى قدمت خطوطها العريضة هنا ، وفى مصادر أخرى ، أن تطبق باعتبارها مكونات وصفة جاهزة ، بل الأحرى أنها موجّهات يتعين اقتفاؤها بقدر اتساقها مع روح الخطوط العريضة ، التى تم إيضاحها على التو .

وتتضمن إجراءات التركيز الحسى تشجيع الزوجين على تجربة الانخراط معاً فى علاقة حسية وعاطفية حميمة بطريقة تدريجية وأسلوب غير مهدد . وتتضمن الإجراءات الواقعية واجبات منزلية تشجع الزوجين على الانخراط معاً فى خبرات متعلقة بالجنس ، وعلى المشاركة فى جلسات العلاج القائمة ، والتى تستخدم لمناقشة التدريبات المنزلية والمشاعر المستثارة والمشكلات الناتجة عن هذه التدريبات وغيرها .

ويتضمن الواجب المنزلى التعليمات الواضحة التى قدمها المعالج للعميل ، وهى ممارسة تدريبات خارج الجلسات العلاجية ، ويتفهم كل من المعالج والعميل أن الواجبات المنزلية ستتم مراجعتها وتعديلها (إذا اقتضى الامر) فى كل جلسة . ويمكن تجزئة الواجبات المنزلية إلى أربع خطوات ، وعادة ما تتم هذه الخطوات بطريقة متتابعة . ولكن لا توجد قاعدة مطلقة هنا . ويعتمد على التقديرات الإكلينيكية للمعالج . ما إذا كان يتعين أن يتضمن السياق كل خطوة ، والوقت الذى تتضمنه .

وتتضمن الخطوة الأولى فى التركيز الحسى نمطياً عدم لمس الأعضاء التناسلية (أى عدم الشعور باللذة من خلالها) وذلك أثناء ارتداء كل من الشريكين ملابس مريحة ، وقد تتضمن أقل السلوكيات تهديداً الربت على الظهر أو الإمساك باليدين ، ويتعين خلال الجلسات وقبل عودة الزوجين للبيت لممارسة تدريباتهما مناقشة المشكلات الخاصة بكمية الملابس التى يرتديانها ، وطول الجلسة بينهما ، ومن منهما البادىء بأنواع السلوكيات المشتركة بينهما ومرات تكرار الجلسات بينهما .

ويتعين أن يبدأ الزوجان انخراطهما في تدريباتهما الجنسية بمستوى مقبول لكل منهما ، ولأن كثيراً من الأزواج يجدون أن مثل هذا السلوك بطيء إلى حد ما؛ لذا يتعين على المعالج أن يؤكد لهما بوضوح منذ البداية أنهما يقومان بخطوات ضرورية بهدف تحقيق هدفهما البعيد ، ولكن الهدف القريب هو التركيز على الأحاسيس وليس ممارسة الجنس ، وعليه مناقشة آليات هذه الطريقة مع الزوجين ، وأن يكون متأكداً من مناقشة قيمة التدريب محدد الشروط مقابل التدريب غير محدد الشروط ، ومرات تكرار هذا التدريب ، وكذلك العوامل الدخيلة والمشكلات التي يمكن أن تعترضه .

وحتى إذا أعطى المعالج تفسيراً واضحاً لجوانب عدم ممارسة الجنس ، خلال مرحلة التركيز الحسي ، فإن بعض العملاء قد لا يتفهمون الفكرة . لذا ، فإننا نحاول أن نكون واضحين في ذلك على وجه الخصوص ، ودائماً ما نقول لعملائنا «في المرة التالية عندما تأتي إلى جلسة العلاج ، لن أسألك عن الانتصاب أو الوصول إلى النشوة ، ما سأسألك عنه هو قدرتك على التركيز على تلقى ومنح المتعة ، وعلى قدرتك على الاستمتاع بما تفعله» ، ونحن نكرر هذه الرسالة مع الأزواج ؛ لأن توجهات أغلب الأزواج تكون نحو ممارسة الجنس (بمعنى تركيزهم على الانتصاب والوصول إلى النشوة) .

وما لم يخلصهم المعالج من هذه الفكرة ، فسيظلوا محتفظين بمحك الممارسة الجنسية خلال تمريناتهم . وعلى المعالج أن يناقش عند هذه النقطة مع العميل أو الزوجين مفهوم قلق الممارسة الجنسية . ويتضمن هذا التخلص من فكرة التفكير بصيغة الكل - أو - لاشيء (بمعنى أن الجنس يساوي الجماع) ، وبقيّة العوامل التي تتدخل في الحد من الجنس الممتع .

ولا يمكن ممارسة التركيز الحسي ما لم يفهم الزوجان هذا المفهوم ، والاعتراف بأنه ينطبق عليهم ، مع تقديرهم للحاجة إلى طرق مختلفة للتفكير والسلوك .

تتضمن الخطوة الثانية ، نمطياً ، الاستمتاع بالأعضاء التناسلية . ويشجع الشريكان خلال هذه المرحلة من العلاج على التقدم نحو اللمس الرقيق للأعضاء التناسلية ، ومناطق الثديين ، كما يشجع الشريكين أيضاً على تحسس أحدهما للآخر بطريقة ممتعة . وكما سبق ، يجب عدم تشجيع الزوجين على الأهداف

ذات العلاقة بالجماع (أى الانتصاب أو الوصول إلى الشهوة) . ومع تقدم المعالج خلال مرحلة التركيز الحسى ، على المعالج مراجعة العوامل التى تيسر أو تكف الأهداف المرجوة . ومن خلال مناقشة هذه العوامل مع الزوجين بطريقة تخلو من الأحكام التقييمية ، يمكنهما أن يصبحا أكثر قدرة على التحكم فى تقدمهما ، والشعور بقدر أكبر أنهما ليسا بمثابة تلاميذ فى فصل . وبمجرد أن يستريح الزوجان للمس الاعضاء التناسلية ، ويستعدان لاستئناف الجماع ، نجد أنه من الضرورى تأكيد أنه حتى الجماع يمكن تجزئته إلى عدد من السلوكيات . وبالتالي علينا تشجيع بعض الأزواج على الاشتراك فى «كبح دون إكراه» ؛ أى يسمح الشريك المتلقى بالإيلاج مع التحكم فى كل جوانب هذا التدريب . مثال ذلك ، التحكم فى عمق الإيلاج والوقت الذى يستغرقه . ومرة أخرى يتم تشجيع المرونة والتباين ؛ لكى نزيل الضغط المصاحب لميل الزوجين للتفكير بطريقة الكل - أو - لاشئ .

وهناك مشكلة شائعة فى هذه المرحلة للتركيز الحسى هى أن المعالجين يشايعون بشكل متصلب الحرمان من الجماع (Lipsius, 1987) . ويؤدى الحرمان من الجماع تحت ظروف معينة إلى فقدان الأحاسيس الشهوية ، وفقدان التلقائية ، وإلى إحباط غير ضرورى وزيادة فى المقاومة . وطريقتنا فيما يتعلق بقضية الحرمان هى أن نناقش مع الزوجين كل مزايا ومعوقات الحرمان الممكنة ، وإيضاح أن على الزوجين أن يعملوا معاً فى عملية تستهدف المستقبل ، ويعتمد ضغط المعالج على الزوجين لتأكيد الالتزام بالحرمان على التقديرا الإكلينيكي .

ويساعد المنحى المنعى ، من وجهة نظرنا ، الزوجين على استئناف الصلة الجسدية بينهما تحت ظروف معينة . من هذه الظروف الآتى على سبيل المثال :

- (١) إذا كان الزوجان متكدرين للغاية فيما يتعلق «بالاداء الجنسى» .
- (٢) عندما تكون هناك أفكار كثيرة دخيلة ذات توجه نحو الأداء .
- (٣) و/أو كان الزوجان قد تجنبوا من قبل الصلات الجسمية بينهما .

ومن ناحية أخرى قد يستفيد الزوجان اللذان لم يحاولوا إقامة علاقات جنسية بطريقة متصلة أو بطريقة مصحوبة بردود فعل انفعالية ، من الفهم العام لهدف التركيز الحسى ، ولكن مع اتجاه يتسم بالاسترخاء نحو الحرمان .

الخطوة الأخيرة في التركيز الحسي الملائم تتضمن الاقدام والجماع . ومرة أخرى دائماً ما يكون تشجيع الشريك المتلقى على المبادرة بالحركة فكرة جيدة ، على أن تكون الحركات بطيئة ومتدرجة . وكما هو الحال دائماً ، يشجع الزوجان على التركيز على الإحساسات المصاحبة للجماع وألا ينشغلا بالوصول إلى النشوة . وعلى الزوجين أن يجربا أوضاع مختلفة وليس استئناف الوضع أو الأوضاع نفسها التي كانا يستخدمانها قبل العلاج .

هذه هي الإجراءات العامة التي تشكل التركيز على الإحساس . وقد فصل كثير من المؤلفين الأساسيات التي قدمت هنا (مثال ذلك :: Kaplan, 1974; Masters & Johnson, 1970)

وقد يجد المعالج أنه من المفيد الرجوع إلى هذه المصادر ، ما أن يعمل أو تعمل بطريقة مريحة بالإجراءات التي سبق عرضها .

وعلى الرغم من ذلك ، فعند هذه النقطة نريد تحديد بعض المشكلات ، التي يحتمل أن تواجه المعالج . من ذلك أن هناك سهولة نسبية في استخدام إجراءات التركيز الحسي ، إلا أن هذه الإجراءات يمكن ألا تفهم في بعض الأحيان ويساء تطبيقها . مثال ذلك ، أنه كان لدينا زوجان بدءا العلاج ، وذكرنا أنهما حاولا تجنب ممارسة الجنس خلال علاج سابق ، ولكن الأمر لم ينجح . وشارك زوجان في العلاج بهدف التعامل مع صعوبات الانتصاب ، وقد فسر الزوج الأمر على أنهما شاركا من قبل في علاج جنسي وحاولا التركيز الحسي . وكان الأسلوب المستخدم هو رفض ممارسة الجنس لمدة أسبوعين ، ولم يفهم الزوجان الهدف من هذا الإجراء ، كما لم يفهما الخطوط العريضة الموجهة لسلوكهما ، وقد تركا علاجهما السابق وهما غير راضيين .

وقد أشار ماكارثي (McCarthy) (1985) إلى عدد من الأخطاء الشائعة في استخدام التركيز الحسي خلال الواجبات المنزلية . وكانت أكثر الأخطاء التي يرتكبها المعالجون شيوعاً ، هي : عدم شرح تفاصيل الإجراء ، وعدم إشراك الزوجين في إجراءات اتخاذ القرار الخاص بالتطبيق . ودائماً ما ينتهي ذلك بعدم الإذعان . خطأ آخر شائع هو طلب المعالج منهما ممارسة الجنس كجزء من الإجراءات «الخطوة التالية في الإجراء هي إثارة الشريك في المناطق التناسلية للوصول إلى النشوة، ويمكن لهذا النوع من التعبيرات أن يزيد من قلق الممارسة

الجنسية لدى الأشخاص المستهدفين على وجه الخصوص . وسيكون من الأفضل قول «لقد تصرفت بطريقة جيدة حتى الآن من حيث تركيزك على الإحساسات والمشاعر ، وقمت وشريكك بإثارة بعضكما ، وعند هذا الحد تضمن ذلك تحسس الأعضاء التناسلية . ما الذى تشعر أنه سيكون الخطوة التالية ؟» ويسمح هذا الأسلوب بتنوع فى الإجابات ، دون توقع ضغوط الفشل الجنىسى .

خطأ إضافى يقع فيه المعالجون ، يتضمن إنهاء متسرع للتركيز الحسى ، عندما يكون الزوجان غير مذعنين أو يواجهان صعوبات . والتسرع فى الإنهاء يدعم التجنب فقط . ويجنب مناقشة الصعوبات باستفاضة ، كما يجب تحديد العوائق التى تحد من التقدم فى العلاج وإزالتها . وعادة ما نسمح بثلاثة أسابيع من عدم الأذعان قبل تغيير الإجراءات .

ثمة صعوبة أخرى ممكنة يمكن أن تبرز عندما ينتقل العلاج إلى مجال إجراءات الواجبات المنزلية ؛ إذ تحدث فى هذا الوقت صراعات محتملة بين أن يكون المرء طبيعياً وغير خاضع فى سلوكه لنظام معين ، أو أن يسلك وفق خطة وتحددات لسلوكه . ويفضل أغلب الأزواج والأفراد ممارسة الواجبات المنزلية بطريقة «طبيعية» غير محددة الخصائص . وعلى المعالج أن يصف هنا الإجراءات المتضمنة والمبادئ التى تحكم هذه الإجراءات ، ولكنه يترك الأمر للزوجين ليضعاً بأنفسهما جدولاً ببقية التفاصيل مثل مرات وأوقات ممارسة التدريب . وعلى الرغم من أن هذه الاستراتيجية قد تكون هى المفضلة حدسياً ، إلا أن الزوجين دائماً ما يعودان إلى العلاج دون أن يقوموا بالواجب المعهود لهما .

ربما يكون السبب أن الجميع لديهم أيضاً تاريخ طويل للتجنب الجنىسى ، وبالتالي لا يستطيع الفرد أو الزوجان البدء دون ارتفاع لمستوى القلق إلى مستويات غير مقبولة .

ومن هنا ، فإننا دائماً ما نشرح إيجابيات وسلبيات الاستراتيجيات غير المحددة مقابل الاستراتيجيات المحددة قبل أن نقدم التمرينات المنزلية . وعندئذ يستطيع العميل أن يختار استراتيجية ما ، وهو واع تماماً بإمكانية عدم الإذعان للمطلوب . وأحياناً ما يحاول أحد العملاء استراتيجية معينة ، ونتيجة لفشله فيها يتبنى طريقة أخرى . وبالإضافة إلى هذه القضية الخاصة بالممارسات المحددة مقابل غير المحددة ، يجب على المعالج أن يكتشف المعوقات الأخرى المحتملة ،

التي يمكن أن تواجه إجراءات علاج معيبة (مثل ذلك الأقارب الذين يقيمون في البيت ، ومواعيد العمل ، والانشغالات الطبية ، وخطط السفر) . وما أن تحدد هذه المعوقات الممكنة وتوضع لها الحلول ، حتى يكون من الممكن البدء بشرح الواجبات المنزلية وتفصيلها .

وينتج عن إجراءات التركيز الحسى كثير من المزايا ، فقد يتعلم العميل أساليب سلوكية جديدة ، إلى جانب طرق جديدة للتفاعلات الجنسية ، وقد تعاملنا مع أزواج كانت لديهم طرق ضيقة للغاية فى الجنس . وليس من غير المعتاد ، على سبيل المثال ، أن يذكر زوجان أنهما لم يتحسسا بعضهما من قبل . وقد يقبلان بعضهما مرة ثم يمارسان الجنس . بل إننا حتى التقينا بأزواج ينظرون إلى المداعبة^(١) على أنها شيء يفعله الصبية، وبالنسبة لمثل هؤلاء الأزواج يقدم التركيز الحسى إمكانية محددة لتحدى العادات المستقرة ، التي يحتمل أن تحد من المتعة وتسبب مشكلات جنسية .

وقد يساعد التركيز الحسى أيضاً فى تغيير إدراك الشخص لشريكه/ أو شريكته . وإحدى المشكلات الشائعة هى الاقتراب من الجنس الحميم ، باعتبار الجماع هو الهدف الوحيد منه . وقد تبدأ الشريكة الأنثى فى العلاقة الغيرية فى النظر إلى نفسها ، بوصفها موضوعاً لإمتاع شريكها وليس بوصفها رقيقاً يحظى بالحب . وقد يساعد التركيز الحسى الزوجين على التركيز بعضهما على البعض بعواطف متبادلة ، بدلاً من كونهما موضوعات للاستثارة . ويمكن للتركيز الحسى أن يكون تشخيصياً أيضاً ، من خلال الصعوبات التي تظهر دائماً ، وتحمل معلومات مهمة حول مشكلات أخرى لدى الزوجين ، ودائماً ما لا تظهر هذه المشكلات الأخرى خلال التركيز الحسى ذاته .

ويتعين النظر إلى التركيز باعتباره جزءاً واحداً من منحنى علاجي شامل ، وليس علاجاً كاملاً فى حد ذاته . وبالتالي ، فإن قضايا التواصل ، والاتجاهات الخاطئة ، التي تتدخل فى الاستمتاع الجنسى ، وفى الصراعات الزوجية غير الجنسية ما هى إلا أمثلة للانشغالات العلاجية ، التي يمكن التعامل معها مصاحبة للتركيز الحسى .

(1) Foreplay

التعليم

قد يكون تقديم المعلومات هو المكون الأكثر شيوعاً في العلاج الجنسي . ويمكن للمعلومات أن تساعد على تصحيح الخرافات ، وأن تصحح سوء الفهم الذي يعيق الأداء الجنسي . مثال ذلك ، الاعتقاد أن المداعبة للصبية ، أو أن الجماع هو الشكل الوحيد الصحيح للجنس المدمر بالنسبة للذكور في أواسط العمر والمسنين وشريكاتهم . وبالمثل فإن الاعتقاد أن الانتصاب يجب أن يحدث أولاً (أى قبل بدء النشاط الجنسي) لكي يعطى علامة على الشغف الجنسي والرغبة يمكن أن يحد من الإمكانيات الجنسية للرجل . والتأثير النهائي لهذه المعتقدات هو أن الذكر الذي لا يحقق انتصاباً قبل الجماع لن يشارك في ممارسة جنسية . ونحن نعرف كثير من الرجال الذين يتجنبون الممارسة الجنسية لسنوات جزئياً ؛ لأنهم متمسكون بهذه المعتقدات .

ويورد زيلبرجلد Zilbergeld قائمة باثنتى عشر خرافة ، هي الأكثر شيوعاً ، والتي يؤمن بها الرجال (والنساء) :

- ١ - نحن أناس متحررون ومستريحون جنسياً تماماً .
- ٢ - الرجل الحقيقي ليس هو الناعم صاحب العواطف المتودد للمرأة .
- ٣ - كل التحسس هو جنس أو يؤدي إلى الجنس .
- ٤ - الرجل شغوف دائماً بالجنس ومستعد له .
- ٥ - الرجل الحقيقي يلعب دورة في الممارسة الجنسية .
- ٦ - جوهر الجنس قضيب شديد الانتصاب وما يمكن عمله به .
- ٧ - الجنس هو الجماع .
- ٨ - يجب أن يكون الرجل قادراً على جعل الأرض تهتز تحت شريكته أو يجعل جواربها تسقط أرضاً على الأقل .
- ٩ - الجنس الجيد يتطلب الوصول إلى النشوة .
- ١٠ - يتعين على الرجال ألا ينصتوا للنساء في الجنس .
- ١١ - الجنس الجيد تلقائي ، وبلا تخطيط ، وبلا كلام .
- ١٢ - الرجال الحقيقيون بلا مشكلات جنسية .

والمشكلة في هذه الخرافات وأشباهاها هي أنها تؤدي إلى توقعات لا يمكن الوفاء بها (في أغلب الأحيان) ، وتؤدي حتماً إلى إحباط وشعور بالذنب ، وتأييب الذات . وقيمتها المدهشة تتمثل في أنها توفر معلومات دقيقة ، وتفضح مثل هذه الخرافات . مثال ذلك أن تعليم الزوجين أو الفرد أن العوامل البيولوجية يمكن أن تلعب دوراً في اضطراب الانتصاب قد يحرره من الشعور بالذنب وتأييب الذات ، ومن المفيد أيضاً توفير معلومات صحيحة حول التشريح والفيزيولوجيا ، وكذلك حول السلوك الجنسي المعياري (معلومات عن الأمراض التناسلية المعدية بما في ذلك أمراض نقص المناعة الفيروسية⁽¹⁾ وزممة نقص المناعة المكتسبة⁽²⁾) ، والممارسات الجنسية الآمنة التي يمكن أن تحمي الحياة ، ويتعين تقديم هذه المعلومات بصورة روتينية) .

ويمكن التعليم بعدد من الطرق ، مثال ذلك ، أن تقترح قراءات على العملاء ، ولحسن الحظ هناك كثير من الكتب الممتازة المتاحة .

(انظر على سبيل المثال : Zilbergeld, 1992; Spark, 1991; Schover, 1984)

وقد يرغب المعالج في وضع قائمته الخاصة بقراءات لكتب أحدث ، أصبحت متاحة وأخرى تحت الطبع . وقد يجد المعالج أنه من المفيد أيضاً أن يشتري عدداً من نسخ كتبه المفضلة وبيئتها لاستعارة عملائه . وهناك بديل آخر ، فقد يحدد المعالج مكتبة أو اثنتين يزودهما بالكتب المقترحة . في كل الأحوال ، نحن ننصح المعالجين بقراءة أي كتاب ، ينصحون به عميلاً ، وأن يكونوا مستعدين لمناقشة محتوياته معه خلال الجلسات . وقد يفضل عملاء آخرون أن يوجهوا أسئلة بشكل مباشر ، وبالنسبة لهؤلاء يحتاج المعالج لاستغلال الفرصة المتاحة بصورة طبيعية لتقديم محاضرة مرتجلة .

التحكم في المنبه

نحن نعلم أن الظروف غير المريحة لا تساعد على قيام علاقة جنسية مريحة وممتعة ، وعندما تصبح هذه الظروف غير مريحة بقدر متطرف ، فقد تسهم في اضطراب الانتصاب . وللضع في اعتبارنا المثال التالي : عميل يشكو

(1) Immunodeficiency virus

(2) Acquired immunodeficiency syndrome

من فقدان القدرة على الانتصاب مع صديقته الحسية والشغوفة ، ويريد معرفة السبب . وسئل خلال المقابلة التقييمية عن الظروف التي يحدث فيها الجنس . وقد ذكر أن المرة الأولى التي حاول فيها مجامعة صديقته ، كان يجلسان خلالها في المقعد الخلفى لسيارة من طراز فولكس فاجن في موقف سيارات كنيسة . ومن خلال تصور الرعب من نظرات المترددين على الكنيسة ، كان من السهل علينا فهم لماذا فقد إمكانية الانتصاب ، وعلى الرغم من ذلك فإن عميلنا لم يحدد ظروفه بوصفها مصدر للمقاطعة .

ومغزى القصة هو أنك لا تستطيع إطلاقاً افتراض أن زوجين يحاولان إقامة علاقة جنسية بطريقة تفضى إلى إثارة . وقد التقينا في حالات كثيرة بعملاء لم يمارسوا التقبيل أو التحسس أو الملاطفة أو المداعبة أو الاحتضان قبل محاولتهم ممارسة الجنس . ومع ذلك فهؤلاء العملاء يتوقعون حدوث انتصاب ما أن يحاولوا الإيلاج . وعليك فحص تفاصيل المداعبة ، وكذلك الموقف الشهوانى ، والسؤال عما إذا كان كل شريك راضٍ عما يحدث أم لا .

ويشير التحكم فى المنبه إلى جهود إقامة مناخ سار ومريح يؤدي إلى تعبيرات جنسية ، وبالتالي يقلل من الظروف المقتحمة . وحتى الاقتراحات البسيطة ، مثل : عمل ترتيبات لجلسة تبقى مع الأطفال ، أو تنظيف حجرة النوم ، أو الاستماع إلى موسيقى هادئة يمكن أن تكون مفيدة . ومن المدهش أن هذه الاقتراحات غير واضحة لبعض العملاء . وعادة ما يحتاج العملاء لتذكيرهم بتأثير الجهود التي يقومون بها خلال المغازلة ، للوصول إلى الحالة المزاجية . وما أن يطمئن المرء إلى العلاقة حتى ينسى هذه الاستعدادات أو يعتقد أنها غير مهمة . ويتعلق بذلك أيضاً أن كثيراً من الأزواج لا يجلسون متجاورين فترة ما لإبداء تعبيرات جنسية . ومن المعتاد أن يحاول الأزواج ممارسة الجنس تحت ضغط أول لحظة خالية من أسبوع ملء بالمشاغل . وهم يتوقعون أن تكون الممارسة الجيدة تلقائية وغير مخططة . ومرة أخرى ، فإن الكثيرين ينسون كل الخطط التي يتعين القيام بها لتحقيق هذه التعبيرات الجنسية والتلقائية ، خلال المغازلة . ودائماً ما نقوم بتشجيع العملاء على تحديد أوقات معينة في برامجهم لممارسة الجنس ، وأن يخططوا لذلك مع بذل الجهد فى ذلك ، كما يفعلون مع أى حدث آخر يتسم بالخصوصية فى حياتهم ، ونحن نذكرهم أن التوقع يشحن الرغبة بالطاقة .

إعادة التنظيم المعرفي

هناك شكلان من أشكال إعادة التنظيم المعرفي يمكن أن يكونا مفيدتين : تحدى الأفكار السلبية وخفض الأفكار المقتحمة . وتعرض العملاء لتغيير الأفكار الدخيلة ومساعدتهم على ذلك مهمة علاجية معقدة . فأحد الاختلافات بين الخرافة (أو سوء الفهم) والاتجاه السلبي ، هو أن الأخير يتم التمسك به بصورة عنيدة ، على الرغم من البيانات المتوفرة التي تشير إلى نقيضه . مثال ذلك ، قد يشعر أحد الرجال شعوراً سلبياً نحو النساء ، وهو أنهن لسن مخلصات . وقد يكون هذا الاتجاه ناتجاً عن علاقة سابقة كانت شريكته فيها غير مخلصه . وقد يفسر هذا الرجل نقص عاطفة شريكته في العلاقة الحالية على أنه دليل على أنها غير مخلصه . وبافتراض أن انخفاض نقص رغبة شريكته راجع لعوامل أخرى (مثل التعب) ، فإن الأمر يتطلب جهداً علاجياً كبيراً لتصحيح اتجاهه السلبي العام وعدم ثقته في النساء .

مثال آخر للاتجاهات السلبية يتعلق بالرجال ، الذين أصبحوا غاضبين من أنفسهم نتيجة لمشكلات الانتصاب التي يعانون منها ويخشون سخرية شريكاتهم . وليس من غير الشائع أيضاً خوف الرجال في العلاقات الجنسية الغيرية من الشذوذ، أي تفسير الرجال الغيريين صعوبة تحقيقهم لانتصاب أو الاستمرار فيه على أنهم شواذ . وبالنسبة للرجال غيري الجنس ، أو المثليين ، تثير مشكلات الانتصاب مخاوف لديهم تتعلق بالرجول . ويجب في كل الحالات معالجة هذه الاتجاهات السلبية بحذر - فقد يكون العميل دفاعياً بدرجة كبيرة ، وأنفق كثيراً من الجهد في تبني معتقد سلبي . وعلى المعالجين أن يتعاملوا مع مثل هذه القضايا في العلاج الفردي ، قبل القيام بعلاج الزوجين .

ودون اعتبار للعوامل المعجلة ، فإن أغلب حالات اضطرابات الانتصاب متفاقمة ومستمرة نتيجة للأفكار المقتحمة التي تسبق العلاقات الجنسية وتحدث خلالها . وكما نوضح للعملاء فإن هذه الأفكار المقتحمة ليست أفكاراً شهوية أو جنسية ، وبالإضافة إلى ذلك فهي تخفض الاستثارة وتكف الانتصاب . وبالنسبة للأشخاص الذين لا يعانون من الاضطراب ، فإن الأفكار السابقة للعلاقة الجنسية والموجودة خلالها عادة ما تركز على شريكاتهم ، أو على أجزاء أجسامهم الشخصية ، وتوقع الإثارة والمتعة . وعلى النقيض من ذلك فإن أصحاب الاضطراب ينشغلون بهموم تتعلق بشدة انتصابهم وصورتهم عندما تحبط

شريكاتهم ، والغضب ، والسخرية ، ومشاعر قلق متميزة واكتئاب .

وللتعامل مع الأفكار المقتحمة ، على المعالج أن يساعد العميل أولاً على تحديد هذه الأفكار . وما أن تحدد مثل هذه الأفكار ويتم الاتفاق على أنها تظهر بالفعل مرتبطة بالسلوك الجنسي ، على المعالج أن يساعد العميل على خفض ظهورها . ومن المفيد دائماً تزويد العميل بأفكار بديلة ليركز عليها خلال النشاط الجنسي . مثال ذلك التركيز على أجزاء الجسم أو تتابع النشاط الجنسي ، والذي عادة ما يؤدي إلى إثارة . وعلى الرغم من أنه يجب على المعالج أن يكون مستعداً لمثل هذه المقترحات لتوجيه المناقشة حول ما إذا كان من السوي أو من الصحي أن يستغرق الشخص في تخييلات جنسية (أو تخييلات جنسية مع شريك آخر) خلال النشاط الجنسي الفعلي ، إلا أن بعض العملاء يشعرون شعوراً قوياً أن مثل هذه التخييلات تعادل خداع شريكاتهم . ومن الواضح أنه يتعين إجراء هذه المناقشات بقدر كبير من الحرص والحساسية . وقد وجدنا أيضاً أنه من المفيد جعل العملاء يقرأون الفصل الذي كتبه ماكارثي (1988) حول التخييلات الجنسية ، أو المواد التي قدمها زيلبرجولد (1992, 125-133) .

ثمة استراتيجية أخرى لمساعدة العميل على تركيز أفكاره على أشياء أكثر إيجابية هي جعله يستعيد محتوى أفكاره خلال خبرة جنسية سابقة مشبعة . وعادة ما يؤدي ذلك إلى زيادة إحساس العميل بنوع الأفكار التي يتعين عليه التركيز عليها . وعندما تكون لدى العميل صعوبة في تذكر الخبرات الجنسية الإيجابية ، فعلى المعالج أن يمدّه بأفكار نمطية مفيدة . وهنا قد يكون تعريضه للقراءة في الأدب الإباحي أو مشاهدة شريط فيديو مفيداً .

ومما يثير الفضول دائماً ، أنه على الرغم من الوجود الواضح للأفكار المقتحمة ، فإن كثيراً من العملاء يتجاهلون مثل هذه الأفكار ، أو يستبعدون اعتبارها تسهم في الصعوبات الجنسية ، وبدلاً من ذلك يركزون على عدم ملاءمة شريكاتهم .

وقد يكون من المفيد للعميل أيضاً أن يقترح تقسيم الأوقات أو تصنيفها فيخصص أوقات معينة خلال اليوم للجلوس مع شريكته للتركيز على الانشغالات وحلول المشكلات ، وتخصص أوقات أخرى للجلوس معاً للانفعال بالأفكار الباعثة على السرور والأفكار الجنسية . ووضع هذه الفئات من الأفكار في قائمة يمكن أن

يساعد العميل على استبعاد الأفكار السلبية خلال الوقت المخصص للجنس .
وعندما يكون أحد الشريكين مشاركاً في علاج ، يصبح من المهم أيضاً أن يوضع في الاعتبار معارف الشريك الآخر حول الاضطراب . فمثلاً يخفى الرجل الذى يعانى من اضطراب الانتصاب المتعلقات السلبية حول المشكلة ، فيمكن توقع أن شريكته لديها هي الأخرى معارف سلبية . وقد تتضمن الاستجابة النمطية للشريك الآتى : «أصبحت غير جذابة كما كنت فى الماضى ، لقد انتهى حبه لى ، لا بد أن لديه علاقة غرامية بأخرى ، إنه لا يحاول ، إنه لا يريد ممارسة الجنس معى» .

ودائماً ما نسأل الشريكة عما تعتقد أنه سبب مشكلة الانتصاب ، ومن المهم للغاية المساعدة فى توضيح سوء الفهم القائم قبل التقدم للقيام بتدخل . وإذا لم يكن من الممكن معالجة سوء الفهم القائم ، فمن المحتمل أنه سيظهر مرة أخرى ويفسد تقدم العلاج .

وقد تمثل المعتقدات السلبية والأفكار المقتحمة عوائق للتعبير الجنى والاستماع . ويمكن التعامل فى بعض الحالات مع هذه الصعوبات المعرفية ، باعتبارها جزءاً من العلاج الجنى نفسه . وعلى الرغم من ذلك فقد تكون هناك حاجة فى حالات أخرى لقدر أكبر كثافة من إعادة التنظيم المعرفى ، والذى عادة ما يكون فى سياق العلاج الفردى . ولأنه يمكن إشراك أساليب العلاج المعرفى التى تكون مفيدة للغاية ، فإننا نوصى أن يكون المعالج على ألفة بالغة بتفصيلات هذه الأساليب .

(مثل ذلك ، : Beck, 1976; See also Young, Beck & Weinberger, chapter6, this volume) .

التدريب على التواصل

تتكرر مواجهة مشكلات التواصل خلال التعامل مع اضطراب الانتصاب لدى الذكور . وقد قمنا خلال ممارستنا بتطوير مطبوعة للعملاء ، تخدم باعتبارها أداة تقييم ودليلاً علاجياً فى الوقت نفسه ، وهذه المطبوعة عبارة عن كتيب فى عشرة صفحات ، تتضمن وصفاً لمشكلات التواصل الشائعة بين الزوجين ، واقتراحات للتغلب على هذه المشكلات . وتتضمن المشكلات النمطية فى التواصل الآتى :

تغيير اتجاه الحديث : البدء فى مناقشة إحدى المشكلات والانحراف لأخرى .
قراءة الأفكار : تخمين ما تعنيه عبارات شريكك ؛ لأنك تعتقد أنك تعرف
شريكك جيداً .

تجميع المشكلات : البدء فى مناقشة مشكلة والدخول فى كل المشاكل
الأخرى .

الاعتقاد فى صواب الموقف : ينصت كل شريك للآخر ، ولكنه يظل معتقداً
أن الآخر على خطأ .

الشكاوى المتجددة : تتضمن كل استجابة شكوى جديدة .

الجدل المتكرر : الميل إلى تكرار الجدل نفسه مرة بعد مرة دون تقديم حلول .
وقد وجدنا أن تزويد العملاء بالكتيب موفر للوقت وفعال فيما يتعلق
بالتواصل بين الزوجين بمجرد ظهور أول علامة على وجود مشكلات تواصل .
وعادة ما تكون تعليماتنا للعملاء هى أن يقرأ كل منهما الكتيب مستقلاً عن الآخر
(ونحن نعطي نسخة لكل واحد منهما) ، ثم يراجعان معاً المشكلات التى يبدو أنها
تطبق على علاقتهما ، ثم نقوم بعدئذ بمناقشة المجالات المختلفة لصعوبات
التواصل ، ودائماً ما نستخدم فى ذلك أمثلة من خبرة الزوجين الشخصية .

ومن المهم للغاية أن يضع المعالج فى اعتباره من البداية - أن هذه
المراجعة للأمثلة مصممة للنظر فى عمليات التواصل ، وليس لعرض أو تحديد
من من الشريكين على صواب ، ومن منهما على خطأ .

وقد برهنت تانن (1990) Tannen على أنها مساعد مفيد لبعض الأزواج
الغيريين . فقد حددت تانن بمهارة المشكلات الشائعة لدى النساء والرجال ، الذين
يحاولون التواصل معاً ، وتعتبت هذه المشكلات فى حضارتنا ، وتجنبت فى ذلك
توجيه اللوم لأى جنس من الجنسين ، وكتاباتها مسلية ومفيدة ، ويمكن لكثير من
العملاء الاستفادة بها .

ثمة طريقة أخرى للعمل على التواصل ، تتضمن استخدام أسلوب التقييم
من خلال التقارير المزدوجة الذى سبق وصفه . ويقوم الشريكان فى هذا الأسلوب
بإكمال استخبار (قائمة من الجمل حول التفضيلات الجنسية ، على سبيل المثال)
بالنسبة لكل منهما ، ثم كل منهما لما يعتقد أنه تفضيلات شريكه . ونقوم بدراسة

مستوى الاتفاق والفهم في هذه التقارير المزدوجة ، ويمكن أن يكون لاكتشاف الشريكين لوجهات نظر كل منهما وإدراكاته الزائفة حول الآخر قيمة علاجية ، وقد يكون هذا الأسلوب مهدداً بالطبع ؛ لذا ينصح بالحذر عند استخدامه .

وعلى المعالج أن يتصرف بوصفه نموذجاً للمط التواصل الجيد خلال كل الجلسات ، ويتحقق ذلك من خلال الإنصات النشط وإظهار التعاطف ، وسؤال العملاء أن يعبروا عن أنفسهم بوضوح ، وأن يستخدم بقية المهارات التواصلية والاجتماعية الأخرى ؛ بالإضافة إلى ذلك ، على المعالج أن يستمر في ملاحظة التحسن في مهارات التواصل والإشارة للزوجين إليها عندما تحدث . ومن المفيد إخبار الزوجين أنه سيتم ملاحظة مهارات التواصل والعناية بها خلال العلاج ، ويتوضيح ذلك من البداية لن يشعر العملاء بالانزعاج ، عند ظهور إحدى قضايا التواصل .

ولا يمكن في حالات كثيرة التعامل مع مشكلات الانتصاب إلى أن تتحسن مشكلة التواصل ، ودائماً ما نشير في مثل هذه الحالات إلى أن التعبيرات الجنسية هي أحد أشكال التواصل ، وأنها ستتعرض من خلال التركيز على مهارات التواصل .

