



1 الفصل

المقدمة

Introduction

هذا الإصدار الثاني من كتاب "فنيات العلاج المعرفي" يزود الإكلينيكي بنطاق واسع من التدخلات المعرفية والسلوكية، التي يمكن استخدامها لمخاطبة الاكتئاب، والقلق، ومشكلات الغضب، ومشكلات العلاقات، والكثير من الأشكال الأخرى من المرض النفسي. وبالرغم من أن التوجه هنا معرفي بشكل أساسي، بمعنى أننا نركز على محتوى، ووظيفة، وشكل التفكير، إلا أنني قمت بتضمين فنيات تعكس إسهامات من مجالات ما وراء المعرفة، والتقبل، والعلاج السلوكي الديالكتيكي، وتنشيط السلوك، والعلاج المتمركز حول التعاطف.

النموذج المعرفي في حالة توسع مستمر منذ صياغته المبكرة على يد بيك وإليس (Beck and Ellis). في النموذج المعرفي المبكر كان التركيز ينصب على المحتوى المحدد لعملية التفكير، مثل الفئات النموذجية لتشويه الأفكار التلقائية، والمسلمات الأساسية، والمخطوطات المحورية أو المعتقدات. ويؤكد النموذج المعرفي على الحاجة إلى تحديد دور المخطوطات في التأثير على الانتباه والذاكرة، وفيه إدانة المعتقدات المسببة للمشكلة. مع ذلك، يقوم النموذج المعرفي بتحديد دور تحيز التوكيد confirmation bias، والمعالجة القائمة على المخطوطات schematic processing في إدانة المعتقدات السلبية لدى الشخص المكتئب، حتى في وجود المعلومات الإيجابية التي يفترض أنها تناقض هذه المعتقدات.

هذا الإطار المعرفي ما يزال موجوداً في الصياغة الحالية مع التوسعة فيه؛ ليتضمن الاعتراف باضطرابات الشخصية التي تميز استدامة المخطوطات حول الذات والآخرين، وأساليب التعويض، أو التجنب، أو صيانة المخطوطات. بالإضافة إلى ذلك، يقوم مفهوم الحالات المزاجية modes بتقديم أنماط الاستجابة المنظمة والمنسقة التي تميز عملية المعرفة، وسلوك الدافعية، والأداء الاجتماعي (البين شخصي interpersonal)، والاستجابات الانفعالية التي تحيط بالعمليات المستدامة والتي تحافظ على الذات self - maintaining مثل الغضب، أو الهوس، أو الاكتئاب (Beck&Haigh,2014). والحالة المزاجية هي بنية عليا، وتمثل عملية تنسيق هذه المكونات المختلفة وتخدم في الإبقاء على الحالة المزاجية وتوسيعها إلى مجالات جديدة من الحياة.



ومع الاعتراف بالإسهام الكبير للنموذج المعرفي، فهناك نماذج أخرى ساهمت في نطاق واسع من الصياغات النظرية، والاستراتيجيات، والفنيات المتاحة للمعالج. وبشكل خاص يعترف هذا الإصدار الجديد بالإسهامات المهمة للنموذج ما وراء المعرفي الذي قدمه ويلز (Wells, 2007,2008,2011)، ونموذج التنشيط السلوكي الذي قدمه مارتل ورفاقه (Martell et al., 2010)، ونظريات التقبل والالتزام التي قدمها هاييس ورفاقه (Hayes et al., 2003)، ونظرية السلوك الديالكتيكي التي قدمها لينيهان (Linehan,2015)، والعلاج المتمركز حول التعاطف (Gilbert,2009)؛ وغيرها من المداخل. بالإضافة إلى ذلك، قمت أيضًا بتضمين أفكار من العلم المعرفي لاتخاذ القرار (Kahneman,2011)، وبقطة الذهن (Teasdale et al.,2012)، والعمل حول المخطوطات الانفعالية (Leahy,2015).

وكما سيبدو واضحًا في الفصول القليلة الأولى، يفترض النموذج المعرفي أن الاكتئاب، والقلق، والغضب والمشكلات الأخرى يتم إدامتها، أو تنشيطها، أو مفاقتها عن طريق تشوهات (تحيزات) في التفكير. وبالأخص، في قلب هذه التشوهات توجد المخطوطات schemas، التي هي عبارة عن أنماط مستمرة من تنظيم المعلومات حول مفهوم ما موجود مسبقًا. ومفهوم المخطط قديم في علم النفس، يعود إلى أيام بارليت وبياجيه (Bartlett and Piaget، في سبعينات القرن العشرين، حيث كان مجالًا للعلم المعرفي والمعرفة الاجتماعية يضعان قدرًا كبيرًا من التركيز على دور المخطوطات في تحديد الانتباه الانتقائي، والذاكرة، وتفسير المعلومات. مع ذلك، يكون النموذج المعرفي مشتقًا جزئيًا من ثورة معالجة المعلومات في علم النفس لهذا العصر. ورغم أن كلاً من نموذج بيك ونموذج يانج (Beck model and the Young Model) للمخطوطات يضعان تأكيدًا على النمو المبكر لهذه المخطوطات في مرحلة الطفولة، تشير الدراسات المتعلقة بالمعالجة القائمة على المخطوطات schematic processing، إلى أن هذه المخطوطات يمكن أن تتكون في أي لحظة، وأن عملية تكوين هذه المخطوطات تكون خارج نطاق الوعي المتوسط (Bargh&Morsella,2008; Andersen Saribay & Przybyliski, 2012; Fiske & Macrae, 2012). ورغم أن هذه المخطوطات تعمل بشكل تلقائي، يفترض النموذج المعرفي أنه يمكن إخراجها إلى نطاق الإدراك الواعي عبر مجموعة مختلفة من الأساليب. بناء على ذلك، يكون الهدف جزئيًا هو جعل الضمني صريحًا make the implicit explicit.

