**العلاجات النفسية 2**

**العلاج المعرفي لبيك**

تمهيد.

1- الخصائص العامة للعلاج المعرفي لبيك.

2- أهداف العلاج المعرفي لبيك.

3- بنية العلاج المعرفي لبيك.

3-1 المقابلة الأولى.

3-1-1 أهداف الحصة الأولى.

3-1-2 برنامج المقابلة الأولى.

3-1-3 الاستكشاف.

3-1-4 تخفيض الصعوبات.

3-1-5 تفسير العلاج المعرفي.

3-1-6 اختيار الصعوبة للتدخل الفوري.

3-1-7 الواجبات المنزلية.

3-1-8 العائد.

4- بداية العلاج.

4-1 عدم النشاط.

4-1-1 تخصيص واجبات منزلية متدرجة.

4-1-2 برامج النشاطات.

4-1-3 التحكم و ارتياح.

4-1-4 منحى النشاطات المريحة.

5- الفاعلية الذاتية.

5 -1 الاسترخاء.

5-2 التسلية

5-3 تقدير الذات.

6- الأفكار الآلية.

6-1 الأسئلة الموجهة.

6-2 التخيل.

6-3 لعب الأدوار.

7- الأساليب المستعملة لتعديل المعارف السلبية.

7-1 فحص الحقيقة.

7-2 إيجاد تفسيرات و احتمالات مختلفة.

7-3 جمع المعطيات.

7-4 اختبار الحقيقة.

7-5 تحديد المفاهيم.

8- المخططات وطرق التعرف عليها.

8-1 تقنيات تعديل المخططات.

8-2 اختبار الحقيقة.

 **أقيمت عدة بحوث لدراسة فعالية العلاج المعرفي لبيك وتم مقارنته مع بعض الأدوية فتوصلوا إلى أن كلا العلاجين يخفضان من الأعراض الاكتئابية. فيتحسن 78℅ من المرضى بكلا العلاجين. في حين لا يتحسن إلا 22℅ من المرضى الذين يستعملون الأدوية فقط. ونسبة المرضى الذين يتخلون عن العلاج المعرفي هي 5% أما نسبة التخلي عن العلاج بالأدوية يرتفع إلى 36℅ ونسبة الانتكاسة تصل إلى 16℅ في العلاج المعرفي و 68℅ في العلاج بالأدوية وهي بحوث قام بها كل من Murphy وآخرون في 1984 وSimon وآخرون في 1986. ووجد أن المفعول الوقائي كان أكبر بكثير من العلاج الآخر (W. Huber، 1993، ص 223). ويختصر بيك بحوثه كما يلي )  يتحسن المرضى في الحالات الاكتئابية الحادة بسرعة باستعمال العلاج المعرفي ولهذا العلاج مفعول وقائي أكبر بكثير مقارنة مع المقاربات الأخرى(**

**1- الخصائص العامة للعلاج المعرفي:**

إنه علاج نفسي منظم يهدف إلى التقليل من أعراض الاكتئاب ومساعدة المريض على تعلم طرق أكثر فعالية لمواجهة الصعوبات المنجرة عن مشاكل الاكتئاب (I.M Blackburn و J. Cottraux، 1997، ص 57- 91).

يركز هذا العلاج على الصعوبات النفسية والموقفية الداخلية والخارجية التي تساهم في الضيق الذي يشعر به المريض. ينطلق هذا العلاج من فكرة أن المشاكل النفسية هي مرتبطة بأخطاء في التفكير وبالتالي فهو يعلم المريض تطبيق المنطق بطريقة عملية. ويقترح المعالج أدوات ضرورية لمواجهة الصعوبات بأكثر فعالية.

- هو علاج قصير المدى، يتراوح عدد الحصص من15 إلى 20 حصة، في مدة ثلاث أو أربع أشهر.

- تدوم كل حصة ساعة واحدة وهي منظمة لتسهيل استعمال الزمن بفعالية.

- يتم العمل بإشراك المريض في العلاج والعمل معا لتحديد وحل المشاكل.