استراتيجيات تحسين الصحة

ليس من المحتمل أن يشفى الزبدي أو براعم الفاصوليا مشكلات الانتصاب ، وعلى الرغم من ذلك فهناك دلائل على أن هناك ميلاً أكبر لدى الرجال أصحاب مشكلات الانتصاب ، لأن يكونوا مدخنين ، بالإضافة إلى تعاطي القهوة والكحول (Cranston Cuebas & Barlow, 1989) . وهناك دلائل بالإضافة إلى ذلك على أن ممارسة الرياضة بانتظام (ثلاث مرات في الأسبوع) تؤدي إلى تعزيز الصحة الجنسية ، بما في ذلك تكرار الأنشطة الحميمة وتحسين الانتصاب ، ويؤدي إلى نسبة مئوية عالية من الوصول إلى النشوة المرضية . (White, Case, McWhirter & Mattison, 1990) ، ويرتبط مقدار التعزيز بدرجة تحسن لياقة الفرد .

وتأسيساً على مثل هذه النتائج ، يطلب بعض الجراحين (مثل ذلك : Lewis, 1991) من المرضى الذين يدخلون أو يمضغون الطباقي أن يتوقفوا قبل التفكير في جراحة إعادة توسيع الشرايين ، وبالمثل نحن نشجع الرجال غير النشطين ليكونوا نشطاء والمدخنين ليقفوا عن مقدار ما يدخنون ، أو يتوقفوا عن

التدخين ، ومن يتعاطون الكحول أن يمارسوا الاعتدال ، واكلى اللحوم أن يكونوا انتخابين في وجباتهم . ونحن لا نوجه العملاء لأن يتوقعوا تحسناً ضخماً في أدائهم الجنسي ، إلا أن مثل هذه الاقتراحات يمكن أن تساعد ، والعملاء الذين يتسمون بالدافعية الجادة لتحسين أدائهم الانتصابي ، يمكن أن يبادروا بهذه التغييرات في نمط حياتهم بطريقة مستقلة ، بينما يحتاج الآخرون إلى توجيهات المعالج .

تطوير منحي علاجي شامل

يعرض العملاء ، في أغلب الأحوال ، ولديهم مجموعة متنوعة من الانشغالات ، التي تتطلب خطة علاجية متعددة الجوانب . وقد وجدنا أنه من المفيد أن نحدد أولويات المواقف للعملاء ، وحيث أنهم يعرضون جميعاً انشغالات غير متعادلة في مقدار ما فيها من عجلة تؤدي لتحديد أيها يجب التعامل معه أولاً . فدائماً ما تكون الانشغالات ذات الترتيب الأعلى (مثل ذلك الكدر الزواجي) هي التي تحظى منا بقدر من العناية يسبق اضطراب الانتصاب . ومن المفيد أكثر إذا استطاع العملاء الاعتراف بذلك بأنفسهم . وعلى الرغم من أن المرء يستطيع التوجه إلى مشكلة غير جنسية باعتبارها صاحبة الأولوية الأولى ، إلا أنه أحياناً ما يكون هناك تحول إيجابي من مجال مستهدف لآخر . ويبدو في هذه الحالات أن التقدم يحدث متزامناً كما لو كان هناك اقتران بين مسارين متزامنين . ويكون من الضروري ، في حالات أخرى ، التقدم على التالي ، متجهين إلى جزء واحد من حزمة مشكلات العميل في الوقت الواحد . ومن المهم مشاركة هذه الواجهة من النظر العلاجية مع العميل .

ولأن مؤلفين آخرين في هذا الكتاب قدموا معلومات تفصيلية حول مشكلات متعلقة (مثل ذلك : الاكتئاب والكدر الزواجي) ، فلن نقدم هذه الانشغالات تفصيلاً . وعلى الرغم من ذلك ، فهذا لا يوحى أن مثل هذه الانشغالات ستراجع إذا ما اتجه الاهتمام للمشكلات الجنسية . والأحرى أنه سيكون من الضروري استشارة هذه الفصول (Young, Beck & Wein - berger, chapter 6 , this volume; Cordova & Jacobson, chapter 12 (this volume) للمشورة) عند تطوير خطة علاجية شاملة للعميل .

دراسة حالة

خلفية

حوّل فريد "Fred" بواسطة أخصائي المسالك البولية ، الذي فحصه بعد شكوى تتعلق باضطراب الانتصاب لدى الذكور ، لتلقى علاج جنسي ، وكانت نتيجة فحص أخصائي المسالك البولية سلبية فيما يتعلق بأي تعقيدات مرضية ، وتضمن التقرير الطبي المعلومات الآتية :

«بناء على الفحص العضوي ، فإنه ينمو بشكل جيد ، وهو مكتمل الرجولة ، ولديه قضيبي سوى وبحجم مناسب ، وكلا خصيتيه متدليتان وبحجم طبيعي ، ولديه أرجاع سوية للعضلة الخاصة بنسيج كيس الخصية ، وكذلك إحساسات سوية في منطقة ما بين الخصية والشرج . والبروستاتا لديه صغيرة وطبيعية وهرمون التيستوستيرون لديه ٤٩١ وعدد كرات الدم لديه طبيعي ، ويبلغ البرولاكتين ٥ ، وقد أجريت عليه دراسات دوبلر^(١) قبل وبعد باستخدام الياافرين ، والتدفق لديه ممتاز، وتشير دراسة الامتلاء القضيبى لانتصاب كامل .

وبناء على تقرير أخصائي المسالك البولية . كان من المؤكد غالبا أن اضطراب فريد الانتصابى من غير المحتمل أن يكون ناتجا عن عوامل خطر بيولوجية . وبالتالي فقد صممنا تقييما لتقدير دور عوامل الخطر النفسية الاجتماعية . وكما سيتضح فإن كثيرا من البيانات الإكلينيكية تضمنت انشغالات زوجية نتجت أولا عن عوامل نفسية اجتماعية .

المقابلة الاكلينيكية

حضر فريد (ف) وزوجته إميلي (أ) الجلسة الأولى . وبعد الملاحظات التقديمية بدأت الجلسة مع المعالج (ع) :

ع : كما تعلم يا فريد ، فقد حولك دكتور رسل ، وقد أرسل لى تقريره الطبي . ولم يجد أى تفسير طبي لصعوباتك الجنسية . وقد حولك لى للمساعدة على تقييم العوامل غير الطبية التى يحتمل أن تكون قد أثرت فيك . وإجراءتى المعتادة هى أن التقي كل منكما بمفرده ؛ لكى أجمع معلومات من وجهة نظر كل منكما . وقبل أن ألتقى بكل منكما على أفراد ، أود أن أعطيك فرصة لتسألنى

عن خلفيتي، أو عن الإجراءات العلاجية . كما أنني أرغب أيضاً في سؤالك عن المعلومات ، التي تتعلق بك لاستيفاء ملفاتي .

وعند هذه النقطة كان هناك تبادل للأسئلة والأجوبة ، وتم الحصول على المعلومات حول خلفية العميل .

يبلغ فريد الثانية والأربعين من العمر ، وهو شخص بارز في الولاية ، وهو رئيس لمؤسسة مهنية ضخمة . وزواجه الحالي هو الزواج الثاني له . وقد استمر زواجه الأول سبع سنوات ، وقد احتفظ بحضانة ابنته «دونا» ، والتي تبلغ الآن العشرين من العمر . وقد انتهى زواج فريد الأول بالطلاق ، بعد أن أكتشف أن لزوجته علاقة غرامية . وقد تزوج إميلي ، زوجته الثانية منذ ثمانية أعوام ، وكانت «دونا» بعيدة حيث تدرس في الجامعة ، ولم ينجبا هو وإميلي أطفالاً .

وتعمل إميلي التي تبلغ التاسعة والثلاثين ، أخصائية اجتماعية ، وزواجها بفريد هو أول زواج لها ، وقد عملت خلال السنوات الست الأولى من زواجها كمديرة منزل وأم . وعندما تركت دونا المنزل للدراسة ، عادت إميلي لعملها الاجتماعي كل الوقت . وعلى الرغم من أن هذا هو زواجها الأول ، إلا أنه كان لديها عديد من العلاقات السابقة الممتدة وكانت مستريحة لحالتها الجنسية .

وقد وصف كل من فريد وإميلي المشكلة باعتبارها صعوبة الوصول إلى انتصاب ، يضاعف منها انخفاض الاهتمام الجنسي (أى انخفاض الرغبة الجنسية) . وقد تجنبا كل العلاقات الجنسية لحوالي ثلاثة أشهر ، واتفق كلاهما على أنها «مشكلة فريد» ، وعلى الرغم من أن إميلي ذكرت أيضاً انخفاضاً في رغبتها الجنسية هي الأخرى «حيث انقضت فترة طويلة على دون ممارسة الجنس حتى أنني أصبحت لا أريده» .

بعد الأسئلة والإجابات الأولية ، اختار فريد أن يكون أول من تجرى معه المقابلة الفردية . وقد أعطيت لكل من فريد وإميلي بطارية ديروجيتس للأداء الجنسي ، وطلب من كل منهما الإجابة عنها دون استشارة أحدهما للآخر ، وأن يعيدا البطارية بواسطة البريد قبل موعد الجلسة التالية .

الجلسة الأولى

ع [مع فريد بمفرده] : فريد في هذه المرة وأنت بمفردك ، أود أن أعرف من وجهة نظرك تفاصيل علاقتك بإميلي مع التأكيد بصفة خاصة على

انشغالاتك الجنسية . وأريدك أن تعرف أن كل ما ستخبرنى به سيظل سرياً تماماً . وسنشرك إميلي فيه معنا إذا اعطينتى تصريحاً بذلك . ربما تستطيع البدء بإعطائى تاريخاً لعلاقتك بإميلي ، بدءاً بتاريخ مقابلتك لها .

ف : حسناً ، التقيت بإميلي قبل أن نتزوج بحوالى عامين ، وقد عرفنا أحد الأصدقاء ببعضنا ، ويبدو أننا تفاهمنا بعدها على الفور ، كان لها شخصية جيدة وبدأ لى أنها شخصية متزنة ، ولكن . . . (همهمة) لم أنجذب لها جنسيا بقوة على الإطلاق .

ع : هل وجدتها غير جذابة ؟

ف : لا ، ليس شيئاً من هذا ، أقصد ، أنها مهندمة وتعتنى بنفسها للغاية ، ولكنها فقط لا تبدو مثيرة جنسياً ، حسبما أعتقد .

ع : ما الذى تجده مثيراً جنسياً ؟

ف : حسناً (همهمة) إنه أمر صعب . . . أعتقد أنها الشخص الأكثر . . . شعوراً أو جموحاً . ولكن مرة أخرى ، من الصعب على أن أرى نفسى مع هذا النوع من الأشخاص . أنا أحب النوع المتزن والمحافظ من الناس ، أعلم أننى أتكلم بطريقتين مختلفتين ، صواب ؟

ع : حسناً ، يبدو أنك انجذبت للخصائص الشخصية ، وهو ما أدى لصراع لديك .

ف : لا تفهمنى خطأ ، لقد انجذبت لها ، غير أن الجنس لم يكن هو المحرك القوى لدى قيام علاقة بيننا .

ع : هل سبق أن عانيت من أى مشكلات جنسية مع إميلي فى بداية علاقتكما ؟

ف : أوه لا ، لا مشكلات ، ولكن يحتمل ، ليس بهذا التكرار بالنسبة لعلاقة جديدة . وبالمقارنة بنساء أخريات ، لم يكن الأمر بهذا القدر الذى انخرطت فيه فى علاقات عديدة سابقة ، لم تكن إميلي هى . . . المثيرة جنسيا بالنسبة لى .

ع : ما الذى كنت تجده جذاباً فى إميلي ؟

ف : إميلي شخصية فى غاية الاتزان ، وهى مهتمة وموضع ثقة ، وقد احتجت لأم جيدة لأبنتى . لقد أردت رفقة وكانت إميلي رفيقاً جيداً ، وهى حسنة

العشرة وطيبة للغاية ، ولكن كما قلت لم يكن الجنس جزءاً كبيراً في علاقتنا . لقد سارت حياتنا بشكل جيد ، وكانت هي الشخص الذى يمكن أن أعتد عليه ، وابنتي دوناً تحب إميلي ، كما أن إميلي تحب دوناً . لقد كنت قادراً على القيام بعملى وسارت حياتنا بشكل جيد .

ع : هل سبق أن كان الجنس مشكلة أو انشغالياً فى بداية علاقتكما ؟

ف : الواقع لا ، أظن أن إميلي يجب أن تسأل لماذا لم نمارس الجنس أكثر ، والواقع أننى لم أفكر فى ذلك كثيراً ، لم نتشاجر أبداً حول ذلك ، نحن .. أنا بعض الشيء ، كنت أتجنب ذلك ، على ما أعتقد .

ع : ما الذى كانت عليه الأمور بعد أن تزوجتما ؟ هل تغير أى شيء ؟

ف : الواقع لا ، كان كل شيء على مايرام خلال الأعوام القليلة الأولى . لقد أصبحت مشغولاً أكثر وأكثر فى مؤسستى ، ثم حدث أن أصبحت الرئيس ، وأنا فخور بذلك ، ولم تكن إميلي تشكو من انشغالى ، ربما فى البداية لأنها كانت مشغولة للغاية مع ابنتى ، لقد كانت علاقتهم حميمة ويقومان بكل شيء معاً ، بالإضافة إلى أنها كانت تعرف أن ذلك أمر جيد لمستقبلى الوظيفى .

ع : متى بدأت المشكلات الجنسية تتطور بينك وبين إميلي ؟

ف : أعتقد أن كل شيء بدأ بعد ذهاب ابنتى إلى الكلية . لقد كان ذلك خسارة كبيرة لإميلي وبدت فى غاية التوتر . وبدأت تشكو أكثر وأكثر من الوقت الذى أقضيه فى المؤسسة ، ومن عدم ممارسة الجنس .

ع : هل بدأت تعاني صعوبة فى الوصول إلى انتصاب فى هذا الوقت ؟

ف : نعم ، وكانت إميلي تسألنى : «ما المشكلة؟» ، وكأنها تقول «كيف حدث أن فقدت صلابة الانتصاب» ، وكانت تبكى يا إلهى لقد جعلنى ذلك أشعر بالهلع ، ولم أكن أرغب فى إيلاهما ، لذا كل ما فعلته أننى تجنبت الامر أكثر وأكثر .

ع : ما الذى تعتقد أنه سبب لك المشكلة فى ذلك الوقت ؟

ف : لا أعرف ، لقد كان من الصعب على أن أجد وقتاً ، وكنت متعباً للغاية ، وقد فكرت أيضاً أن شيئاً عضوياً هو السبب .

ع : ما الذى جعلك تفكر أن هناك سبباً عضوياً ؟

ف : حسناً ... لأن أبى أصيب بذبحة صدرية عندما كان شاباً ... ولم يمارس الجنس هو وأمى بعد ذلك إطلاقاً . وهذا منطقي ، أعتقد أنك ستقول ذلك ، أعتقد أنه كان يعاني من مشكلات انتصاب .

ع : كيف عرفت الحياة الجنسية لوالديك ؟

ف : كنت أسمع تعليقات أمى ، وكانا يتشاجران حول ذلك بين وقت وآخر ، وقد تصادف أن سمعت جدالهما ... لم يكونا يعرفان أنني أستمع إليهما ... ولكنى كنت أعتقد دائماً أن الأمر نفسه سيحدث لى بسبب مشكلات القلب .

ع : هل لديك أى تاريخ لمشكلات فى القلب ؟

ف : لا ، لقد أجريت فحصاً لدى أفضل طبيب فى المدينة ، دكتور هيلجارد أوهو طبيب قلب مرموق ، ومستوى الكلوسترول لدى ٢٢٠ وهو مرتفع ، ولكنه ليس سيئاً بالنسبة لرجل فى عمري ، وضغط دمي عادى ، وكما ترى فإن وزنى زائد قليلاً ولكنى أحب الأكل .

ع : وماذا عن السكر ؟

ف : لا ، لا يوجد أحد فى أسرتى لديه سكر .. لا ، لا أظن لدى سكر .

ع : هل هناك أى أمراض أخرى يمكن أن تسبب لك مشكلات جنسية ؟

ف : لا .

ع : هل تتناول أى عقاقير حالياً ؟

ف : مجرد اسبرين أحياناً للصداع ، أو قرص حساسية مضاد للهستامين فى الربيع .

ع : حسناً ، كما أقترح دكتور رسل يبدو أن لديك القليل من عوامل الخطر الطبية ، ولكن من المفهوم بالنسبة لك أن تفكر فى أنه لا بد أن تكون هناك مشكلة طبية خلف صعوباتك فى الانتصاب . ويشك كثير من الرجال فى ذلك ، لأسباب معقولة ، إلا أنك لحسن الحظ معافى تماماً ، كما لم يجد دكتور رسل أى مشكلات طبية جوهريّة .

ف : أعلم أنه من الغباء أن أفكر فى أن هناك مشكلات طبية ، وبالأخص أنني

أحصل على انتصاب في بعض الأحيان .

ع : متى تحصل على انتصاب ؟

ف : أثناء الليل ، وفي الصباح قبل أن أذهب إلى الحمام .

ع : هل تستيقظ عادة ولديك انتصاب ؟

ف : نعم كل يوم تقريباً ، على ما أعتقد .

ع : هذا أمر طبيعي للغاية أن يمارس الرجال الاستمنااء خلال حياتهم . ويمارس بعض الرجال الاستمنااء لكي يتأكدوا أن الأمور على ما يرام ، ما خبرتك في ذلك [لاحظ أن السؤال صيغ بطريقة حساسة لأن بعض الرجال لا يستريحون لسؤالهم عن الاستمنااء ، لهذا نتجنب أن تكون صيغة السؤال : « هل تمارس الاستمنااء ؟ »] .

ف : آه نعم ، الأمر على ما يرام عندما أقوم بالاستمنااء ، أنا لست خجلاً من ذلك ، أنا أعتقد أنه أمر طبيعي أن أمارس الاستمنااء ، أنا لست خجلاً من ذلك ، أنا أعتقد أنه أمر طبيعي أن أمارس الاستمنااء .

ع : هل يمكنك أن تحصل على انتصاب إذا ما كانت إميلي هي التي تمارس لك الاستمنااء ؟

ف : أحياناً ، وبالأخص إذا لم أكن أتوقع ذلك ، وعندما أكون مسترخياً ، أي خلال الإجازات عندما نكون نائمين في ... أحياناً ، قبل ، قد تقاجلني قائلة أنا أحب ذلك (الصوت يتباعد) .

ع : هل تستطيع ممارسة الجنس مع إميلي في بعض الأحيان بانتصاب كامل ؟

ف : نعم ، أحياناً ، ولكني لا أستطيع أن أتنبأ متى سيحدث ذلك .

ع : ما علاقتك بإميلي حالياً ؟

ف : متوترة للغاية ، أشعر أنني تحت ضغط ، إما أن يحدث انتصاب وإما أن اخرج . لم نمارس الجنس منذ شهر ، وإميلي متضايقة للغاية ، وأنا مشغول للغاية ، ويبدو أنني لا أجد وقتاً ، وأنا خارج البيت كل ليلة طوال الأسبوع في مؤسستي ، وأشعر أنني مضطر لذلك منذ أصبحت رئيسها ، لا أستطيع أن أخذل الناس .

وقد ركزت بقية الجلسة الأولى على علاقة فريد بإميلى وعلى زواجه السابق . وقد ذكر أنه أحب إميلى وأنه لا يرغب فى إنهاء زواجه ، كما كشف أيضاً عن أنه عندما يكون قادراً على الحصول على انتصاب ، يصبح كل ما يتعلق بالجنس باعثاً على المتعة ، ولا توجد شكاوى تتعلق بأداء إميلى الجنسى ، وأنه يعتقد أن المشكلة مشكلته .

وقد ذكر أن زوجته الأولى كانت على علاقة غرامية مع آخر من خلف ظهره ، ثم أخبرته بعد ذلك أن ذلك راجع إلى أنه لم يكون قريباً منها أبداً . وحول نهاية المقابلة سئل : «هل هناك أى شىء لم نناقشه مما يمكن أن يكون موضع شكوى لإميلى؟» ، وقد أجاب فريد بقوله إن إميلى قد تشكو من أنه يشرب الخمر كثيراً ، ولكنه لا يعتقد أن هذه مشكلة . وقد أخبر المعالج أنه يمكن أن يتقاسم كل السعومات مع إميلى ، فيما عدا الجزء الخاص بكونها لم تكن مثيرة له جنسياً فى البداية .

الجلسة الثانية

ع [مع إميلى بمفردها] : إميلى ، هذه المرة معك بمفردك . أود أن أعرف من وجهة نظرك تفاصيل علاقتك بفريد ، مع التركيز بوجه خاص على الموضوعات الجنسية . وكما ذكرت لفريد فإن كل ما نناقشه هنا يتسم بالسرية ، ما لم توافقى على إطلاعه عليه .

أ : ممتاز ، حسناً ، أنا أفهم ذلك ، فأنا أخبر عملائي (فى عملى كأخصائية اجتماعية) الشىء نفسه ، وأنا مسرورة أنك تفعل ذلك بهذه الطريقة ، على الرغم من أنه لا توجد لدى أسرار ، فأنا أخبر فريد بما أفكر فيه .

ع : هل ناقش فريد معك أى شىء مما دار خلال مقابلتى معه ؟

أ : لا ، لا شىء منه ... كما ترى أنه لا يتطوع بشىء كثير هذه الأيام ، وهو لا يتناقش كثيراً حول حياتنا الجنسية . الواقع أنه يتجنب ذلك .

ع : هل تغير شىء منذ التقيت بكما ؟

أ : لا ، كل شىء كما هو ، ولكننا لم نتشاجر معاً هذا الأسبوع ، كانت لدى رغبة فى التراجع عن الشجار ... لقد أتخذت موقفًا للتأمل ونرى ، أريد أن أرى إذا ما كان هذا العلاج سيفيده .

ع : إميلي ، هل تفضلين بإخباري عن علاقتك بفريد ؟ مثال ذلك كيف بدأت ؟
ما الذي جذبك إليه ؟ ماذا كان مذاق الجنس بينكما في البداية ؟

أ : كان كل شيء جيداً في البداية . كنت أعتقد أنه رائع ومتمكن . وهو ... ولكن بعد ذلك ، كان يكثر من الحديث معي طوال الوقت ، كنا متقاربين للغاية . وكنت على ما يرام في علاقتي بابنته ، دونا ، وقد كنا عائلة سعيدة . لم تكن لدينا المشكلات المعتادة التي توجد عادة بين زوجة الأب والابنة .

ع : كيف كان الجنس بينكما في البداية ؟ .

أ : كان الجنس بيننا على ما يرام ، ولكنني لا أعتقد أننا كنا نمارسه كثيراً بقدر كافٍ .

ع : هل كنت تعتقدين أن هذه مشكلة ؟

أ : نعم ، أعتقد ، حتى أنني ذكرت له ذلك ، ولكنه كان يقول إنه متعب ، أو مشغول للغاية . إنه مشغول بصورة مهولة . ويبدل الكثير من الوقت للغاية في الأعمال الجانبية . وأنت تعلم ذلك .

ع : متى بدأت لديه مشكلات الانتصاب ؟

أ : منذ عدة سنوات . أعتقدت في البداية أنها مشكلة مؤقتة -- ربما نتيجة للتوتر الذي زاد منه تعاطيه للشراب . وبعد أن استمر الأمر ، أخبرته أن عليه أن يحصل على مساعدة . وأنت تعلم أنه أصبح رئيس المؤسسة ، ويبدو أن هذا أنهى علاقتنا . لقد طلبت منه مرة بعد الأخرى أن يستقيل ، ولكن عمله كان مهماً لديه للغاية ، أكثر أهمية مني (باكية) .

ع : هل تعتقدي أنه فضل عمله عليك ؟

أ : أعلم أنه فعل ذلك . لقد قلت له وقد اعترف بذلك . وكما تعرف فهو يشرب الكثير من الخمر ، واعتقد أنه سكير . وهو لا يقبل ذلك . لقد كان والدي سكيراً وأنا شديدة الحساسية لهذه المشكلة . وفريد يشرب كل يوم ، وهو يختار الشراب مع أصدقائه في العمل كل يوم بعد العمل ، بدلاً من العودة إلى المنزل . وهو يقول إن العلاقات الاجتماعية والشراب جزء مهم من عمله لأن وظيفته سياسية . وهو يعود إلى البيت مترنحاً في بعض الأحيان ، وله شخصية المدمن ، ولكنه لا يعترف بذلك . وحتى عندما يكون في البيت ، فإنه ينفق

الوقت فى الحديث تليفونيا مع زملائه فى العمل .

ع : هل حدث أن واجهته فى موضوع الشراب ؟

أ : مئات المرات . ولكننى استسلمت . حتى إننى قلت نه إذا كنت تحببى عليك أن تتوقف ، لقد كان والدى كحوليا ، وأنا أكره ذلك ، ولكنه استمر فى الشراب .

ع : إذا لم يكن فريد يشرب ، وكان لطيفاً معك ، وكان قادراً على الحصول على انتصاب ، ما الذى كان سيكون عليه الجنس ؟

أ : الواقع أن الجنس سيكون جيداً للغاية ... عندما نمارسه . ففريد محب جيد ، ويبدو أنه يستمتع به وأنا أيضاً . أنا فى حاجة لأن يكون قريباً منى ، إن ذلك مهم للعلاقة ، إنه مهم لى . إنه مجرد ... حسنا ... لم يكن مهتماً أبداً ... وقد اختار عمله على .

ع : هل تعتقد أن الأمور سارت شوطاً بعيداً بينكما ؟ هل فاض الكيل ؟

أ : (بعد فترة صمت) نعم ، لا أرى أى أمل (باكية) .

ع : إن انطباعى عن ذلك أنه إذا كان فريد أكثر حساسية لاحتياجاتك فستكونين سعيدة ، إذ لا يبدو أنك تكرهينه ، بل الأحرى أنك فقدت الأمل فى أن يتغير .

أ : أنت على صواب . أنا لا أكرهه . إنه رجل طيب .

ع : لقد ذكرت من قبل أن والدك كان يشرب كثيراً . ما الذى كانت عليه طفولتك ؟

أ : كان أبى طبيباً وكان لى اثنان من الإخوة الذكور واثنان من الأخوات الإناث ، وكان أبى سكيراً وكان أحد أخوتى وإحدى أخواتى سكيرين أيضاً . وكانت أمى امرأة طيبة ، ولكنها كانت ضعيفة مسحوقة بنا نحن الأطفال ، والواقع أنها لم تكن تستطيع العناية بنا . وقد تركتنا بمفردنا كثيراً . وكانت أختى الكبرى هى التى ترعانى .

وتركزت بقية الجلسة على طفولة إمبلى ونموها النفسى والجنسى ، وحالتها الصحية الراهنة ، ولم تستغل جنسياً فى حياتها ، ولديها اتجاهات صحية نحو الجنس ، وقدر منخفض إلى حد ما من تقدير الذات ، على الرغم من إنجازها الأكاديمى والمهنى . وكانت فى صحة جيدة ولم تكن تشرب أو تدخن ، وتسير على قدميها ميلين كل يوم .

ملخص التقييم

على أساس بيانات المقابلة الشخصية والإكلينيكية وبطارية ديروجيتس للأداء الجنسي ، كان من الواضح أن هناك بعض عوامل الخطر النفسية الاجتماعية وراء مشكلة الانتصاب ، وتوحى نتائج بطارية ديروجيتس أن كلاً من إميلي وفريد لديهما رصيد جيد من المعارف الجنسية الأساسية . والأكثر من ذلك أن بطارية ديروجيتس أكدت نقص النشاط الجنسي ، ولكنها أوجت أن لدى فريد مستوى من الرغبة الجنسية في الحدود السوية . وقد ذكرت إميلي أنها تعاني من نقص الثقة في صورتها الجسمية ، وهو ما يعكس الانخفاض العام في تقديرها لذاتها .

وقد استهدفت المجالات التالية باعتبارها تستحق الاهتمام العلاجي :

تعاطي فريد للكحول

التزام فريد بعمله .

ووضع إميلي (وعلاقتها) في الدرجة الثانية .

عدم قدرة الزوجين على تنظيم أوقاتها معاً .

انخفاض رغبة فريد في إميلي منذ بداية علاقتهما .

تقدير الذات المنخفض لدى إميلي .

ضغوط إميلي على فريد فيما يتعلق بالجنس ، وتعليقاتها السلبية حول

اضطراب الانتصاب لديه .

قلق الأداء لدى فريد .

وحيث يبدو أن كلا من فريد وإميلي يحبان ويحترمان بعضهما البعض ،

فقد كان هناك بعض الأمل في العمل لحل المشكلة ، على الرغم من قول إميلي أن

«الكيل قد فاض بها» ، كما اعترف كلاهما أن فريد لديه التزام شديداً بعمله وموقعه

الرناسي ، وأصبح يبدو أنه من المنطقي التوجه أولاً لهذه المشكلة ؛ لتوفير قدر جيد

من الوقت للعمل على بقية القضايا الزوجية والجنسية .

الجلسة الثالثة

ع : [مع فريد وإميلي معاً] قبل أن نبدأ ، أود أن أسأل إذا ما كانت هناك أية

تغييرات أو قضايا جديدة يتعين أن نناقشها ؟

أ : أصبحت الأمور أقل إثارة للتوتر ، غير أن شيئاً لم يتغير فى الواقع .

ف : أوافق على ذلك ، واعتقد أننا منذ أن بدأنا الحضور إلى هنا ، أصبحت الضغوط أقل .

ع : حسناً ، بمراجعة كل المعلومات التى حصلت عليها من كل منكم ، أعتقد أن كليكم سيوافق على أن القدر من الوقت الذى تقضيانه معاً محدود . كما أننى أعتقد أيضاً أنكم توافقان أيضاً على أن التزام فريد بوظيفته الرئاسية مستهلك للغاية للوقت ، ويبدو أنه يعطل إمكانية وجودكم معاً . وأعتقد أن هذا هو المجال الأول الذى يجب أن نتعامل معه ؛ لذا فقبل أن نتوجه بطريقة ناجحة لحل المشكلة الجنسية ، علينا التعاون معاً لعمل شيئين : الأول ، نريد زيادة مقدار الوقت الطيب الذى تقضيانه معاً ، وثانياً ، نريد تعزيز قدرتكم على التواصل الفعال ، إذ يبدو أن كلا منكم يريد العمل على استمرار العلاقة - وهذه إيجابية كبيرة - من وجهه نظرى ، كما أنه يبدو أن كلا منكم قادر على الإشارة إلى الخصائص الإيجابية فى الآخر ، وهذه ايجابية أخرى . واعتقد أنكم ، على الرغم من ذلك ، لا تتفقان معاً حول مشكلة تعاطى الكحول ، وهذا شىء علينا أن نتناوله أيضاً . واقترح أن نتجه أساساً إلى مشكلة الالتزام بالوقت ، والأولويات فى حياتكم . وما أن نحل هذه المشكلة ، حتى نكون قادرين على التوجه إلى مشكلة الكحول والمشكلة الجنسية .

[لاحظ أن هناك معلومات إضافية تم الحصول عليها من المقابلة وهى غير مذكورة هنا ، كما أن بيانات الاستخبار كشفت عن أن صعوبات فريد الكحولية ليست خطيرة بالدرجة الكبيرة التى يتعين معها تأجيل العلاج الجنسى والزوجى] .

ع : ما شعوركما حول ما أقوله ؟

إ : أوافق ، أنا لا أعرف كيف يمكننا ممارسة الجنس ، إذا لم يكن فريد متواجداً فى البيت على الإطلاق ؟

ف : أوافق أيضاً ، ولكننى لا أعرف كيف أتخلى عن موقعى الرئاسى . لقد أنتخبلى الناس وهم يعتمدون على .

ع : دعنى أهدئ من انشغالك يا فريد . لم يطلب منك أحد أن تتخلى عن موقعك الرئاسى . على الرغم من أنه سيطلب منك أن تراعى التزاماتك الأخرى ، وسترى أيها نسبى ، وأيها جوهرى بصورة مطلقة من وجهة نظرك . لقد شجعتنى على ذلك التزامك بالحضور لمقابلتى . وقد أظهرت بالفعل مرونة حقيقية بهذا الخصوص . دعنى أؤكد لك أننا إذا لم نستطع جدولة أوقات كافية معا بطريقة مرضية بالنسبة لكل منكما ، فلن نستطيع أن نتقدم كثيراً فى تناولنا لانشغالاتك الجنسية .

إ : (متوجهة إلى فريد) أنت غير مطالب بالبقاء والشرب مع أعضاء المجلس ليلة كل يوم جمعة .

ف : (مدافعاً) هذه اللقاءات ليست كلها اجتماعية ، فنحن ننجز كثيراً من العمل خلال هذا الوقت الاجتماعى . إن موقعى سياسى للغاية - وأنت تعرفين ذلك - وهناك الكثير من القرارات المهمة تتخذ بعد ظهر أيام الجمعة .

ع : فريد ، أنا متأكد أنك فى افضل موقع لتقدر ما هو المهم بالنسبة لعملك . ومن ناحية أخرى يمكنك أن تفهم كيف يؤثر التزامك بهذا الوقت المتعلق بعملك فى إمبلى وفى علاقتكما معا ؟

ف : أنا متأكد أن ذلك هو ما يجعلها غاضبة للغاية ، ولكننى لا أعرف ما الذى يمكن عمله ؛ فالناس يعتمدون على ، إلى جانب أننى خائف من أننى إذا تخليت عن وقتى ، فستطلب إمبلى المزيد والمزيد .

إ : هذا غير صحيح ، ففريد هو الذى يفعل كل شىء بإرادته ، وهو يفعل ما هو جيد لفريد فقط ، أشعر أننى غير مهمة على الإطلاق .

ع : هذه قضية يبدو ، بلا شك ، أنها تحتاج إلى مناقشات كثيرة ، والعلاج لم يصمم لتحديد من منكما على صواب ، ومن منكما على خطأ ، والعلاقة - بحكم التعريف - تتطلب حلولاً وسطى . لذا فإننا سنستخدم العلاج للنظر فى العمليات المتعلقة باتخاذ القرار . ويمكننا استخدام أمثلة مثل اللقاءات الاجتماعية بين فريد وفريق العمل أيام الجمع ، ولكن لمجرد أن نوضح من خلالها مشكلة ، يتعين أن نتخذاً كلاكما قراراً بشأنها ، وأن نتواصل حولها . عليكم التعاون معاً على حل هذه المشكلة مثل فريق يسعى لتحقيق هدف .

وركزت بقية الجلسة على كيفية تقدم العلاج ، وتقرر أن يبدأ العلاج مع فريد بمفرده حيث وافق على أنه المسئول عن أغلب القضايا الجوهرية . وقد نوقشت إيجابيات وسلبيات هذه الاستراتيجية ، بالإضافة إلى أن فريد وإميلي ناقشا ما الذي يريده كل منهما من الآخر في علاقتهما . وكان من الواضح من هذه المناقشة أنه ليس لدى فريد توقعات جيدة حول زواجه وقد طلب منه أن يفكر في ذلك حتى موعد الجلسة التالية .

الجلسة الرابعة

ع : [مع فريد بمفرده] فريد ، أود أن أبدأ هذه الجلسة بمراجعة ما استجد من ناحية منذ جلستنا في الأسبوع الماضي ، كما أود أن أعرف من ناحية أخرى ما إذا كنت قد فكرت في توقعاتك من زواجك ، وأيضاً ما إذا كنت قد فكرت في التزامات الوقت الخاصة بك ؟

ف : لقد فكرت قليلاً في ذلك ، على الرغم من كوني مشغولاً للغاية ، عندما تزوجت من إميلي كنت أتطلع أساساً لامرأة يمكنها العناية بابنتي ، امرأة يمكن أن أقضى حياتي معها ، الواقع أنني لم أكن أفكر في الحب أو في التزام طويل المدى . أعتقد أنه كانت لدى مشكلة بخصوص الالتزام بعد زواجي الأول . فأنا أخشى إذا ارتبطت باحد أن يحد ذلك من حريتي ، كما أنني خائف أيضاً إذا فشلت العلاقة أن يكون ذلك مؤلماً .

ع : هل يمكنك أن تتفهم أن إميلي يمكن أن تفكر كالاتي : «لأن فريد ينفق كل وقته في عمله ، فإنه يكون بذلك قد اختار حياته العملية على حساب حياته الشخصية» .

ف : لقد روضت نفسي على حقيقة أن زواجي سيفشل ، وأنه لا يمكن عمل شيء إزاء ذلك .

ع : يبدو لي أن إميلي ترغب في استمرار العلاقة . كما أنها ترغب أيضاً في الشعور أنك مهتم ، واعتقد أنك إذا كنت تريد استمرار العلاقة حقاً ، فعليك أن تقيم هذه العلاقة .

وأنفق بقية وقت الجلسة في الكشف عن معارف فريد حول الالتزام نحو إميلي ومناقشتها . وتمكن فريد من دحض فكرة أن إميلي قد ترغب في المزيد والمزيد ، وأنها قد ترفضه عند حد معين ، وقد طلب منه أن يفكر أكثر في

علاقته، مع تفهم أن العلاج لن يتناول القضايا الزوجية مالم يتخذ بعض القرارات الشخصية .

الجلسة الخامسة

ف : [مع فريد بمفرده] (بدأ الحديث قبل أن يوجه له سؤالاً) أعتقد أنني حققت قدراً من التقدم ، لقد فكرت كثيراً في جلستنا الأخير . وقمت بقدر حقيقي من الجهد لتغيير . لقد خصصت بعض الوقت ، وقضيت ثلاث ليالٍ مع إميلي . لقد بدأ الأمر كما لو كانت مواعدة غرامية جديدة .. حتى أنني شعرت ... أنني منتصب (ضحكة عصبية) كما التقيت أيضاً بأحد أصدقائي القدامى ، وقد أخبرني عن مقدار تعاسته في زواجه ؛ فزوجته فظيمة . وقد ساعدني ذلك على إدراك ما لدى . إنني أشعر أنني مختلف ... ولدى أمل (مبتسماً) .