والنموذج المعرفي العلاجي يركز على التثقيف النفسي psychoeducation للمريض، فيما يتعلق بمسلماته الأساسية، والمدخل الذي سيتم استخدامه في العلاج. وبناء على ذلك، ربما يشير المعالج للمريض في الجلسة الأولى من العلاج، إلى أنهما سيقومان بالتركيز على ما يفكر فيه المريض بشكل واعي ويفعله في الوقت الحالي، وكيف يمكنه أن ينظر إلى الأمور بشكل مختلف ويتصرف بشكل مختلف، وكيف أن الواجب المنزلي بمساعدة الذات self - help homework بين الجلسات سيسمح بعمل تعميم للمكاسب التي يتم تحقيقها في الجلسة. بالإضافة إلى ذلك، يكون العلاج بالقراءة bibliotherapy مكونًا شائعًا في



1 المقدمة Introduction

العلاج المعرفي، حيث يقدم المعالجون معلومات حول المشكلات المختلفة، أو توصيات بالكتب التي يمكن قراءتها للمساعدة في إرشاد المريض عبر هذه العملية.

والمدخل المعرفي يركز على أهمية اختبار عملية بناء الواقع لدى المريض، مقابل الحقائق التي تتاح بتقدم العلاج. مع ذلك يحاول العلاج، من خلال طرح الأسئلة والتجارب السلوكية، الكشف عن ما يعتقد المريض أنه حقيقي، وأماط عادات التفكير التي تقوم من وراء مشكلاته. على سبيل المثال، الشخص المكتئب عادة يكشف عن نظرة سلبية إلى الذات، والحياة عموماً، والمستقبل ونتيجة لذلك ربما يكون رافضاً لتجريب سلوك جديد، وربما يفشل ويؤدي إلى المزيد من انهيار الروح المعنوية والندم. ويحاول العلاج التشجيع على قدر أكبر من الوعي بالأفكار التي ربما تشكل هذه السلبية وتمدها بالطاقة، وطرح عدد من الحقائق التي تدفع إلى الشك في سلامة هذه الطريقة في التفكير. ويشجع المعالج على التشكيك في أي أفكار تسبب عجزاً للمريض، ويشير إلى أن الأفكار تكون لها عواقب وتحتاج لأن يتم تقييمها بخصوص إذا ما كانت ذات نفع، وما إذا كانت تخضع للحقائق. وباختصار، يؤكد هذا المدخل على المعالجة الإمبريقية/ التجريبية للواقع: " ما هي عواقب التفكير في هذا؟"، أو " ماذا قد تكون نتيجة أحد الآراء البديلة؟"، أو " دعنا نختبر تفكيرك مقابل الواقع".

بالإضافة إلى ذلك، يقوم المعالجون المعرفيون بفحص المعنى - أو غياب المعنى - في المفاهيم البارزة التي يستخدمها الأفراد المكتئبون أو القلقون في توبيخ أنفسهم. وهذه قد تتضمن المفاهيم التي ليس لها مرجعية إمبريقية تجريبية، مثلاً كون الشخص "معدوم القيمة" أو "فاشل". وأنا وجدت فائدة عظيمة في تشجيع المرضى على تجنب التسميات العامة ذات الصفات الجامدة (مثلاً أنا "فاشل")، والتفكير في أوصاف سلوكية أكثر تحديداً (مثلاً " أنا لا أحقق هدفي في هذه اللحظة"). ومن خلال تحديد وتقييد الأوصاف لتقتصر على السلوكات، والمواقف، والتوقيت يستطيع المعالج والمريض الوصول إلى تفاهم بأن الأداء يتباين اعتماداً على السياق، والمعتقدات المعتنقة، والدافعية لإتمام العمل، والسلوك الذي يتم تنفيذه. هذا المنظور متعدد الدرجات يسمح للمريض بالخروج من التفكير الجامد إلى التفكير المرن، وتبني مدخل تجريبي لاختبار الأفكار السلبية على سبيل المثال، ربما أقول " دعنا نجرب طريقة مختلفة لمقاربة هذا ونرى ماذا يحدث". السلوكات يمكن تغييرها، ولكن السمات تعطينا وهماً أنها شيء دائم، وبالتالي الاعتقاد بالعجز عن تغييرها بأي شكل.