- يلعب المعالج دورا فعالا وموجها خلال كل مراحل العلاج فهو في بعض الأحيان موجها ولكن دوره الأساسي هو تسهيل تحديد الصعوبات عن طريق أسئلة استقرائية.

- تعتبر التقنيات المستعملة تجريبية بمعنى أنها تجمع مجموعة من المعلومات ( المشاكل والأفكار و السلوكات غير الفعالة) ثم وضع فرضيات من طرف المعالج والمريض معا واختيار مجموعة من الطرق لتعديل والوصول إلى النتائج.

- يركز العلاج على –الآن وهنا- و يعني أنه يعمل على الصعوبات الحالية. وقد يأخذ بعين الاعتبار الماضي ولكن من أجل تفهم أحسن لتطور السلوك فقط.

- لا يستعمل المعالج مصطلحات خاصة بالتحليل النفسي لتفسير سلوك المريض. يعوض، مثلا مصطلح نكوص أو تثبيت بسلوكات غير فعالة مرتبطة بتعلم وإدراك وتفسير خاطئ ويهدف العلاج المعرفي إلى معاودة التعلم من جديد.

- يعتمد العلاج على طرح أسئلة سقراطية، تسمح بتغيير الأفكار و الإدراك.

يوجد بالطبع تشابه كبير بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي. قد يختلفان في الجانب النظري عن طريق منح الأهمية للمعارف وطرق تغييرها. ويستعمل العلاج المعرفي التقنيات المعرفية والتقنيات السلوكية بهدف تغيير المعارف.

**2- أهداف العلاج المعرفي:**

تتلخص الأهداف العلاجية في النقاط التالية:

* على المريض أن يعي أفكاره السلبية.
* عليه أن يتعرف على العلاقة بين أفكاره وانفعالاته و سلوكه.
* عليه أن يتعلم مساءلة أفكاره البديهية وفحص صدقها.
* عليه أن يجد بدائل لتفسيرات أكثر واقعية لأفكاره الغير فعالة.
* يستعمل المعالج دائما تمرينات منزلية لها علاقة بالصعوبات اليومية

**3- بنية العلاج المعرفي:**

يجب الاعتماد على برنامج خاص لكل حصة حسب التسلسل التالي:

* تحضير أجندة.
* مراجعة التمرينات المنزلية
* اختبار صعوبة، لتكون هدفا للعلاج.
* حل الصعوبة المستهدفة.
* تحديد النتائج الواقعية المنجرة عن الصعوبة المستهدفة.
* تحديد تمرينات منزلية جديدة.
* تغذية رجعية متبادلة.

**3-1 المقابلة الأولى:**

بعد الحصص التشخيصية لتحديد الأعراض التي يعاني منها المريض، على المعالج أن يقيم درجة الاكتئاب ثم يتحقق من موافقة المريض على طريقة العلاج.

**3-1-1 أهداف الحصة الأولى:**

* التعرف بصفة عامة على الصعوبات التي يعاني منها المريض.
* إرساء علاقة مع المريض وذلك بالإصغاء الفعال والدقيق. وتقديم في نفس الوقت خلاصة للصعوبات والتحلي بالصدق والتعاطف الوجداني والتفهم.
* شرح القواعد النظرية للنموذج المعرفي لاستثارة اهتمام العميل.
* تشجيع المريض على العمل على حل مشاكله وذلك باختيار مشكل بسيط يتم حله خلال الحصة بمساعدة المعالج. على أن يكون المعالج متأكدا مسبقا من نجاحه.

**3-1-2 برنامج المقابلة الأولى:**

للوصول للأهداف المرجوة، على المعالج أن ينظم الحصة الأولى التي تدوم ساعة واحدة بإتباع النظام التالي:

ينظم المعالج أجندة مفسرة لبداية كل حصة بمساعدة المريض. فيقترح عليه مثلا ذكر مجموع الصعوبات التي يعاني منها، ثم يفسر له نموذج العلاج المعرفي.