ع : أنت تبدو متحمساً بالتأكيد ، ما الأفكار التي راودتك حول بعض المشكلات ، التي سبق أن تناقشنا فيها مثل تعاطيك الخمر والأوقات التي تلتزم بها ؟

ف : طالما وصلت إلى هذا الحد من الشراب ، فلا أعتقد أنني أستطيع الإقلاع عنه، غير أنني أعتقد أن علي أن أحاول ، أعرف أن الأمر مهم بالنسبة لإميلي ، ولكني لا أعتقد أن الأمر سيء بالقدر الذي تراه في الواقع . أنت تعرف أن إميلي ... حساسة للغاية نحو هذا الموضوع بسبب والدها ، وهي تتسرع في اعتبار أي شخص مدمن للكحول ... فمجرد أن تشرب تعد في نظرها مدمناً للكحول ، ولكنني لا أعتقد أن كأسين من الخمر يجعلان منك سكيراً . كما تعرف أنني عضو في نادي لتذوق الدبذ ، وأنا أتناوله بطريقة عقلانية للغاية ، وأنا أستمتع بذلك .

وركزت بقية الجلسة على إمكانية الاتجاه نحو التحكم في الشراب ، وهو ما اعتقد فريد أنه حل وسط جيد ، وأنه سيناقش ذلك مع إميلي . كما أشار أيضاً إلى أنه أجرى هو وإميلي اختباراً للأمراض التناسلية المعدية ، حيث إن لديهما التهابات في المناطق التناسلية ، وكانت النتيجة سلبية ، وقد فشل كلاهما في الإشارة إلى هذه النقطة في المقابلات الأولى الفردية ، عندما سئلا عن تاريخهما الطبي نتيجة للحرص .

وقد بدأ أن هذه الجلسة تعد نقطة تحول حقيقية في العلاج . وقد قيم فريد التفكير في سلوكه وتوصل إلى أنه يريد العمل لصالح زواجه وتحسينه . وكان لديه

إحساس متجدد بالأمل ، سمح له بالتفكير في أولوياته فيما يتعلق بالعمل وعلاقته . وقد فكر في أساليب ليقضى قدراً أكبر من الوقت مع إميلي . وقد كشفت هذه الجلسة أيضاً أن خوف فريد من الأمراض التناسلية المعدية قوى ، ولكنه يمثل انشغلاً سابقاً كامناً ، كان يؤثر في رغبته الجنسية ويقوى نتيجة لممارسته الجنس .

الجلسات من السادسة حتي العاشرة

استمر التقدم في العلاج سريعاً بمجرد أن حصل الزوجين على شهادة خلو ، فيما يتعلق باحتمال وجود أمراض تناسلية معدية ، واستؤنفت العلاقة الجنسية بينهما ، دون حدوث اضطراب في الانتصاب . وذكرت كل من إميلي وفريد زيادة في الرغبة الجنسية ، وأعاد فريد تنظيم جدول أعماله ، وحد من التزاماته خارج البيت إلى المستوى المقبول له ولإميلي . ووضع الزوجان قائمة بالأولويات بالنسبة لكل منهما ، واشتركا في تحمل مسؤولية التخطيط للوقت معاً .

وربما يكون الإفراط في الشرب قد أسهم في خفض الرغبة وفي صعوبات الانتصاب . وعندما كان فريد يشرب تكون إميلي غاضبة ، وأقل اهتماماً بالجنس ، وكانت لديها تداعيات سلبية كثيرة نتيجة لتاريخ أسرتها . يضاف إلى ذلك ، أنه عندما كان فريد يشرب ، كان من الصعب عليه الوصول إلى انتصاب . وكان فريد وإميلي قادرين على الوصول إلى اتفاق حول التحكم في الشرب بصورة مرضية كالاتي : يستطيع فريد أن يشرب في نادى تذوق اللبيد فقط ، أو عندما تكون أميلي معه .

وكان فريد ينظر قبل العلاج إلى كل من تعاطيه للخمر والتزاماته نحو عمله على أنهما قضيتا أبيض وأسود . ومن المؤكد أن الزوجين تجادلا حول كلتا القضيتين بطريقة الكل - أو - لا شيء . ولم يكونا قادرين على التفاوض حول حل وسط . وكان التناول الأكثر مرونة لهاتين القضيتين قد نوقش خلال العلاج ، إلى جانب رغبة فريد في حل المشكلة ، وهو الأمر الذي ساعد على التوصل إلى تغيير بناء .

وقد حضرت إميلي الجلستين الأخيرتين ، وأكدت كل المكاسب التي ذكرها فريد .

جانب أخير في العلاج هو منع الانتكاس (انظر الفصل الثامن من هذا المجلد McCrady) . وبالتعاون مع المعالج ، ذكر فريد أن مفهومه عن نفسه هو

أنه «شخصية مدمنة مخاطرة ، وأنه شخص يحب إشعال الشمعة من طرفيها» وقد وافق على ألا يتحمل أية مسئولية إضافية ، دون أن يتناقش في ذلك مع إميلي أولاً .

وبناء على المعلومات التقييمية ، بدأ أن هناك احتمالاً أن خطة العلاج الشامل لهذين الزوجين يتعين أن تتضمن كل المكونات الستة الجوهرية ، وكانت البيانات التي أوحى بالحاجة إلى كل مكون من المكونات الستة الجوهرية معروضة في جدول (١ : ١١) .

وقد تطور العلاج بسرعة بمجرد أن قيم فريد موقفه ، وقام بإحداث تغييرات جوهرية في مقدار الوقت الذي التزم به نحو إميلي ، وقلل من تعاطيه للخمر ، وكانت هذه التغييرات فورية وذات تأثير إيجابي للغاية على إميلي ، ونتيجة لذلك تحسن التواصل بين الشريكين مع الحد الأدنى من إرشاد المعالج . وخلال عدد قليل نسبياً من جلسات العلاج ، كان المعالج قادراً على تناول القضايا التعليمية وقضايا التحكم في المنبه ، وإعادة التنظيم الإدراكي . وقد استأنف الزوجان الاستمتاع بعلاقتهم الجنسية ، دون حاجة لاستخدام إجراءات التركيز الحسى . واجتمع التحول في كل من المشاعر الإيجابية التي استثيرت ، ونقص تعاطي الكحول خلال النشاط الجنسي ، والتأكيد أن أياً الشريكين ليس لديه أمراض تناسلية معدية ؛ ليسهم في تحسين الرضا الجنسي .

ويبدو من خبرتنا أن الاحتمال كبير أن أى زوجين مثل إميلي وفريد ، ممن كانا يستمتعان بشكل مرض بعلاقتهم الجنسية في وقت ما ، يمكن أن يتغلبا على الصعوبات الجنسية ، مقارنة بأى زوجين لم يستمتعا إطلاقاً بعلاقة جنسية مرضية .

جدول (١: ١١) : المكونات الجوهرية للتغير العلاجي
ومعلومات التقييم ذات العلاقة لفريد وإميلي

المكون الجوهرى	معلومات التقييم
١ - التركيز الحسى	قرر فريد أن لديه قلقاً من الأداء الجنىسى ، مرتبط بالفضل فى الانتصاب .
٢ - التعليم	على الرغم من أن الزوجين كانت لديهما معلومات جنسية جيدة (بناء على بطارية ديروجيتس للرضا الجنىسى والمقابلة الشخصية) إلا أنهما لم يفهما تأثير العوامل المختلفة على علاقتهما الجنىسية . وكانت هناك بعض الإعزاءات الخاطئة حول ما الذى سبب لهما المشكلة الجنىسية .
٣ - التحكم فى المنبه	لم يكن لدى الزوجان مناخ رومانسى ، وكانا يقضيان وقتاً قليلاً للغاية معاً ، واستثارت مشكلة الكحول اشمزاز إميلي .
٤ - إعادة التنظيم المعرفى	أعتقد فريد أنه إذا استسلم لإميلي فإنها ستطلب المزيد والمزيد ، كما اعتقد أيضاً أنه بعدم الالتزام تجاه إميلي ، سيتجنب الألم ولن يحد من حرته .
٥ - التدريب على التواصل	كان يبدو أن كلا من إميلي وفريد اتخذوا قرارات مهمة ، مع قدر ضئيل من التواصل بينهما ، أو دون تواصل على الإطلاق ، كما كان يبدو أيضاً أن هناك القليل من القدرة على التواصل إلى حلول وسط فى القرارات المهمة .
٦ - تحسين الصحة	يحتمل أن سلوك فريد فى تعاطى الخمر كان له تأثير مناوئ لرغبته واستثارته ، كما كان له أيضاً تأثير سلبى على إميلي .

تعليقات مستخلصة

حاولنا في هذا الفصل أن نقدم معلومات أساسية حول تعريف اضطراب الانتصاب لدى الذكور ، ومدى انتشاره وأسبابه . وعلى الرغم من أن عرضنا لهذه الموضوعات كان مختصراً بالضرورة ، إلا أننا نأمل أنه كان مفيداً . وقد قدمنا تفصيلات أكثر عن السياق والمبادئ والإجراءات الخاصة بالتقييم والعلاج . ونحن نعتقد أن الوعي بالانشغالات الخاصة التي يمكن أن تنشأ مرتبطة بتقييم وعلاج المشكلات الجنسية من الأمور المهمة . وعلى الرغم من نمو التخصص الذي حدث في هذا المجال ، إلا أننا مستمرون - في الوقت نفسه - في الاعتقاد في السياقات العامة في التقييم والعلاج لكثير من الاضطرابات ، التي نوقشت في هذا الكتاب .

وتوضح الحالة التي عرضناها هنا كيف أن فهم القلق والاكتئاب وكذلك الكحولية والانشغالات الزوجية يمكن أن يكون مفيداً في علاج اضطراب الانتصاب لدى الذكور .

وأخيراً ، نود الإشارة إلى أن العمل مع الرجال وشريكاتهم في علاج اضطراب الانتصاب لدى الذكور يمكن أن يكون مفيداً للغاية في اكتساب الخبرة المهنية . وكما ذكرنا في موضع آخر (Wincze & Carey, 1991) ، فإننا استمتعنا باستجابات الامتتان من عملائنا ، فقد ذكر كثير منهم أنهم يعبرون عن انشغالاتهم الجنسية ومخاوفهم وأسرارهم لأول مرة . وقد أخبرونا أن هذه الإمكانيات لمناقشة الأمور الجنسية بصراحة ودون خجل يمكن أن تكون تجربة تحررية للغاية . ومن المؤكد أيضاً أنه من مصادر الامتتان أننا عندما نعمل مع عملائنا ، نستطيع أن نساعدهم على إعادة تأسيس أدائهم ، وتعزيز رضاهم الجنسي .

REFERENCES

- American Psychiatric Association. (1993). *DSM-IV draft criteria as of 3 / 1 / 93*. Washington, DC: Author.
- Bancroft, J., & Coles, L. (1976). Three years' experience in a sexual problems clinic. *British Medical Journal*, *i*, 1575 - 1577.
- Bancroft, J., & Wu, F. (1983). Changes in erectile responsiveness during androgen replacement therapy. *Archives of sexual Behavior*, *12*, 59 - 66.
- Bansal, S. (1988). Sexual dysfunction in hypertensive men: A critical review of the literature. *Hypertension*, *12*, 1 - 10.
- Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*, 140 - 148.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Sakheim, D., & Beck, J. G. (1983). Anxiety increases sexual arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, *92*, 49 - 54.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561 - 571.
- Beck, J. G., Barlow, D. H., & Sakheim, D. (1983). The effects of attentional focus and partner arousal on sexual responding in functional and dysfunctional men. *Behaviour Research and Therapy*, *21*, 1 - 8.
- Buffum, J. (1982). Pharmacosexology: The effects of drugs on sexual function-A review. *Journal of Psychoactive Drugs*, *14*, 5 - 44.
- Buffum, J. (1986). Pharmacosexology update: Prescription drugs and sexual function. *Journal of Psychoactive Drugs*, *18*, 97 - 106.
- Buvat, J., Buvat-Herbaut, M., Lemaire, A., Marcolin, G., & Quittelier, E. (1990). Recent developments in the clinical assessment and diagnosis of erectile dysfunction. *Annual Review of Sex Research*, *1*, 265 - 308.
- Buvat, J., Lemaire, A., Buvat-Herbaut, M., Fourlinnie, J. C., Racadot, A., & Fossati, P. (1985). Hyperprolactinemia and sexual function in men. *Hormone Research*, *22*, 196 - 203.
- Garey, M. P., Flasher, L. V., Maisto, S. A., & Turkat, I. D. (1984). The a priori approach to psychological assessment. *Professional Psychology: Research and Practice*, *15*, 515 - 527.
- Carey, M. P., Spector, I. P., Lantin-

- ga, L. J., & Krauss, D. J. (in press). Reliability of the Dyadic Adjustment Scale. *Psychological Assessment*.
- Catalan, J., Hawton, K., & Day, A. (1990). Couples referred to a sexual dysfunction clinic: Psychological and physical morbidity. *British Journal of Psychiatry*, 156, 61 - 76.
- Conte, H. R. (1983). Development and use of self-report techniques for assessing sexual functioning: A review and critique. *Archives of Sexual Behavior*, 12, 555 - 576.
- Corcoran, K., & Fischer, J. (1987). *Measures for clinical practice: A sourcebook*. New York: Free Press.
- Cranston-Cuebas, M. A., & Barlow, D. H. (1989). *A comparison of sexual history, alcohol, and nicotine use in sexually functional and dysfunctional males*. Poster presented at the Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy.
- Davidson, J. M., Camargo, C. A., Smith, E. R., & Kwan, M. (1983). Maintenance of sexual function in a castrated man treated with ovarian steroids. *Archives of Sexual Behavior*, 12, 263 - 274.
- Davis, C. M., Yarber, W. L., & Davis, S. L. (Eds.), (1988). *Sexuality-related measures: A compendium*. Lake Mills, IA: Graphic Publishing.
- Derogatis, L. R. (1975). *Derogatis Sexual Functioning Inventory*. Baltimore, MD: Clinical Psychometrics Research.
- Derogatis, L. R. (1978). *Derogatis Sexual Functioning Inventory*. (rev. ed.). Baltimore, MD: Clinical Psychometrics Research.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual - 11*. Baltimore, MD: Clinical Psychometrics Research.
- Fisher, W. A. (1988). The Sexual Opinion Survey. In C. M. Davis, W. L. Yarber, & S. L. Davis (Eds.), *Sexuality-related measures: A compendium* (pp. 34 - 37). Lake Mills, IA: Graphic Publishing.
- Fisher, W. A., Byrne, D., White, L. A., & Kelley, K. (1988). Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. *Journal of Sex Research*, 25, 123 - 151.
- Frank, E., Anderson, C., & Kupfer, D. J. (1976). Profiles of couples seeking sex therapy and marital therapy. *American Journal of Psychiatry*, 133, 559 - 562.
- Frank, E., Anderson, C., & Ruhinstein, D. (1978). Frequency of sexual dysfunction in "normal" couples. *New England Journal of Medicine*, 299, 111 - 115.
- Gagnon, J. H. (1990). The explicit and implicit use of the scripting perspective in sex research. *Annual Review of Sex Research*, 1, 1 - 43.
- Gagnon, J. H., Rosen, R. C., & Lei-

- blum, S. R. (1982). Cognitive and social aspects of sexual dysfunction: Sexual scripts in sex therapy, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 8, 44 - 56.
- Gordon, C. M., & Carey, M. P. (in press).. Penile tumescence monitoring during morning naps: A pilot investigation of a cost-effective alternative to full night sleep studies in the assessment of male erectile disorder. *Behaviour Research and Therapy*.
- Hawton, K. (1982). The behavioural treatment of sexual dysfunction. *British Journal of Psychiatry*, 140, 94 - 101.
- Hawton, K., Catalan, J., & Fagg, J. (1992). Sex therapy for erectile dysfunction: Characteristics of couples, treatment outcome, and prognostic factors. *Archives of Sexual Behavior*, 21, 161 - 175.
- Heiman, J. R., & LoPiccolo, J. (1983). Clinical outcome of sex therapy. *Archives of General Psychiatry*, 40, 443 - 449.
- Hudson, W. W., Harrison, D. F., & Crosscup, P. C. (1981). A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. *Journal of sex Research*, 17, 157 - 174.
- Jensen, B. J., Witcher, D. B., & Upton, L. R. (1987). Readability assessment of questionnaires frequently used in sex and marital therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 13, 137 - 141.
- Jevtich, M. J. (1980). Importance of penile arterial pulse sound examination in impotence. *Journal of Urology*, 124, 820 - 824.
- Jones, T. M. (1985). Hormonal considerations in the evaluation and treatment of erectile dysfunction. In R. T. Segraves & H. W. Schoenberg (Eds.), *Diagnosis and treatment of erectile disturbances: A guide for the clinician* (pp. 115 - 158). New York: Plenum Press.
- Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy*. New York: Brunner / Mazel.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia, PA: Saunders.
- Laws, D. R. (Ed.). (1989). *Relapse prevention with sex offenders*. New York: Guilford Press.
- Leiblum, S. R., & Rosen, R. C. (1991). Couples therapy for erectile disorders: Conceptual and clinical considerations. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 17, 147 - 159.
- Leiblum, S. R., & Rosen, R. C. (1992). Couples therapy for erectile disorders: Observations, obstacles and outcomes. In R. C. Rosen & S. R. Leiblum (Eds.), *Erectile disorders: Assessment and treatment* (pp. 226 - 254). New York: Guilford Press.
- Lewis, R. W. (1991). Results of surgery for veno-occlusive disease. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 17, 129 - 135.

- Libman, E., Rothernberg, I., Fichten, C. S., & Amsel, R. (1985). The SSES-E: A measure of sexual self-efficacy in erectile functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy, 11*, 233 - 244.
- Lipsius, S. H. (1987). Prescribing sensate focus without proscribing intercourse. *Journal of Sex and Marital Therapy, 11*, 185 - 191.
- LoPiccolo, J. (1992). Postmodern sex therapy for erectile failure. In R. C. Rosen & S. R. Leiblum (Eds.), *Erectile disorders: Assessment and treatment* (pp. 171 - 197). New York: Guilford Press.
- LoPiccolo, J., & Heiman, J. R. (1978). Sexual assessment and history interview. In J. LoPiccolo & L. LoPiccolo (Eds.), *Handbook of sex therapy* (pp. 103 - 112). New York: Plenum Press.
- Lue, T. F., Hricak, H., Schmidt, A., & Tanagho, E. A. (1986). Functional evaluation of penile veins by cavernosography and cavernosometry in papaverine induced erections. *Journal of Urology, 135*, 479 - 482.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*, Boston: Little, Brown.
- McCarthy, B. W. (1985). Uses and misuses of behavioral homework exercises in sex therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy, 11*, 185 - 191.
- McCarthy, B. W. (1988). *Male sexual awareness*. New York: Carroll & Graf.
- Meisler, A. W., & Carey, M. P. (1990). A critical reevaluation of nocturnal penile tumescence monitoring in the diagnosis of erectile dysfunction. *Journal of Nervous and Mental Disease, 178*, 78 - 89.
- Meisler, A. W., & Carey, M. P. (1991). Depressed affect and male sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior, 20*, 541 - 554.
- Meisler, A. W., & Carey, M. P. (1992). *Mood and sexual arousal: The role of affect and cognitions in erectile dysfunction*. Unpublished manuscript, Syracuse University, Syracuse, NY.
- Meisler, A. W., Carey, M. P., Krauss, D.J., & Lantinga, L. J. (1988). Success and failure in penile prosthesis surgery: Two cases highlighting the importance of psychosocial factors. *Journal of Sex and Marital Therapy, 14*, 108 - 119.
- Meisler, A. W., Carey, M. P., Lantinga, L. J., & Krauss, D.J. (1989). Erectile dysfunction in diabetes mellitus: A biopsychosocial approach to etiology and assessment. *Annals of Behavioral Medicine, 11*, 18 - 27.
- Metts, S., & Cupach, W. R. (1989). The role of communication in human sexuality. In K. McKinney & S. Sprecher (Eds.), *Human sexuality: The societal and interpersonal context* (pp. 139 - 161). Nor-

- wood, NJ: Ablex.
- Mohr, D., & Beutler, L. (1990). Erectile dysfunction: A review of diagnostic and treatment procedures. *Clinical Psychology Review, 10*, 123 - 150.
- Morokoff, P. J., Baum, A., McKinnon, W. R., & Gilliland, R. (1987). Effects of chronic unemployment and acute psychological stress on sexual arousal in men. *Health Psychology, 6*, 545 - 560.
- Mosher, D. L. (1991). Macho men, machismo, and sexuality. *Annual Review of Sex Research, 2*, 199 - 247.
- Nettelbladt, P., & Uddenberg, N. (1979). Sexual dysfunction and sexual satisfaction in 58 married Swedish men. *Journal of Psychosomatic Medicine, 23*, 141 - 147.
- Oaks, W. W., & Moyer, J. H. (1972). Sex and hypertension. *Medical Aspects of Human Sexuality, 61*, 128 - 137.
- Papadopoulos, C. (1989). *Sexual aspects of cardiovascular disease*. New York: Praeger.
- Pokorny, M. D., Miller, B. A., & Kaplan, H. B. (1979). The brief MAST: A shortened version of the Michigan Alcohol Screening Test. *American Journal of Psychiatry, 129*, 343 - 345.
- Renshaw, D. C. (1988). Profiles of 2376 patients treated at Loyola Sex Clinic between 1972 and 1987. *Sexual and Marital Therapy, 3*, 111 - 117.
- Reynolds, B. (1991). Psychological treatment of erectile dysfunction in men without partners. *Journal of Sex and Marital Therapy, 17*, 136 - 146.
- Rosen, R. C., & Leiblum, S. R. (Eds.), (1992). *Erectile disorders: Assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Ross, J. L., Clifford, R. E., & Eisenman, R. (1987). Communication of sexual preferences in married couples. *Bulletin of the Psychonomic Society, 25*, 58 - 60.
- Ruzbarsky, V., & Michal, V. (1977). Morphologic changes in the arterial bed of the penis with aging: Relationship to the pathogenesis of impotence. *Investigative Urology, 15*, 194 - 199.
- Sakheim, D., Barlow, D. H., Beck, J. G., & Abrahamson, D. (1984). The effect of an increased awareness of erectile cues on sexual arousal. *Behaviour Research and Therapy, 22*, 151 - 158.
- Salmimies, P., Kockott, G., Pirke, K. M., Vogt, H. J., & Schill, W. B. (1982). Effects of testosterone replacement on sexual behavior in hypogonadal men. *Archives of Sexual Behavior, 11*, 345 - 353.
- Schover, L. R. (1984). *Prime time: Sexual health for men over fifty*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Schover, L. R. (1989). Sex therapy for the penile prosthesis recipient. *Urologic Clinics of*

North America, 16, 91 - 98.

- Schover, L. R., & Jensen, S. B. (1988). *Sexuality and chronic illness: A comprehensive approach*. New York: Guilford Press.
- Segraves, R. T. (1989). Effects of psychotropic drugs on human erection and ejaculation. *Archives of General Psychiatry*, 46, 275 - 284.
- Segraves, R. T., Camic, P., & Ivanoff, J. (1985). Spontaneous remission in erectile dysfunction: A partial replication. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 203 - 204.
- Segraves, R. T., Knopf, J., & Camic, P. (1982). Spontaneous remission in erectile impotence. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 89 - 91.
- Segraves, R. T., Madsen, R., Carter, C. S., & Davis, J. M. (1985). Erectile dysfunction associated with pharmacological agents. In R. T. Segraves & H. W. Schoenberg (Eds.), *Diagnosis and treatment of erectile disturbances: A guide for clinicians* (pp. 23 - 63). New York: Plenum Press.
- Segraves, R. T., schoenberg, H. W., Zarins, C. K, Knopf, J., & Camic, P. (1982). Referral of impotent patients to a sexual dysfunction clinic. *Archives of Sexual Behavior*, 11, 521 - 528.
- Segraves, R. T., & Segraves, K. B. (1992). Aging and drug effects on male sexuality. In R. C. Rosen & S. R. Leiblum (Eds.), *Erectile disorders: Assessment and treatment* (pp. 96 - 140). New York: Guilford Press.
- Skinner, H. A. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive Behaviors*, 7, 363 - 371.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15 - 28.
- Spark, R. F. (1991). *Male sexual health : A couple's guide*. Mount Vernon, NY: Consumer Reports Books.
- Spector, I. P., & Carey, M. P. (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the literature. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 389 - 408.
- Talmadge, L. D., & Talmadge. W. C. (1990). Sexuality assessment measures for clinical use: A review. *American Journal of Family Therapy*, 18, 80 - 105.
- Tannen, D. (1990). *You just don't understand: Women and men in conversation*. New York: William Morrow.
- Tiefer, L., & Melman, A. (1987). Adherence to recommendations and improvement over time in men with erectile dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 301 - 309.
- Wagner, F., & Metz, P. (1981). Arteriosclerosis and erectile failure. In G. Wagner & R. Green (Eds.), *Impotence: Physiological, Psychological,*

- surgical diagnosis and treatment* (pp. 63 - 72). New York: Plenum.
- White, J. R., Case, D. A., McWhirter, D., & Mattison, A. M. (1990). Enhanced sexual behavior in exercising men. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 193 - 209.
- Williams, G., Mulcahy, M. J., Hartnell, G., & Kiely, E. (1988). Diagnosis and treatment of venous leakage: A curable cause of impotence. *British Journal of Urology*, 61, 151 - 155.
- Wincze, J. P., Bansal, S., Malhotra, C. M., Balko, A., Susset, J. G., & Malamud, M. A. (1988). A comparison of nocturnal penile tumescence and penile response to erotic stimulation during waking states in comprehensively diagnosed groups of males experiencing erectile difficulties. *Archives of Sexual Behavior*, 17, 333 - 348.
- Wincze, J. P., & Carey, M. P. (1991). *Sexual dysfunction: A guide for assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Wolchik, S. A., Beggs, V. E., Wincze, J. P., Sakheim, D. K., Barlow, D. H., & Mavissakalian, M. (1980). The effect of emotional arousal on subsequent sexual arousal in men. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 595 - 598.
- Zilbergeld, B. (1992). *The new male sexuality: A guide to sexual fulfillment*. New York: Bantam.

الفصل الثاني عشر

القدر الزوجي



الفصل الثاني عشر

الكدر الزوجي

نيل جاكوبسون

Neil S. Jacobson

جامعة سياتل

جميس كوردوفا

James V. Cordova

جامعة واشنطن

ترجمة

دكتورة هدى جعفر حسن

قسم علم النفس جامعة الكويت

عرضت الطبعة الأخيرة من هذا الكتاب تحديثاً للعلاج السلوكي الزوجي والمواد المتعلقة به . غير أن القليل من مجالات العلاج النفسي هي التي شهدت تغيراً جوهرياً ، كالذي شهدته أساليب علاج العلاقات التفاعلية الزوجية المتكدرية . ولم يحدث هذا التغيير في مستوى أساليب العلاج فحسب بل أيضاً في مستوى المفاهيم الأساسية لأسلوب دراسة الكدر الزوجي . هذه التغييرات في الأساليب وفي المفاهيم عميقة بالدرجة التي إستوعبت إطلاق مسمى جديد لهذا المنحى وهو العلاج الزوجي السلوكي المتكامل⁽¹⁾ . إن أهمية هذا الفصل للمختص الإكلينيكي تتجاوز مجرد وصف الأساليب الجديدة والأكثر حداثة لمعالجة الكدر الزوجي . فهي وصف تفصيلي للإجراءات ولفن تطبيق هذه الإجراءات في سياق العديد من الأمثلة ، والتي تحتوى على كثير من الحالات المختلفة والمشيرة . وبما أن العلاج الزوجي⁽²⁾ يتطلب كثيراً من المواهب الإكلينيكية ، فعلى المعالج المبتدئ على وجه الخصوص أن يتعلم كثيراً من التغييرات المتبادلة والإستراتيجيات المعروضة في هذا الفصل .

* Couple Distress: تعنى الكدر بين الشريكين . تم إستخدام الزوجين بدل من الشريكين للاختلافات الحضارية بين الثقافة العربية والغربية .

(1) Integrative behavioral couple therapy

(2) Couple therapy

مقدمة

شاهدنا جميعاً كممارسين إكلينكيين عمق المعاناة التي تحدث بسبب العلاقات المتكدرة . فالتواصل السيء والجدال المدمر عادة ما يؤدي بشخصين يحبان بعضهما البعض بشدة إلى أن يسبب كل منهما الألم والمعاناة للآخر أكثر من الحب والمتعة . وبالإضافة إلى الألم النفسي الشديد هناك العديد من الأدلة تشير إلى أن الأفراد الذين لديهم علاقات متكدرة يصبحون أكثر حساسية للتعرض لكثير من الاضطرابات النفسية والجسمية . أن المحاولات الأولية لمساعدة الأزواج الذين لديهم مشاكل أدت إلى تطور ونمو العلاج الزواجي السلوكي^(١) ، والذي أثبت بشكل مستمر أنه أحد أكثر الطرق المتوفرة فعالية (Baucom & Hoffman, 1986; Gurman, Kniskern, & Pinsof, 1986; Jacobson, 1978; Jacobson, 1984) . وبغض النظر عن البرهان على فعاليته ، فإن العلاج الزواجي السلوكي لازال يتطور . وفي ضوء هذا التطور المستمر ، نعرض في هذا الفصل الصيغة الجديدة للعلاج الزواجي السلوكي والتي تم تطويرها حديثاً بواسطة جاكوبسون وكريستينسن (Christensen, Jacobson, & Babcock) (تحت الطبع) .

تقوم هذه الصيغة الجديدة على دمج وتكامل الإستراتيجيات الجديدة لتطوير التقبل العاطفي^(٢) مع الإستراتيجيات التقليدية لتطوير التغيير^(٣) . ونحن نشير إلى هذا المفهوم المعدل بإسم العلاج الزواجي السلوكي المتكامل^(٤) . ويستخدم مصطلح التكامل ليشير إلى المزيج من التوجه التقليدي الذي يشجع على التغيير والتوجه الحديث الذي يشجع على التقبل . إن مفهوم العلاج الزواجي يمتد ليشمل بالإضافة إلى الزوجين الأقران من نفس الجنس سواء ذكوراً أو إناثاً أو أى شخصين يعيشان معاً بصفة مستمرة حتى لو لم يكونا متزوجين من بعضهما البعض .

إن نشأة العلاج الزواجي السلوكي المتكامل من المصطلح السابق وهو العلاج الزواجي السلوكي نتج من الأبحاث والتجارب الإكلينيكية مع الأزواج الذين لم يكن العلاج الزواجي السلوكي فعالاً معهم . على الرغم من أن الأبحاث أظهرت أن العلاج الزواجي السلوكي أدى إلى تحسن نوعية العلاقات لحوالي ثلثي الأزواج

(1) Behavioral couple therapy, BCT

(2) Promoting emotional acceptance

(3) Promoting change

(4) Integrative behavioral couple therapy, IBCT

الذين خضعوا للعلاج (Jacobson, Schmalings, & Holtzworth- Munroc, 1987) ولكننا نظل مهتمين بالأزواج الذين لم يتحسنوا . ومثل هؤلاء الأزواج يعتبرون حالات صعبة، أو مشكلة، أو يطلق عليهم ببساطة حالات الفشل في العلاج . إن استمرار رؤية ومصادفة مثل هؤلاء الأزواج أدت إلى الإستنتاج أن تركيز العلاج الزوجي السلوكي على التغيير وحده ليس هو أفضل الإستراتيجيات في جميع الحالات . أن أكثر المؤشرات إتساقاً للإستجابة للعلاج أظهرت أن :

(١) الأزواج الأكثر كدرأ هم الأقل احتمالاً للإستفادة من العلاج من الأزواج الأقل كدرأ (Baucom & Hoffman, 1986) .

(٢) الأكثر احتمالاً الآن أن الأزواج الأصغر سناً أقل إستفادة من الأزواج الأكبر سناً (Baucom & Hoffman, 1986) .

(٣) كلما كان الأزواج أقل إرتباطاً عاطفياً كلما كانوا أصعب في العلاج (Hahlweg, Schindler, Revenstorf, & Bregelmann, 1984) .

(٤) الأزواج الأقل إنسجاماً أو الأكثر إختلافاً في الأمور الأساسية هم الأصعب في العلاج (jacobson, Follette, & Pagel, 1986) .

لقد أصبح من الواضح أن كل عامل من هذه العوامل يرتبط بطريقة أو بأخرى بقدرة الأزواج على تكيف وقبول الحلول الوسطى . والأزواج الأكثر كدرأ، والأزواج الأكبر سناً ، والذين إنشغلوا لسنوات بلمطهم غير مستقر ، والأزواج غير المرتبطين عاطفياً معاً والأزواج غير المنسجمين هم الأزواج الذين يجدون صعوبة أكبر في التعاون والإلتقاء في منتصف الطريق . إن إستراتيجيات التغيير في العلاج الزوجي السلوكي تعتمد كثيراً على قدرة الأزواج على التعاون . والطرق التقليدية ليست فعالة مع الأزواج الذين يصعب عليهم التعاون والتفاهم . وبالنسبة لهؤلاء الأزواج فإن العديد من النماذج السلوكية التي طلبنا منهم تغييرها كانت ببساطة - لأسباب عملية - وعلى هذا غير قابلة للتغيير فإذا كانت أهدافنا هي محاولة تقوية العلاقة بينهما فيجب أن نساعدهم على قبول هذه الإختلافات والتخلي عن النضال لتغييرها .

يظهر في كثير من الأحيان ، أن جهودنا لتغيير هؤلاء الأزواج تجعل الأمور أسوأ ، حيث أن كل شريك يصر أكثر على موقفه . وقد وجدنا أنه يفضل مع بعض الأزواج إستخدام مشاكلهم كوسيلة للمودة والألفة بدل من محاولة مساعدتهم على

التخلص منها . وقد نشأ العلاج الزوجي السلوكي المتكامل من هذا التغيير في التوجه ، وخلال بقية هذا الفصل سندا قش نتائج دمج إستراتيجيات التقبل والتغيير . وسنبدأ بمناقشة المنطق النظرى المؤيد لهذا التغيير فى التوجه ، نتبعه بمناقشة تفصيلية لسير العلاج بدأ من التقييم إلى الإستراتيجيات التى تستهدف تطوير وتنمية كل من التقبل والتغيير .

الجدور السلوكية :

فى مناقشة النظرية التى كانت وراء نشوء العلاج الزوجي السلوكي المتكامل من العلاج الزوجي السلوكي ، نحاول أن نجيب عن سؤالين مهمين :

(١) ماذا يعنى القول أن أسلوباً ما لعلاج الأزواج هو سلوكي؟

(٢) ما الفرق النظرى بين الأسلوب الحالى والصيغ التى عرضناه فى السابق؟

أولاً ، يجب أن نشير إلى أن هناك عدة أساليب مختلفة للسلوكية ، ليس كلها منسجمة تماماً . على الرغم من أننا لن نبحث تفاصيل هذه الاختلافات ، إلا أننا نريد أن نؤكد أننا نبني أسلوبنا على تعريف محدد للأسلوب السلوكي ، والذي يجب ألا يختلط مع المفهوم الشائع للمصطلح . على المستوى النظرى ، فإن العلاج الزوجي السلوكي المتكامل يظهر العودة إلى الفلسفة الأساسية للأسلوب السلوكي الحديث ، وهذا يعنى أن أسلوبنا يقوم على السياق . نحن نعتقد أن سلوك كل فرد - وبالتالي كل زوجين - يتشكل باستمرار بالأحداث البيئية الخاصة . لذلك نحن نعتقد أن سلوك الأفراد يمكن أن يفهم فقط من خلال السياق الشخصى المميز لهم . وبمعنى آخر ، إنه بالنسبة لأى زوجين ، يتعين أن يتعلم كل طرف كيف يسلك أو يتصرف فى علاقة ودية خلال تجارب الحياة المختلفة ، إضافة إلى تجاربهم المستمرة فى علاقتهم الحالية . كيفية تصرف كل طرف فى العلاقة يمكن أن يفهم فقط بأخذ كل هذه التجارب الخاصة فى الاعتبار . إن الفهم الدقيق ضرورى لى يكون العلاج فعال .

إن المفهوم السلوكي الذى نقتناه لعلاج الأزواج يلتزم بالإفترض أن التغيير يظهر فقط فى اللحظة الحالية ، لذلك يركز العلاج على تغيير التوافقات الحالية ومحتواها ، والتى تسبب المشاكل فى العلاقة القائمة حالياً . على الرغم من أن بحث ماضى الفرد أو الزوجين يحدث عادة من خلال العلاج الزوجي السلوكي

المتكامل ، إلا أن إستخدامه يقتصر على تغيير المحتوى ، الذى يدعم الخلل الحالى فى وظيفة التفاعل بين الطرفين . إن الإلتزام بالتركيز على المحتوى الحالى يعتمد بالكامل على الواقع ، كما أن التركيز المبدأى يكون على الأمور التى تساعد على تنمية التغيير ، وأن التغيير يظهر فقط فى الوقت الحالى .