وفي النموذج المعرفي، يكون الواقع reality "منظومة مفتوحة". مع ذلك يكون النموذج المعرفي بنائياً constructivist لدرجة أن " العارف knower" - هنا المعالج والمريض - لن يعرف أبداً كل الحقائق. وليس هناك اختبار مرهق للمعلومات. القرارات في العالم الواقعي يتم اتخاذها بمعلومات غير كاملة، وفي اللحظة الراهنة ودائماً تحت حالات من عدم اليقين. نظرة المنظومة المفتوحة هذه هي إدراك مهم في عملية اتخاذ القرار، والتي أقوم بمناقشتها ببعض التفصيل في الفصل السادس. و"المعرفة knowing" في



العالم الإمبريقي هي تقرير للاحتتمالات أكثر منه تقرير للحقائق المؤكدة. والتنبؤات تقوم على معلومات غير كاملة، وذلك دومًا. والإدراك أن التفكير الاستنتاجي دائمًا يكون غير كامل، وغير نهائي، وذا سمة احتمالية هو مكوّن أساسي في منظور المعالج المعرفي. مع ذلك عندما يطلب المريض الأمان والتطمين- "نعم، ولكن يمكن ان أكون أنا الشخص الذي تتحطم طائرته!!" - يجب أن يدرك المعالج المعرفي أنّ الاحتمالات موجودة بالفعل ولا يمكن إزالتها نهائيًا. السؤال الحقيقي بالنسبة للمريض الذي يطلب التطمين هو "لماذا من الصعب قبول عدم التطمين؟" هذا النوع من التساؤل يؤدي إلى مدخل جديد إلى "احتياجات المعرفة" لدى المريض: أي الحاجة إلى التنبؤ بالتطمين. وعادة يؤدي فحص هذه الحاجة إلى الكشف أن المريض يرى التطمين كجزء من رغبة في الوصول إلى التحكم المطلق، والذي بدوره سوف تحدث الكوارث. وسوف نرى أن تدريب عدم التطمين هو مضاد مهم للقلق والاجترار، والذي فيه يحاول "المفكر" استنفاد كل احتمالات النتائج والحلول في محاولة للوصول إلى التطمين. إن المرضى يحتاجون إلى إدراك أننا جميعًا نتخذ قرارات في عالم مليء بعدم اليقين، وليس هناك يقين في عالم مثل هذا. إن الحياة تحدث في اللحظة الراهنة تحت ظروف من المعلومات المحدودة والتحكم المحدود.

والعلاج المعرفي لا يمنح قوة التفكير الإيجابي؛ إنّ المعالج ليس داعيًا إلى التفاؤل دون داعٍ، والمعالج يطلب من المريض النظر إلى الأدلة التي تكون مع وضد معتقداته، والتفكير في المضامين النفعية للطرائق المختلفة لرؤية الأمور. ومن المهم إدراك أن أي عملية فحص مفردة للتفكير لا تكون حكمًا نهائيًا. إن المعلومات الجديدة تصبح متاحة وتأتي دائمًا. والواقع هو نظام سلس. هذا المنظور يسمح للمريض بإدراك أن المعتقدات يمكن تعديلها، والسلوك يمكن تغييره، والقرارات الجديدة يمكن اتخاذها، والاستراتيجيات الجديدة يمكن التفكير فيها. مع ذلك، البحث عن الحلول يكون عملية عضوية، تتطور باستمرار من خلال منظومة ديناميكيًا من التغذية الراجعة المتبادلة - أي التغذية الراجعة بين الأفكار، والسلوك، والنواتج. وفي الواقع، إذا أردنا أن نتخيل مضادًا حيويًا معرفيًا للشعور بالعجز وفقدان الأمل، فإنه هو هذه المنظومة العضوية، المفتوحة، الديناميكية لرؤية الأفكار، والسلوك، والاستراتيجيات الجديدة. هناك دائمًا احتمال آخر، ودائمًا طريقة أخرى للنظر إلى الأمور، ودائمًا شيء جديد لتجريبه.

والعلاج المعرفي يتضمن بالضرورة أساليب سلوكية مثل جداول النشاط، والتعرض بالممارسة، ومنح المكافآت للذات، وبناء قوائم المكافأة، والتدريب على التوكيدية، وغيرها من الفنيات القيمة. هذه الفنيات السلوكية يتم بعد ذلك تقييمها عن طريق الحصول على التنبؤات الأولية (" ما الذي تنبأ أنه سوف يحدث إذا قمت بتمرين التعرض هذا؟ ما المدة التي سيظل القلق موجودًا خلالها؟ لأي وقتٍ سيكون شديدًا؟ ما الذي لن تكون قادرًا على فعله إذا كنت تمر بالقلق؟")، وجمع الأدلة (" ما الذي حدث بالضبط؟")، ومقارنة هذه المعلومات بالتنبؤات الأولية. وأحد المكونات المهمة في الفنيات السلوكية هو تعديل المعتقدات، ومن ثم التوقعات المستقبلية والرغبة في ممارسة الاستراتيجيات السلوكية. إن السلوك