**3-1-3 الاستكشاف:**

بعد التحقق من الأعراض التي يعاني منها المريض، يقوم المعالج بإلقاء الضوء على أهم الملامح الفعالة التي تأثرت بالمرض، كالسلوك والدافعية والانفعالات والمعارف. ومن الضروري جدا أن يتأكد المعالج من أي نية غير ظاهرة لدى المريض حول الانتحار. وممكن أن يسأله فيما إذا حاول الانتحار وهل يخطط للقيام بذلك. لأننا نعلم أن المكتئب قد يحرج عن التكلم عن هذه الأفكار.إذا وجدت الأفكار الانتحارية فمن الطبيعي أن يكون الهدف العلاجي هو هذه الأفكار. يستكشف المعالج كذلك ملامح الحياة اليومية المتأثرة كالجانب الاجتماعي والمهني والعائلي والمالي الخ. في هذه المرحلة، عليه أن يسجل أمثلة تمثل الثلاثية المعرفية ومدة والظروف التي تعجل من الحالة الاكتئابية.

وبما أنها الحصة الأولى والوقت محدود، يجب تجنب الدخول في التفاصيل. وقد يترتب عن هذا أن يقاطع المعالج المريض في بعض الأحيان و لكن بلطف شديد كأن يقول له مثلا (أتفهم الصعوبات التي تشير إليها و لكن سنتكلم عنها لاحقا. أريد أن أعرف الآن صعوبات أخرى تتعرض لها في جوانب أخرى من حياتك.

**3-1-4 تخفيض الصعوبات:**

يعتبر المكتئب أن كل مشاكله تنحصر في مشكل كبير من العويص إيجاد له مخرجا. يفحص المعالج كلام المريض ويلتقط منه مجموع الصعوبات و يصوغها فيما بعد لتكون أهدافا علاجية. وفي هذه الحصة، يظهر المعالج إصغاء فعالا للمريض وذلك بإعادة صياغة ما يقوله المريض وليبين له أنه فهمه.

**3-1-5 تفسير العلاج المعرفي:**

حتى يعطي للعلاج القدر الكافي والكبير من التقدم، يجب أن يفهم المريض النموذج المعرفي حتى يستطيع أن يشترك مع المعالج في نفس المنظور. إذن يقوم المعالج بتفسير هذا النموذج بطريقة إرشادية والاستعانة بأمثلة مأخوذة من حوار المريض.

يفهم المريض أن الأفكار هي تفسير للحقيقة ولكن ليست الحقيقة نفسها. بمعنى، قد يشعر المريض أنه غير قادرا أو أحدا يكرهه، لكن هذا لا يعني أنه حقيقة غير قادر ومكروه. يفسر كل ظرف بطرق مختلفة قد تكون صحيحة أو خاطئة بدرجات متفاوتة. ولكن يجب التأكد من ذلك كل مرة. و هذا يعني أن هذه التغيرات تستلزم حتما انفعالات وسلوكات ملائمة. مثلا يتخيل المريض نفسه وحيدا في البيت، فيسمع صوتا في الغرفة المجاورة فيتوقع أن لصا قد دخل فيها فيرتبك بشدة (انفعال) ويعلم الشرطة (سلوك). ولكن إذا توقع هذا الصوت مجرد سقوط شيء ما، سيطمئن (انفعال) ويواصل نومه (سلوك).

يبين المعالج، كذلك للمريض أن العلاج المعرفي ليس هدفه تحسين الأعراض فحسب وإنما الوقاية من الانتكاسة في المستقبل وأن هذا العلاج فعالا وأظهر نتائج ناجحة مع مرضى آخرين. ثم يقيِّم المعالج اتجاه المريض نحو العلاج المقترح. وهذا مهم جدا، إذا تعرض لعلاجات أخرى وم تعط نتائج إيجابية أو للمريض قلق زائد نحو العلاج النفسي أو العكس له انتظارات كبيرة في العلاج. يجب التأكد على الأقل أن المريض راض لمحاولة العلاج. يشرح المعالج بنية العلاج وعدد الحصص تقريبا وهدف الأعمال المنزلية.