أصبح من الواضح أن تميز التوافقات التى تحدث طبيعياً لها أهمية متساوية عند تطبيق العلاج الزوجى السلوكى : هذا التمييز ممكن فقط ، عن طريق التحليل الوظيفى على المستوى الفردى . ويدافع السلوكيون منذ فترة طويلة عن المدخل أو المفهوم الفردى لدراسة السلوك الإنسانى . ونحن كعالمين نفسيين نتعامل مع متاعب ومشاكل الأزواج ، وجدنا أن المفهوم الفردى أكثر فعالية فى العلاج ، وعلى النقيض من ذلك فإن مبادئ العلاج الزوجى السلوكى تطورت أصلاً من الأزواج المتكدرين مقابل الأزواج غير المتكدرين وان السلوك الذى يميز مجموعات الأزواج المتكدرين وغير المتكدرين ، قد أصبح هدف التدخل العلاجى . ولكن ما يجعل المفهوم السلوكى فعالاً فى العلاج الزوجى ، هو أن التحليل الفردى يسمح للمعالج أن يأخذ فى إعتباره الخبرات التاريخية المميزة لكل طرف فى العلاقة الزوجية . إن أهمية ذلك تصبح واضحة ، عندما يدرك المعالج أن ما قد يكون تدخلاً فعالاً لزوجين قد لا يكون بالضرورة فعالاً لزوجين آخرين لهم تاريخ مختلف . إن العلاج الزوجى السلوكى المتكامل أكثر مرونة من العلاج الزوجى السلوكى فى تحديد الأسلوب المناسب فى المعالجة لكل زوجين . وكيف العلاج أساساً لى يحقق الحاجات والقدرات المميزة والفريدة لكل زوجين ، كما يحددها تاريخهما الخاص .

فيما يخص تكيف الأسلوب العلاجى لحاجات وقدرات الزوجين ، فإن التحليل الوظيفى لتفاعل الزوجين أمر ضرورى . إن التركيز على وظيفة السلوك يفيد أكثر من الوصف الطوبجرافى⁽¹⁾ ، وهو الأساس لمفهومنا السلوكى لعلاج الأزواج ؛ لأن السلوكيات التى تظهر متشابهة فى الوصف بين الأزواج قد تكون لها وظائف مختلفة للأزواج المختلفين . على سبيل المثال ، إن ترك المنزل يمكن أن يوصف على أنه مؤشر على تباعد السلوك ، وهذا صحيح بالنسبة لبعض الأزواج ، بينما بالنسبة لأزواج آخرين فإن ترك المنزل قد يؤدي إلى الإستمرارية ، وبالتالي قد يفيد كمفهوم أو (أسلوب) سلوكى . إن ترك المنزل قد يؤدي إلى

(1) topography

المواصلة أو إلى الصلح لبعض الأزواج ، بينما قد يخلق ببساطة للبعض الآخر فرصة لتهدئة الوضع . ودون إستخدام تحليل الوظائف الفردية ، فإن المعالج لا يستطيع أن يقوم بهذا التمييز ، مما يؤدي إلى فقدان كثير من المعلومات المفيدة .

علاوة على ذلك ، فإن الإهتمام بوظيفة السلوك يسمح للمعالج بالإستفادة ، مما يمكن تسميته تصنيفات التشابه الوظيفي ، وهى تعنى مجموعات من السلوكيات التى يمكن أن تكون مختلفة الوصف ولكن كلها تؤدي الوظيفة نفسها . ويعطى جاكوبسون (١٩٩٢) مثلاً على زوج منكم فى عدة سلوكيات مختلفة الوصف ، كلها تساعد على خلق مسافة بينه وبين زوجته (مثل التجاهل ، والإبتعاد ، والبقاء مشغولاً) . وبعد أن طور المعالج الحوار بين الزوج وزوجته ؛ حيث شجع الزوج على الحديث عن الصعوبات ، التى تمنعه من البقاء قريباً من زوجته ، بدأ الزوج بعدها فى الإبتعاد أقل عن زوجته فى الظروف الطبيعية ؛ لأن الحديث عن البقاء قريباً من الزوجة هو مشابه فى التصنيف الوظيفي للسلوكيات ، التى يتجنبها الزوج فى المنزل ، وبالتالي فإن تقليل النفور من الحديث عن البقاء قريباً من الزوجة يؤثر على كل التصنيفات المتشابهة .

النظرية التى تكمن خلف العلاج الزواجي السلوكي المتكامل تختلف عن تلك التى عرضت فى الصياغة السابقة ، أولاً من حيث تركيزها على عدة إمتيازات هامة مقترحة من السلوكين المتطرفين . وهذه تشمل التمييز بين التدعيم العشوائي(١) ، والتدعيم الطبيعي(٢) ، والسلوك الطارئ التشكيل(٣) ، والسلوك المحكوم(٤) ، والأحداث العامة والأحداث الخاصة ، وسناقش كل ميزة من هذه الميزات بالترتيب .

إن جميع مبادئ السلوكية يمكن أن تشتق من فرضية أساسية ، وهى أن السلوك يتشكل ويستمر بناء على عواقبه ونتائجه ، وعلى المحددات الوراثية والإستعدادات . ولسوء الحظ .. فإن هذه المسلمة يساء فهمها غالباً ؛ حيث يعتقد أن جميع أنواع السلوك تستجيب لنوعيات التدعيم التى يستخدمها السلوكيون ، ولكن يجب أن نفرق بين التدعيم العشوائي والتدعيم الطبيعي (Ferster, 1967) .

- (1) Arbitrary reinforcement
- (2) Natural reinforcement
- (3) Contingency-Shaped behavior
- (4) Rule governed behavior

ويعرف التدعيم العشوائي بأنه الإستفادة من الأحداث التدعيمية غير المتاحة فى البيئة الطبيعية للكائن ، أو التى لاتنشأ طبيعياً من التفاعل بين الفرد والبيئة . فى العلاج الزوجى السلوكى التقليدى ، فإن توجيه الزوجين لتغيير أدوارهم فى الحوار هو مثال جيد على إستخدام التدعيم العشوائى ؛ لأن الحوار فى حد ذاته ليس حدثاً ضرورياً لإظهار الرغبة فى الجماع . من جانب آخر يعرف التدعيم الطبيعى بأنه الإستفادة من الأحداث التدعيمية المتاحة طبيعياً فى بيئة الكائن الحى ، والتى تنشأ طبيعياً من التفاعل بين الكائن الحى والبيئة . وقد بينت الدراسات أن الأطفال الذين تدفع لهم مبالغ نقدية لكى يلعبوا لعبة المئات ، لن يلعبونها فى أوقات فراغهم ، بينما الأطفال الذين يسمح لهم بلعب لعبة المئات ، ومن ثم التعرض للتدعيم الطبيعى الموجود فى هذه المهام .. فإنهم يستمرون فى اللعب فى أوقات فراغهم . ولذلك فإن التمييز بين التدعيم العشوائى والطبيعى مهم ليس لأن المدعمات العشوائية لاتفيد كمدعمات (أنها تزيد من معدل تكرار السلوك) ، ولكن لأن السلوك الذى يدعم عشوائياً أقل احتمالاً لأن يعمم خارج المختبر بعد إنتهاء التجربة ، والأهم من ذلك أنه أقل احتمالاً لأن يبقى ويستمر بعد إنتهاء العلاج .

إن القصور فى العلاج الزوجى السلوكى يكمن فى إستخدامه للمدعمات العشوائية ، بينما يشجع العلاج الزوجى السلوكى المتكامل المعالنين على الإنتباه بشدة للتمييز بين المدعمات وإستخدام المدعمات الطبيعية كلما أمكن ذلك . وإذا كان هدف العلاج هو زيادة رضا الزوجين عن العلاقة بينهما من خلال زيادة تكرار فرص الحوار الشيق والحميم بينهما ، فهذه المدعمات الطبيعية الحدوث يجب أن تكون بؤرة أى تدخل علاجى فعال .

يستخدم السلوكيون مثل هذا التمييز وذلك بين السلوك الطارىء التشكيل والسلوك المحكوم . ويعرف السلوك المحكوم بمفهوم واسع ؛ ليعنى السلوك الذى يتحدد بواسطة التوافقات اللفظية ، بينما يشير السلوك الطارىء التشكيل إلى السلوك الذى يتحدد بتوافقات لفظية غير محددة . ولأننا كائنات حية ناطقة ، فإن أغلب التوافقات (1) التى نتواصل بها هى توافقات لفظية . إن أحد تأثيرات التوافقات اللفظية ، هى أنها تسمح بتشكيل السلوك الفعال دون الحاجة للإحتكاك مع النتائج المباشرة للتورط مع أكثر من شريك واحد . وعلى الرغم من أنه فى مناسبات عديدة يختلف هذا عن التوافقات التى تحدث طبيعياً والتى تعمل لصالحنا ، إلا أن لها أيضاً جانباً سلبياً . ففى معظم الحالات ، يمنع الفشل فى إستخدام التوافقات

(1) Contingencies

المباشرة تشكيل السلوك الفعال والمستمر . إن أدبيات تحليل السلوك تفترض بأن السلوك الذي يخضع للتعليمات يمكن أن يعمم ويستمر فقط إلى المدى الذي يصبح به في اخر الأمر محكوماً بالتوافقات الطبيعية غير اللفظية (Skinner,1974; Hayes,1989) . على سبيل المثال ، يمكن في العلاج أن يدرّب الزوجين على إعادة صياغة مايقوله الشريك الآخر أثناء المحادثة ، إذا استخدم أحد الزوجين إعادة الصياغة فقط ؛ لأن المعالج طلب منه ذلك (قاعدة لفظية) ، إلا أنه لا يحتمل أن يستخدم إعادة الصياغة عندما لا يكون المعالج متواجداً . ولكن إذا أمكن مساعدة الزوجين على تعرف مزايا إعادة الصياغة (مثل تجنب سوء الفهم المدمر والشعور بأن الشخص مفهوم تماماً من الآخرين) ، فالأكثر احتمالاً أن يستمر في إعادة الصياغة بغض النظر عن تواجد المعالج أم لا . إن مايتضمنه العلاج الزواجي هو أن مهارات الإتصال التي تتشكل بواسطة التدريب المنظم على العلاج الزواجي السلوكي التقليدي قد لا يمكن التحكم فيها عن طريق التوافقات الطبيعية الحدوث ؛ لذلك لا يمكن تعميمها خارج العلاج ، كما أنها سريعة التأثير بالإنطفاء عندما ينتهى العلاج . إن تكوين مودة حقيقية بين الزوجين قد يكون صعباً جداً باستخدام هذه المهام ؛ بسبب الإفتقار للإتصال المباشر مع التوافقات الطبيعية الحدوث ولكن العلاج الزواجي السلوكي المتكامل يسعى إلى تنمية وتطوير الإتصال المباشر مع التوافقات الطبيعية (غير اللفظية) بهدف زيادة احتمال تعميم التقدم الذي تم إحرازه في العلاج إلى خارج العلاج ، وإلى إستمراره حتى بعد نهاية العلاج . إن عديداً من إستراتيجيات التقبل التي ستوصف لاحقاً تسهل التعرض للتوافقات الطبيعية الحدوث بشكل أكبر من إستراتيجيات التغيير التقليدية .

إن أهم وآخر مبادئ السلوكيين المتضمنة لكيفية إستخدام العلاج الزواجي السلوكي المتكامل ، هي التمييز بين السلوك الشخصى والسلوك العام والتأثير المختلف للتوافقات اللفظية على كل منهما ، ومن المهم للغاية التمييز بين السلوك العام والسلوك الشخصى بسبب التأثيرات المختلفة للسلوك اللفظي على كل منهما . على سبيل المثال ، يمكننا أن نطلب من شخص ما التوقف عن أكل الموز، وعندما يحاول الشخص أن يفعل مانقوله له فإنه سيتوقف . ولكن لانستطيع أن نقول لشخص ما أن يتوقف عن التفكير فى الموز، ونتوقع حدوث النتائج نفسها ، لأن :

(1) المنبهات اللفظية تحدد المنبهات التي يجب تجنبها وبالتالي (المساعدة

على خلق أحداث خاصة جداً يحاول الفرد تجنبها) (Hayes,1987;

p341)

(٢) أن الجماعة والبيئة لا تشكل سيطرة على السلوك الشخصي بالتأثير نفسه الذي تشكل على السلوك العام . إن المعالج الزواجي يمكن أن يعقد إتفاقاً لفظياً مع الفرد ؛ لكي يساعد أكثر في أعمال المنزل أو لكي يتوقف عن النقد اللفظي ، ويتوقع أن يكون لهذا الاتفاق تأثير مرغوب في أغلب الأحيان . ولكن المعالج لا يستطيع أن يعقد مثل هذا الإتفاق مع الفرد ، ويطلب منه أن يشعر بالقرب أكثر من شريكه أو أن يشعر أكثر بالحب أو يشعر أقل بالغضب . ونستطيع أن نقول أو نبرهن ، اعتماداً على مبادئ السلوكيين ، أن التعليمات اللفظية المباشرة لها تأثيرات مختلفة على السلوك الشخصي والسلوك العام بسبب العمليات التي من خلالها يتعلم الفرد كيف يستجيب للمنبهات اللفظية .

يولد الأفراد ولديهم قدرة فطرية أو وراثية على تعلم السلوك اللفظي ، ولكن ذلك يحدث فقط من خلال الإتصال مع ثقافة لفظية تمكن الطفل ، الذي لا يستطيع الكلام من أن يتعلم الكلام . وقد لاحظ سكينر (1974) Sdinner أن التدريب اللفظي أكثر فعالية عندما تستطيع الثقافة الأولية أن تراعى التواصل مع التوافقات المناسبة ، وتستطيع تبعاً لذلك أن تتحكم في أي أخطاء وتصححها ؛ لذلك فإنه من السهل تعليم الإستجابات اللفظية المناسبة للمنبهات العامة أكثر من المنبهات الخاصة «الشخصية» . على سبيل المثال ، إن تعلم الطفل الإستجابة الملائمة للمنبه اللفظي (قف) يتطلب من المعلم أن يقوم بإتصال مباشر مع الشيء الذي يريد من الطفل أن يتوقف عنه . يمكن أن يدرّب الطفل على التوقف عن رمي الطعام ، والتوقف عن الركض وبيده مقص ، والتوقف عن ضرب أخيه الصغير ؛ لأن كل هذه السلوكيات موجودة بشكل عام ، ويمكن التحكم بها بشكل جيد . ولكن ليس من السهل تعليم الطفل التوقف عن الشعور بالغضب أو الحزن أو التوقف عن التفكير بالأشباح الموجودة في الخزانة ؛ لأن هذه السلوكيات غير موجودة بشكل عام وغير متاحة للمديح أو للتعديل .

عدد تعليم الطفل كيف يستجيب للمنبهات الشخصية ، فإن الثقافة اللفظية تعتمد على المفاهيم العامة المصاحبة . فعند ملاحظة الطفل يبكي ، يجب أن يدرّب ليقول إنه حزين . عندما يجرح الطفل فإنه يجب أن يدرّب ليقول إن هذا مؤلم . أن الفرد يمكن أن يدرّب ليصف أو يتحكم بالمنبهات الشخصية ؛ لأنها ترتبط مع الأحداث العامة . ولسوء الحظ فإن هذا التدريب لا يمكن أن يكون دقيق

جداً ؛ لأن السلوك موضع السؤال هو سلوك شخصي لذا فهو غير متاح للمدرب . وهذا لايعنى أن المعالج لا يستطيع التأثير على السلوك الشخصى للفرد ، ولكنه يفعل ذلك بطرق مختلفة عن الطرق التى يستخدمها فى التأثير على السلوك العام . يستطيع المعالج الإستفادة من التصرف اللفظى المحكم الذى يطغى على السلوك العام ، غير أنه يجب أن يشغل بسلوكيات مختلفة من أجل التأثير على التجربة الشخصية للفرد . وتركيز العلاج الزوجى السلوكى التقليدى ، على التغيير الملاحظ مباشرة إما أنه يغفل ما إذا كان التأثير يظهر سراً ، أو أنه يأمل ببساطة أن يتبع التأثير طوعاً التغييرات فى السلوك الملاحظ مباشرة . على النقيض من ذلك ، فإن العلاج الزوجى السلوكى المتكامل طور مجموعة كبيرة من التدخلات صممت خصيصاً لكى يكون لها تأثير على الأحداث الشخصية . إن التمييز الذى قمناه بين التغيير والتقبل هو مبدئياً التمييز بين تأثير السلوك اللفظى فى السلوك الشخصى مقابل السلوك العام . وقد صممت التدخلات لتنمية «التقبل» ، فى أغلب الأحيان لكى يكون لها تأثير على خبرة الفرد الشخصية . ومن جانب آخر صممت التدخلات التى تنمى التغيير لكى يكون لها تأثير على السلوك العام الملاحظ .

إن التأثير على السلوك الشخصى فائق الأهمية ؛ خاصة عندما يكون التأثير على السلوك العام غير متوقع . وكما ذكر سابقاً ، فإن عديداً من النماذج السلوكية التى نطلب من الأزواج تغييرها فى العلاج الزوجى السلوكى هى ببساطة غير قابلة للتغيير لأسباب علمية . إن الإستراتيجيات المصممة لتؤثر على الخبرة الشخصية للفرد فى سياق الأحداث العامة غير القابلة للتغيير أثبتت أنها فعالة جداً، فيما يتعلق بتعزيز الرضا عند الأزواج .

علاوة على ذلك ، إن محاولة التعامل مع الخبرات الشخصية الخاصة على أنها قابلة مباشرة للتعديل إلى أساليب للتأثير على السلوك العام عادة ما يضاعف المشكلة . وكما ذكر سابقاً ، فى عديد من التطبيقات ، فإن المثير اللفظى يحدد المثير المراد تجنبه ، وبالتالي يساعد على خلق حدث خاص جداً يحاول الفرد تجنبه (Hayes, 1987, p341). وفى تطبيقات أخرى ، فإن الفشل فى الإتصال اللفظى المباشر ، والذى يتطلب أن يكون له تأثير على السلوك الشخصى يؤدى إلى الشعور بالفشل من جانب أحد الشريكين وإستياء من جانب الشريك الآخر . لقد حاول الأزواج المتكثرون عادة إستخدام مثل هذه التدخلات بأنفسهم لسنوات

عديدة ، قبل اللجوء إلى العلاج ، ولكنها لم تؤد إلى شيء سوى الإحباط الشديد والإستياء . إن أساليب التقبل التي تهدف مساعدة الأزواج على التخلي عن المعاناة والصراع عادة تحسن النتائج السلبية لمحاولة السيطرة على السلوك الشخصي مباشرة من خلال المطالب اللفظية .

أخيراً ، فإن الأحداث الشخصية عادة ما يكون لها تأثير عميق على أنواع المثيرات التي تعمل كمدعمات . إن ما يدعم شخص ما عندما يشعر بالحب والقرب يختلف تماماً عما يدعمه عندما يشعر بالغضب والإستياء . فعندما يكون الشخص غاضباً ، فإن السلوك الذي يسبب الضرر لشريكه الآخر هو الذي يدعم ، وليس إظهار الحب والتعاطف . وهذا هو السبب في أن الشريكين يجدون صعوبة كبيرة ليكونا لطيفين تجاه بعضهما البعض عندما يكونان غاضبين ، حتى لو طلب منهما المعالج أن يكونا كذلك . وإذا كان المعالج يستطيع التأثير على الخبرة الشخصية للغضب بجعل الفرد أكثر احتمالاً للشعور بالتعاطف ، فإن جميع المدعمات ستتغير . وهذا مهم على وجه الخصوص عندما يعتمد المعالج على تعاون الشريكين لنجاح التدخل .

ولختام هذا الجزء ، فإنه من المهم القول أن مناقشة المبادئ السلوكية لا تبرر بأي حال الفلسفة ككل ، ولكنها تبرز ببساطة الجوانب الأكثر إتصالاً بالعلاج الزواجي السلوكي المتكامل . ويقول ذلك ، فإننا ننتقل من مناقشتنا للنظرية إلى شرح العلاج ، بدأ بالتقييم ثم الإستراتيجيات المختلفة للتقبل والتغيير .

التقييم :

إن المرحلة الأولى من العلاج الزواجي السلوكي المتكامل (IBCT) هي مرحلة التقييم . هذه المرحلة صممت مبدئياً لتوفر نظرة شاملة على شكاوى الزوجين من أجل تحديد مدى مناسبة العلاج الزواجي السلوكي المتكامل كأسلوب للعلاج ، وإذا كان الأمر كذلك فإن التركيز المناسب يكون على التغيير مقابل التقبل . إن ضرورة التركيز هنا على الفردية⁽¹⁾ أمر بديهي ليس فقط لأن كل زوجين لهما مشاكلهما الخاصة المتشابكة ، ولكن هذه المشاكل نفسها مختلفة بين كل زوجين ، بناء على مدى قابليتها للتغيير أو للتقبل .

تغطي مرحلة التقييم الجلستين أو الثلاث الأولى ، وفي هذه الجلسات يتم تقييم المجالات الستة التالية :

(1) Idiographic

- (١) ما مدى الكدر بين هذين الزوجين ؟
- (٢) ما مدى التزام الزوجين بالعلاقة بينهما ؟
- (٣) ما الموضوعات محل الخلاف بينهما ؟
- (٤) كيف تُظهر هذه الموضوعات نفسها خلال العلاقة بينهما ؟
- (٥) ما عوامل القوة التي تربط الزوجين معاً ؟
- (٦) ماذا يستطيع العلاج أن يقدمه لمساعدة الزوجين ؟

توجه هذه الأسئلة خلال المقابلة الأولية المشتركة ، وكذلك خلال المقابلات الفردية التالية . إن المقابلة المشتركة توفر للمعالج الفرصة لكي يرى كيف تسير الأمور بين الزوجين ، وأيضاً إلى مدى صراحة الزوجين في مناقشة مشاكلهم مع المعالج . إضافة إلى ذلك ، تسمح المقابلات الفردية للمقابل بتقييم المشاكل ، التي لا يستطيع أى طرف أن يناقشها بصراحة أمام الطرف الآخر .

ما مدى الكدر بين هذين الزوجين ؟

أول مجال يجب تقييمه هو مستوى الكدر بين الزوجين ، وهو ما يحدد بداية وجهة العلاج ، كما أنه يوضح هل سيكون التركيز في البداية على التغيير أم التقبل . ويشير الكدر الأقل إلى أن الزوجين قد يكونان الأكثر قابلية لتغيير الإستراتيجيات منذ بداية العلاج ، في حين أن الزوجين الأكثر كدراً هم أكثر احتمالاً لإستخلاص فوائد كبيرة من التركيز الأولى على التقبل . بعض الأزواج الأكثر كدراً يحتاجون إلى تدخل فوري (مثلاً : إساءة معاملة الشريك الآخر ، وإساءة معاملة الطفل ، ومحاولات الإنتحار ، والأمراض الذهانية) . يقيم الاخصائى الإكلينيكي مستوى الكدر خلال المقابلة الأولية المشتركة من خلال الأسئلة المباشرة عن السبب الذى دعا الزوجين لطلب العلاج . ويعطى كل شريك الفرصة للإجابة عن هذه الأسئلة دون مقاطعة من الشريك الآخر ، ويسمح هذا للمعالج بمراقبة الأسلوب والطريقة التي يعرض فيها كل شريك وجهة نظره في الموضوع . عموماً ، كلما كان التعبير عن الغضب، والإستياء ، واللوم ، واليأس أكثر ، كان احتمال الكدر عند الزوجين أكثر . مستوى الكدر يمكن تقييمه كذلك بإستخدام الإستبيانات ، مثل : مقياس التوافق الزواجى^(١) (DAS; Spanier,1976) ،

(1) Dyadic Adjustment Scale

أو قائمة الرضا الزوجي⁽¹⁾ (Snyder, 1979). وقد أثبتت مثل هذه المقاييس أنها أكثر قيمة إذا طبقت قبل اللقاء الأول مع الزوجين. ويكون عند المعالج بعد ذلك وقت لفحص الإستبيانات وإعداد إجابات تمهيدية لأسئلة التقييم، وبغض النظر عن مستوى الكدر، يتم تقييم جميع الأزواج لمعرفة مدى ظهور العنف بينهم. ويجرى هذا خلال المقابلات الفردية حيث يشعر كل شريك بالراحة أكثر لمناقشة هذه الموضوعات.

يمكن تقييم العنف بين الأزواج من خلال إستخدام الإستبيانات مثل مقياس أساليب الصراع⁽²⁾ (Straus, 1979). إن العلاج الزوجي السلوكي المتكامل عادة ليس أنسب علاج للأزواج الذين لهم تاريخ طويل من العنف العائلي أو للأزواج الذي يكون العنف بينهم شديداً جداً. ونحن نوصي في مثل هذه الحالات ببعض أساليب العلاج البديلة لإيقاف العنف قبل البدء بالعلاج الزوجي. إذا كان العنف متوسط نسبياً، ولأسباب حديثة، وإذا كان مستوى الخوف عند الزوجة منخفضاً، فإن العلاج الزوجي السلوكي المتكامل يمكن أن يتعقب أي طارئ لكى يتأكد من عدم وجود حوادث عنف بعد ذلك. وهذه الظروف معلنة في شروط غير محددة، وعادة تستخدم الإتفاقيات المكتوبة والشفوية لذلك. ويجب أن تناقش الأمور المتعلقة بالأمان خلال المقابلة الشخصية. وإذا كان هناك ما يثير القلق، فيجب إتخاذ الخطوات المناسبة فوراً.

ما مدى التزام الزوجين بالعلاقة بينهما؟

إن السؤال عن الإلتزام بالعلاقة له أهمية في توقع المعالج للجهد الذي يمكن أن يبذله كلا الزوجين خلال العلاج وبين الجلسات، إضافة إلى ذلك أن مستوى الإلتزام بالعلاقة له تأثير عميق على ما إذا كان المعالج سيبدأ علاج الزوجين بالتركيز على التغيير أو التقبل. والشريك الذي لم يعد ملتزم بالمحافظة على العلاقة، يفتقد ببساطة إلى الدافعية اللازمة للإستفادة الأولية من إستراتيجيات التغيير. وبما أن الشعور بالإلتزام بالعلاقة هو حدث شخصي، فإن التركيز على التقبل العاطفي يظهر على أنه أسلوب أكثر فعالية من التركيز على التغيير. الإفتقار إلى الإلتزام بالعلاقة ربما يشير إلى أن الأمور أصبحت من سوء، لدرجة أن أى تدخل ليظل الزوجين مرتبطين مع بعضهما البعض أمر صعب، لذلك فبدأ

(1) Marital Satisfaction Inventory

(2) Conflict Tactice Scale

العلاج بالتركيز على إستراتيجيات التقبل العاطفي أكثر احتمالاً لأن يكون لها تأثير إيجابي على الإلتزام أكثر من التركيز على إستراتيجيات التغيير .

إن مستوى الإلتزام بالعلاقة يُقيم منفصلاً عن مستوى الكدر ، لأنه في بعض الأحيان حتى عندما يكون الزوجين متكدرين بشدة قد يكونان ملتزمين بعلاقتهم معاً . إن مقياس التوافق الزواجي (Spanier, 1976) يتضمن سؤالاً يقيس رغبة كل شريك في نجاح العلاقة بينهما . وتتراوح الإجابات من الشعور بأن العلاقة لا يمكن أن تنجح ولا يمكن إنقاذها إلى الرغبة الشديدة في نجاح العلاقة بأى ثمن . وتقيس قائمة الحالة الزوجية⁽¹⁾ (Weiss & Cerreto, 1980) الخطوات المتعددة التي يأخذها الزوجين للإلتزام نحو الطلاق ، وهي مؤشر جيد على مدى إلتزام الزوجين بالعلاقة . ولكن أفضل المؤشرات على مدى التزم كل طرف بالعلاقة تأتي من خلال المقابلات الفردية . ويشعر الأزواج بالراحة أكثر عند الحديث مع المعالج ، دون وجود الشريك الآخر ، عن شعورهم باليأس ، أو شكهم الطويل المخفي في إمكانية نمو العلاقة بينهما . وتوفر المقابلات الفردية أيضاً صيغة للكشف عن موضوعات مثل العلاقات الغرامية الخاصة بالماضية . أو الحالية ، التي يمكن أن تتعارض مع مستوى التزم الفرد بعلاقته الزوجية .

وهناك أمر آخر يتصل بكل من الكدر والالتزام ، وهو الميل للتعاون (Jacobson & Margolin, 1979) . ويشير إلى رغبة الزوجين في التعاون مع بعضهم البعض في محاولة لتحسين العلاقة بينهما . وكما هو الحال مع الإلتزام والكدر ، فإن الرغبة في التعاون تؤثر في ما إذا كانت إستراتيجيات التقبل أو التغيير أكثر مناسبة خلال المراحل الأولى من العلاج . ويمكن بالنسبة للأزواج المتعاونين جداً ، استخدام إستراتيجيات التغيير فوراً ، ولكن عندما يكون الزوجين أقل تعاوناً ، فهناك احتمال كبير أن تثبت إستراتيجيات التقبل أنها أكثر تأثيراً مبدئياً لأن تأثيرها الإيجابي على رغبة الزوجين في التعاون أكثر احتمالاً ؛ هذا لأن تنمية التقبل له تأثير عميق على نوعية المثيرات التي يمكن أن تعمل كمددعات . وإذا كان الإفتقار إلى الإلتزام يحدث بسبب الغضب ، والإستياء ، ومشاعر الألم ، فإن كل شريك يكون أكثر احتمالاً لأن يدعم السلوك الذي يؤلم الشريك الآخر ، وأقل احتمالاً لأن يتعاون لتحسين العلاقة بينهما . وإذا إستطاع

(1) Marital Status Inventory

المعالج أن يزيد من احتمال شعور كل شريك إما بالتعاطف أو الرقة^(١) ، فإن القيمة التدديمية لهذه السلوكيات تتضمن زيادة التعاون .

ما الموضوعات محل الخلاف بينهما ؟

يظهر تقييم الموضوعات الرئيسية محل الخلاف بين الزوجين حالياً خلال المقابلة المشتركة . الموضوعات نفسها تطرح للنقاش ، ويعطى كل شريك الفرصة للتعبير عن وجهة نظره فى كل موضوع من هذه الموضوعات . ومن المهم أن يفهم المعالج بشكل كامل وضع كل شريك ؛ من أجل تقييم مقدار التركيز الذى يضعه على التغيير فى مقابل التقبل لكل منهما وأيضاً تعرف ردود الأفعال التى تحرك وتدفع كل شريك . إن الموضوعات محل الخلاف بين الزوجين ، والتى يبدو أنها غير قابلة للتغيير أو التى تدور حول الخبرات الشخصية (مثل الرغبات المختلفة للبقاء متقاربين) يجب أن تعالج باستخدام إستراتيجيات التقبل . والموضوعات المتعلقة بالسلوكيات العامة المساعدة (مثل ، كيفية إدارة الدخل المالى للأسرة) تستدعى تركيزاً أكثر على إستراتيجيات التغيير . وحتى مع السلوكيات المساعدة ، فإن التقبل أكثر احتمالاً لأن يبقى ضرورى للتعامل مع الإنفعالات المحيطة بهذه الموضوعات الحساسة .

إن الموضوعات محل الخلاف يمكن تقييمها أيضاً ، باستخدام إستخبار مجالات التغيير^(٢) (Weiss & Birchler; 1975) . على سبيل المثال إستخبارات كهذه مفيدة لتقييم الموضوعات التى قد يشعر الزوجان بعدم الراحة لمناقشتها خلال المقابلة الأولى ، مثل العلاقة الجنسية بين الزوجين . كيف تظهر هذه الموضوعات نفسها خلال العلاقة بينهما ؟

إن فهم كيفية محاولة الزوجين التثبت بمشاكلهما له أهمية خاصة فى طريقة العلاج الزوجى السلوكى المتكامل ؛ لأن الموضوعات نفسها ليست هى التى تحدد مستوى الكدر بين الزوجين ، ولكن كيفية تعامل الزوجين مع هذه الموضوعات . إن المعالج الذى يستخدم العلاج الزوجى السلوكى المتكامل يحاول التعرف على النماذج العامة للتفاعل التى تدور حول بعض الأمور الخاصة بالزوجين ، عن طريق أن يطلب منهم وصف عديد من الأحداث السلبية الحديثة .

(1) Tenderness

(2) Areas of change questionnaire

ومن المهم التعرف على هذه الأنماط أو المفاهيم لأنها تشكل الأساس لعمل التقبل بعد ذلك . إن الأنماط التي يحددها المعالج هي عادة خاصة لزوجين معينين ، ولكن أحد الأنماط الشائعة يسمى «المطارد - المبتعد» (1) .

يأخذ هذا النمط عادة شكل أن أحد الشريكين يطارد الآخر ، في حين أن الشريك الآخر ينسحب إما جسدياً أو عاطفياً . إن مثل هذه الأنماط أو النماذج تناقش من أجل مساعدة الزوجين على تطوير طريقة ، تمكنهم من فهم الصراع والنزاع دون أن يلوم أى منهما الآخر .

ما عوامل القوة التي تربط الزوجين معا :

إن عوامل القوة التي تربط الزوجين معاً حالياً هي الأساس الذي ينطلق منه المعالج لتحسين العلاقة بين الزوجين . وعليه فمن الأهمية بمكان الحصول على صورة واضحة عن هذه العوامل ، وما الذي يدفع كل شريك تجاه العمل على تحسين هذه العلاقة . إن أفضل الأسئلة للتعرف على هذه العوامل هي سؤال الطرفين عن الجوانب ، التي جذبت كل منهما للآخر في بداية العلاقة . الإجابة عن هذا السؤال عادة ماتسعد الزوجين وتولد ذكريات جميلة ومشاعر إيجابية . نحن عادة نسأل هذا السؤال في نهاية الجلسة العلاجية الأولى . ومن أجل توفير إلتبصار للزوجين بمشاكلهم والتوصل إلى ملاحظة إيجابية . يسأل كل شريك على إنفراد عن كيفية تعرف كل منهما الآخر في بداية العلاقة ، وما الذي جذب كل منهما للآخر أساساً ، ومن خلال إجابتهما يستنتج الباحث الصفات التي لاتزال إيجابية وقوية في علاقتهما والصفات التي يبدو أنها تسبب مشاكل . وعادة ما يتحول الشيء الذي يكون جذاباً في البداية إلى مصدر نزاع وشجار . على سبيل المثال ، التنظيم والشعور بالمسؤولية التي كانت تعتبر أشياء رائعة في البداية قد تتحول إلى أمور ملزمة وملحة ومقيدة . والمعالج الذي يستخدم العلاج الزواجي السلوكي المتكامل يسجل هذه الاحتمالات التي يمكن الإستفادة منها لاحقاً لتطوير وتنمية التقبل . وإذا إستطاع المعالج أن يساعد الزوجين على إدراك الإرتباط بين الشكوى الحالية لديهم ، وما إعتراه سابقاً مصدر قوة ، فإن خبرتهما السلبية لهذه الأحداث قد تتحول إلى خبرة إيجابية عن طريق إعادة ربطها بالذكريات الإيجابية السارة .

(1) Pursuer-distancer

تعتبر معرفة جوانب القوة عند الزوجين مؤشراً ممتازاً على مدى التقدم الذى سيحرزه الزوجين فى العلاج . وإذا لم يستطع الزوجين تكوين ذكريات إيجابية عن كيفية إلتفائهما أول مرة ، فإن نجاح العلاج يعتبر أمراً مشكوكاً فيه . فى بعض الحالات عندما يواجه الطرفين عدة أوقات عصيبة ، وتكون العلاقة بينهما غير مريحة أو غير مرغوبة ، فإنه يصعب علاجهما . فى حين أنه إذا أمكن للزوجين تكوين ذكريات سارة عن لقاءهما الأول فإن فرصة التقدم فى العلاج تكون أفضل . عموماً ، فالحقيقة البديهية أنه كلما كانت هناك عوامل قوة تربط الزوجين معاً ، كان من السهل مساعدتهما .

ماذا يستطيع العلاج أن يقدمه لمساعدة الزوجين ؟

بعد مرحلة التقييم يكون المعالج الذى يستخدم العلاج الزواجى السلوكى المتكامل فى موقع جيد يسمح له بتحديد ماذا يستطيع العلاج أن يقدم للزوجين . وتحول المعلومات التى حصل عليها المعالج عند التقييم إلى أفكار فى خطة العلاج ، ويأخذ المعالج فى إعتباره الأنماط المتعددة التى ظهرت حتى الآن ، ويقرر فى ضوءها أفضل إستراتيجيات التغيير التى يمكن أن تكون ذات فائدة . وتكون خطة العلاج عموماً عبارة عن مزيج من إستراتيجيات التغيير وإستراتيجيات التقبل ، والتركيز على أى منها يتوقف على الحاجات الخاصة لهذين الزوجين . ويجب تحديد قدرة كل شريك على حدة على التغيير وعلى التقبل . وعموماً ، كلما كان الزوجين متعاونين ، توقعنا منهما التغيير أكثر ، فى حين إذا كانت مشاكلهم متضادة فإن على المعالج أن يبدأ العلاج بتنمية مشاعر التقبل العاطفى بينهما . وقد بينت البحوث أن القدرة على التغيير ترتبط سلباً مع درجة شدة الكدر ، وإحتمال قرب وقوع الطلاق ، وتوقف العلاقة الجنسية كلياً أو جزئياً ، والالتزام بالأدوار الجنسية التقليدية .