1 المقدمة Introduction

يؤثر على المعرفة، والمعرفة تؤثر على الاستعداد لممارسة السلوك، وكذلك ما الذي يتم تعلمه من التجارب السلوكية. ونحن نحب أن نرى هذه كتجارب سلوكية؛ لأنها لا تقوم فقط بتحسين الذخيرة الموجودة لدى المريض، ولكنها أيضًا تعدل المعتقدات التي كانت تسبب استدامة المشكلة لهذه المدة الطويلة. والمعالج يمكن أن يدعو المريض إلى اختبار الاعتقاد بأن تداعيات عدم الحصول على الاستحسان ستكون كارثية. هذا الاختبار سوف يتضمن تجارب سلوكية مثل تمارين التوكيدية، والتي من خلالها يتعلم المريض أن نيل الاستحسان (أو منح الاستحسان)، عادة لا ينتج عنه تغير في الحياة الفعلية. وعن طريق تغيير المعتقدات المصاحبة لحالة التعطل والخمول، يستطيع المعالج مساعدة المريض في تكوين منظور جديد حول اتخاذ الفعل. هذه الاختبارات السلوكية تكون مهمة أيضًا في معالجة اضطراب الهلع؛ يشجع المعالج المريض على القيام بشكل مقصود باستثارة أحاسيس الخوف لرؤية ما الذي سوف يحدث، وعلى التعرض للأفكار التي يخاف منها من خلال استخدام إعادة التفكير. والنقطة الأساسية هنا هي تفصيل ما الذي تم تعلمه؛ فالسلوك هنا تتبعه عملية تأمل.

ورغم أن النموذج المعرفي التقليدي يؤكد على محتوى الفكرة (مثلًا "أنا فاشل")، فإن النماذج الأحدث في العلاج المعرفي السلوكي CBT تفترض أن استجابة المريض للفكرة ربما تكون أكثر أهمية. وفي هذا الكتاب قمت بتضمين فنيات من مداخل يقظة الذهن، والعلاج ما وراء المعرفي، ونماذج التقبل، والنموذج المعرفي التكاملي، والتي تعترف بأن المرضى عادة يستجيبون للأفكار المقترحة بالاجترار والقلق. والمرضى عادة يتم "اختطافهم" عن طريق الفكرة ويرون حدوث هذه الفكرة كخبرة نفسية غير مقبولة. والمداخل المختلفة الموصوفة سابقًا تساعد المعالج في مخاطبته ما يلي: تفسير الفكرة على أنها شيء خطر، ذو دلالة شخصية، وخارجة عن نطاق التحكم؛ القدرة على "فك مركزية decenter" الفكرة أو التعامل معها من بعيد؛ ووضع الفكرة في سياق الخبرات النفسية المؤقتة الأخرى. وهناك مدى واسع من الفنيات يتم مناقشتها، والتي يستطيع المعالج استخدامها لمخاطبة هذه الأمور.

يتضمن العلاج عادة انزعاجًا، في الحقيقة يمكن ذلك أن يكون مكونًا مهمًا في استخدام العلاج بالتقبل والالتزام، ويقظة الذهن، والعلاج السلوكي، العلاج السلوكي الديالكتيكي، والعلاج بالمخطوطات الانفعالية. وربما يتم إثارة موضوعات مزعجة، وتنشيط ذكريات تجلب الحزن والقلق، والمطالبة بسلوك جديد والذي يؤدي إلى تصاعد هذا الانزعاج. والانزعاج ربما يكون أمرًا غير سار، ولكنه قد يكون أيضًا حتميًا، وعندما يتم المرور بها أثناء السعي وراء فعل ذي قيمة، قد يكون الانزعاج خبرة مفيدة. والمريض يمكن أن يتعلم أنه يستطيع التسامح مع الشعور بالانزعاج إذا كانت المهمة تستحق ذلك. في الكتاب الحالي نقوم باستعراض نطاق واسع من المداخل ذات الصلة بتنظيم الانفعال والتسامح مع المشاعر الصعبة. على سبيل المثال، علاجي بالمخطوطات الانفعالية يمكن أن يساعد المرضى في تنظيم وتعديل معتقداتهم، بأن انفعالاتهم سوف تدوم لفترة غير محدودة من الزمن وسوف تتصاعد وبلاد أن يتم كتبها والتحكم



فيها. ونتيجة المعتقدات المسببة للمشكلات حول الانفعال، سوف تؤدي إلى المزيد من التجنب والسلبية. والسؤال بالنسبة لهم هو: "هل هذه المعتقدات حول انفعالاتك صادقة؟" بناءً على ذلك، يستطيع المعالج استخدام نطاق واسع من الفنيات من مجموعة مختلفة من المداخل لمخاطبة هذه المعتقدات المسببة للمشكلات حول الانفعال، ليس فقط لتيسير تغيير السلوك، ولكن أيضًا لتعميق العلاج وتحسين معنى العلاج. وإذا أردنا تجنب أن يكون العلاج سطحيًا، فإنه أحيانًا سيكون مزعجًا، وحتى مؤلمًا.