**3-1-6 اختيار الصعوبة للتدخل الفوري:**

عند نهاية الحصة الأولى، يكون المعالج والمريض قد دونا برنامجا للعملية العلاجية، بترتيب الصعوبات والأعراض حسب الأهمية. ومن المهم إنهاء الحصة بتجربة ناجحة. مثلا بالنسبة للمريض الذي يشكو من عدم التركيز، يطلب منه قراءة سطور في جريدة، إذا نجح نبين له أن اعتقاده كان خاطئا. أو مثلا يطلب منه تلخيص ما جاء في هذه الحصة.

**3-1-7 الواجبات المنزلية:**

يجب أن يفهم المريض ضرورة وأهمية الواجبات المنزلية ويعرف أنه لا يفترض فيها النجاح بقدر ما يهم هو المحاولة. يتعين أن يكون الواجب على صلة مباشرة بمضمون الجلسة العلاجية، حتى يفهم المريض الغرض منه وأهميته. ويتعين صياغة كل تكليف بوضوح وبشكل محدد. وعادة ما تتضمن هذه الواجبات قراءة مقال معين (الملحق) أو جرد للنشاط اليومي خلال كل الأسبوع (الملحق) أو تسجيل وتقييم الأفكار غير سوية (الملحق). قد لا يكمل المريض واجبه أو يقوم به دون اقتناع، هنا على المعالج أن يستثير الأفكار الآلية والمخططات أو المشكلات السلوكية التي يمكن أن تساعد كلا من المعالج والمريض على فهم أين توجد الصعوبة. وهذه بعض المشكلات وطرق مواجهتها:

- قد لا يفهم المريض الواجب المنزلي، هنا على المعالج أن يشرحه بقدر أكثر اكتمالا، ويحدد توقعاته بالتفصيل وقد يستخدم الأساليب السلوكية للبروفات المعرفية.

- يعتقد المريض أنه بطبيعته غير منتظم ولا يستطيع الاحتفاظ بتسجيلات ومتابعة واجبه تفصيلا. وعادة ما يستطيع المعالج دحض مثل هذه المعتقدات العامة، من خلال سؤال المريض عن الظروف التي يقوم فيها بالواجب، كذلك يمكن سؤال المريض عما إذا كان يستطيع إكمال الواجب إذا ما تطلب الأمر وجود حافزا أو مكافأة مادية، وهذا النوع من الأسئلة تساعد المريض على الاعتراف أن التحكم في النفس ليس مشكلة أو أن المريض لا يعتقد بالأحرى أن وجود الحافز أمر كبير الأهمية بما يكفي. وعندما يتوصل المريض إلى أن المشكلة تتعلق باتجاهه فقط، يستطيع المعالج والمريض مواصلة تعداد مزايا إكمال الواجب.

- قد يحتاج المريض المساعدة في تنظيم الوقت، حتى يصبح الواجب نشاطا منتظما وذلك من خلال تحديد فترة زمنية معينة كل يوم لأداء الواجب المنزلي. ويستطيع المعالج، إن كان ضروريا، تقرير نظاما للمكافأة.. أو العقاب للتأكد من إتمام الواجب. مثلا قد يكافأ المريض نفسه لإكمال الواجب بشراء شيء مميز، أو معاقبة نفسه لعدم قيامه بالواجب بالامتناع عن مشاهدة برنامج محبوب.

- قد يعتقد المريض أن مشكلته أكثر شدة وعمقا، بحيث تستعصي على الحل من خلال الواجب المنزلي. يستطيع المعالج أن يشرح له أنه حتى الأمور الأكثر تعقيدا، تبدأ حلولها بخطوات صغيرة.

- عندما يبدأ المريض في الامتعاض من تكليفه بواجبات منزلية، يستطيع المعالج تشجيعه على اختيار تكليفاته بنفسه ويقدم له عدد من البدائل. وإذا اختار المريض عدم الإذعان، يستطيع المعالج المساعدة على فحص المترتبات الناتجة عن اختيار البديل.