جلسة العائد أو ردود الفعل (1)

يقوم المعالج بعرض الإجابات على أسئلة التقييم الستة فى جلسة العائد ، كما يعرض خطة العلاج المقترحة . والإجابة عن كل سؤال من هذه الأسئلة يتم بطريقة تساعد على إعداد خطة العلاج حتى النهاية . على سبيل المثال ، عند مناقشة مستوى الكدر عند الزوجين ، فإن مايقوله المعالج يتوقف على مستوى

الكر بين الزوجين هل هو متوسط أم شديد جداً . وعندما يكون الزوجان متكدرين بشدة ، فإن المعالج يستخدم هذه المعلومة لتحديد مدى جدية الموقف ولتهيئة الزوجين للعمل بجد أثناء العلاج . وفى المقابل ، عندما يكون الزوجان متكدرين نوعاً ما ، فإن جلسة العائد توفر فرصة جيدة للمعالج لمساعدة الزوجين على تعديل موقفهما والتخفيف من بعض الكدر ، الذى قد يرتبط بالإعتقاد أن مشاكلهم غير قابلة للحل .

وعادة ماترتبط مناقشة مستوى الكدر بين الزوجين بمستوى الإلتزام بينهما، أى أن الزوجين الأكثر كدراً عادة مايكونان أقل إلتزاماً والعكس صحيح . وعندما يكون الزوجان ملتزمين تجاه بعضهما البعض ويحاولان العمل على الإستمرار معاً، فإن إمكانية نجاح العلاج تصبح جيدة . ويمكن إشراك الزوجين فى ذلك كوسيلة أخرى لمساعدتهما على تعديل مواقفهما وتوفير توقعات إيجابية عن نتائج العلاج . ولكن عندما يشعر الزوجان باليأس ، وأن المشاكل بينهما معقدة فإن مناقشة مشاعرهما أمر ضرورى من أجل الإستفادة من التقبل ، والذى سيبدأ به العلاج .

وتساعد مناقشة الأمور محل الخلاف بين الزوجين على بدء عملية تنمية التقبل . وتعرض هذه الموضوعات بالطريقة التى نتأكد بها أن الزوجين يتصرفان بأسلوب معقول ومتفهم ، ويجب أن يكون التركيز على مشاعر التأثر التى تكمن خلف تصرفات كل شريك وعلى ردود الأفعال التى أدت بهما حالياً إلى الإنفصال وعدم الرضا . إن عرض الموضوعات محل الخلاف بين الزوجين بهذا الشكل يؤدي بهما إلى عدم لوم كل طرف للآخر ، وإلى التقبل المتبادل بينهما . ويؤدي هذا إلى بدء عملية تدريب الزوجين على التخلي عن الصراع والدفاع المستمر ، الذى يتعارض مع قدرتهما على التوافق حتى هذه اللحظة .

تتطرق جلسة العائد أيضاً إلى الإستراتيجيات غير الفعالة التى استخدمت للتعامل مع الموضوعات محل الخلاف . وعادة ماتعرض المشاكل الظاهرة والمتعددة بين الزوجين فى شكل فكرة أو نموذج ، والتى تكون فى أغلب الأحيان السبب فى التفاعل السلبى بينهما . وفى معظم الأحيان فإن فكرة واحدة مثل «المطالبة - الإنسحاب» (1) - يمكن أن تستخدم لوصف الموضوعات محل الخلاف

(1) Demand - Withdraw

بين الزوجين ، في حين أنه مع بعض الأزواج .. فإن مناقشة أكثر من فكرة واحدة أمر ضروري من أجل حصر معظم الموضوعات بينهما .

يعطى الزوجان الكثير من الوقت للإجابة على مدى صدق وملاءمة صيغة الأفكار الرئيسية . ويسأل الزوجان عادة عما إذا كانت الصيغة تبدو مناسبة لهما ، وإذا كان لديهما أى شيء يريدان إضافته . وقد وجدنا أنه عندما تعرض الأفكار في شكل محاضرة ، فإن الزوجين عادة لا يتقبلانها ، وبالتالي يبقى للمعالج فرصة ضئيلة للتأكد هل هذه الصيغة ستكون فعالة .

إن صياغة الأفكار الرئيسية نفسها تركز على نماذج الإستجابات العامة وعلى مساهمة كل شريك في الأفكار ككل . ويكون التركيز الأكبر على فهم الدوافع وراء سلوك كل شريك من أجل بدء تنمية التقبل العاطفي حالاً . وتستخدم الأحداث السلبية الأخيرة التي تم تقييمها سابقاً كنماذج على الطرق ، التي تظهر من خلالها أفكار الزوجين . ويساعد هذا على جعل كل المواضيع محل الخلاف بين الزوجين أمر خارجي ، يمكنهما الإعتراف به وتقبله بدلاً من أن يكون خطأ ناتجاً عن خبث أو مكر أحد الشريكين .

الوصف التالي هو مثال على جلسة عائد بين المعالج والزوج (ريتشارد والزوجة (جل) ، التي تعرض فيها الأفكار الرئيسية للزوجين أول مرة .

المعالج : إن ما أريد أن أركز عليه هذه الليلة هو ما أراه كفكرة أو نموذج يكمن وراء عدم إتفاكما على العديد من الأمور . هذه وسيلة مهمة للتفكير في علاقتكما . ومن المهم أن أفهمها بوضوح ، وبالتالي أستطيع أن أنقلها لكما بوضوح . وإذا كان ما أقوله غير صحيح ، فلا تترددا في إخباري ، موافقان ؟

الزوج والزوجة : موافقان .

المعالج : أولاً ، أود أن أعرض النموذج كما أدركه من منظوركما ، فلنبدأ بك ياريتشارد . (موجهاً كلامه للزوج) يبدو لي بناء على ماتحدثنا عنه أنك تريد أن تشعر بأنك مهم عند جل ، ومحبوب منها ، وتريد أن تشعر بالأمان في علاقتك معها ، وعندما تطلب منها تغيير شيء ما يقلقك في علاقتكما فإن رفضها يجعلك تشعر بعدم الأهمية وأنها لا تهتم بك . وإذا هي لم تنفذ ماتطلبه منها فإنك تشعر بأنك غير مهم لديها . مارأيك فيما قلت ؟

الزوج : نعم ، وأنا أخبرها بذلك لأنه في أى علاقة فإنك تحتاج إلى إحداث تغييرات ، وتحتاج إلى المساومة والتفاوض ، وأن تكون لديك رغبة فى القيام بأشياء للشخص الآخر ، والتي لا تقوم بها عادة لنفسك .

المعالج : حسناً ، الآن سأقوم بوصف هذا النموذج من وجهة نظر جل . يبدو أن ما يهيك هو أن تكونى محبوبة ومقبولة كما أنت ، وهو شىء معقول جداً فى أى علاقة . لذلك عندما يطلب منك ريتشارد باستمرار أن تغيرى شيئاً ما فإن ذلك قد يعنى أنه لا يتقبلك كما أنت . وهذا يشعرك بالحزن وبالتالي فإن احتمال قيامك بالتغيير الذى يريده ضئيل . هل ماقلته صحيح ؟

الزوجة : أنظر إن ذلك هو ما لا أستطيع أن أوصله له . هناك بعض الأشياء لا أرغب فى تغييرها وهذا ما أشعر بالضبط تجاهها . عندما أجلس لأستريح فإنه يقول أنه يشعر بأنى لا أحبه .

المعالج : هذه هى المعضلة . (موجهاً كلامه للزوج) وأنت ياريتشارد تريد أن تشعر بأنك محل إهتمام . وأنت يا جل تريد أن تشعرى بأنك مقبولة كما أنت ، وأن مايقوم به فعلاً كل منكما هو عكس ماترغبان به .

لاحظ فى هذا المثال أن المعالج ركز بشكل كبير على المشاعر الرقيقة (1) التى تكمن خلف سلوك كل شريك ، وهو ما يساعد على تخفيف مشاعر الحقد بينهما . وكما نرى من هذا الوصف الموجز ، فإنه يجب عادة التركيز على المشاعر الرقيقة هذه ، قبل أن يصبح لها التأثير المرغوب .

إن الجانب المهم من عمل التقبل هو الصياغة (2) . وكل الصياغات لها على الأقل ثلاثة مكونات : أولها هو الاختلاف بين الزوجين . ومعظم الأزواج الذين يطلبون العلاج يصرون على أن الاختلاف بينهما هو المشكلة . ومن منظورنا فإن الاختلافات لا يمكن تجنبها وهى تصبح مشكلة عندما لا يتم التعامل معها بفعالية وكفاءة . والجانب الثانى من الصيغة يشمل النية الحسنة مع الانهزامية (3) ، التى يستخدمها الزوجان للتكيف مع هذه الاختلافات . والجانب الثالث من

(1) Soft emotions

(2) Formulation

(3) Self-defeating

الصيغة هي الشراك المتبادلة⁽¹⁾ : وهذا يعنى تجربة كل شريك لأن يتورط فى إستراتيجية انهزامية الذات، والتي تبدو أنها أفضل الحلول المتاحة فى الموقف . وتحدث الشراك لأن كلا الزوجين يفعلان مايعتقدان بأنه الأفضل لمعالجة الإختلاف بينهما، ولكن تكرار ذلك يؤدي إلى زيادة الهوة بينهما .

عند مناقشة الموضوعات والأفكار بين الزوجين ، يوفر المعالج معلومات مرتدة (عائد) عن ماذا يمكن أن يقدم العلاج لهما . وتناقش أهداف العلاج المختلفة إضافة إلى الإجراءات التي ستستخدم لتحقيق هذه الأهداف . وتعرض الأهداف عادة كمزيج من التقبل والتغيير . وتوصف خطوات العلاج بحيث تشمل جلسة لمناقشة أفكار الزوجين والتعليمات والممارسات المتعلقة باستخدام إستراتيجيات التغيير المناسبة ، والواجبات المنزلية التي يجب عليهما أداءها خارج جلسات العلاج . والهدف من وصف خطة العلاج هو إعطاء الزوجين فهماً واضحاً عن إجراءات العلاج ، وتوجيه نظرهما نحو أهداف التقبل والتكيف .

وتشمل جلسة العائد عادة التركيز على جوانب القوة عند الزوجين . وتعرض جوانب القوة عندهما كمصدر ذى قيمة ، يوفر الأساس للثقة فى نتائج العلاج . وتنتهى الجلسة بمناقشة جوانب القوة عند الزوجين وبملاحظة إيجابية ، وتوفر توازن الجلسة ، مع ملاحظة أن معظم المعلومات المرتدة تركز على مشاكل الزوجين .

تصميم خطة العلاج

إن تحديد كيفية تصميم خطة العلاج الزوجي يعتمد على صياغة مشكلات الزوجين التي تم تعريفها فى مرحلة التقييم . وتختلف خطة العلاج الأولية بناء على قرار المعالج فى بدء العلاج إما بالتركيز على التغيير أو التقبل . وفى أغلب الأحيان فإن خطة العلاج تتألف من مزيج من إستراتيجيات التقبل وإستراتيجيات التغيير ، ولتقرير هل يبدأ العلاج بالتركيز على التقبل أو التغيير ، فمن الضروري أن يتذكر الفرد إن إستراتيجيات التغيير عادة ماتتيسر عندما يجرب الزوجان أولاً مقداراً معيناً من التقبل . وإذا أدرك كلا الزوجين وضع الشريك الآخر على أنه معقول ومفهوم ووافق على أنه بغض النظر عن مقدار التغيير الذى يحدث ، فإن المشكلات والصراعات هي جزء من كون الفرد فى علاقة ما ، وأن محاولات

(1) Mutual trap

التغيير كثيراً ما تنجح . وهذا صحيح على وجه الخصوص للأزواج المتكدرين بشدة ، والذين يفكرون جدياً بالطلاق ، والمنفصلين عاطفياً وغير المتوافقين .

وفى بعض الحالات - خاصة حالات الأزواج المتعاونين للغاية ممن لديهم كدر معتدل أو متوسط - من المفضل أن يبدأ العلاج بالتركيز على إستراتيجيات التغيير . وحتى فى الحالات التى يقرر المعالج فيها البدء باستراتيجيات التغيير ، يجب دمج إستراتيجيات التقبل كذلك فى العملية العلاجية . وإستمرار التغيير محتمل جداً كما أن مقداره عميق جداً ، إذا إستعنا بالتقبل العاطفى كجزء من أى محاولة للتغيير .

ومن الممكن أيضاً تصميم العلاج بحيث نستخدم كلا من إستراتيجيات التقبل والتغيير ويستفاد منهما معاً . بناء على حاجات الزوجين المعنيين ، وقد يقرر المعالج إعطاء التقبل والتغيير وقتاً متساوياً ، وربما التركيز على التقبل فى جزء من الجلسة العلاجية وعلى التغيير فى الجزء الباقى أو تبديل الترتيب من جلسة إلى أخرى . ويمكن للمعالج إختيار هذه الإستراتيجية عندما لا تدل المؤشرات على تفضيل التقبل أو التغيير .

إن أفضل مؤشر يساعد الإكلينيكى على إتخاذ قرار عن كيفية دمج التقبل والتغيير لإستخدامهما مع حالة معينة هو مستوى الكدر عند الزوجين ، ومدى الإلتزام بينهما ، وإرتباطهما العاطفى ، والإنسجام والتعاون بينهما . وإذا كانت هذه المؤشرات إيجابية فإن الأفضل هو التركيز على التغيير ، ولكن إذا كانت المؤشرات سلبية فإنه من المفضل بدء العلاج بالتركيز على التقبل . أخيراً ، وكما ذكرنا سابقاً ، إذا كانت هذه المؤشرات مختلطة فإنه من الأفضل التفكير بدمج إستراتيجيات التقبل والتغيير ، وفى أى حالة فإن المحددات الأساسية لتصميم العلاج هى رغبات الزوجين اللذان يخضعان للعلاج . ومن المألوف أن يظهر الزوجان تفضيلهما لإستراتيجية ما دون الأخرى . وفى هذه الحالات فإنه عادة ما يكون من المفضل الإستجابة لرغبات الزوجين ، ما لم تكن للمعالج أسباب قوية لعدم الموافقة .

بسبب التشكيلة الواسعة من الأزواج ومشاكلهم ، فإن تحديد الفترة التى يستغرقها العلاج يتوقف على طبيعة الحالة نفسها . ويصل متوسط مدة العلاج

عادة إلى حوالي ٢٠ جلسة بناء على احتياج الزوجين ومشاكلهما ، وبعض الحالات يمكن علاجها في جلسة واحدة أو قد تحتاج إلى علاج أطول ومكثف .

سنعرض خلال بقية الفصل كلا النوعين من الإستراتيجيات بالتفصيل ، وسنبداً بمناقشة كيفية تنمية التقبل العاطفي ثم مناقشة إستراتيجيات تنمية وتغيير السلوك . سنعرض عشرة من إستراتيجيات التقبل الجديدة ، وإثنتين من أكثر إستراتيجيات التغيير فعالية وشيوعاً .

وتشمل إستراتيجيات التقبل :

- (١) الإرتباط العاطفي حول المشكلة .
- (٢) النظر إلى المشكلة من الخارج .
- (٣) تعرف أنماط الزوجين .
- (٤) محتوى تنمية التقبل .
- (٥) تنمية التقبل العاطفي عن طريق بناء التسامح .
- (٦) إعادة التوكيد الإيجابي .
- (٧) تأكيد الاختلافات المكملة لبعضها البعض .
- (٨) الإستعداد للإنتكاس .
- (٩) التزييف السيء .
- (١٠) التقبل العاطفي من خلال الإعتناء الشديد بالذات .

أما إستراتيجيات التغيير الإثنتين فهما :

- (١) تبادل السلوك .
- (٢) الإتصال والتدريب على حل المشكلات .

تصميم جلسة العلاج :

يضمن توفير تصميم متناسق لكل جلسة علاج بقاء أهداف العلاج في بؤرة التركيز وبقاء الزوجين مستمرين . وبالتعاون مع الزوجين ، فإن كل جلسة تبدأ بوضع جدول أعمال يحدد فيه أهداف هذه الجلسة ، ويشمل هذا الجدول عادة مراجعة الواجبات المنزلية التي تم الإتفاق عليها ، وكذلك مناقشة أى تطورات

نتجت من جلسة الأسبوع الماضي (مثلاً أفكار أخرى ، أو مشاعر ، أو تنفيذ أي قرارات) . بعد ذلك تنتقل الجلسة إلى عمل آخر ، وعادة مايسمح للمعالج للزوجين بأن يحددا ماهى المشكلة التى يجب التركيز عليها فى كل جلسة . هذه المرونة مهمة لأن الزوجين عادة ما يكونان مدفوعين بشدة للتعامل مع الموضوعات التى تسبب المشاكل الحالية . على أى حالة ، فإن الزوجين يجب أن يتعلما كيفية التعامل مع مشاكلهما مادامت ساخنة ومتفاعلة ، إضافة إلى ذلك فإن معظم صراعات الزوجين تظهر أحد أفكارهما الرئيسية ، وعليه فإن المشكلة التى يختارونها تسمح للمعالج باستمرار تنمية التقبل العاطفى . وللتأكد من أن وقت العلاج الثمين لا يضيع فى مناقشة الأمور التافهة ، فإن المعالج عادة مايشدد على إختيار المشكلة المرتبطة بالصعوبة الرئيسية فى العلاقة بين الزوجين ، وتنتهى كل جلسة عادة بتلخيص ماتم مناقشته وتحديد الواجبات المنزلية ، التى يجب أداؤها إذا كان هذا مطلوباً .

إستراتيجيات تنمية التقبل العاطفى :

فى بعض الأحيان عندما يحضر الشريكان للعلاج الزوجى ، فإن كل طرف يلوم الآخر بطريقة ما على أنه السبب فى حدوث المشاكل بينهما ، بمعنى أنه إذا أمكن للطرف الآخر أن يتغير بطريقة ما ولو قليلاً أو أن يكون أحمق قليلاً ، فإن العلاقة بينهما ستكون رائعة . وكل طرف يجد أنه من السهل لوم الطرف الآخر، دون أن يدرك الدور الذى لعبه فى إستمرارية الألم والمعاناة التى يواجهانها. وأن مشاكل العلاقة بينهما حدثت لأن كل شريك منهما أنانى ، وبغيبض ، وغشاش ومسيطر ، وقاسٍ . ويعتقد كل طرف أنه إذا إستطاع تغيير الطرف الآخر بطريقة ما فإن حياته ستتحسن كثيراً . ومن النادر أن تكون مشكلات الزوجين هى نتيجة تصرفات أو صفات أحدهم دون تصرفات أو صفات الآخر . إن مهمة المعالج فى هذا السياق من اللوم المتبادل ، هى مساعدة الزوجين على إعادة صياغة مشكلتهما من كونها تنشأ من ردود الأفعال العامة والمفهومة بينهما إلى إختلافات عامة ومفهومة بينهما بالتساوى .

الإرتباط العاطفى حول المشكلة (الموقف الحازم لتطويق المشكلة)

الإرتباط العاطفى حول المشكلة يعنى تأكيد الألم ولكن دون إتهام لأحد . ويشجع المعالج كل شريك على التعبير عن مشاعر التأثير الكامنة وراء التعبير عن

مشاعر القسوة . وتتصف مشاعر القسوة بإطلاق عبارات تضع أحد الشريكين في موضع الإتهام ، أو أن يسعى الطرف المعتدى عليه لمطالبة شريكه بتعويضه عن بعض الانتهاكات غير العادلة من قبله . إن التعبير عن مشاعر القسوة يظهر هذا الشريك على أنه مجرم ، ومسيطر ، وغير حساس . إن رد الفعل الطبيعي من الطرف المستمع هو أن يقوم بالدفاع عن نفسه وبالهجوم العكسي ، مع ذكر أمثلة على السلوك غير المناسب أو الشائن للطرف الآخر . في حين أن مشاعر التأثير تظهر مشاعر الألم ، والوحدة ، وعدم الأمان ، والخوف ، والرغبة والحب . إن التعبير عن هذه الإنفعالات يظهر حساسية الشريك في العلاقة القائمة ، وبالتالي فإن المستمع أقل احتمالاً لأن يكون مدافعاً وأكثر احتمالاً لأن يسمع ويتعاطف مع ما يقوله شريكه الآخر . وقبل العلاج يكون اللوم والإتهام راسخين بعمق في نمط تفاعل الزوجين معاً ، حيث إن تدريبهما على كيفية التعرف والإستجابة والتعبير عن مشاعر التأثير تكون صعبة التحقيق . وفي البداية ، فإن المعالج الذي يستخدم العلاج الزواجي السلوكي التكامل يحمّل المسؤولية في مساعدة الشريكين على تعرف مشاعر التأثير الكامنة خلف مشاعر القسوة ، والتي يسهل عادة التعبير عنها . إن مشاعر التأثير التي إكتشفها المعالج تفحص بعمق مع الشريك المنسوب إليه هذه المشاعر ، ثم يسأل الشريك الآخر عن تأثيره بسماع مثل هذه المشاعر .

ومن المهم أن نلاحظ في هذه المرحلة إننا لانزيد أسلوباً بذاته للإتصال . وكل زوجين سيكون لهما أسلوبهما الخاص ، ولا يحاول المعالج فرض أسلوب معين ويصوره مقدماً على أنه الأفضل في التخاطب . ولتنمية الإرتباط العاطفي حول المشكلة ، يقوم المعالج بالتعامل مع طريقة الزوجين الخاصة في التخاطب لمساعدة كل طرف على التعبير عن مشاعر التأثير لديه وعلى فهم مشاعر التأثير للطرف الآخر . ومن المهم أن نتذكر أن ما يصلح لزوجين لايعنى بالضرورة أنه يصلح للآخرين . إن الإلتزام بمفهوم معين عن الإتصال الجيد قد يتعارض مع الهدف الرئيسي لهذه الإستراتيجيات ، والذي يسعى إلى مساعدة كل شريك على فهم الألم، الذي يعانى منه كلا الشريكين والنتائج عن عدم الإتفاق بينهما .

ويعرض المثال التالي عملية تنمية الإرتباط العاطفي حول المشكلة . حيث يركز الزوج والزوجة على موضوع الأعمال المنزلية ، ويستخدم المعالج هذا النقاش للكشف عن مشاعر التأثير الكامنة خلف مشاعرهما السلبية .

المعالج : (موجهاً كلامه للزوجة) هو يمدحك عندما يكون البيت مرتباً ومنظماً
ولكنك لاتشعربين بالراحة تجاه ذلك ، أليس هذا صحيحاً ؟

الزوجة : أحياناً هذا يضايقنى لأنى أريده أن يقدرنى كما أنا وليس

الزوج : أعتقد أنها محبطة لأنه من السهل إرضائى .

الزوجة : لا ، لا .

الزوج : إن كل ما عليك أدائه هو إبقاء المنزل نظيفاً .

المعالج : (موجهاً كلامه للزوجة) إذاً ليست هذه اخبار جديدة عليك بالضرورة ان
ذلك يسره بهذا القدر

الزوج : فعلاً أنا لى رد الفعل هذا منك وهذا يجرحنى وأنت كذلك ستشعربين
بالإحباط .

الزوجة : أحياناً عندما يكون منبهراً جداً بشىء قمت به أشعر بالغبين .

الزوج : والشعور الذى لى هو أننى لا أدرى كيف أرضيها ، حقيقة لا أدرى .

الزوجة : إن أكثر ما يضايقنى حالياً هو يوم الإثنين . لأنه يكون لى إجتماع ،
ويجب أن آخذ الأولاد لأن جون (الزوج) سيعمل لوقت متأخر . وأنا
لأعود للبيت حتى الساعة ٩:٣٠ ، والبيت يكون فى فوضى ، وهو
يتضايق من ذلك لأن البيت لا يبدو فى أفضل حالة .

المعالج : آه .

الزوجة : لا توجد لى فكرة عما كان عليه يومى ، ولكنه متضايق لى ،
لأن البيت لم يكن بالشكل الذى يتوقعه ، وهذه إهانة بالنسبة لى . وكأنه
يقول (إن هذا البيت هو أهم من العلاقة بيننا) . وهو لايفترض أن هناك
أسباباً أخرى لعدم كون الأمور فى حالتها المثالية ، هو يعتقد بأنى أتعمد
أن أفعل هذا له . هذا هو الشعور ، هو يرى أن وضع البيت وترتيبه هو
تعدى شخصى له .

المعالج : آه . أعتقد أن ماتوصلت إليه مما قلته هو أنك تشعربين بأنك مستغلة .

الزوجة : نعم .

المعالج : (موجهاً كلامه للزوج) يبدو أنك دائم التذمر من أمور النظافة والترتيب في المنزل . وقد لا يبدو واضحاً لك شعورها بأنها مستغلة عندما تعبر عن مضايقتك ، وأعتقد أنه من المهم أن تعرف ماهو شعورها ، هل تعرف أنت ذلك .

الزوج : نعم أعتقد أنى أعرف ، لأنى أعرف على سبيل المثال أننى أكون مسروراً جداً عندما أجد أن المنزل نظيف .

المعالج : هل فهمت كيف تدرك هى مدحك وإطراءك لها ، أو كيف تتضايق منه وتشعر بالإحباط ، أو هل هناك بعض الأشياء غير المفهومة ؟

الزوج : لا ، أعتقد أنى فهمت ذلك .

المعالج : ماهو رد فعلك تجاهه ؟

الزوج : لا أعتقد أنى أستطيع أن أقوم بأى شىء لكى أجعلها أسعد من ذلك .

المعالج : (موجهاً كلامه للزوجة) ماذا تعتقدين ؟ هل تعتقدين إن ذلك صحيح ؟ هل تعتقدين أن هناك أى شىء يمكنه القيام به ؟

الزوجة : أعتقد بأن شعورى سيكون أفضل إذا أتى إلى البيت ، وقال (يا إلهى لا بد أن يومك كان عصيباً) أو (يبدو أن الأمور خارج نطاق سيطرتك) بدلاً من أن يكون غاضباً منى .

المعالج : لا أدرى كيف يتم تنفيذ ذلك بالضبط ، ولكن الشىء الذى أعود إليه دائماً هو الصراع والمعاناة التى تعانونها فى علاقتكما ؛ لكى تشعران بأنكما أفضل .

الزوجة : آه .

الزوجة : حتى تشعر بأنه يعتقد بأنك على حق .

الزوج : أعتقد بأن هذا صحيح .

المعالج : (موجهاً كلامه للزوج) أنى أتساءل عن مدى وعيك بهذا على المستوى اليومي ، يبدو أنه شىء غير مهم أن ماتقوله أو تفعله له تأثير يتعدى اللحظة الحالية .

الزوج : لا أعرف لماذا لا أريد الإجابة عن هذا السؤال ، ولكن أريد أن أقول أنا لا أعرف كيف أجعلها تشعر بأنها أفضل . لا أعرف كيف أكسر الحاجز . لا أعتقد أن هذا يكون إطرأً أن لا أشكو من وضع المنزل .

المعالج : نعم ، أعتقد أنى أوافقك على ذلك . هل تشعر أنها على حق حينما تقول بأنك أحياناً غير متفهم لمشكلات البيت ؟

الزوج : نعم طبعاً . أنا لا أحب أن أقوم بذلك . أعنى أنى لا أحب أن أكون فى البيت أبداً .

المعالج : هل تسلم أحياناً أنها تقوم بأداء الأعمال المنزلية .

الزوج : نعم طبعاً ، أنا قطعاً مذنب تجاه هذا ، لأنى عندما أبقى فى البيت وأقوم بالأعمال المنزلية لمدة يوم ، أجد أن الأمر مرهق تماماً .

المعالج : (موجهاً كلامه للزوجة) ما رد فعلك عندما تسمعين أنه لا يعرف كيف يجعلك تشعرين بحال أفضل ؟ هل دهشت عندما علمت بأنه متحير فى كيفية القيام بذلك ؟ هل تعتقدين بأنه يجب أن يعرف كيف يقوم بذلك ، أو هل تفهمين بأنه يجد صعوبة فى كيفية إرضائك ؟

الزوجة : حسناً ، لا ، أنا غير مندهشة لذلك .

الزوج : فى الحقيقة عندما بدأ العلاج ، فإن أحد مشاعرى القوية عند طلب المساعدة هو أنه لا يوجد شىء يشعرها بالسعادة . تعرف كشخص ان مشاعرى هى أننى لا أعرف كيف أجعلك تشعر بالسعادة .

فى هذا المثال ، لاحظ أن المعالج حاول جذب إنتباه الزوج لمشاعر الزوجة بعدم القيمة وابتعد عن التركيز على غضبها . وبهذه الطريقة ، فإن المعالج يأمل فى التخفيف من إستجابة الزوج المعتادة إلى إستجابة أقل إهتماماً بالبيت ، عن طريق مساعدته على تعرف مدى الألم الذى تحدثه إستجابته على الزوجة . وفى السياق نفسه فإن المعالج يحاول جذب إنتباه الزوجة إلى مشاعر الزوج بالعجز ، وعدم القدرة على تعرف الطريقة التى تجعلها تشعر بالسعادة . ويأمل المعالج من جديد بأن ذلك سيساعد الزوجة على إدراك أن زوجها أقل كرهاً ، وعجزاً ، وإهتماماً بالترتيب ، وأن تعرف بأنه يشعر بأنه محصور بين حب ترتيب المنزل وبين عدم معرفة كيفية تقديره لزوجته . إن مساعدة الزوجين على إدراك هذه

الجوانب في كل منهما والتي تكون مقنعة من خلال إظهار مشاعر القسوة ، يتوقع أن تؤدي بالزوجين إلى الإبتعاد عن الشعور بالإستياء والإتجاه نحو تعاطف أكثر في علاقتهما .

إن المجال الأكثر جدالاً في العلاج الزوجي السلوكي المتكامل هو هل التقبل ينشأ فقط عن طريق تغيير الإتصال ، أو هل الصياغة تكفي في حالة غياب التغيير الفعلي في الإتصال . على سبيل المثال ، عندما يتعرف المعالج النمط المدمر في التعامل مع الإختلافات والفروق ، فهل يجب على الزوجين تحسين الطريقة التي يتصلان بها ، أو هل رأى المعالج لديه قدرة على الوصول إلى التقبل منه وإليه . وفكرة العلاج الزوجي السلوكي المتكامل هي أن الصياغة كما يصفها المعالج لفظياً هي تكتيك فعال للإقناع بالتقبل ، بغض النظر عما إذا كان الشريكان بدأ فعلاً بالتحدث عن المشكلة بطريقة منسجمة مع صياغة المعالج . إن الصياغة تغير المحتوى الذي من خلاله يحدث التفاعل بين الزوجين ، وتخدم في إيضاح المواقف القديمة بينهما . وهذا يعني أن الصياغة يمكن أن تعدل وظيفة الأنماط القديمة ، وبالتالي فلن يكون لها تأثير مدمر كما كان في السابق . إن الصياغة تصبح جزءاً من تاريخ العلاقة المعدلة بين الزوجين ، ويصبح لها تأثير على مستوى الرضا الزوجي ، حتى لو بقي الإتصال بينهما دون تغيير .

النظر إلى المشكلة من الخارج

على الرغم من أن الزوجين قد يخبران المشاعر الرقيقة ، التي تكمن وراء الخلافات الشائعة بينهما ، فإن هذه الخبرة عادة لا تغير النمط التقليدي لخلافاتهما . إنهما قد يستمران في الخلاف على هذه الأمور طوال علاقتهما الزوجية . وفي أغلب الأحيان عندما تكون الحالة كذلك ، فإن المعالج الذي يستخدم العلاج السلوكي التكاملي يحاول مساعدة الزوجة على إعادة صياغة مشكلتهما على أنها شيء خارج عنهما ، بدلاً من أن تكون شيئاً خبيثاً يقوم به كل منهما للآخر . ويعني هذا أساساً مساعدة الزوجين على التخلي عن الصراع ، لتغير إما رد فعلهما أو رد فعل الشريك الآخر تجاه موضوع معين . وهي تعنى أيضاً توفير إدراك مشترك للزوجين ، يمكنهما من التعامل مع الإختلاف بينهما . ويساعد المعالج الزوجين على رؤية التفاعل بكيته على أنه نتيجة طبيعية للتفاعل الصحيح ، ومن خلال إعادة صياغة المشكلة على أنها موضوع خارجي ، يتوقع من كل شريك أن يكون أكثر قدرة على تحمل هذه الإختلافات بينهما ، دون الشعور بالذنب أو لوم

شريكة . ويوفر أيضاً إدراكاً يمكن من خلاله للزوجين المشاركة في المشكلة ، والرثاء والأسى تجاهها ، دون لوم أى منهما للآخر على حدوثها . إن نمط الزوجين في المثال السابق حدث بسبب الفوضى في المنزل والذي إستجاب له الزوج بالضيق ، وإستجابت الزوجة لهذا الضيق بالإستياء والدفاع عن النفس ، وإستجاب الزوج أيضاً بالإستياء والدفاع عن النفس . إذا إستطعنا أن نوجه الزوجين إلى رؤية تسلسل الأحداث هذه على أنها شيء خارج عنهما ، على الرغم من أنه يمكن أن يستمر في الظهور في علاقتهما ، إلا أنه سيحدث في سياق جديد كلياً . وسيكون كل شريك في وضع أفضل لتعرف أنه مساهم في نمط مألوف ، ليس من الضروري أن يكون ذنب أو خطأ أى منهما . لذلك فمن خلال تقبل هذه الإختلافات بينهما ، فإن كلا منهما سيكون قادراً بشكل أفضل على تحمل ظهور مثل هذا التفاعل ، وبالتالي أقل احتمالاً لأن يكون له تأثير كبير على سعادتهما الكلية ورضائهما عن علاقتهما . إضافة إلى ذلك ، فإن رؤية المشكلة على أنها شيء خارجي يوفر لهما الإدراك ، الذي يمكنهما من تشكيل علاقة وطيدة من خلال التعامل مع هذه المشكلة معاً . أخيراً ، وبغض النظر عن الإستمرار في هذا النمط بينهما ، فإن هناك أمل أن الجوانب الإيجابية في العلاقة بين الزوجين ستقل من ظهور هذه الإختلافات .

تعرف أنماط الزوجين

كما ذكر سابقاً ، فإن جزءاً كبيراً من تنمية التقبل يأخذ شكل مناقشة الأنماط والنماذج التي يتسم التفاعل السلبي للزوجين . على الرغم من أن بعض الأنماط الخاصة بالزوجين عادة ماتكون خاصة وفريدة ، إلا أن هناك أنماطاً عامة يصادفها المعالج مراراً . أحد الأنماط التي يتكرر ظهورها يطلق عليها «المطالب - المنسحب» ، وهذا النمط يتميز بأن أحد الشريكين يتذمر ويلج بإستمرار في حين أن الآخر يكون صامتاً ، ورافضاً للتحدث عن المشكلة أو منسحباً جسدياً من العلاقة . «والعاطفي - المنطقي» هو نمط آخر عام يتصف بأن أحد الشريكين يعبر عن مشاعره بينما الشريك الآخر يعرض أسباباً وحلولاً . نمط آخر عام هو «الناقد - المدافع» (حيث أحد الشريكين ينتقد بينما الآخر يدافع عن نفسه) ، ويشتمل التجنب المتبادل ، واللوم المتبادل ، والتهديد المتبادل ، ثم هناك الصاغط - المقاوم (حيث أحد الشريكين يضغط على الآخر ليتغير ، بينما الآخر يقاوم التغيير) .

كما لاحظنا في جزء «النظر إلى المشكلة من الخارج» ، فإن تعرف هذه الأنماط يسمح للزوجين في الجوهر رؤية الأمور بمنظور واحد . إن رؤية تسلسل بعض الأحداث على أنها تمثل الأنماط العامة ، توفر للزوجين إدراكاً للتخلى عن الصراع غير المجدى لتغيير إما أنفسهم أو شريكهم . وعليه فإن كل الألم والجهد المبذول في محاولة النجاح في هذه المناقشات يمكن تجنبه ، ويبقى للزوجين ألم أقل مرتبط بالحقيقة المهمة بأنهما غير متفقين . إضافة إلى ذلك ، فإن الإدراك المشترك الناتج من تعرف الأنماط العامة يخلق سياقاً ، يمكن للتعاطف أن ينمويه بغض النظر عن مشاكلهم العامة الدائمة . ويزود الزوجين بطرق للحديث عن هذه التفاعلات الصعبة بينهما ، دون تبادل اللوم أو الشعور بالخداخ ، ويصبحان قادرين على الرثاء والتعاطف مع مشاكلهما المشتركة بعضهما مع البعض . ويتوقع ان يؤدي هذا بحد ذاته إلى التخلص السريع من هذا الجدل ، وإلى تجنب الزوجين الألم المصاحب لهذا الجدل ، والذي يستغرق ساعات أو يهدد فعلاً العلاقة المستقرة بين الزوجين .

تشكيل السياق من أجل تنمية التقبل

تعرف الأنماط والنظر إلى المشكلة من الخارج وتنمية الإرتباط العاطفي حول المشكلة كلها يظهر من خلال مناقشة ثلاثة أنواع من الأحداث . وهي تشمل: الأحداث السلبية الأخيرة ، والأحداث المتوقعة التي قد تتحول إلى مشكلة ، والأحداث الحالية السلبية والتي مرت بسلام . وعند مناقشة تنظيم خطة العلاج ، لاحظنا أنه في أغلب الأحيان يسمح للزوجين لكي يقررا ما هو الموضوع الذي يجب مناقشته في كل جلسة . وعادة يختار الزوجين مناقشة المواقف السلبية الأخيرة ، حيث أن هذه المناقشات هي فرصة ذهبية لتنمية التقبل . فأولا تستخدم مناقشة الأحداث السلبية الأخيرة لتعرف النمط العام للزوجين . بعد ذلك فإن النقاش المستقبلي للأحداث الأخيرة يمكن أن يستخدم لإيضاح عودة وتكرار هذه الأنماط .