واستخدام الفنيات يجب أيضًا أن يتضمن صياغة مفاهيم/ نظرية للحالة. وحاليًا ليس هناك صياغة مفاهيمية واحدة، والمعالجون من التوجهات المختلفة ستكون لديهم طرائق مختلفة للتعامل معها. والمعالج المعرفي سيقوم عادةً بالتركيز على مستويات المعرفة - الأفكار التلقائية، المسلمات الأساسية، والمخطوطات حول الذات والآخرين - ويربط هذه المخطوطات واستراتيجيات التوافق، بخبرات مرحلة الطفولة وأحداث الحياة المهمة (الحالية والماضية) ونواتج استراتيجيات التوافق هذه. ووجدت أن هذه الصياغة المفاهيمية تتطور عبر مراحل العلاج، حيث يتعلم المعالج المزيد من استراتيجيات المريض ما وراء المعرفية المسببة للمشكلات (مثل القلق والاجترار)، وميوله نحو التجنب السلوكي، والجمود، والأممات المضطربة وظيفيًا من اتخاذ القرار، والاختيار السيء لشريك الحياة أو الأصدقاء وغيرها من المكونات المهمة، التي ربما تسبب استدامة نمط طويل العمر من المشكلات. ولا يستطيع المعالج تعميق معنى ودلالة ما يتم كشفه في العلاج عن طريق التساؤل من حين لآخر "كيف ينسجم هذا مع الأشياء الأخرى التي نعرفها؟" بناءً على ذلك، ربما تساعد الفنيات المريض في التغلب على العوائق وتغيير التفكير، ولكن صياغة الحالة المتطورة يمكن أن توسع الصورة وتساعد المريض في التعرف على النقاط الحساسة في المستقبل، ليس فقط في الأمور التي تبدأ المشكلات، ولكن أيضًا الأفكار، والسلوكيات، والاختيارات تزيد الأمور سوءًا. وفي الحقيقة، هدف العلاج لا يجب أن يكون مجرد "الشعور بحال أفضل"؛ بل يجب أن يساعد المريض في تطوير مجموعة واسعة من الفنيات الفعالة، التي يمكن أن تمكنه من التوافق مع المشكلات المستقبلية. بناءً على ذلك، يمكن للفنيات التي تصاحبها الصياغة المفاهيمية أن تمنح المريض التمكين.

والمعالج المعرفي يدرك أن التحليل العقلائي لأوصاف عمليات التفكير قد لا يكون كافيًا لإحداث التغيير. إن فنيات استثارة الانفعال، وتكوين الدافعية، والفنيات الخبراتية التي تنشط خبرات ومشاعر ظواهرية جديدة، قد تكون أساسية هي الأخرى. وقد يحتاج المريض إلى مواجهة الواقع بأفكار وسلوكيات جديدة من أجل أن يشعر - عند المستوى الانفعالي - بالأهمية الوجودية للاستجابة "العقلانية"، أو لتكوين طريقة جديدة، تمامًا للتفكير. والمعالجون المعرفيون يساعدون العملاء على تجريب الأفكار عن طريق ممارسة الخبرات السلوكية التي تترجم الاستبصار إلى ممارسة.



1 المقدمة Introduction

وبعض نقاد العلاج المعرفي يقولون إنه عقلائيٌّ ومبسَّطٌ أكثر من اللازم، وأنه ممارسة للكلمات أكثر منه ممارسة للانفعال. ولقد قمت بتضمين فصل حول الفنيات الخبرائية للعلاج المتمركز حول الانفعال، وكذلك لنماذج أخرى، يتضمن بعض أعماله حول المعالجة الانفعالية. ومن الضروري للغاية موازنة فنيات العلاج المعرفي بفنيات التعاطف، والتثبيت، والمقابلة الدافعية، وهي أساليب علاجية تساعد المريض في رؤية التفاعلات المعرفية كشيء ذي صلة بالانفعال. ومع ذلك، إن إعادة التساؤل ذلك الذي ينص على كيف يستطيع هؤلاء النقاد تفسير التغيرات الظاهرة في الانفعالات التي ييسرها العلاج المعرفي لدى الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب والقلق؟ بعد كل شيء، إذا كان العلاج المعرفي يساعد الناس على أن يصبحوا أقل اكتئابًا وقلقًا، فإنه بالفعل يخاطب الانفعال بأكثر الطرائق أهمية عن طريق تغيير المشاعر السلبية.