وتوفر الأحداث الحالية أيضاً مادة يمكن منها إعادة صياغة المشاكل ؛ لكي ينظر إليها من الخارج . وأحياناً تظهر مناقشة الأحداث الحالية السلبية أن الزوجين لديهما مشكلة في التعامل مع مناعبهما مثل المرض الجسدى المزمن ، أو الإكتئاب، أو التعارض في أوقات العمل بينهما . وهذه الأشكال من المشكلات قد

لا تظهر نفسها كأنماط ، وبالتالي فإن إعادة صياغة المشكلة للنظر إليها من الخارج هي عادة أفضل طريقة للتدخل .

إن مناقشة الأحداث الحالية السلبية يفيد أيضاً في تنمية التعبير عن مشاعر التأثير . فكل خطوة في تفاعل الأحداث السلبية يمكن أن تختبر لتعرف مشاعر التأثير التي قد تكون مخفية عند حدوث النزاع الفعلي بين الزوجين . وفي النهاية من خلال هذا العمل ، فإن التفاعل الكلي يمكن أن ينظر إليه كنتيجة لرد الفعل الطبيعي والمتفهم ، الذي يظهر التعاطف والاهتمام بدلاً من الغضب والمقاومة .

وتوفر الأحداث المستقبلية التي يتوقع الزوجان أنها لن تمر بسلام مادة جيدة لمناقشة أنماط الزوجين والمشاكل ، التي أعاد صياغتها لكي ينظرا إليها من الخارج . إن مناقشة مثل هذه الأحداث قبل حدوثها فعلاً يساعد الزوجين على تجنب الوقوع في شرك المباغطة من هذه الأحداث ، وفي بعض الحالات تسهل إدخال إستجابات جديدة للموقف . علاوة على ذلك ، فإن القدرة على التوقع والتخطيط لعودة ظهور المشاكل يحسن الشعور بالعجز والإستياء . وهذا يوفر للزوجين إبتعاداً كافياً عن بعض الأحداث ؛ مما يساعدهما على الرثاء لحدوثها .

إن مناقشة توقع الأحداث السلبية يمكن أن يستخدم أيضاً لتنمية التعبير عن مشاعر التأثير . وفي بعض الحالات ، فإن التعبير عن مشاعر التأثير كاف لتغيير نتائج الأحداث من السلب إلى الإيجاب ، حتى إذا لم يتغير تنظيم الأحداث فعلاً ، فإن زيادة فهم كل شريك لردة فعل الشريك الآخر يخفف من مشاعر الإستياء ، والغضب ، والظلم .

وقد لا تنتهي جميع المشاكل أحيانا بصورة سيئه ، إن المعالج الذي يستخدم العلاج الزواجي السلوكي المتكامل يكون متيقظاً للأحداث التي أدت إلى المشاكل ، ولكن تم إجتناؤها . وتناقش هذه الأحداث بالتفصيل ويكون التركيز بالتحديد على المنعطف ، الذي كان من الممكن أن تسوء فيه الأحداث ودون أن يحدث هذا السوء ، أو أن النقطة الأساسية التي تحولت بها الأحداث إلى الأحسن تمت بشكل كبير . والنقاط التي تنكسر فيها السياقات العامه مهمه للغاية ، ويجب فحصها بشكل شامل على أمل إكتشاف إستراتيجيات ، يمكن للزوجين إستخدامها في المستقبل . وتفحص المشاعر الرقيقة التي تظهر خلال الأحداث أيضاً من أجل التوضيح للزوجين طبيعة الإختلاف المتعلق بهذا التفاعل ، الذي أدى إلى الإستجابة الإنفعالية لكل منهما .

وإذا أخذنا في الاعتبار إن عمل التقبل بهذا الشكل عادة ما يتم في المشاكل المزمنة والمتكررة الحدوث فإن أفضل الإستراتيجيات - عندما تسير الأمور بشكل جيد بين الزوجين - هي البدء في إعدادها لإحتمال الإنكاس . وخلال مرحلة العلاج عندما يبدأ الزوجين في الشعور إيجابياً نحو علاقتهما ، ويصبحان بالتحديد حساسان للتأثر المدمر للإنكاسة . إن النظرة المستقبلية للزوجين قد تصبح مشرقة بعد فترة من التفاعلات الإيجابية ، وإن أى إنتكاسة قد تترك كلا الشريكين يشعر بفقدان الأمل والهزيمة . لذلك يصبح من الضروري في مثل هذه الأوقات مناقشة المعالج مع الزوجين إحتمالية الإنكاس . وهذه الأحداث يجب أن تكون متوقعة ومتكيفاً معها ، كما أن إستجابات أى شريك يجب أن تناقش بالتفصيل . وقد يبدو أنه من غير المناسب هدم أحلام الزوجين بهذا الشكل ، ولكن التجربة أوضحت أن هذا أقل تدميراً من السماح للزوجين بغض الطرف عن إحتمال ظهور المشكلة مرة أخرى ، والتي كان من الممكن توقعها بسهولة .

تنمية التقبل العاطفي من خلال بناء التسامح :

بالنسبة لعدد من الأزواج الذين يحضرون للعلاج ، يحاول كل منهم جاهداً تغيير بعض الجوانب في الشريك الآخر . ويعرف كل طرف منهم أشياء معينة عن الآخر، ويقتنع بأنها السبب في جميع مشاكل العلاقة بينهما . وعند تعرف هذه الأمور يبدأ الصراع لتغييرها . وعادة ما يقال للشريك أن السلوك الذي يقوم به خطأ ، أو غير منطقي ، وذلك على أمل أن التنبيه سيساعد ببساطة على تغيير الأمور . وعندما تؤدي هذه الإتهامات بدلاً من ذلك إلى الغضب والمقاومة ، فهي دليل على أن الشريك عنيد وغير مهتم . والإستنتاج الذي يستخلصه الفرد هو أنه إذا كان شريكه يحبه فعلاً ، فيجب أن يتقبل هذا الإنتقاد بسرور ويتغير فوراً . ولكن للأسف فإن هذه الإستراتيجية تؤدي إلى زيادة تكرار النزاعات ، وإلى الإبتعاد أكثر بين الشريكين ، بدلاً من أن تؤدي إلى نوع من الوفاق أو الصلح . وكل منهما سيقع في شرك الصراع اليأس لتغيير الشريك الآخر أو ليقاوم التغيير ، وحالة اليأس هذه هي التي يجلبها الزوجين عادة معهما عند العلاج . وعندما يأتي الزوجان عادة لمكتب المعالج ، فإن كلا منهما يأمل أن المعالج سيأخذ جانبه ويؤيده ، ويساعده على إقناع الطرف الآخر بأن طريقته وسلوكه هو الخطأ .

وبدلاً من أن يأخذ المعالج جانب أى طرف ، فإنه يركز على مساعدة الزوجين على ترك الصراع لتغيير كل منهما للآخر ؛ فهو يهدف مساعدة

الزوجين على رؤية معظم الألم المتولد كنتيجة مباشرة لصراعهم غير المثمر ، وأن التخلي عن الصراع يساعد على تخفيف معظم الألم . وعادة ما يكون من السهل قول ذلك ، ولكن من الصعب تطبيقه ؛ خاصة وأن الزوجين سبق أن مارسا مثل هذا الصراع لمدة طويلة . إن الصراع يصبح جزءاً أساسياً من العلاقة بينهما ، بحيث يصعب جعل الزوجين يتراجعان إلى الوراء لرؤيته بوضوح وراحة كاملة . ومن الضروري التخلي عن الصراع لبناء التسامح والتحمل ، بالإضافة إلى أن ترك الصراع كافٍ بحد ذاته لبناء التسامح .

وإحدى إستراتيجيات مساعدة الزوجين على التخلي عن الصراع ، هي تقصير دائرة دوافعهم للإنشغال في الصراع . وعادة ما يكون الدافع خلف محاولة تغيير سلوك معين يكمن في إدراك هذا السلوك على أنه هجومي أو دليل عدم إهتمام أو إفتقار إلى التقبل . وعلى سبيل المثال ، ففي حالة الزوج مايك والزوجة (سوزان) ، فإن (مايك) يحاول جاهداً أن يجعل سوزان تعود إلى البيت في الموعد المحدد بعد العمل مباشرة ، وهو أمر نادراً ما تقوم به . إن محاولاته لجعلها تتوقف عن الرجوع إلى البيت متأخرة ، تراوحت بين الشكوى من هذا السلوك والعبوس وإتهامها بأنها لاتحبه إلى التهديد بتركها . وهذا النوع من التذبذب نتيجة للصراع من أجل التغيير ، والذي إمتد لوقت طويل . وسوزان من جانب آخر ، ترى أن محاولات (مايك) لجعلها تعود إلى البيت في الموعد المحدد هو هجوم على إستقلاليتها ؛ لذلك فهي غير مستعدة للإستسلام لمطالبه ، وتقاوم بشدة كل محاولاته لجعلها تعود إلى البيت مبكرة .

التقبل العاطفي من خلال بناء التسامح والتحمل يمكن تنميته بعدة طرق في هذه المرحلة مع (مايك) وسوزان ، وإحدى الطرق هي تزويدهما بصورة كاملة عن المتغيرات ، التي تتحكم في رجوع سوزان متأخرة إلى البيت ومحاولات (مايك) لجعلها تأتي إلى البيت مبكرة . ويركز كل شريك حالياً بشكل كامل على الجوانب السلبية لسلوك الطرف الآخر . كل منهم يرى أن الآخر يعتمد إيذائه ولا شيء غير ذلك ويقوم المعالج بإلقاء الضوء على العوامل المعقولة أو المفهومة التي تؤدي إلى التصرفات ، التي يرى كل منهما أنها غير مرغوبة في الطرف الآخر .

ومايك يريد من سوزان أن تأتي إلى البيت في الوقت المحدد لأنه يعتقد أن الرجوع المتأخر إلى البيت يعنى أنها لاتحبه ، وأنها تفضل البقاء في العمل بدلاً

من أن تقضى وقتاً أطول معه كما يجب . ويركز المعالج على إلقاء الضوء على مشاعر عدم الأمان الزوجي عند مايك وشكه فيما إذا كانت سوزان تحبه فعلاً . وشكاوى مايك بشأن العودة المتأخرة للبيت أصبحت مقبولة أكثر من سوزان ؛ لأنها بدأت ترى أنها نتيجة للحاجة إلى إعادة الطمأنينة وليس الرغبة في تقييد إستقلاليتها .

تبقى سوزان عادة متأخرة في العمل لأن عملها يوفر لها الشعور بالإنجاز والهدف ؛ فهو مصدر لكل من المتعة والإحساس بالمعنى بالنسبة لها ، وإن تفانيها في عملها لا يعكس بأى حال من الأحوال عمق حبها لـ مايك ، أو مقدار الإستمتاع الذى تشعر به عندما يقضيان الوقت معاً . خلال العلاج أصبح واضحاً لـ مايك أن تفانى سوزان في عملها ، ليس بسبب رغبتها في الإبتعاد عنه ؛ بل لأن العمل يجلب لها المتعة والإحساس بالقيمة . وعودة سوزان متأخرة للبيت أصبحت أكثر قبولا لـ مايك ؛ خاصة وأن ثمة وسائل أخرى لإعادة الإطمئنان عن جودة علاقتهما أصبحت متوفرة له .

والأزواج المتكدرين يشابهون المكتئبون فى أن لديهم ميل للتركيز بشدة على الجوانب السلبية فى سلوك شركائهم ، وإن أى إشارة غير حساسة أو فعل غير مقصود يصبح دليلاً على جميع الأشياء الخطأ فى علاقتهما ؛ فالدافعية لذلك عادة ما يستدل عليها ولا تتأكد ، وهى تدل على الأنانية أو الأذى المقصود . وفى هذه الحالة ، فإن المعالج يعمل على توفير صورة كاملة عن المتغيرات التى تتحكم فى كل سلوكيات الشريكين . وبما أن الشريكين نفسيهما غير قادرين على رؤية ما وراء الدافعية السلبية المستدل عليها عند الشريك الآخر ، فإن المعالج يساعد على الإشارة إلى المصادر الأخرى للدافعية ، ويبين أنها أقل سلبية وأكثر فهماً . الدافعية وحدها ليست دائماً ، التى تجعل سلوك الشريك مؤذياً وماكراً . لأن السلوك السلبى قد يكون خاضعاً لسيطرة مشاعر الأذى ، ومشاعر عدم الأمان ، أو ببساطة هو جهل بالسلوك الذى يؤثر فى الشريك . وعندما توضح هذه المصادر الأخرى للدافعية ، وتدمج فى أحد الأنماط العامة للزوجين ، فإن السلوكيات التى تم الكشف عنها قبل ذلك على أنها غير محتملة تصبح أكثر قبولا . ومن المهم الإشارة إلى أن ذلك ليس بالضرورة نتيجة لأن أشكال السلوك نفسها قد تغيرت ، ولكن لأن السياق الذى تظهر فيه حالياً قد تغير . وإذا كان هذا التدخل بالذات ناجحاً ، فإن ظهور هذه السلوكيات السلبية يحتمل النظر إليها على أنها عرض لأنماط أخرى

مفهومة ، بدلاً من أن تكون عرضاً لكل الأخطاء فى العلاقة . لذلك فإن التغييرات الملاحظة هى أكثر احتمالاً لأن تكون على المستوى الفكرى ، بدلاً من أن تكون فى مستوى بعض السلوكيات السلبية نفسها .

إعادة التوكيد الإيجابي

الإستراتيجية الأخرى لزيادة التسامح والتقبل هى الإشارة إلى المميزات الإيجابية للسلوك السلبى ، ويعمل هذا على زيادة التسامح والتقبل عن طريق تقليل ظهور الجوانب السلبية للسلوك على حساب الجوانب الإيجابية . على سبيل المثال ، إن مايراه أحد الشريكين حالياً على أنه إرتباط أكثر من اللازم مع الأصدقاء قد يكون هو الصفة الإجتماعية التى جذبتة للطرف الآخر فى بداية العلاقة . أو أن مايراه الشريك حالياً على أنه رجعى ومتخلف قد يكون هو الإستقرار الذى جذبه للطرف الآخر أولاً . إن مهمة المعالج هى التوكيد على هذه العناصر الجذابة الأولية ، التى تساعد الزوجين على تقدير المظاهر الإيجابية لما يعتقد الآن أنه سلوك سلبى إلى حد بعيد . إن الإختلاف الأساسى بين هذا الأسلوب والإستراتيجية التقليدية التى تستخدم فى إعادة التنظيم هو :

(١) بدلاً من وصف السلوك السلبى على أنه إيجابي بشكل كامل ، فإن المعالج يستمر فى الإعتراف بالجوانب السلبية للسلوك مع إلقاء الضوء على الجوانب الإيجابية فيه .

(٢) يؤكد المعالج المميزات الإيجابية فقط والظاهرة فعلاً للزوجين .

إن الغرض ليس تغيير إدراك الشريك للمشكلة من أنها سلبية تماماً إلى إنها إيجابية تماماً ، ولكن لتزويدهم بصورة متكاملة تشمل جوانب إيجابية وسلبية معاً .

الإختلافات المكملة لبعضها البعض

عادة ماتخلق الإختلافات توازناً . والإجتماعية التى يتصف بها شخص ما قد توازن الإستقرار للشخص الآخر ، وإهتمام أحد الأشخاص بالتفاصيل قد يوازن تهور أو إندفاع آخر . ومن الممكن عرض هذه الإختلافات على أنها جزء من السبب الذى يجعل العلاقة بين شخصين حيوية . إذا كان هذا التوازن مفقوداً ، فإنه قد يؤدى إلى متاعب أكثر مما يسببه فى الوقت الحاضر ، وهذه الإختلافات قد تصبح جانباً إيجابياً فى علاقة الزوجين ، وقد تكون شيئاً يفخران به ويشعرهما بالقرب ، بدلاً من أن يكون شيئاً مهدداً ومدمراً لهما .

الشرح الآتى هو مثال على محاولة بناء التسامح والتقبل عن طريق التركيز على طبيعة تكامل الاختلافات بين الزوجين .

يستخدم المعالج فى هذه الحالة إستراتيجيات حل المشكلات مع الزوج «روبرت» والزوجة «ميليسا» ، ولكن بسبب طبيعة المشكلات بين الزوجين ، فإن المعالج إنتقل إلى تنمية التقبل العاطفى .

المعالج : دعنى أسألكما سؤالاً ، هل إحدى المشكلات بينكما هى أنكما تختلفان فى وضع أفضلية للأشياء ؟ مثلاً (الكلام موجه نحو روبرت) ربما أنك تهتم بأداء المهام أكثر مما تهتم هى .

الزوج : بالتأكيد .

المعالج : (موجه كلامه للزوجة) وأنت قد تهتمين بقضاء وقتكما معاً بدون هدف محدد ، أكثر مما يهتم هو .

الزوجة : بالتأكيد .

الزوج : نتيجة لعدم وجود أولويات لدينا . أعتقد أن هذه هى مشكلتنا الأساسية .
وبعبارة أخرى أننا حالياً نسعى لبيع المنزل . ما مدى الأولوية فى ترك هذا المكان والإنتقال إلى مكان آخر ؟ إذ كان لهذا أولوية كبيرة ، فإننا نحتاج إلى توضيح الهدف ، والعمل معاً ، وتخطيط المهام التى يجب أن ننجزها لكى نبيع البيت . عدة مرات تقول (انس هذه المهام . إنه يوم جميل ، هيا لنذهب ونفعل شيئاً آخر) ، ولكن هذا الهدف لازال معلقاً هنا ، ونحن الآن نهمله . ما الشيء الأكثر أهمية الذى يجب أن نركز عليه اليوم ؟ والآن إذا كان لدينا فناعة بأنه فى كل يوم مشمس ، يجب أن نخرج لكى نمتع أنفسنا أو أى شىء ، وإن هذا أهم بكثير من بيع البيت وترك هذا المكان ، هذا جيد . بمعنى أنه الآن لدينا أولويات وهى أكثر أهمية من بيع البيت . ولكن إذا كان بيع البيت هو الأكثر أهمية ، فإننا يجب أن نتذكر بأن نعطيه أهمية ونضع أولويات للأمر . ونمضى قدماً لتحقيق أهدافنا . تماماً مثل فكرة إنك ستقاعد يوماً ما ، يجب أن يكون لديك أولويات ، أو أنك لن تشتري هذا ، أو أنك لن تفعل هذا ، لذلك يوماً ما ستصل إلى الهدف .

الزوجة : أشعر كأني أستمع إلى موعظة .

المعالج : حسناً ، يمكن أن أخمن بحذر ، (موجهها كلامه إلى الزوجة) أنه يحتمل أن لديك صعوبة في مفهوم الأولويات ؛ لأنها بالنسبة لك تتضمن تقييداً لحرية الفرد في التصرف بعفوية .

الزوجة : نعم ، أنا لا أفضله .

المعالج : (موجه كلامه إلى الزوجة) لذا فإذا كان المطلوب منك كتابة وصف عن الكيفية التي تودين بها أن تسير حياتكما ، فإنك قد تقولين (نعم أن بيع البيت له أولوية عليا ، ونحن نريد فعلاً بيعه ، ولكن إذا كان هناك يوم مشمس ، فأنا أريد أن أوقف كل شيء وأستمع باليوم) .

الزوجة : لأن اليوم المشمس نادر الحدوث ، أليس كذلك ؟

المعالج : وهذا قد يكون هو الاختلاف بينكما وهذا مثير .

(موجهها كلامه للزوج) هل يكون عدلاً إذا قلنا إنك من النوع الذي إذا كان لديه هدف ، وكان هو الهدف الأساسي فإنك لن تجعل أي شيء يتداخل معه حتى تلتهي من تحقيقه .

الزوج : أنا لن أقول أي شيء ، ولكن أنا

المعالج : ولكن أنت أكثر في هذا الإتجاه منها .

الزوج : حسناً ، نعم .

المعالج : إن المهم بالنسبة لك هو أن تضع أولوياتك في قائمة ، ثم تمضي قدماً محاولاً تحقيقها ، وأنت لن تجعل أي شيء يقف عائقاً في طريقك .

(موجه كلامه للزوجة) إن قيمك مختلفة . إن قيمك هي ، إنك على الرغم من أن لديك أهدافاً ، إلا إنك من النوع الذي لا يكثر بشأنها ، وإذا كان الجو جميلاً فإنك تفضلين الإستمتاع به . إنك تتمنين أن يكون مثلك غير مكثر .

(موجهها كلامه للزوج) وأنت تتمنى أن تكون هي مثلك . ولكن على الرغم من أن ذلك هو مصدر للصراع الآن ، إلا أن الفرد قد ينظر إليه

على أنه إختلاف مثير بينكما ، ويمكنكما الإستمتاع به بدلاً من أن تشكوان منه .

على سبيل المثال (موجه كلامه للزوجة) إن وجود روبرت في حياتك جعلك بطريقة ما غير مكترثة أكثر ، لأنه سيهتم بأداء كل شيء .

(موجهاً كلامه للزوج) ووجود (ميليسا) في حياتك هو كبح تماديك في الصرامة ، لأنه إذا كان لها رأى في الموضوع ، فإنه سيكون هنالك عفوية وسذاجة في حياتكما . لذلك يمكنكما رؤية هذه الإختلافات بينكما كمصدر للقوة إضافة إلى أنها مصدر للصراع . هذا لايعنى أنها ستؤدى إلى تدمير زواجكما . وقد تكون نعمة وقد تكون شيئاً حسناً .

(موجه كلامه إلى روبرت) إنك قد تعيش أطول لأنها موجودة معك لتأخذك في نزهة ، ولاتجعلك منهمكاً دائماً في العمل . وهذا جيد لك على المدى الطويل .

وأنت (موجهاً كلامه للزوجة) قد يبقى لديك بعض المال عند التقاعد بسبب وجوده معك ، وبالتالي فهذا زواج جيد من هذه الناحية .

الزوج : هذا أحد الأشياء التى أحبها فيها ، إنها لاتجعلنى دائماً منهمكاً فى العمل .

لاحظ أن نتيجة مثل هذا التدخل أظهر لكل طرف جانباً مفيداً من الأمر، الذى كان يدركان أنه سلبي فى الشريك الآخر . إضافة إلى ذلك ، سمح لكل شريك بأن يشعر بشكل حسن تجاه بعض الجوانب فيه ، والتى كان يعتقد حتى الآن أنها مصدر للصراع بينهما . هذا التدخل لاىؤدى بالضرورة إلى تغيير هدف الزوج أو عفوية الزوجة ، ولكنه يخلق جواً ، يصبح فيه كل منهما أقدر على التحمل والتسامح لخصائص الشريك الآخر .

التهيئة للإنتكاس

حتى العلاج الناجح يتميز بتقدم غير منتظم وإنتكاس فى بعض الأحيان . وعندما نأخذ حتمية الإنتكاس الواقعى فى الإعتبار والتأثير المدمر له على العلاقة، فمن المهم جداً أن يعد المعالج الزوجين لهذه الظروف . وهذا مهم خاصة فى الفترة الاولى من التغيير ، عندما يكون الزوجان ميالين إلى الإعتقاد بأن التغييرات لايمكن أن تنتكس ، وخلال هذه المرحلة من العلاج ، يأتى الزوجان إلى

الجلسة ، وهما متحمسان للتقدم الذي حققاه ؛ خاصة إذا كانا قد أمضيا أسبوعاً جيداً . عموماً هذا هو الوقت الذي يركز فيه المعالج على إعداد الزوجين لإحتمال الإنتكاس . ويهنيء الزوجان على التقدم الذي أحرزاه في العلاج ، ثم يحذرهما من أن الإنتكاس لازال محتمل الحدوث . ويطلب منهما التفكير في الظروف المختلفة ، التي قد يظهر فيها الإنتكاس ، والعمل على مواجهة هذه الإنتكاسات مقدماً . والإستعداد للتعامل مع هذه الإنتكاسات ، وعندما يكون الزوجان منسجمين فإن ذلك يساعد على بناء التسامح والتحمل لهذه الأحداث . وهذه الإستراتيجية تقع ضمن قاعدة بناء التسامح والتحمل ، لأن الزوجين تم تهيئتهما ضد عودة الأنماط السلبية . ولكن إذا لم يزداد تحملهما للإنتكاس ، فإن الإنتكاس قد يؤدي إلى اليأس والإحباط .

التظاهر السيء الزائف

الإستراتيجية الأخرى لبناء التحمل والتسامح تشمل توجيه الزوجين ؛ لكي يتظاهرا بسلوك سلبى فى البيت . وتعطى تعليمات لكل شريك ؛ ليقوم بسلوك سلبى معين فى أى وقت خلال الأسبوع القادم ، عندما يشعر بأنه لايرغب فى القيام به . وتعطى هذه التعليمات فى وجود الشريك الآخر ؛ حتى يعرف كل شريك أن بعض السلوك السلبى فى المستقبل قد يكون مزيفاً وغير حقيقى . ويدخل التظاهر كعنصر للغموض فى الأحداث المستقبلية السلبية ، التى قد تتداخل مع إستجابات الزوجين التقليدية أو النموذجية ، كما يتضمن توفير إدراك لهما عن نماذجهم النمطية . إضافة إلى ذلك ، فإن التظاهر يعطى كل شريك الفرصة لملاحظة تأثير سلوكه السلبى فى الوقت الذى يستطيع أن يكون فيه متعاطفاً . وتعطى تعليمات للشريك المتظاهر بالسلوك السلبى لجعل الشريك الآخر يعرف أن مايقوم به هو سلوك متظاهر ، وذلك مباشرة بعد بدء السلوك ؛ حتى نتجنب تصاعد الأمور ، ونسمح للزوجين بمناقشة ردود أفعالهم .

يبين المثال التالى كيفية توضيح هذه المهمة للزوجين . ويدور الموضوع الذى يناقش مع هذين الزوجين حول شكوى الزوجة أن المتكررة من الطقس فى مدينة سياتل (المدينة التى يعيش فيها الزوجان) وإستجابة الزوج ويل إلى بعض الأماكن ، التى يكون الطقس فيها أسوأ مما هو موجود فى المدينة التى يعيشان فيها .

المعالج : النقطة الأساسية هي أن تكون واقعياً ، وأعتقد بأنك مهما عملت بجِد ، فإن هذا التقييد تلقائى ، ويحدث بسرعة مما يجعلنا نتقبل أنه سيحدث .
 محتمل أنكما قد لاتستطيعان التخلص من هذه التبادلات ، على الرغم من أنكما قد تستطيعان التقليل من تكرار حدوثها . عندما تأخذ فى الحسبان إن هذه التبادلات لايمكن تجنبها ، فإن السؤال هو ماذا تستطيعان أن تفعلان للتقليل من الضرر الذى تسببه على العلاقة بينكما؟ وأحد الأمور التى أود أن تقومى بها خلال الأسبوع (موجهاً كلامه للزوجة) هي الشكوى من الطقس عندما لاتشعرين بالضيق منه . وأريدك أن تراقبى تأثير ذلك عليه فى الوقت الذى لاتشعرين حقيقة أنه سىء وبالتالي يمكنك بموضوعية رؤية مقدار الألم عنده .

الزوج : أى وقت خلال عطلة نهاية الأسبوع سيكون مناسباً .

المعالج : (موجهاً كلامه للزوج) يكون الأمر معقولاً أكثر إذا قامت به عندما لا يكون الطقس جميلاً . إذا كان الطقس جميلاً ، فيحتمل أنك ستدرك بأنها تقوم بتمثيل السلوك فقط .

الزوجة : هل تعرف ، إن الموضوع أعمق من ذلك . هو أعمق من أن يتجاوز مجرد تعليقى ورد فعله تجاهه . إنه أمر سىء جداً أن يقوم برد فعل دفاعى ، حتى لو لم أقل أى شىء . أعنى أنه يراقب الطقس فى طوكيو فى نشرة الأخبار فى التليفزيون ويخبرنى كيف أن الطقس غير مناسب فى الساحل الشرقى وأنه جيد هنا، هل تعرف أنها قد تمطر السماء هنا لمدة ٤٥ يوماً متواصلة ولا ترى الشمس لمدة شهرين ، وقد تمطر فى (دنفر) ، ولايستطيع الإنتظار حتى يعود إلى البيت ليخبرنى بأن هناك مطراً فى (دنفر) أو أى مكان آخر . أعنى أن الأمر سىء إلى هذه الدرجة ، هو دفاعى حتى لو لم أقل شيئاً .

المعالج : حسناً ، هذا أيضاً سيكون جزءاً من المهمة المطلوبة منكما ، ولكن ما أتمنى أن يحدث هو أنه فى أى وقت خلال الأسبوع ، وعندما يكون (ويل) غير متوقع حدوث ذلك ، قومى بتعليق ساخر عن الطقس فى مدينتكم (سياتل) ، فى الوقت الذى لاتشعرين فيه بالضيق من الطقس .

الزوجة : حسناً .

المعالج : أنا أفترض بأنه سيقوم برد الفعل الدفاعى نفسه الذى يقوم به دائماً ، ولكنك لن تكونى متضايقه ، لذلك يمكنك رؤية دفاعه . ما أمله هو أن هذا سيكون أكثر تعاطفاً لك ، ولكنك لن تكونى متضايقه . ستكونين أقدر على ملاحظة رده بموضوعية ، وقد تتعاطفين أكثر مع مآزقه عندما تتصرفين بهذه الطريقة . بعد فترة قصيرة من تصرفه بدفاعية ، أعتقد أنه يجب أن تقولى له أنا فقط أمزح ، هذه كانت المهمة المطلوبة منا فى العلاج حتى لا تتحول إلى خلاف بينكما . (موجهاً كلامه للزوج) وإذا كان من الممكن لك أن تنسى كل ما قلناه حتى لا تسيروا وأنت متوقع أنها ستقول شيئاً ما . ما أوضحه هنا هو وضعها فى موقف تستطيع فيه أن ترى إستجابتك ، فهى ستشكو فى وقت لن تكون متضايقه فيه ، وبالتالي قادرة على أن تكون متعاطفة أكثر مع المآزق الذى تكون أنت فيه عندما تقوم هى بهذه الإستجابات .

المقصود هنا هو إن (آن) ستشتكى من الطقس ، عندما لا تكون متضايقه منه ، وأنها ستراقب رد فعل (ويل) . وبعد عدة دقائق ستخبره بأنها تتظاهر بهذا السلوك .

الزوج : (موجهاً كلامه للزوجة) يجب أن تستخدمى كلمة (تظاهر) ؛ حتى أعرف أنها المهمة المطلوب منا أداءها . لا تقولى (أنا فقط أمزح) لأنك تقولينها بكثرة .

المعالج : حسناً ، الآن جاء دورك لتعرف ما هو المطلوب منك .

فى أى وقت خلال الأسبوع أود منك أن تخبرها بمدى رداءة الطقس . خذ خريطة للطقس وأشر إلى كل الأماكن التى يكون الطقس فيها أسوأ من (سياتل) مدينتكم .

الزوجة : لقد فعل ذلك هذا الصباح .

المعالج : حسناً ، ولكن أفعّل هذا فى الوقت الذى لا تشعر فيه حقيقة بأنك مضطر لأن تربيها أى شىء عن الطقس ، تظاهر بذلك . قم به فى الوقت الذى لا تشعر فيه بأنك دفاعى . إنك تفعله بسبب المهمة المطلوبة منك ، وأريدك أن تراقب تأثيره على (آن) .

الزوجة : أنا عادة أتغاضى عن ذلك .

المعالج : نعم ، ولكن لغة جسمك تظهر ذلك .

الزوج : لقد فعلتُ ذلك هذا الصباح .

الزوجة : وأنا تغاضيت عنه .

الزوج : أنا لأصدق ذلك . إنه حار جداً ، ودرجة الحرارة عالية في الساحل

الغربي وفي البحيرات العظمى . ولكنهم يقولون إن الثلج غداً سيكون

إرتفاعه من ٤ إلى ٥ بوصات . أنا جالس هناك وفي حالة خاطفة

أتحدث عن أمور متناقضة ، وأنا أحاول فقط أن أبين لها التطرف ، وهي

تشعر بالبرد و

الزوجة : لا ، لم أشعر .

الزوج : أنت إنتصبت خلف

الزوجة : كان يمكن أن أهتم بشكل أقل ، كنت فقط اعتقد أن

الزوج : ولكن في المرة القادمة سأذكر لأقول بأنى أظهار .

المعالج : حسناً ، (موجهاً كلامه للزوج) هل ستشير إلى جميع الأماكن في العالم ،

أم في الولايات المتحدة الأمريكية فقط ؟

المعالج : جميع الأماكن في الولايات المتحدة الأمريكية .

هذا المثال يوضح جميع العناصر المهمة التي تظهر هذه المهمة .

المعالج يحدد السلوك السلبي الذي يجب التظاهر به ، وأيضاً يخبر الزوجين

بالأساس المنطقي لهذا الواجب . إضافة إلى ذلك يسجل الواجب المطلوب منهم

أداءه لمساعدتهما على تذكر ما الذي يجب عليهما أداءه بالضبط . لاحظ أنه على

الرغم من أن المعالج أخبر الزوج ألا ينتبه للمهمة المطلوبة من الزوجة ، إلا أن

الزوج لا يستطيع عدم التأثر بما سمع . وكما هو ملاحظ من قبل ، فمن المتوقع إن

يقدم هذا عنصر شك لهذا النوع من التفاعل السلبي ، وكذلك يتداخل مع إستجابة

الزوج النمطية لشكوى الزوجة عن الطقس . وبالنسبة لهذين الزوجين فإن الإدراك

المتوفر من هذه المهمة يعمل على التدخل مع إستجاباتهما النمطية تجاه بعضهما

البعض . ونتيجة لذلك ، فإن الشكاوى من الطقس لم تعد تؤدي إلى تفاعلات

سلبية طويلة ، كما كانت تؤدي فى السابق .

وهناك ثلاث طرق يمكن بها لتدخلات تنمية التسامح أن تساعد فى تحسين العلاقة بين الزوجين ، أولاً : هذه الطرق تسمى التقبل بالطريقة التى يقترحها منطلق هذه التدخلات . ثانياً : أنها يمكن أن تغير شكل ووظيفة الأنماط القديمة . لذلك ، ومع أنها تستمر فى الحدوث إلا أن تأثيرها يتغير . ثالثاً : أنها قد تؤدي إلى إنهاء الأنماط (بمعنى التغيير) . وعندما تزول وظائف الأنماط القديمة ، فإن السلوكيات نفسها قد تختفى . إن قوة تنمية التسامح تكمن فى أن هناك كثيراً من الطرق المختلفة يمكن بها تنمية التقبل أو التغيير .

التقبل العاطفي من خلال الإعتناء الشديد بالذات

إن تنمية الإعتناء الشديد بالذات هى الإستراتيجية الأخيرة للتقبل المذكور فى هذا الفصل . وتتم تنمية الإعتناء الشديد بالذات فى العلاج الزوجي السلوكي المتكامل عن طريق تشجيع كل شريك على تحمل مسئوليته الشخصية عن حاجاته الخاصة . ولسوء الحظ ، ليس من الممكن تلبية جميع حاجات الفرد فى جميع الأوقات من قبل شخص واحد فى أى علاقة . ولكن بتشجيع كلا الشريكين على تحمل المسئولية الشخصية عن حاجاتهم الخاصة ، فإن المعالج يغير الإستجابة المعتادة من عدم الرضا . وسيكون كلا الزوجين أكثر احتمالاً لأن يستجيب بإظهار حاجاته الخاصة بشدة ، وأقل احتمالاً للإستسلام للغضب من عدم كفاءة الشريك الآخر ، حتى بالنسبة للحاجات التى لا بد من أن تشبع من خلال العلاقة (مثل الحاجات الجنسية) ، فإن هذا الإنتقال فى المسئولية يشجع كل شريك على أن يأخذ دوراً فعالاً فى السعى لإشباع هذه الحاجات . ونتيجة لذلك ، فإن الشريكين أقل احتمالاً لأن يلوم كل منهما الآخر على الإستهياء بينهما ، وأكثر احتمالاً لتحقيق حاجاتهم . ويجب تأكيد أن تحمل المسئولية عن الحاجات الخاصة لا يعفى الشريكين من المسئولية عن فعل كل ما يستطيعان لجعل العلاقة بينهما ناجحة .

والتحول فى المسئولية من الشريك إلى الذات ، مفيد أيضاً بشكل خاص فيما يتعلق بالتفاعلات السلبية . وعند الأخذ بمسئولية الإعتناء بالذات ، فإن كلا الشريكين سيكون قادراً على التدخل الحازم لمصلحتهما الخاصة فى فترة التفاعلات السلبية . والاعتناء بالذات قد يأخذ شكل ترك التفاعل السلبي لفترة معينة من الزمن ، أو تعديل شكل أو إتجاه الموقف السلبي . وإذا أخذنا النقاش

السابق في الإعتبار فيما يخص أنماط الزوجين ، فإن الإعتناء بالذات قد يشمل أيضاً إعادة تعريف التفاعل السلبي على أنه تراجع مؤقت أو مثال على النمط المعتاد . إن إعادة التعريف بهذه الطريقة ، قد تسهل على الشريك إستغلال الوضع دون التورط بياس .

إستراتيجيات تنمية التغيير

تبادل السلوك

إن تبادل السلوك هو الإستراتيجية الأولى المطبقة في العلاج الزوجي السلوكي ، والأزواج الذين لديهم كدر متوسط ، يبقى تبادل السلوك بينهما هو الطريقة المثلى لبدء العلاج . إن نجاح تبادل السلوك يعتمد بشدة على درجة التعاون المتوقعة بين الزوجين ، لذلك ففي الحالات التي يكون فيها مستوى الكدر بين الزوجين عالياً ، أو يكون إلتزامهما بالعلاقة منخفضاً ، من الأفضل بدء العلاج بتأكيد تنمية التقبل . وإذا كان الشريكان غاضبين ومستاءين ، فسيكون لديهما دافع قليل للمشاركة في نوع من التفاعل الإيجابي ، والذي هو جوهر إستراتيجية تبادل السلوك . لذلك ففي العلاج الزوجي السلوكي المتكامل ، يطبق تبادل السلوك عادة لاحقاً ، بعد تحقيق مقدار مناسب من التقبل . إضافة إلى ذلك ففي العلاج الزوجي السلوكي المتكامل ، يطبق تبادل السلوك عادة لاحقاً ، بعد تحقيق مقدار مناسب من التقبل . إضافة إلى ذلك يهتم العلاج الزوجي السلوكي المتكامل بشكل أقل بالنجاح الفوري لتبادل السلوك عنه في حالة العلاج الزوجي السلوكي . وفي هذه الحالات عندما يكون تدخل إستراتيجية تبادل السلوك غير ناجح في زيادة تكرار حدوث التفاعلات الإيجابية بين الشريكين ، فإن تبادل السلوك يخدم كتشخيص للمجالات التي تحتاج إلى إحداث تقبل عاطفي أكثر .

إن الهدف الأساسي لتبادل السلوك هو زيادة نسبة حدوث التفاعلات الإيجابية ، التي تظهر يومياً في العلاقة بين الزوجين . وعادة ما يكون الزوجان منعزلين عندما يبدأ العلاج ، بمعنى أنهما لم يعودا يفعلان لبعضهما حتى الأشياء البسيطة ، التي قد تزيد من رضائهم العام عن علاقتهما معاً . عموماً ، فإن تبادل السلوك يعنى الإجراءات التي تساعد الزوجين على الإستفادة من القدرة المتبقية لديهما لزيادة رضا كل منهما عن العلاقة بينهما ، من خلال التصرفات الإيجابية البسيطة . إن زيادة التفاعلات الإيجابية تساعد على تخفيف ميل

الزوجين المتكدرين للإهتمام بالجوانب السلبية فقط في علاقتهما . إضافة إلى ذلك، فعلى الرغم من أن تخفيف السلوك السلبي لم يذكر بوجه خاص في تبادل السلوك ، فقد وجد أن زيادة السلوكيات الإيجابية ترتبط بإنخفاض السلوكيات السلبية .

وقد صممت إجراءات تبادل السلوك لكي يكون لها تأثير قصير الأمد ولكن سريع . إن الزيادة السريعة في كمية التفاعلات الإيجابية هي عادة أمر أساسي للزوجين اللذين يركزان بشدة على الجوانب السلبية في علاقتهما . ويوفر هذا عادة الحاجة إلى تشجيع الزوجين والمساعدة على تبني الاعتقاد بأن باستطاعتهم تحسين نوعية العلاقة بينهما . ويحتوى تبادل السلوك عموماً على خطوتين رئيسيتين ، الأولى : هي تعرف الأشياء التي يستطيع كل شريك القيام بها لزيادة رضا الشريك الآخر عن العلاقة بينهما ، دون الحاجة إلى تغييرات شخصية قد تعتبر مكلفة جداً . الثانية هي محاولة زيادة تكرار مثل هذه السلوكيات في الحياة اليومية للزوجين . إن الواجب الأساسي المطلوب من كل شريك هو أن يقوم مستقبلاً بإعداد قائمة بالأشياء التي يستطيع أداءها لزيادة رضا الشريك الآخر عن العلاقة بينهما . ويعطى هذا عادة كواجب منزلي ، ويطلب من الشريكين عدم مناقشة هذه القوائم معاً حتى موعد الجلسة التالية . ولا يشجع الزوجان على مناقشة محتوى القائمة التي كتبها كل منهما ؛ من أجل التقليل من أي تهديد من قبل الآخر ؛ حتى نضمن أن كل شريك يبقى مركزاً على قائمته الخاصة ، ثم يقوم كل شريك في الجلسة العلاجية التالية باستعراض قائمته مع المعالج ؛ من أجل التأكد من أن كل بند تم تحديده سلوكياً وإن القائمة شاملة .

بعد مناقشة القائمة التي كتبها كل شريك في الجلسة ، يطلب منهم تنفيذ واحدة على الأقل من الأشياء التي ذكروها في قائمتهم في أي وقت خلال الأسبوع القادم . ويطلب من الشريكين خلال جلسة العلاج التالية تقييم أدائهم خلال الأسبوع الماضي ، وهل ما قاما به كان له تأثير مرغوب على الشريك الآخر . أما بنود القائمة التي لا يبدو أن لها تأثيراً مرغوباً فتناقش ، فإما يعاد تجربتها أو تحذف مؤقتاً . مرة أخرى يشجع الزوجان على عدم إنتقاد أداء الشريك الآخر بهدف تحقيق التوكيد على السلوك الخاص بهما . ولاحقاً في العلاج وعندما يبدأ تأثير تبادل السلوك في الظهور ، يحدث كل شريك على إعطاء معلومات مرتدة (عائد) عن رأيه بهدف زيادة تأثير البنود الباقية في القائمة . ومن المهم أن يتأكد المعالج

من أن هذه المعلومات المرتدة منظمة وغير إنتقادية ؛ من أجل تحقيق التركيز الإيجابي للتدخل .

وعلى مدى سنوات ، قمنا بتغيير جذرى للسياق الذى نطرح به توجيهات تبادل السلوك فى العادة . وتقليدياً ، يسأل كل شريك ما الذى يفضله كل منهما أكثر ، ثم تصمم التوجيهات بحيث تساعد كل مانح (أحد الشريكين) على إعطاء أشياء كثيرة يحتاجها المستقبل ، الشريك الآخر . وسيكون التركيز الآن على المعطى ، ويطلب منه تغيير نفسه من أجل تحسين العلاقة بينهما . وهذه الطريقة فى بدء تبادل السلوك تعتبر أكثر فعالية من الطرق التقليدية . ويعتقد بأن هناك سببين لتفوق هذه الصيغة الحديثة من إستراتيجية تبادل السلوك :

(١) أنها أكثر إنسجاماً مع فكرة أسلوب التعاون (انظر Jacobson & Margolin, 1979).

(٢) أنها تزيد من احتمال إن التغييرات اللاحقة ستدرك بشكل حسن من قبل المستقبل .

إن تبادل السلوك لايسير دائماً بهدوء ، وهناك بعض الطرق الشائعة التى يمكن أن ينحرف بها عن الخط المقرر له . إن الأكثر شيوعاً من بين هذه الطرق هو عدم الإذعان أو عدم تنفيذ الواجب المطلوب سواء من أحد الشريكين أو كليهما . وإذا حدث هذا فإنه من المهم أن يقوم المعالج بمساعدة الزوجين على فهم التدخلات التى حدثت . وعادة مايكون الجواب كالاتى أن كلا الزوجين أو أحدهما يشعر أن الآخر ببساطة لا يستحق أياً من الأشياء الإيجابية التى ذكرها فى القائمة التى تم أعدادها . وفى هذه اللحظة من الأفضل عادة الانتقال إلى إجراءات التقبل لأى حدث ، وما الذى كان سبب الإنحراف فى إستراتيجية تبادل السلوك ، ومن ثم العودة إلى تبادل السلوك عندما يكون الزوجين مرة أخرى فى وضع يسمح لهما بالإشتراك فى تبادل إيجابى . وكما لاحظنا من قبل أنه حتى لو فشل تبادل السلوك فى تحسين العلاقة بين الزوجين فإنه يوفر إتجهاً لعمل التقبل بعد ذلك . ومن المهم عند استخدام هذا النوع من العلاج الزواجى عدم دفع الزوجين تجاه عمل تغييرات أكثر مما يكونان مستعدان لعمله فى وقت ما . وعلى الرغم من أن فرض التغيير بالقوة قد يكون ناجحاً على المدى القصير ، إلا أنه أقل احتمالاً لأن يؤدي إلى فوائد للزوجين على المدى الطويل .

يُظهر الوصف التالي كيفية عرض تبادل السلوك في بداية العلاج . وبدلاً من جعل الزوجين يعدان القائمة الخاصة بهما بمفردهما ، فإن المعالج في هذا المثال يساعد الزوج (بل) والزوجة (نانسى) على إعداد بعض البنود الأولى في قائمتها .

المعالج : ما الأشياء الصغيرة التي يمكن أن يقوم بها أي منكما لجعل حياة الآخر سهلة ، وأكثر متعة ، ومرحاً ، أو الحصول على أكثر مما يرغب في الحصول عليه ، والذي كان السبب في وجودكما هنا ؟ أريد أن أسمع فقط ما شعورك فيما تستطيع أن تقدمه لجعل الأمور مختلفة للطرف الآخر .

الزوجة : حسناً ، دع (بل) يقول أي شيء أولاً ، فأنا تحدثت كثيراً حتى الآن ، لذلك أجعله يقول شيئاً ما .

الزوج : حسناً ، أنا أبحث عن شيء صغير ، ولكن الطريقة التي أذكره بها قد لا تجعله يبدو صغيراً . أعتقد أن النقطة الجيدة التي نبدأ منها هو التوقف عن جمع الأشياء .

المعالج : لا ، لا ، لا . أذكر الأشياء التي يمكنك أن تفعلها من أجل (نانسى) .

الزوج : نعم ، ما أستطيع أن أفعله لأجلها ، وليس ما أستطيع هي القيام به لأجلي .
المعالج : هذا جيد .

الزوج : نعم .

المعالج : حسناً ، دع (نانسى) تقلق عما تستطيع عمله لك . ما الذي تعتقد أنه يمكن أن يساعد في دعم (نانسى) ؟

الزوج : المساعدة في البيت .

المعالج : عندما تقول المساعدة في البيت ، ماذا تعنى بالضبط .

الزوج : أي شيء تعتقد هي أنه ضروري .

المعالج : ماذا سيكون تخمينك عما قد تراه هي مفيداً .

الزوج : حسناً ، ربما إعداد بعض الوجبات الغذائية .. ربما المساعدة في تنظيف المنزل .

المعالج : هل لديك إدراك مختلف عن إدراك (نانسى) عن ماذا يعنى تنظيف المنزل . عندما تقول تنظيف المنزل ، هل تعتقد بأنك ستقدر على الإتفاق على ماذا يعنى تنظيف المنزل .

الزوج : لا .

المعالج : حسناً ، ماذا يعنى تنظيف المنزل من وجهة نظر (نانسى) ؟

الزوج : سأقوم بالكنس ، وغسل الأواني ، ربما تنظيف أرضية المطبخ . لا أستطيع التوقف هناك ؛ لأن جزءاً من خلافاتنا هو أنى أرفض الكنس ، عندما لا أستطيع أن أرى الأرضية . ولكن إذا تم نقل بعض الأمتعة أو الأشياء أقصد نقلها نهائياً وليس نقلها إلى بقعة أخرى ، فسأكون مسروراً بأن أكنس .

المعالج : الشيء الذى أريدك أن تركز عليه هذه اللحظة هو ما الذى سيساعد (نانسى) . والذى نريد التحدث عنه هو ماذا يعنى الكنس . هذا يبدو غير واضح إلى الآن . نريد أن نجد طريقة للحديث عنه ، بغض النظر عن عدم ميلك إليه أو الرغبة فى أدائه . أنت على الأقل تعرف ما الذى تهتم به وتقدره . أنت تعرف هذا الآن . فى هذه اللحظة أريد أن أكون واضحاً بشأن ذلك ، وبالتالي لاتدخلان فى النزاع حتى قبل أن تبدأ . هناك بعض الأشياء يمكنك القيام بها فى المنزل ، مثل : غسل الأواني ، أو الكنس . هل هناك أى شىء آخر ؟ تذكر أنه ليس من الضرورى أن تلتزم بأداء أى من هذه الأشياء ، أنا فقط أرغب فى معرفة ماذا تستطيع أدائه نظرياً .

الزوج : أكون متعاوناً فى أداء ما أستطيع لمساعدتها فى عملها ، مثل : الترتيب ، وحفظ الأوراق ، أو أى شىء ضرورى .

المعالج : وهذا يعنى ترتيب الإستمارات والأوراق أو تنظيم الخزانات أو أى شىء مشابه لذلك ؟

الزوج : صحيح .

المعالج : ماذا أيضاً .

الزوج : فى هذه اللحظة لا أعرف ، هذا يبدو أنه شكواها الأساسية .

المعالج : نعم ، طبعاً ، أعتقد أن هذه بداية جيدة ويبدو أنك غير متأكد من الأشياء الأخرى . حقيقة قد تكون هناك أشياء أخرى ، ولكن في هذه اللحظة أنك غير متأكد بدقة ما هي دعنا نجرب الجانب الآخر لهذا الآن . (موجهاً كلامه للزوجة) ماذا تعتقدين أنك تستطيعين عمله ويبدو أنه إظهار للإهتمام أو الدعم أو أى شيء آخر يبحث عنه (بل) .

الزوجة : حسناً ، أعتقد أنه أصاب الهدف بدقة متناهية . إذا استطاع المساعدة في بعض ما ذكر ، فأنا أستطيع القيام ببعض الأشياء التي يريدونها .

المعالج : أخبرني ما هذه الأشياء .

الزوجة : أنه يريدني أن أكون مستعدة للخروج مع أصدقائه ، سواء كان الخروج للعشاء أو لعب الشطرنج أو الخروج لركوب الدراجة الهوائية .

المعالج : ماذا أيضاً ؟

الزوجة : أنا متأكدة أنه يرغب في وضع الملابس في المكان الذي يفترض أن تكون فيه ، وأنا لم أقم بذلك .

المعالج : حسناً ، الآن لدى النقاط التالية : الخروج مع الأصدقاء للعشاء أو لعب الشطرنج أو أى شيء آخر والبند الآخر هو وضع الملابس في مكانها . هل يمكنك التفكير في شيء آخر ؟

الزوجة : حسناً ، إذا استطعنا التخلص من بعض الملفات والأشياء المترامية ، فإن ذلك قد يؤدي إلى إزالة الكثير من الفوضى الموجودة على الأرض . كثير من أشياءي موجودة في صناديق وليس في ملفات ؛ لأنه لم يكن لدى وقت لوضعها جميعها في ملفات .

المعالج : نعم ، شيء آخر تعتقدين بأن (بل) قد يقدره ويهتم به هو إبعاد بعض الملفات ووضعها في الخزانات بدلاً من الأرض ، هل هذا صحيح ؟

الزوجة : نعم .

كما نرى ، فإن المعالج قضى وقتاً كافياً خلال هذه الجلسة في جعل الزوجين يؤديان مهمة معينة . وعادة ما يكون من السهل على الزوجين التحدث عن ماذا يريد كل منهما من الآخر أن يقوم به أو يتوقف عنه ، أكثر من التحدث عما يستطيع كل منهما أن يقدمه للآخر . إذا كان يبدو أن الأمر كذلك مع زوجين

معينين ، فإنه عادة من الأفضل مساعدتهما على الأقل في ذكر بعض البنود الأولية في الجلسة ؛ من أجل التأكد من أن الهدف من الواجب الذي يكلفان به أصبح مفهوماً لهما .

الإتصال والتدريب على حل المشكلات :

تتفاقم معظم المشاكل ، إن لم يكن كلياً بسبب الطريقة التي يتواصل بها الشريكين معاً حول موضوع ما ، أكثر من أن تكون سبب الموضوع نفسه . والإتصال الفعال هو مهارة ، وعلى الرغم من أن معظم الأزواج يتواصلون معاً بشكل حسن دون أى تدريب رسمي ، إلا أنه بالنسبة للأزواج المتكدرين ، فإن الإتصال السيء هو أحد الأسباب الرئيسية لعدم السعادة بينهما . والإتصال السيء مدمر بشكل خاص ، عندما يحاول الزوجين التفاوض بشأن بعض التغييرات في علاقتهما .

وعادة عندما يريد أحد الزوجين بعض التغيير من الآخر ، فإن أول إستجابة لأى نوع من المقاومة هي اللجوء إلى أخذ ما يريد بالجبر والإكراه . وهذا قد يأخذ شكل الميل إلى الشعور بالذنب ، والبكاء ، والتهديد ، والإمتناع عن إظهار العاطفة ، أو حتى العدوان اللفظي والبدني . وعادة ما يستخدم الشريك الذي يحاول الحصول على التغيير أحد هذه الأساليب حتى يستسلم الطرف الآخر في النهاية . ولكن لسوء الحظ فإن الجبر والإكراه فعال جداً ؛ إن أحد الشريكين يدعم لكونه قسرياً أو مجبراً بسبب إذعان الشريك الآخر ، والشريك الآخر يدعم لكونه مدعناً حتى لا يتعرض للسلوك القسري والإجباري . إن إستخدام القسر والإكراه في العلاقة دائماً ما يؤدي إلى تفاقم الصراع لأن المزيد والمزيد من أشكال القسر المتطرفة تصبح ضرورية لتحقيق النتيجة نفسها (Patternson & Hops, 1972) ، ومن خلال هذه الأنماط المدمرة يتحول شخصان كانا متحابين ليصبحا منعزلين كجيشين متعارضين .

وقد صمم الإتصال والتدريب على حل المشكلات ليساعد الزوجين على تعلم المهارات الضرورية ؛ لمناقشة المواضيع المهمة والتفاوض على التغييرات في علاقتهما دون اللجوء إلى أشكال من الإتصال التي يحتمل أن تؤدي إلى تدمير علاقتهما . وعلى عكس تبادل السلوك ، فإن الإتصال والتدريب على حل المشكلات لم يصمم لتلمية تغيير فوري في العلاقة ، ولكن ليوفر للزوجين

المهارات الضرورية للتعامل بنفسهما مع مشاكل العلاقة بينهما بعد إنتهاء العلاج . بمعنى آخر ، فيما يتصل بعمل التقبل العاطفي ، فإن الإتصال والتدريب على حل المشكلات يدرّب الزوجين على كيفية العمل ليكونوا معالجين لأنفسهما . إضافة إلى ذلك ، فإن الزوجين يدرّبان على كيفية التفاوض الفعال على التغيير الإيجابي في العلاقة بينهما دون اللجوء إلى الأساليب القسرية المدمرة . إن التركيز في الإتصال والتدريب لا يكون كثيراً على محتوى الإتصال بين الزوجين ، بقدر ما يكون على العمليات التي من خلالها يحاول الزوجين التعبير عن حاجاتهما . ومن خلال تحسن هذه العمليات ، فإن الإتصال والتدريب يعمل على منع تدهور العلاقة في المستقبل ويطور النمو الإيجابي بعد إنتهاء العلاج . ومبدئياً يدرّب الزوجين على الإتصال وحل المشكلات من حيث علاقته بمشاكلهما الحالية ، ولكن الهدف هو تعليم الزوجين مهارات فعالة يمكنهما إستخدامها في مستقبل علاقتهما معاً . ومع ذلك فإنه من المهم التصريح ثانية بأنه على الرغم من أن تنمية التغيير قد تم بقدر الإمكان ، إلا أن الشريكين لا يمكنهما التغيير كلياً لينسجما مع رغبات بعضهما البعض ، ولذلك فمن الضروري للنجاح الكلي للعلاج ، أن يأخذ الإتصال والتدريب على حل المشكلات مكانه في سياق تنمية التقبل .

التدريب على الإتصال :

يعرض التدريب على الإتصال على الزوجين كوسائل لتعلم طرق أكثر فعالية للحديث عن الصراع والخلاف . ويبين لهما أنه مع إكتساب المهارات المناسبة ، فإنهما يصبحان قادرين على الإتصال والتحاور بصراحة وإنسجام أكثر عن علاقتهما . ويتم إخبارهما بأن هذا سيساعد ليس فقط على تقليل إحتمال تعقد وإنفجار الأمور ، ولكن على زيادة مستوى الألفة والمودة في العلاقة بينهما بشكل عام .

ويبدأ التدريب الأولى خلال الجلسة العلاجية ، تحت إشراف وملاحظة المعالج . يتعلم فيه معظم الأزواج الإتصال بطريقة تختلف تماماً عما إعتادا عليه ، ويوضح لهما أنهما عرضة إلى الإنزلاق إلى الأنماط القديمة في الإتصال . والخطوة الأولى في التدريب على الإتصال تشمل إعطاء الزوجين تعليمات عن الأنماط العامة للإتصال التي يتبناها المعالج . وتناقش العواقب المدمرة للوم والانتقاد ، ويدرّب الزوجين على كيفية التركيز على مايقولانه هم أنفسهما دون لوم أو إنتقاد للشريك الآخر . إضافة إلى ذلك ، ومن أجل الإستمرار في تنمية

التقبل ، يعطى الزوجين تعليمات للتحدث عن مشاعر التأثر الكامنة في الموضوعات التي تسبب لهما مشاكل حالياً ، والإمتناع عن إنتقاد خصائص وردود أفعال كل منهما للآخر .

ويتم التدريب على إعادة التأكيد أو إعادة الصياغة كوسائل للتأكد من أن أى من الشريكين لا يساء فهمه خلال أى نقاش أو جدال مهم . وعادة ما تكون أحد الأخطاء الأساسية فى الإتصال الذى يمارسه الأزواج هى قراءة الأفكار أو القفز لإستنتاج حقيقة ما يعنيه الشريك الآخر من قوله ، وتفيد إعادة الصياغة فى إبطاء التفاعل بين الزوجين ، وتقليل احتمال سوء الإتصال غير المقصود .

الخطوة الثانية فى التدريب على الإتصال تشمل جعل الزوجين يقومان عملياً بمناقشة : التركيز على الذات ، وتجنب اللوم ، والنقد ، والتعبير عن مشاعر التأثر ، وتعرض إعادة الصياغة كلها على أنها (قواعد) للمناقشات العملية . وبعد التعليمات الأولية وبعض الإيضاحات لهذه المهارات ، يتم إختيار آخر تفاعل سلبي حدث بينهما للتحدث عنه فى الجلسة . وتعطى تعليمات للزوجين لمناقشة كيف يرى كل منهما الحدث وشعورهما الحالى تجاهه . إن محاولة إتباع جميع قواعد التدريب على الإتصال قد يكون غير طبيعى للزوجين فى البداية ؛ لذلك فإن المعالج الذى يستخدم العلاج الزواجى السلوكى المتكامل لابد أن يناقش معهم هذا الأمر المريك ، قبل الممارسة الأولى لهذه الإستراتيجية ، ويوضح أن قواعد التدريب على الإتصال ستصبح أكثر ألفة بإستمرار إستخدامها . وخلال المناقشات الأولى للممارسة فإن الإختصاصى يجب أن يقاطع كلام الزوجين عدة مرات ؛ من أجل إما تذكير الزوجين لإعادة الصياغة أو منعهم من إلقاء اللوم أو النقد .

الخطوة الثالثة فى التدريب على الإتصال هى إعطاء المعلومات المرتدة . بعد كل مناقشة عملية ، حيث يجب مناقشة التدريب بالتفصيل مع الزوجين وإستخلاص المعلومات ، والإنتباه لتأثيرات التركيز على الذات ، وعدم اللوم ، وإعادة الصياغة والمشاركة فى إنفعالات التأثير . وتعطى المعلومات المرتدة (عائد) عن المجالات التى أظهر فيها الزوجين تقدماً حسناً ، وكذلك عن مايمكنهما فعله للتحسن أكثر . وقد تستمر هذه التدريبات عدة جلسات بناء على حاجات الزوجين ، وعندما يصبح المعالج واثقاً من مهارات الزوجين ، فإن ممارسة الإتصال والتحدث يمكن أن تعطى كواجب منزلى .

التدريب على حل المشكلات

عادة ماتكون المصاعب اليومية الصغيرة هي التي تحدث الضرر الأكبر في علاقة الزوجين معاً . وقد تؤدي الموضوعات التي تدور حول أداء الأعمال المنزلية اليومية ، أو كيفية تربية الأولاد ، أو مع من يقضون الإجازة هل مع والدي الزوج أو الزوجة إلى الشعور بالإستياء والغضب ، الذي ينفذ إلى العلاقة الزوجية في نهاية الأمر . وعادة ما ينمو الجدل حول هذه المشاجرات اليومية ويتضخم بمرور الوقت؛ مما قد يؤدي إلى الانفصال بين الزوجين . وأكثر مايسبب الضرر عادة ليس هو موضوعات الجدل نفسها ، وإنما هي محاولات الزوجين حل هذه الموضوعات . وعادة تبدأ مثل هذه المناقشات بلوم من أحد الشريكين أو إتهام أو توبيخ بطريقة ما لصفات الآخر ، بينما في الوقت نفسه يتجنب هو أى مسئولية . وفي المقابل ، فإن الشريك الآخر يصبح مدافعاً وغاضباً ، وعادة مايقوم باللوم وإنتقاد صفات الآخر . ويصبح أمراً بسيطاً جداً مثل تنظيف طاولة الطعام محل خلاف وجدال بسرعة بين (الوحش الكسول وغير المسئول) (والأنانى ، وغير المحب) .

ويعلم التدريب على حل المشكلات الزوجين إستراتيجيات ثابتة للتعامل مع أنواع المشكلات ذات الأثر ، والتي تقضى لامحالة على العلاقة بينهما . وقد صممت إستراتيجيات حل المشكلات خصيصاً لتلمية التغيير ، وتستخدم فقط في الظروف التي يعتقد فيها بأن التغيير ممكن من خلال مهارة التفاوض . ولاينصح بإتباع حل المشكلات مع الصراعات حول موضوعات تشمل : الإتجاهات ، والمشاعر ، والرغبات ، أو النزعات . فأنواع المشاكل هذه عادة غير قابلة للحل عن طريق إستخدام إستراتيجيات التفاوض البسيطة ، ولكنها تعالج بإستخدام إستراتيجيات التقبل العاطفي . على سبيل المثال ، موضوعات مثل طلب أحد الشريكين من الآخر أن يحب والديه هو ، أو أن يستمتع أكثر بالخروج ، مثل هذه الموضوعات لاتحل بسهولة من خلال التفاوض . ولايستطيع الفرد ببساطة الموافقة على حب شيء أو الإستمتاع به ، مثل هذه المشاعر لا بد أن تتقبل ، ويجب أن يقرر الزوجين هل تستطيع علاقتهما الصمود في حالة عدم تغيير هذه الأشياء .

وبالنسبة للأزواج الأكثر تأثراً ، وعلى الرغم من أنهم عادة متساون في المشاكل والمتاعب ، إلا أن حل المشكلات هو أكثر الإستراتيجيات فعالية . وحل

المشكلات يعلم الزوجين سلسلة من الخطوات الأساسية لإتباعها عند مناقشة الحل لمشكلة ما . أولاً ، يدرّب الزوجين على التمييز بين تحديد المشكلة وحل المشكلة . ومن خلال تحديد وتعريف المشكلة ، فإن الهدف هو ببساطة الوصول إلى حل واضح ومحدد . وتعطى تعليمات للزوجين للوصول إلى مرحلة حل المشكلة فقط ، بعد الموافقة على تحديد دقيق للمشكلة . ويوجه الزوجان خلال هذه المرحلة للإلتزام بالمشكلة ، كما تم تحديدها وعدم الرجوع إلى مرحلة تحديد وتعريف المشكلة . إن هدف مرحلة حل المشكلة هو وصول الزوجين لقرار عن أفضل تعامل مع المشكلة القائمة ، ويجب تأكيد التمييز الواضح بين تحديد المشكلة وحلها ؛ لأن الزوجين عادة ما يحاولان حل المشكلات الصعبة والعويصة والغامضة . ودون تصور واضح للمشكلة ، فإن الحلول الواضحة نادراً ما تكون محتملة . مرحلة تحديد المشكلة بدقّة تشجع على الإتصال الواضح ، وضمان فهم واضح للمشكلة من كلا الشريكين .

تعليمات عامة

هناك أربعة تعليمات أساسية تسهل نجاح التدريب على حل المشكلات :

أولاً : يجب أن يناقش الزوجين مشكلة واحدة فقط في كل مرة ، وخلال النقاش يكو الزوجان ميالين إلى ذكر عدة شكاوى بسرعة متعاقبة ، مما يعوق عملياً حل أي منها بفعالية . ويدير الزوجين خلال حل المشكلة على التركيز على مشكلة واحدة بالذات في كل مرة ، وحل هذه المشكلة تماماً قبل الإنتقال إلى مشكلة أخرى ، ومن خلال هذه التعليمات يدرّب الزوجين على التمييز بين النقاش البسيط والحل الفعال للمشكلة .

ثانياً : يشجع كلا الزوجين على إعادة صياغة مايقوله كل شريك من أجل ضمان الفهم الصحيح لما قاله أي منهما . ويساعد هذا على تجنب التأثير المدمر ، الذي عادة ماينتج عن القراءة السلبية لأفكار الآخر وبالتالي إطالة سوء الفهم والإتصال . إضافة إلى ذلك ، فإنه يزيد من إحتمال إن كلا الزوجين سيقضى بعض الوقت - على الأقل - في التفكير في موقف الطرف الآخر .

ثالثاً : يُطلب من الزوجين تجنب أي تخمين لنية حاقدة في سلوك الشريك الآخر ؛ فمثل هذه الافتراضات تتطلب من الشريك الدفاع عن نفسه ، ويؤدي هذا عموماً إلى الجدال بدلاً من الحل الفعال للمشكلة . إن تركيز التدريب على حل

المشكلة يجب أن يبقى علياً وعلى السلوك ذي الأثر ؛ لأن هذا هو السلوك الذي يمكن تغييره بسهولة عن طريق التفاوض . إن الدوافع ، والنيات ، والسلوكيات الشخصية المماثلة ليست ببساطة ضمن التدريب على حل المشكلات ويجب بدلاً من ذلك التعامل معها باستخدام أساليب التقبل .

أخيراً ، يعطى الزوجان تعليمات لتجنب الإستخدام المتبادل للألفاظ والتصرفات الحادة خلال جلسات حل المشكلات . إذا كان الزوجان غاضبين من بعضهما البعض وبالتالي غير متعاونين بشكل كاف فإن تركيز العلاج يجب أن يعود إلى إستراتيجية التقبل العاطفي . ويمكن أن يبدأ التدريب على حل المشكلات من جديد عندما يحقق الزوجان الدرجة المناسبة من التعاون .

تحديد المشكلة

عادة ما يأتي الأزواج المتكدرين بمشاكل في صور شكاوى ضد الطرف الآخر . والتدريب على حل المشكلات يعلم الزوجين سلسلة من الخطوات المحددة لإتباعها عند تحديد المشكلة . أولاً ، يدرّب الشريكين على التعبير عن التقدير ، والعاطفة ، والفهم للشريك الآخر قبل عرض المشكلة نفسها . هذا التعبير يساعد على التقليل من احتمال أن الشريك الآخر سيكون مدافعاً ، كما أنه يذكر كلا الشريكين ببعض الجوانب الإيجابية في علاقتهما على سبيل المثال ، بدلاً من القول (أين كنت بحق الجحيم) ، يدرّب الشريك على البدء بقول شيء مثل (أنا أعرف أنك تعمل بجهد ، وتحتاج بعض الأحيان لتبقى متأخراً ، ولكني أفقدك عندما تتأخر بكثرة) . الأزواج المتكدرين ميالون بشكل خاص إلى تعقب الجوانب السلبية وإهمال الجوانب الإيجابية في علاقتهما ، وعندما تبدأ جلسة حل المشكلات بالتعبير عن التقدير ، فإن الزوجين أكثر احتمالاً لتحقيق روح التعاون .

بعد التعبير عن التقدير ، فإن الخطوة التالية تشمل تحديد المشكلة تحديداً دقيقاً قدر الإمكان ؛ فصياغة المشاكل بصورة غامضة تعوق الحل الفعال للمشاكل . وبدلاً من عرض الموقف بشكل عام ، يدرّب الزوجان على تعريف السلوك المهم والظروف التي تحدد المشكلة . على سبيل المثال ، بدلاً من القول بأن الشريك لا يقوم أبداً بتنظيف المنزل ، يمكن تحديد المشكلة على أنها الرغبة في أن يقوم الشريك الآخر في المساعدة بشكل أكثر في إعداد وجبات العشاء . وعادة فإن المشكلات المحددة بدقة أكثر تكون أسهل في حلها وتجلب سوء الإتصال والفهم

بين الزوجين .

في ضوء الإستمرار في تبلى التقبل العاطفى ، يعطى الزوجان تعليمات للتعبير عن مشاعرهما ، والانتباه بشكل خاص لمشاعر التأثر لديهما . إذا إستطاع أحد الزوجين القول بأن قضاء شريكه لوقت طويل فى العمل يجعله يشعر بالوحدة وعدم الحب ، فإن الشريك الآخر أقل احتمالاً للشعور بالتهجم عليه وأكثر احتمالاً للتعاطف مع مشاعره . ومن الصعب عادة على الزوجين التحدث حتى عن المشاكل البسيطة فى علاقتهما دون الشعور بأنهم متهمون أو منتقدون من الطرف الآخر . إن الفهم الكامل لمشاعر كل منهما نحو الآخر يساعد على منع تحول المناقشة إلى تعارض كامل للرغبات ، مصحوباً بمحاولة كل شريك تجنب السيطرة عليه من قبل الشريك الآخر .

الخطوة الأخيرة فى تحديد المشكلة هى إعترااف كلا الزوجين بدورهم الخاص فى إستمرارية المشكلة ، وهذا عادة يصعب على زوجين تعودا تجنب اللوم . الإعترااف بالدور الذى يلعبه كل شريك فى المشكلة أمر مهم لكل من الشخص الذى يعرض المشكلة وللشخص الذى يسمعها . وبالنسبة للشريك الذى يعرض المشكلة يجب عليه التفكير فى كيفية مساهمته فى التخفيف من الشعور بالظلم بسبب المشكلة وتقليل الميل إلى إعتبار موقف الشريك الآخر غير معقول . أما الشريك الذى يستمع إلى مشكلة ، فإنه أقل احتمالاً لأن يشعر باللوم من الآخر ، وأكثر احتمالاً للتفاهم والتفاوض إذا كان الشريك الذى يعرض المشكلة لا يحاول تجنب تحمل المسئولية تجاه المشكلة بالنسبة للشريك الذى يستمع إلى المشكلة ، فإن إقراره بأنه تسبب أو لم يتسبب فى أمر من الأمور التى أزعجت الشريك الآخر ، يعوق الميل الطبيعى لتبرير سلوكه ، بدلاً من التقبل ببساطة أن الشريك الآخر لديه شكوى ، ولكن يجب تأكيد أن تقبل شكوى الشريك لا يلزم الآخر على تغيير سلوكه . إن الموضوع الأساسى فى هذه اللحظة هو تحديد وتعريف المشكلة بوضوح .

حل المشكلة

عندما يتم تحديد المشكلة وتشجيع التعاون قدر المستطاع ، فإن الخطوات التى ستؤدى إلى الوصول إلى حل عملى للمشكلة تصبح قابلة للتنفيذ . أولى هذه الخطوات تسمى الطرح التلقائى للأفكار (أو العصف الذهنى)⁽¹⁾ ، والهدف منها هو

(1) Brainstorming

الحصول على أكبر عدد ممكن من الحلول المختلفة للمشكلة ، وعادة ما يكون الطرح التلقائى للأفكار ممتعاً . ولتحقيق هذا الهدف ، فإن الزوجين يخبران بأن جميع الحلول حتى لو كانت مستحيلة أو سخيفة يجب طرحها . ويخبران أيضاً بأنه سيكون هناك وقت كاف لاحقاً بعد ذلك لتجربة ما الحلول الأكثر قابلية للتطبيق من الأخرى . ولايسمح بالتعليقات لتقييم الأفكار فى هذه المرحلة ، وعليه يشعر كل شريك بالحرية قدر الإمكان لتقديم أى حل يمكن أن يفكر فيه . وتسجل جميع الإقتراحات لمناقشتها لاحقاً .

المثال التالى يعرض كيف يسير الطرح التلقائى للأفكار عادة . الزوج (ستيف) يسافر كثيراً كجزء من عمله ، الزوج والزوجة (جين) والمعالج يطرحون الحلول التلقائية لتحقيق أفضل توازن بين الأعمال المنزلية اليومية والإستمتاع ، عندما يكون الزوج فى البيت .

المعالج : حسناً ، الفكرة هى أنه عندما تطرحان الأفكار التلقائية ، أذكرا فقط أكبر عدد محتمل من الحلول التى يمكن أن تفكرا فيها دون تقييمها بأى شكل كان . الفكرة هى توليد أو إنتاج أفكار وليس مراقبة أنفسكم . حتى لو كانت الفكرة تبدو سخيفة تماماً ، يجب أن تطرحاها . وفى نهاية الطرح التلقائى للأفكار سيكون لديكما قائمة من الحلول الممكنة ، تقومان بتفحصها والتخلص من الأفكار غير المعقولة ، وإبقاء المعقولة منها . وسأسجلها جميعاً . هل يمكننى المشاركة معكما ؟

الزوج : طبعاً .