والمعالجون الذين يمارسون العلاج المعرفي عادة يبدو أنهم يملكون "فنيات مفضلة" خاصة بهم؛ بعضهم يعتمد بقوة على جداول النشاط، وفحص الأدلة، والتسجيلات اليومية للأفكار المعطلة وظيفيًا، بينما قد يعتمد آخرون بصورة أكثر على فنيات لعب الدور، والمعيار المزدوج، واختبار التنبؤات. المشكلة مع هذه الذخيرة المقيمة هي أن هناك فنيات مختلفة تنجح مع العملاء المختلفين والمشكلات المختلفة. بعض المرضى يستجيبون جيدًا لإعادة البناء المعرفي، وآخرون للتنشيط السلوكي، وآخرون للفنيات ما وراء المعرفية، وآخرون للتقبل. ولا يجب أن يشعر الإكلينيكي أنه مقيد على مدرسة علاج معينة. بعد كل شيء، يأتي المرضى إلينا للحصول على أفضل الأدوات التي نمتلكها، وكما هو الحال في العلاج الدوائي، ليس هناك مدخل ينجح مع الجميع. من المهم تهيئة العلاج حسب المريض، وليس تهيئة المريض حسب العلاج.

ومنذ عدة سنوات أتذكر أن أحد المتدربين سألني، "ولكن كيف يمكنك أن تعرف أي سؤال يجب أن تطرحه؟" وافترضت أنه كان يشير إلى "أي فنية" يجب استخدامها. في البداية اعتقدت أنه لم يكن سؤالاً جيدًا - ربما لأنني لم أكن أملك إجابة جاهزة - ولكنني أدركت أنه كان سؤالاً ممتازاً (وندمت أنني لم أطرحه على نفسي). وبعد سنوات، ما أزال لا أملك الإجابة، ولكنني أملك بالفعل الكثير من الفنيات. والقراء المهتمون يستطيعون أن يجدوا عددًا ضخمًا من الفنيات التي لم يستخدموها مطلقًا (أو حتى سمعوا بها). ولكن الأكثر احتمالاً أن القراء سوف يجدون فيها الخلاصة الوافية للفنيات "شراب منعش" قيم - بمعنى أنه شيء سوف ينشط ذاكرتهم ويساعدهم في إدراك أن - مثلًا - الفنيات الخمس التي يستخدمونها على مريضهم الحالي، يمكن تعزيزها ب 50 فنية أخرى والتي لم يكونوا يستخدمونها في الشهور (أو السنوات) الأخيرة. وفي استخدام هذا الكتاب، أتخيل أن الإكلينيكيين سوف يعودون إليه بشكل منتظم، وبخاصة في جلسات التخطيط، وأيضًا في مخاطبة العقبات التي سوف يواجهونها بشكل حتمي، وامتلاك الفرد المرنة لكي يسأل نفسه "ماذا يمكنني أن أجرب أيضًا؟" يمكن أن يؤدي إلى تغييرات مهمة.



والكتاب الحالي يصف مجموعة كبيرة من الفنيات التي يمكن استخدامها تقريبًا مع أي اضطراب نفسي. بمعنى آخر، هذا الكتاب عابر للتشخيصات transdiagnostic. على سبيل المثال، رغم أن الفصام والقلق المعمم يختلفان بشكل كبير، فإن كليهما يتضمن أفكارًا مقتحمة واستراتيجيات وتفسيرات مسببة للمشكلات والتي يمكن تعديلها.

ورغم أن هذا الكتاب لا يتطرق إلى العلاج السلوكي خطوة بخطوة، فمن الضروري أن يقوم المعالج بمساعدة المريض في فهم طبيعة العلاج. وبالطبع، الحصول على هذا الفهم هو عملية مستمرة، مع قيام المعالج بتقديم الفكرة، التي تقول إن أفكار ومشاعر الفرد حول شيء ما والواقع الحقيقي لهذا الشيء، ربما يكونان مختلفين بشدة، وأن أحد أهداف العلاج هو فحص كيف أن عادات التفكير ربما تؤثر سلبيًا على حياة المريض. والكثيرون من المرضى يأتون إلى العلاج بمسلمات ربما لا تكون مفيدة - على سبيل المثال، أن العلاج يتضمن مجرد التنفيس، أو أن مراجعة الماضي هي القضية الأساسية، أو أن كل المشكلات النفسية يمكن اختزالها إلى أسباب بيولوجية ومعالجتها بالدواء. ورغم أن هذه الأفكار تملك بعض الصدق، فإن المدخل المعرفي السلوكي موجه نحو الفعل، ويتمركز حول المشكلات الحالية، ويتضمن مساعدة الذات، ويشرك المريض في علاقة تعاونية مع المعالج.

على سبيل المثال، في الجلسة الأولى مع مريضة لها تاريخ من المحاولات الانتحارية، ووضعت حديثًا خطة كادت أن تنجح في تنفيذها، سألتها ما الذي كانت تأمل أن تكسبه من العلاج. قالت، "أريد أن أفهم لماذا أنا سلبية بهذا الشكل".

ورددت عليها، "الفهم يمكن أن يكون أمرًا مهمًا وأحيانًا مفيدًا، ولكن هذا العلاج يدور حول التغيير"، لذلك أنا مهتم بالذي تريدين تغييره. تفكيرك، سلوكك، سلبيتك، طريقة تكوينك للعلاقات ميلوك إلى الاجترار، وشعورك باليأس - تلك هي الأشياء التي قد نحاول تغييرها. الفهم ربما يعطينا نظرية والتي يمكن أن تكون مهمة، ولكنني أعتقد أننا نستطيع أن نحصل على فائدة أكبر بكثير إذا ركزنا على التغيير".

وعادت في الجلسة الآتية تقول، "أنا كنت في العلاج لعدة سنوات، وهذه هي المرة الأولى التي أفكر فيها بهذه الطريقة - 'ما الذي أريد تغييره؟'"

والتركيز على تحديد طرائق التفكير والتوافق المسببة للمشكلات، وبعد ذلك اقتراح أنه قد تكون هناك بدائل وهي السمة الرئيسة لكل مداخل العلاج المعرفي السلوكي. الأمر يتعلق بالتغيير، لذلك إذا كنا نريد أن نفكر في "الفنية الأولى" في العلاج، فإنها تتضمن "ما الذي تريد تغييره؟" وعادة أقدم هذه الفكرة عن طريق ما أصبحت أسميها "فنية الصولجان السحري": "لو أنني أملك سوى صولجان سحري - هو ما لا أملكه - ويمكن أن ألوح به ما الذي يجب أن يتغير، بحيث يمكنك الشعور بحال أفضل؟" والتركيز على التغيير - إشراك المريض في البحث عن البدائل - هو مضاد حيوي رئيس للشعور بالعجز والشعور باليأس.



1 المقدمة Introduction

الفصول الأربعة الأولى - " استخراج الأفكار "، "تقويم اختبار الأفكار "، "تقييم المسلمات والقواعد"، "فحص معالجة المعلومات والاختفاء المنطقية" - توفر عرضاً للفنيات الأساسية المستخدمة في العلاج المعرفي. هذه الفصول يجب قراءتها بالترتيب. الفصل الثاني يستعرض عدداً من الفنيات التي يمكن أن تساعد المريض في فهم الفرق بين الأفكار، والمشاعر، والواقع وكيف يتم التعرف على الأفكار التلقائية التي ربما تضر حالتهم المزاجية وسلوكهم. على سبيل المثال، الفكرة يمكن أن تكون وصفاً للواقع، وهذا الوصف يمكن أن يكون إما متسقاً أو متعارضاً مع حقائق الواقع. هذه الأفكار أو التفسيرات للواقع، تؤدي إلى مشاعر معينة، وهدف العلاج هو تقويم مدى التطابق بين الأفكار والواقع الذي تشير إليه. الفصل الثالث يقدم مجموعة من الفنيات لتقويم واختبار هذه الأفكار مقابل الحقائق، وتكوين طرائق أكثر كيفية ومرونة لرؤية الخبرة. الفصل الرابع يخاطب القواعد الشرطية (جمل "يجب أن"، وجمل "إذا كان، فإن"، و"القواعد حول ما لا بد أن تفعله") والتي عادة تؤدي إلى استنتاجات خاطئة، وتوافق مسبب للمشكلات، وإدانة المخطوطات السلبية. الفصل الخامس يستعرض معالجة المعلومات الطبيعية والأخطاء المنطقية التي تؤدي إلى تحيز التوكيد وإدانة المعتقدات السلبية الأكثر عمومية. إدراك هذه الأخطاء وتصحيحها هو مكون أساسي في العلاج المعرفي الناجح. الفصل السادس - "تعديل اتخاذ القرار" يستعرض عدداً من القضايا التي تكمن وراء النهج الإشكالي في اتخاذ القرارات ويزود المعالج بالصياغات المفاهيمية، والاستراتيجيات، والفنيات لتحسين عملية اتخاذ القرار. وكثير من الناس يصابون بالاكنتاب والقلق؛ بسبب القرارات الخاطئة التي قاموا بها أو ميلهم إلى الاجترار والتأجيل بدلاً من تقبل المخاطرة المعقولة. بعد كل شيء، التغيير يتعلق بالقرارات. في الفصل السابع أقوم باستعراض فنيات من مجموعة من النماذج النظرية المختلفة، التي تخاطب كيف يقوم الفرد بالعيش، والتقويم، والاستجابة للأفكار المقتحمة غير المرغوبة. وبالاعتماد على المداخل ما وراء المعرفية، ومداخل التقبل، ويقظة الذهن يستطيع المعالج اكتساب مجموعة من الاستراتيجيات المفيدة من أجل مخاطبة هذه العقبات متكررة الحدوث. في الفصل الثامن أقوم باستعراض مجموعة واسعة من الفنيات المتعلقة بمخاطبة القلق (أو الاجترار)، والتي يمكن أن تزود الإكلينيكي بمدخل مفصل للتعامل مع هذه المشكلة. ومرة أخرى، نجد أن هذه الفنيات مشتقة من النماذج المعرفية ونماذج التجنب الانفعالي، وتدريب الشك، والنظرية ما وراء المعرفية، والتقبل، وغيرها من المداخل. وملاحظاتي في معالجة القلق عبر سنوات عديدة هي أن امتلاك مجموعة واسعة من الفنيات يمكن أن يكون مفيداً، حيث أن بعض المرضى يستفيدون من بعض المداخل دون مداخل أخرى. والقارئ سوف يحتاج إلى التجريب مع هذه الفنيات لتحديد أيها مناسب وأيها غير مناسب لمريض بعينه. في الفصل التاسع أقوم بمخاطبة إحدى المشكلات المتكررة في القلق والاكنتاب والغضب: وضع الأمور في نصابها. في الواقع يحتاج الفرد إلى تذكير نفسه أن الكلمة عقلاني rational مشتقة من الكلمة اللاتينية ratio، والتي تعني بدقة وضع الأمور في نصابها. الفصل العاشر يخاطب مداخل علاج المخطوطات؛ أقوم