المعالج : (موجهاً كلامه للزوج) حقيقة أنت قد طرحت واحدة من الأفكار ، وهى الجلوس وتحديد الأولويات فى كيفية قضاء الوقت .

الزوج : والفكرة الأخرى الواضحة هى أن أترك عملى وأعمل لحسابى الخاص .

المعالج : ترك العمل .

الزوجة : هذا يفترض أن يكون أمراً جاداً .

المعالج : لا ، لا يجب أن يكون كذلك .

الزوجة : إذاً يجب أن نتخلص من الكمبيوتر .

المعالج : حسناً ، التخلص من الكمبيوتر .

الزوج : يمكننا التخلص من الأطفال أيضاً .

المعالج : حسناً ، التخلص من الأطفال .

الزوجة : لا ، كونا جادين . لدى فكرة جيدة تماما . القيام بتبديل زيت السيارة عند (جيفرى لاب) بدلا من محاولة ستيف القيام بذلك . وبالنسبة لى ان اذكر القيام بذلك عندما يكون مسافراً

الزوج : (يضحك) .

المعالج : يبدو لى أن إحدى الطرق لصياغة ذلك وجعلها أكثر عمومية ، هو تفويض الأشياء للآخرين لعملها .

الزوجة : ولكن أعتقد أنه يجب تصنيف كل واحدة وإلا فإنه لا يمكن

المعالج : بهدف الطرح التلقائى للأفكار ، أعتقد أننا يمكننا تسجيل الفكرة على الورق . وعندما ننتقل إلى مرحلة الموافقة ، إذا كنتم ترغبان ، يمكنكما تصنيف الأفكار . ولكن إذا أردتما المحافظة على الوقت ، فإن تفويض الأشياء لمتخصص يجب ألا ينطبق على السيارة فقط ، وإنما على أشياء أخرى أيضاً . نحن لانقوم بتقييم هذه الأفكار الآن . نحن نسجلها فقط .

الزوج : يمكننا أن نعقد إجتماعاً عندما أعود إلى المنزل بعد كل رحلة ، أو أسبوعياً ، لتحديد الأولويات للمشاريع الموجودة فى المنزل ، ويمكنها أن تشمل الأطفال أو تغيير زيت السيارة أو أى شىء آخر .

المعالج : بكلمة أخرى ، إما بعد عودتك من الرحلة ، أو على فترات منتظمة ، فإنك ستجلس وتراجع الفترة التى لم تكن موجودا فيها إلى ما قبل الرحلة القادمة وتصنف وتعرض على ما تريد .

الزوج : يعترض ، حسناً أفترض أنك تحتاج إلى أن تطفى ظهر القطار وقطع العشب (دلالة على التعجيز وعمل المستحيل) .

الزوجة : شىء آخر بالنسبة لى هو محاولة السيطرة على أمور مثل مواضيع التأمين ، وإنجاز أشياء كهذه قدر الإمكان عندما يكون مسافراً .

المعالج : إنجاز بعض هل نسمى هذه أعمالاً وضیعة .

الزوجة : أعمال التأمين .

الزوج : الاعمال المثيرة لتقدر كبير من الألم .

المعالج : حسناً ، لنسميها ألماً من الأعمال الشاقة . (جين) ستقوم ببعض الأعمال الشاقة عندما يكون (ستيف) مسافراً .

الزوجة : وعلى (ستيف) ان يقوم ببعض الأعمال يأخذها معه وينجزها ، عندما يكون جالساً في حجرة الفندق خلال سفره .

المعالج : (ستيف) يأخذ بعض الأعمال الشاقة معه في رحلته . حسناً ، أنتم تعلمون بأن هناك بعض الإبداعات المحتملة هنا ، ولكن دعنا نسمع القليل منك (موجهاً كلامه للزوج) ، أريدك أن تكون جزءاً من الطرح التلقائي للأفكار .

الزوج : أنا أحب كل شيء قالته هي ، أحب وضع الأولويات

الزوجة : (تضحك) عدنا إلى هذا مرة أخرى .

كما نرى أن الطرح التلقائي للأفكار يمكن أن يكون تدريباً خالياً من الهموم، كما يمكن أن يكون منتجاً وخصباً . وكما في المثال ، فإن أحد الشريكين يطرح في بعض الأحيان إقتراحات أكثر من الآخر ، لذلك فإنه من المهم أن يتأكد المعالج من أن كلا الشريكين يساهم بكل ما يستطيع في وضع القائمة .

وبعد الطرح التلقائي للأفكار ، فإن الخطوة التالية هي أن يتفحص الزوجين القائمة ويضعوا علامات على الحلول التي تبدو سخيطة ، أو التي لا تنطبق بدقة إلى المشكلة . ويجب أن يوافق كلا الشريكين قبل وضع علامة على أي بند ، وإذا اعتقد أي من الشريكين أن بنداً ما قد يكون حلاً جيداً ، فإنه يستبقى في القائمة للمناقشة لاحقاً .

التوصل إلى الإتفاق على التغيير

ويستمر خلال هذه المرحلة تلقيح القائمة ، ويعاد النظر في كل بند على حدة، ويعطى كل شريك الفرصة لمناقشة الجوانب السلبية والإيجابية لكل بند . ويشجع الزوجان على التفكير ملياً فيما قاله كل منهما عن كل بند ، من أجل التأكد من أن كل طرف فهم موقف الطرف الآخر وتعاطف معه قدر الإمكان .

وخلال المراجعة الأخيرة للقائمة ، يتخذ القرار النهائي بشأن بقية البنود ، وتوضع علامة على كل بند إذا تم الإتفاق على أنه مهم جداً ، أو أنه يمكن تعديله

أو إعادة تجربته طالما وافق كلا الزوجين على التغيير ، ويمكن تجاوز بعض البنود للتفكير بها لاحقاً ، وقبولها كلها أو أجزاء منها .

الموافقة على التغيير :

أى حل يبقى موضع سؤال فى هذه المرحلة يعاد التفكير فيه مرة أخرى ؛ حتى يتم التوصل إلى تسوية أو حذف البند . وتستخدم البنود المتبقية فى القائمة لصياغة حلول قابلة للتطبيق للمشكلة ، ويسجل هذا الإتفاق بعد ذلك ، ويطلب من كلا الزوجين التوقيع عليه . والخطوة الأخيرة ، تناقش أى مشاكل متوقعة مستقبلاً ، والتي قد تتداخل مع الإتفاق ، وإيجاد إستراتيجيات للتعامل مع كل منها ، ويشجع الزوجان بعد ذلك على لصق أو تعليق الإتفاقية فى مكان يمكن لكل منهم رؤيته ، ويحدد تاريخ لمراجعة هذه الإتفاقية . وخلال كل جلسة من الجلسات التالية يراجع المعالج ليرى كيف تعمل الإتفاقية ، ويشجع الزوجان على إحضارها معهما ؛ لإعادة التفاوض إذا شعر أى من الزوجين بعدم الرضى .

إن المحاولات الأولى لإستخدام أساليب حل المشكلات هذه تحدث فى الجلسة ، وتحت إشراف مباشر من المعالج ، ومن الصعب جداً على الزوجين عادة التقيد بقواعد التدريب على حل المشكلات ، ويجب على المعالج أن ينفق وقتاً طويلاً مع الزوجين ليعلمهما الأساليب المناسبة . إن إستراتيجية حل المشكلات قد تبدو فى البداية مصطنعة للزوجين ، ولكن مع الوقت والممارسة يصبحان قادرين على رؤيتها على أنها وسيلة أكثر فائدة وأقل تدميراً للتعامل مع مشاكلهم ذات الأثر ، ومرة أخرى ، يتوقع عندما يتعلم الزوجين هذه المهارات ، فإنهما سيكونان قادرين على تطبيقها بأنفسهما فى المستقبل .

خلاصة :

فى هذا الفصل حاولنا عرض التطورات الأخيرة فى موضوع العلاج الزوجي السلوكي ، وهذه التطورات هى نتاج الإهتمام بكل من الأزواج الذين لم يستطيع العلاج الزوجي السلوكي التقليدى مساعدتهم فيها ، والعودة إلى الجذور النظرية للسلوكيين المتطرفين . إن التحويل فى التركيز من الصيغة إلى الوظيفية ، والتركيز على العوامل المقترنة الرئيسية التى من خلالها تتطور العلاقة بين الشريكين ، أدت إلى تطور مفهوم لعلاج زوجي خالٍ من قيود التعريفات التقليدية للتغيير ، وسمح لنا هذا بالتالى بتنمية التغيير ليس فقط للسلوك الظاهر ، ولكن

للمحتوى الإنفعالى الذى يكمن خلف علاقة الزوجين ويؤثر فيها . إن تكامل الإستراتيجيات التى صممت لتنمية نوع التغيير ، الذى أسميناه التقبل مع الإستراتيجيات الأكثر تقليدياً فى العلاج الزوجى السلوكى . يعتقد أنه خطوة مهمة جداً تجاه تقدم العلاج الزوجى .

وقد أظهرت الإستراتيجيات المقترحة فى هذا الفصل بشائر ممتازة كتدخلات فعالة للأزواج المتكدرين ، الذين يبحثون عن العلاج . وعند هذه النقطة ، بدأنا بحثاً تجريبياً صارماً للإستراتيجيات الجديدة ، وكانت الدراسة الأولية حتى اليوم مشجعة جداً . ومن المؤكد أن تطور هذه الأساليب ليس هو الإجابة النهائية لكل مشاكل العلاج الزوجى ، ولكن من المؤكد أن العلاج الزوجى السلوكى المتكامل سيستمر فى النمو والتطور ، من خلال كل من البحوث والممارسة تجاه طرق أفضل لعلاج الكدر الزوجى .

REFERENCES

- Baucom, D. H., & Hoffman, J. A. (1986). The effectiveness of marital therapy: Current status and applications to the clinical setting. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of marital therapy* (pp. 597 - 620). New York: Guilford Press.
- Christensen, A., Jacobson, N. S., & Babcock, J. C. (in press). Integrative behavioral couples therapy. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of marital therapy* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Ferster, C. B. (1967). Arbitrary and natural reinforcement. *Psychological Record*, 22, 1 - 16.
- Gurman, A. S., Kniskern, D. P., & Pinsof, W. M. (1986). Research on the process and outcome of marital and family therapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.) (pp. 565 - 624). New York: Wiley.
- Hahlweg, K., Schindler, L., Revenstorf, D., & Brengelmann, J. C. (1984). The Munich marital therapy study. In K. Hahlweg & N. S. Jacobson (Eds.), *Marital interaction: Analysis and modification* (pp. 3 - 26). New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327 - 387). New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C. (1989). *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control*. New York: Plenum Press.
- Jacobson, N. S. (1978). A review of the research on the effectiveness of marital therapy. In T. J. Paolino & B. S. McCrady (Eds.), *Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behavioral, and systems theory perspectives* (pp. 395 - 444). New York: Brunner / Mazel.
- Jacobson, N. S. (1984). A component analysis of behavioral marital therapy: The relative effectiveness of behavior exchange and problem solving training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 295 - 305.
- Jacobson, N. S. (1992) Behavioral couple therapy: A new beginning. *Behavior Therapy*, 23, 493 - 506.
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (in press). *Couple therapy: An integrative approach*. New York: Norton.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Pagel, M. (1986). Predicting who will benefit from behavioral marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 518 - 522.
- Jacobson, N. S., Schmalings, K. B., Holtzworth-Munroe, A. (1987). Component analysis of behavioral marital therapy: Two-year follow-up and pre-

- diction of relapse. *Journal of Marital and Family*, 13, 187 - 195.
- Patterson, G. R., & Hops H. (1972). Coercion, a game for two: Intervention techniques for marital conflict. In R. E. Ulrich & P. Mounjoy (Eds.), *The experimental analysis of social behavior* (pp. 424 - 440). New York: Appleton.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. New York: Knopf.
- Snyder, D. K. (1979). Multidimensional assessment of marital satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 813 - 823.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15 - 28.
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 75 - 88.
- Weiss, R. L., & Birchler, G. R. (1975). *Areas of change*. Unpublished manuscript, University of Oregon, Eugene.
- Weiss, R. L., & Cerreto, M. C. (1980). The marital status inventory: Development of a measure of dissolution potential. *American Journal of Family Therapy*, 8, 80 - 85.

ثبت المصطلحات

A

Abstinence violation effect	أثر انتهاك الامتناع عن الشرب
Acceptance strategies	استراتيجيات التقبل
Accusation	اتهام
Action stage	مرحلة النشاط أو المبادرة
Active treatment	علاج نشط
Adrenal gland	الغدة الدرقية
Aerobics	رياضة الايرويكس
Agitation	تهيج
Agoraphobia	مخافة الاماكن المفتوحة
Alchol abuse	سوء تعاطى الكحول
Alcohol dependence	الاعتماد على الكحول
Alcohol dependece syndrome	زملة الاعتماد الكحولى
Alcoholics Anonymous (AA)	الكحوليون المجهولون
Alcoholism	الكحولية
Alkaline	قلوى
All - or - none thinking	التفكير بطريقة الكل أو لا شئ
Amorphous	هلامى
Analogue subjects	عينات مشابهة أو مماثلة
Anonymous Addictive (AA)	المدمنون المجهولون
Anorexia nervosa	فقدان الشهية العصبى
Anti social personality disorder	اضطراب الشخصية المدمرة للمجتمع
Anticipation phase	مرحلة التوقع

Anticipatory	متوقع
Anxiety management training	تدريب على تدبير القلق
Anxiety neurosis	عصاب القلق
Anxiety states	حالات القلق
Anxiogenic cognations	معارف أو إدراكات نشئية (وراثية)
Anxiolytic medication	علاج طبي بمضادات القلق
Anxious apprehension	إدراك قلق
Anxious mood	مزاج قلق
Apparent stage of change	مرحلة التغير الظاهر
Applied relaxation	استرخاء تطبيقي
Apprehensive expection	توقع الشر
Apprehensive expectation cluster	زملة توقع إدراكي
Approach - avoidance pattern	نمط الاقتراب - التجنب
Arbitrary reinforcement	تدعيم عشوائي
Areas of change questionnaire	استخبار مجالات التغيير
Arrhythmias	اضطراب ضربات القلب
Assessment	تقدير أو تقييم
Assessment phase	مرحلة التقييم
Asthma	ربو
Attention control treatment	علاج التحكم في الانتباه
Automatic hyperactivity	إفراط ذاتي في النشاط
Automatic inflexibility	تصلب ذاتي
Automatic thoughts	أفكار الية (تلقائية)

Avoidance	تجنب
Avoidant personality disorder	اضطراب الشخصية التجنبية

B

Basel ganglia	العقد القاعدية
Basic anxiety disorder (BAD)	اضطراب القلق الاساسي
Behavioral groups	جماعات سلوكية
Behavioral prothesis	التزقيع السلوكي
Beta blocker	كابح عصبي
Bing eating disorder	اضطراب الاكل المفرط
Biofeedback	رجع حيوي (عائد بيولوجي)
Body acceptance	تقبل شكل الجسم
Body mass	كتلة (بنية) الجسم
Brain storming	تفاكر (عصف ذهني)
Bulimia nervosa	الشراهة العصبية

C

Capsulotomy	استئصال الاجسام المخططة
Cardiovascular exercise	تمريبات قلبية
Catastrophopizing thought	تفكير مأساوي
Change strategies	استراتيجيات التغير
Charactarological disorder	اضطراب سمات الشخصية
Child abuse	اساءة معاملة الطفل

Cingulotomy	الاستئصال الحزامى
Claustrophobia	مخافة الاماكن المغلقة
Client variables	متغيرات العميل
Clinical experience	خبرة عيادية
Clinical interview	مقابلة عيادية
Clinical judgment	الحكم (التقييم) العيادى
Clinical psychological assessment	التقدير (التقييم) النفسى العيادى
Clinician 's severity rating (CSR)	تقدير المعالج لحدة الاعراض
Co habituating	معيشة مشتركة
Co morbid diagnosis	تشخيص لاعراض مصاحبة
Co morbidity disorders	اضطرابات مصاحبة
Cognitive attribution model	نموذج الاعزاء المعرفى
Cognitive - behavioral group therapy	علاج معرفى سلوكى جمعى
Cognitive defenses	دفاع معرفى
Cognitive dissonance	تنافر معرفى
Cognitive distortions	تشوهات معرفية
Cognitive restructuring	إعادة تنظيم البنية المعرفية (إعادة صياغة الأفكار)
Cognitive theory	نظرية معرفية
Cognitive therapy	علاج معرفى
Cognitive triad of depression	المثلث المعرفى للاكتئاب

Collaborative set	الوضع التعاوني
Combined exposure	اعرض مشترك
Commercial weight- loss programs	برامج تجارية للتخسيس
Commiserate	يرثى او يواسى
Commitment	التزام
Community - reinforcement approach	منحى الدعم المجتمعي
Concept of responsible drinking	مفهوم الشرب المسؤول
Conflict Tactics Scale	مقياس أساليب الصراع
Confusion	خلط او ارتباك
Conjoint behavioral treatment	علاج سلوكي مشترك
Conjoint interview	مقابلة مشتركة
Context of therapy	سياق العلاج
Contingencies	ترافقات
Coping desensitization	تطمين لتقوية عمليات المواجهة
Couple distress	كدر زوجي
Covert modeling	تمذجة تخيلية
Criticize - Defend	نقد - دفاع
Corss - blaming	لوم متبادل
Cue	مؤشر
Cue - controlled relaxation	استرخاء موجه بهاديات
Current alcohol level (CAL)	مستوى الكحول الراهن فى الدم

D

Day treatment	علاج نهاري
Deeping relaxation techniques	اساليب تعميق الاسترخاء
Defensive	دفاعي
Deleterious	ضار أو مؤذي
Demand- Withdraw	مطالبة -- انسحاب
Denial	انكار
Denial defense mechanism	آلية الانكار الدفاعية
Depersonalization	عدم التشخص
Derealization	عدم الواقعية
Desensitization	تسكين
Destructive misunderstandings	سوء تفاهم هدام
Deftoxification	إزالة السموم
Diagnostic Interview Schedule	قائمة المقابلة الاكلينيكية
Diagnostic assessment	تقييم تشخيصي
Diaphragm	الحجاب الحاجز
Dieting	حمية (أو نظام غذائي)
Differential diagnosis	تشخيص فارق
Differentials efficacy	كفاءة فارقة
Disconnection	انقطاع الصلة
Distraction	تشتت
Distractions procedures	إجراءات الالهاء (أو التشتيت)
Distress	كدر أو كرب (ألم نفسي)

Drinking response	أستجابة الشرب
Drug treatment	علاج دوائى
Dyadic Adjustment Scale	مقياس التوافق الزوجى
Dysfunctional interaction	تفاعلات غير فعالة
Dysfunctional strategies	استراتيجيات غير فعالة
Dysfunctional thought record (DTR)	سجل الأفكار غير الفاعلة
Dythmia	عصاب

E

Early schemas	مخططات مبكرة
Eating topography	خريطة توزيع الاكل (وصف نظام الاكل)
Educationl supportive group therapy	علاج مساند جمعى تعليمى
Ego dystonic	متنافر مع الانا
Ego syntonic	متناغم مع الانا
Ego - syntonic	مؤام (أنا متوافقة)
Emotimnal acceptance strategies	استراتيجيات التقبل العاطفى
Emotional deprivation schema	مخطط حرمان عاطفى
Emotional disengage	عدم ارتباط عاطفى
Emotional- Logical	عاطفى - منطقى
Emotional processing	التداول (معالجة الامر) الانفعالى
Emotional reasoning	تبرير وجدانى (أو عاطفى)

Empirical	واقعي أو تجريبي
Encephalitis lethargica	التهاب دماغي
End- state functioning	الاداء التهاى
Endurance	تحمل
Enormous self- help movement	الحركة الكبرى لمساعدة الذات
Extinction	انطفاء

F

Family therapy	العلاج الاسرى
Feedback	عائد
Fitness assessment	تقييم الملائمة
Flash card	بطاقة استرجاع
Food pyramid	الهرم الغزائى
Formulation	صياغة
Frontal lobe	الفص الجبهى أو الامامى
Function	وظيفة
Functional analysis	تحليل وظيفى
Functional equivalence classes	فئات التكافوء الوظيفى

G

Gender	نوع (أو جنس)
Generalized anxiety disorder (GAD)	اضطراب القلق العام

Generalized social phobics	مرضى المخاوف الاجتماعية العامة
Goal - setting list	قائمة تحديد الاهداف
Goal weight	وزن مستهدف
Gradual exposure	تعرض تدريجي
Graduated funnel approach	منحى القمع التدريجي
Group therapy	علاج جمعي
Guided- self dialogue	حوار ذاتي موجه

H

Habituation	اعتياد
Hand- held breathalyzer	جهاز تحليل الزفير اليدوي
Hard emotions	مشاعر قسوة
High end- state functioning	أقصى اداء
High risk groups	جامعات معرضة للخطر
Home work assignment	واجب منزلي
Hyper vigilance	تيقظ مفرط
Hypoglycemia	نقص السكر
Hypothetical constructs	أبنية (تكوينات) فرضية

I

Idiographic approach	منحى تخصيصى
Idiographic functional analysis	تحليل وظيفى تخصيصى
Idiographic level	مستوى تخصيصى

Imaginable exposure	تعرض تخيلي
Imaginable scenario	سياق تخيلي
Impartial dependence	اعتماد جزئي
In vivo exposure	تعرض حي (للمواقف الخارجية)
Incompetence schema	مخطط عدم كفاءة
Individual therapy	علاج فردي
Information Processing theory	نظرية معالجة المعلومات
Initial treatment setting	جلسات علاج اولية
Intake evaluation	تقييم مبدئي (للبدء في العلاج)
Integrate change and acceptance	دمج التقبل والتغير
Integrative behavioral couple therapy	العلاج الزوجي السلوكي التكاملي
Intense exposure	تعرض كثيف
Intensive treatment program	برنامج علاجي مكثف
Internal dialogue	حوار داخلي
Interpersonla context	سياق تفاعلي
Interpersonal pressures	ضغوط تفاعلية
Interviewer	قائم بالمقابلة
Intimate relationship	علاقة حميمة
Introspective conditioning	تشريط باطنى

K

Key feature الملمح (أو المظهر) الاساسى

L

Learned alarm	انذار متعلم
Legal drink age	العمر القانوني للحق في الشرب
Level of commitment	مستوى الالتزام
Level of distress	مستوى الكدر
Lightheadedness	دوار
Low efficacy expectation	توقع كفاءة منخفضة

M

Maintenance stage	مرحلة الحفاظ على النتائج العلاجية
Management	تدبير (تعامل مع)
Marital Satisfaction	رضاء زواجي
Massed exposure	تعرض كثيف
Matching scheme	مخطط التتابق أو الموائمة
Metabolism	ايض (هدم وبناء حيوي)
Metabolite 5- hydroxy indoleacetic acid (5- HIAA)	عمايات الايض السيروتونينية
Micronutrient selection	اختيار المغذي الرئيسي
Mind reading	قراءة الأفكار
Mnemonic	مقو للذاكرة
Mobilization of social support	شحن (تحريك) المساندة الاجتماعية
Mode	شكل (أو صيغة)
Mood disorder	اضطراب المزاج

Motivational interview	مقابلة دافعية (حافزة أو حائثة)
Motor tension	الشد (التوتر) الحركى
Murmurs	لغط

N

Narcotics anonymous	متعاطى المخدرات المخلقين المجهلين
Natural reinforcement	تدعيم طبيعى
Naturalistic interoceptive exposure	تعرض باطنى طبيعى
Naturally occurring contingencies	توافقات طبيعية
Negative dialogue	حوار سلبى
Network	شبكة
Neuroanatomical	تشريح عصب
Neurochemical	عصبى كيميائى
Neurotransmitter activity	نشاط الناقلات العصبية
Nomothetic study	دراسة جمعية
Non directive treatment	علاج غير موجه
Nodirective supportive group therapy	علاج جمعى مساند غير موجه
Norserotonergic	غير منشط للسيروتونين
Normal curve	منحنى أعتدالى
Normal worry	انزعاج طبيعى
Numbing	خدر

O

Obesity	سمنة (بدانة)
Organism reaction	ارجاع عضوية
Overeaters Anonymous (OA)	الشرهون المجهلون
Over estimation	مبالغة في التقدير (أو التقييم)

P

Panic control treatment	علاج بالتحكم في الهلع
Panic disorder	اضطراب الهلع
Panic disorder with agoraphobia	اضطراب هلع مع مخافة اماكن مفتوحة
Paraphrasing	إعادة صياغة
Parasympathetic nervous system	الجهاز العصبى الباراسمبتاوى
Pathological	مرضى
Pathological worry	انزعاج مرضى
Perfectionistic tendencies	نزعات كمالية (نزوع للكمال)
Performance phase	مرحلة الاداء
Personality disorder	أضطراب شخصية
Pharmacotherapy	علاج طبي (بالعقاقير)
Physical responsivity	استجابية جسمية
Positive consequences	مترتبات (أو عواقب) ايجابية
Positron- emission tomography	الرسم المقطعى لانبعاث البوزيترونات
post anxiety	ما بعد القلق

Post traumatic stress disorder (PTSD)	اضطراب الضغوط التالية للصدمة
Posttreatment assessment	تقييم بعد العلاج (لاثار العلاج)
Prediction testing	اختبار التنبؤات
Prefrontal lobe	اللحاء قبل الجبهي
Pressure- resistance	ضغط - مقاومة
Pretreatment assessment	تقييم قبل العلاج
Principal diagnosis	تشخيص اساسي
prodromal symptom	عرض منذر (منبهيء)
Progressive muscle relaxation	استرخاء عصبي تدريجي
Progressive muscle relaxation	استرخاء عضلي تدريجي
Promote acceptance	تنمية التقبل
Promote change	تنمية التغيير
Promoting emotional acceptance	تنمية التقبل العاطفي
Psychological dependonce	اعتماد فيزيولوجي
Psychophysiological assessment	تقييم نفسي فسيولوجي
Psychosurgical techniques	اساليب الجراحة النفسية
Psychotic disorder	اضطراب ذهاني
Psychotropic	نفسى انتحائي
Public speaking phobia	مخافة التحدث لجمهور
Pursuer- Disrancer	مطارد - متباعد

R

Reactivity	استجابية
Reattribution	إعادة اعزاء
Reformulation	إعادة صياغة
Relapse stage	مرحلة انتكاس
Relaxation- induced anxiety	استرخاء مثير للقلق
Relaxation- by- recall	استرخاء بالاستدعاء
Responsibility- avoidance style	اسلوب تجنب المسؤولية
Retaliatory thoughts	أفكار انتقامية
Risk factor model	نموذج العامل المهيئ
Ritualistic behavior	سلوك طقسى
Role play	لعب الادوار
Role play exposure	التعرض من خلال لعب الادوار
Rule- governed behavior	سلوك خاضع للتحكم

S

Safety signal	اشارة امان
Scanning	إحاطة أو فحص
Schema	مخطط
Schizoid personality disorder	اضطراب الشخصية شبه فصامية
Schizotypal personality disorder	اضطراب الشخصية الفصامية
Self- monitoring	مراقبة الذات

Self- presentational model	نموذج التقديم الذاتى
Self- recording card	بطاقة تسجيل ذاتى
Self- defeating	انهزامية ذاتية
Self- efficacy	توجه ذاتى
Self- efficacy	كفاءة ذاتية
Self- exposure	تعرض ذاتى
Self- help group	جماعة مساعدة ذاتية
Self- help manual	دليل المساعدة الذاتية
Self- monitoring	مراقبة ذاتية
Sensirivity factor	عامل حساسية
Serotonin	سيروتونين (ناقل عصبى)
Seotonin agonist	الانقباض السيروتونينى
metachlorophenylpoprazine (mCCP)	
Significant person	شخص مهم (للعميل)
Simulated exposure to fear sit- uation	تعرض مناظر لموقف خوف
Situational exposure	تعرض موقعى
Social anxiety	قلق اجتماعى
Social phobia	مخاوف اجتماعية
Social pressure	ضغط اجتماعى
Socratic method	حوار سقراطى
Soft emotions	مشاعر رقيقة
Somatic component	مكون جسمى

Spaced exposure	تعرض متقطع
Specificity factor	عامل نوعي
Spinning	حلزوني أو دوّار
Spontaneous	تلقائي
Spousal abuse	إساءة معاملة الشريك (الزواج أو الزوجة)
Stage of precontemplation	مرحلة ما قبل التأمل
Stimulus	مُدبّه
Stress inoculation training	تدريب تطعيمي على الضغوط
Structural clinical interview	مقابلة اكلينيكية مقننة
Structured activities	أنشطة مخططة
Subjugation schema	مخطط خضوع
Superstitious	خرافي
Sympathetic nervous system	الجهاز العصبى السمبتاوى
Syndenham's chorea	رقاص سيندهام
Systematic desensitization	تسكين منظم

T

Tempo romanoilular joint syn- drome	زملة مشتركة للاعراض الناتجة عن زيادة افراز هرمون الثيروكسين
The Global Severity Index	دليل الشدة الاجمالية
The Impact of Events	تأثير الاحداث
The Multimodal Life History	تاريخ الانماط المتعددة للحياة
The Rape Afremath Symptoms	اعراض اثار الاغتصاب

The schema- focused phase of treatment	مرحلة العلاج بالتركيز على المخططات
Thematic formulation	صياغة السياق
Therapeutic change	تغير علاجي
Therapeutic intervention	تدخل علاجي
Therapist variables	متغيرات المعالج
Thought stopping	وقف الأفكار
Three- response system model	نموذج نظام الاستجابة الثلاثي
Time line follow back interview (TLFBI)	مقابلة الكشف عن فترات التعاطي السابقة
Time management	تدبير الوقت
Tolerance	تحمل
Tolerance building	تنمية التسامح
Topography	وصف
Tourette's syndrome	زملة توريت
Transient reactions	أرجاع مؤقتة
Traumatic event	حدث صادم
Treatment contract	عقد علاجي
Treatment referral report	نقرير إحالة للعلاج
Treatment techniques	أساليب علاجية
Treatment termination	إنهاء العلاج
V	
Verbal contingencies	توافقات لفظية
Verbal cues ¹	هاديات لفظية

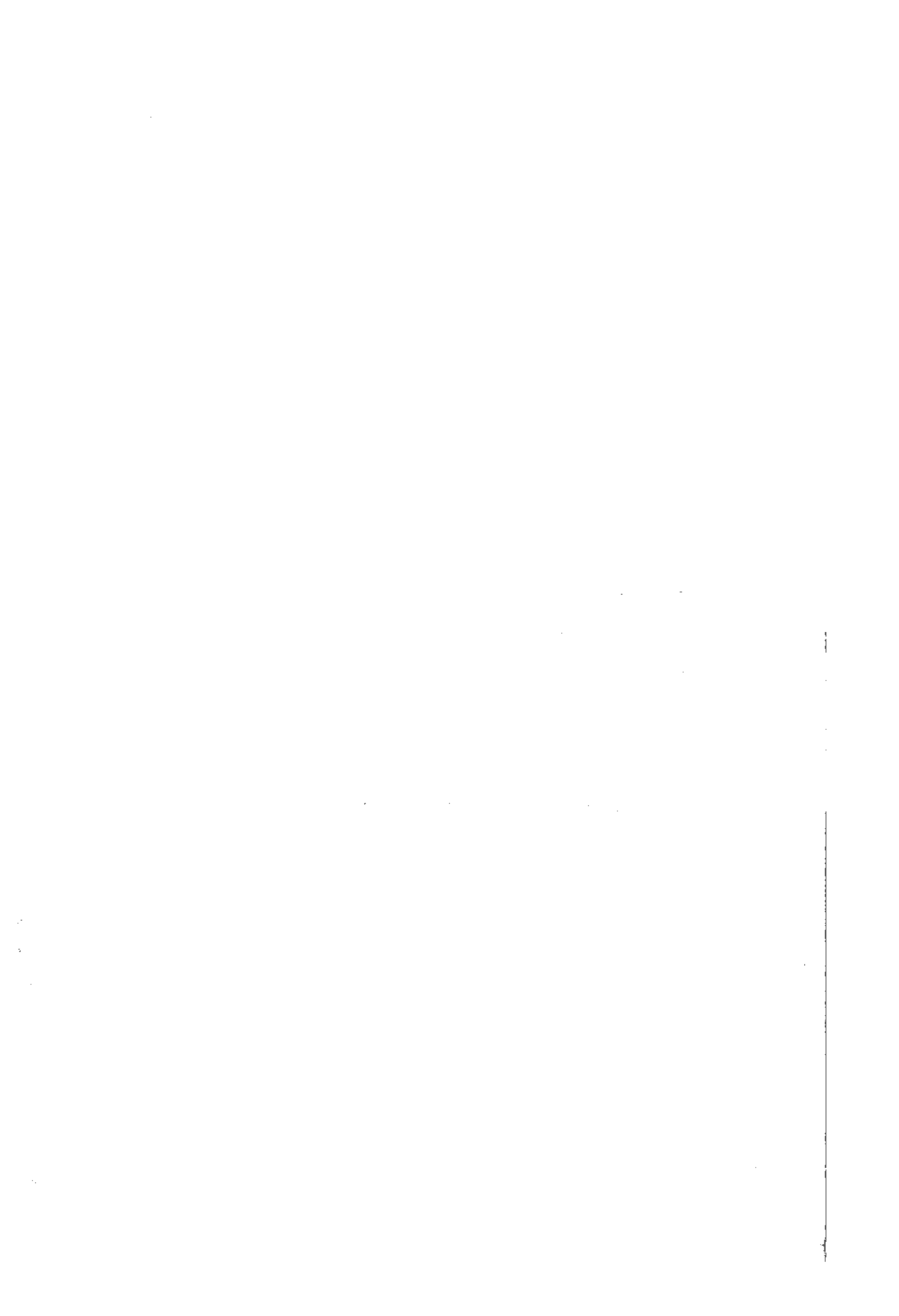
Vicarious learning	تعلم بالمشاهدة
Vicarious trmatization	تأزم بالمشاركة
Vigilance	تيقظ

W

Ways of Coping	طرق التغلب
Weight cycling	دورة الوزن
Weight watcher	مراقبي الوزن
Worry behavior prevention	وقاية من سلوك الانزعاج
Worry behavior prevention exercises	تمارين الوقاية من سلوك الانزعاج
Worry exposure	تعرض للانزعاج
Worry process	عملية الانزعاج
Worry spheres	مجالات (سياقات) الانزعاج

Y

Young Loneliness Inventory	بطارية يونج للوحدة
----------------------------	--------------------



هذا الكتاب

يعد كتاب " مرجع اكلينيكي فى الاضطرابات النفسية " لمحرره ديفيد بارلو أحد الكتب القليلة التي اختطت منحى متميزا يهدف توفير الخبرات الإكلينيكية، التي اكتسبها أصحابها من خلال الممارسة الواقعية فى علاج مجموعة من أهم الاضطرابات النفسية وأكثرها انتشارا .

ويختلف الكتاب عن غيره من الكتب المماثلة ، بعدم اقتصره على تقديم عرض نظرى لأحدث أساليب العلاج والنتائج والاختبارات المقننة لتقديمها ، بل يتقدم بعرض الخطوات التفصيلية للأساليب العلاجية كما تتم فى الواقع ، والمشكلات المختلفة التي تنشأ خلالها ، والسبل الملائمة للتغلب عليها بصورة تضيف لقارئ الكتاب المعالج أو المتدرب فى علم النفس الإكلينيكي حصيلة وافرة من نماذج الخبرة والممارسة لاغنى عنها ، ويجيب الكتاب - فى كل فصوله - عن سؤال دائما ما يردده الممارس المبتدئ عندما يبدأ فى تطبيق الحقائق العلمية ، ألا وهو : ولكن كيف ؟

ويشمل الكتاب عرضا للأساليب التفصيلية ومخططات جلسات العلاج للاثني عشر اضطرابا الأكثر انتشارا وهى : اضطرابات الهلع ، ومخاوف الأماكن المفتوحة ، واضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة ، والمخاوف الاجتماعية والقلق الاجتماعى ، واضطرابات القلق العام ، واضطرابات الوسواس القهرى ، والاكنتاب ، واضطرابات الأكل ، والسمنة ، وإدمان الكحول ، واضطراب الشخصية البينية ، والاختلالات الجنسية فى اضطرابات الانتصاب لدى الذكور ، ثم أخيرا الكدر الزوجى .

وقد تصدى لتقديم هذه الفصول مجموعة من أكثر الأخصائيين الإكلينكيين مهارة وخبرة ، كل فى مجاله . وبالمثل تحمل مجموعة من المتخصصين الأكاديميين من أصحاب الخبرة ترجمة فصول الكتاب إلى العربية ؛ بهدف نقل هذه النماذج المهمة إلى المشتغلين فى الميدان الإكلينيكي ؛ تعميمًا للفائدة .

ويعد هذا الكتاب - إلى جانب كتاب مرجع فى علم النفس الإكلينيكي للراشدين لمحرريه ليند ساي وباول ، والذي صدر عن مكتبة الأنجلو المصرية أيضًا - مصدرين لا غنى عنهما لكل من يعملون فى المجال ، طال انتظارهما وأصبحت الحاجة إليهما جوهرية وملحة .