باستعراض بعض القضايا الموجودة في استخراج وتحديد المخطوطات؛ وتعقب أصولها النمائية؛ واستعراض أنماط، تعويض، وإدامة المخطوطات؛ وعكس صلابة هذه المخطوطات باستخدام مجموعة واسعة من الفنيات. وفي الفصل الحادي عشر، أقوم باستعراض عملية تنظيم الانفعال باستخدام فنيات مستمدة من العلاج السلوكي الديالكتيكي، وعلاج المخطوطات الانفعالية، ومدخل يقظة الذهن والتقبل، وغيرها من المدخل. في بعض الحالات ربما يجد الإكلينيكيون أنَّ تنظيم الانفعال قد يكون أول خطوة في العمل، إذا كان اضطراب التنظيم الانفعالي لدى المريض شديد الحدة؛ بحيث يكون التأمل المعرفي، والتنشيط السلوكي، والتعرض أمورًا من الصعب القيام بها وعندما يكون أمن المريض - أو أمن آخرين - محلَّ قلق.

وفي الجزء الثالث الخاص بالتطبيقات المحددة، أقوم بتضمين أربعة فصول. في الفصل الثاني عشر، أعرض قائمة بالفنيات المحددة لكل واحد من الاضطرابات المعرفية. على سبيل المثال، هناك 10 - 15 فنية بأمثلة قصيرة من أجل فحص، وتحدي، وتغيير قراءة الأفكار، والشخصنة التي تعني (إضفاء الطابع الشخصي على الأمور)، والتلقيب وغيرها من فئات الأفكار المشوهة. (المعالجون قد يعترضون على استخدام المصطلح "مشوّهة distorted"، ولكنني أبقيت على هذا المصطلح؛ لأنني أعتقد أن قدرًا كبيرًا من الاكتئاب، والقلق، والغضب يمكن أن يعود إلى تشوهات في التفكير. والقارئ يمكن أن يستبدل "تشوهات في التفكير" بـ "متحيز" أو "غير مفيد" أو "مسبب للمشكلات" إذا كان ذلك يبدو أقل ازدرائية أو أكثر نفعًا). هذا الفصل يمكن أن يكون دليلًا مرجعيًا مفيدًا بالنسبة للمعلمين الذين يبحثون عن طريقة لتنظيم جلسة علاج - أو سلسلة جلسات - ويتم تشجيع المعالجين على إضافة فنيات أخرى إلى القائمة بالنسبة لكل نوع من التشوهات المعرفية. وفي الفصل الثالث عشر، أقدم مثال حالة تصاحبها محادثات حول كيف يستطيع الفرد تعديل الحاجة إلى الاستحسان؟ ومرة أخرى، ليست هناك طريقة محددة للتعامل مع أي جلسة، ولكن القارئ يستطيع أن يحصل على فكرة لما قد تبدو على الجلسة وما الذي يمكن قوله. وفي الفصل الرابع عشر، أقدم مثالًا مشابهًا لكيف يستطيع الفرد تعديل التفكير المنتقد للذات؟ ومرة أخرى سيرى القارئ ما الذي قد تبدو عليه المحادثة، ويفكر في كيف يمكن لأسلوبه الخاص أن يختلف عن ذلك.

ودائمًا أجد فائدة في ملاحظة الإكلينيكيين ذوي الخبرة وهم يقومون بالعلاج فعليًا، ولكن الكيفية التي ستقوم بها بالعلاج ستعكس أسلوبك الخاص والفنيات التي تجدها مفيدة شخصيًا. وفي الفصل الخامس عشر، أقوم بوصف عملية علاج رجل لديه مشكلات في إدارة الغضب وتهديد الطلاق المعلق فوق رأسه. والعديد من المرضى ذوو مشكلات الغضب لديهم دوافع مختلطة - بعضهم يريد التغيير، بينما الآخرون يريدون الاستمرار في لوم الآخرين والتقليل من شأن مشكلاتهم. والمحادثات الموصوفة هنا توفر مثالًا يوضح كيف يمكن مقارنة إدارة الغضب مع فرد محدد. واستراتيجيات التدخل مع اضطرابات