**3-1-8 العائد Feed back:**

من الضروري، تعرف المعالج على انطباعات المريض حول هذه الجلسة. فالمعروف أن المكتئب يفسر تجاربه بطريقة سلبية فحتما موقفه من الحصة سيكون سلبيا. في نهاية الحصة، يطرح المعالج الأسئلة التالية هل فهمت جيدا ما كنا نتكلم فيه؟ هل أستطيع أن أوضح لك شيئا معينا؟ ما الذي ساعدك أكثر؟ هل قلت لك شيئا أزعجك أو أقلقك ؟

تعطي هذه الأسئلة للمريض فرصة التعبير عن نفسه وتقوي رابط الشراكة والتعاون مع المعالج.

في نهاية الجلسة الأولى، يتمكن المعالج من وضع بعض المفاهيم الخاصة بالحالة حسب منظور العلاج المعرفي وهذا يساعده على تحديد بعض الملامح واختيار الطرق العلاجية المناسبة. ومن بين الأسئلة التي يطرحها المعالج على نفسه هي لماذا المريض مكتئبا في هذا الوقت ؟ كيف يرى نفسه وما هي انطباعاته حول محيطه؟ ماذا يتوقع من المستقبل ؟ هل هو في حالة حداد عن شيء أو موقف معين؟ بالاستناد لحواره، ما هي الاتجاهات التي تنبؤ باستعداد للوقوع في الاكتئاب؟ إن دور تحديد المفاهيم حول الحالة هو عبارة عن وضع افتراضات يمكن اختبارها لاحقا.

**4- بداية العلاج:**

من الضروري في بداية العلاج، التركيز على الأعراض الاكتئابية وذلك بالاستعانة بالتقنيات السلوكية والمعرفية. من بين هذه الأعراض مثلا انعدام النشاط وضعف التركيز وانعدام الدافعية والأرق والتردد بالإضافة للمشاكل العائلية أو المالية، يجب أن تكون هذه الأعراض هدفا للعلاج في البداية لأنها تعتبر عائقا لإيجاد الحلول.

**4-1 عدم النشاط:**

إن عدم النشاط والخمول والتعب وضعف الاهتمام بالنشاطات اليومية، هي أعراض معروفة في الاكتئاب. يشعر المريض بعدم القدرة على مواصلة نشاطاته اليومية فيدخل في حلقة مفرغة من الانطباعات السلبية حول ذاته فترتفع عدم الدافعية. في هذه الحالة من المستحسن تقديم للمريض بعض التجارب السلوكية التي تعيق استنتاجه حول قدراته، عوض إقناعه بالكلام. أما التجارب السلوكية هي بعض التجارب يستعملها المعالج ليس بهدف تغيير سلوك ما فحسب، و إنما عن طريقها تتغير المعارف و الانفعالات. وعلى المعالج أن يبين للمريض أن استنتاجاته خاطئة و أنه لم يفقد القدرة على العمل ولكن تشاؤمه منعه من استعمال بطريقة بناءة طاقته ومصادره الذاتية.

وهذه بعض النقاط للرفع من مستوى النشاط:

* إعداد واجبات منزلية متدرجة.
* التكرار العقلي.
* برنامج النشاطات.
* تسجيل النشاطات المتحكم فيها.
* تخصيص نشاطات مريحة.

**4-1-1 تخصيص واجبات منزلية متدرجة:**

بالنسبة للمكتئب ذو النشاط الضعيف، يطلب منه المعالج وبمشاركته تخصيص نشاط أو نشاطين على قدر كبير من السهولة في بداية العمل العلاجي. و الهدف المرجو وراء هذا هو التأكد مسبقا من نجاح المريض في هذا النشاط. يتعلق الأمر بالنشاطات المنزلية والمعتاد القيام بها مثلا تنظيف غرفة أو جانب من الغرفة أو التسوق. وعلى المعالج أن يتدرج في عدد وتعقد الواجبات المطلوبة من المريض حتى يصل إلى مستوى النشاطات التي كان يألف مزاولتها قبل المرض.

*التكرار العقلي:*

من المفضل أن يعمل المعالج مع المريض لاختيار واجب منزلي معين على أن يكون النشاط المختار هو الأكثر استعجالا بالنسبة للمريض ثم يقوم المعالج بسؤال المريض أن يتخيل مثلا ما هي الصعوبات التي يتخيلها وقد تعوق تنفيذ واجبه المنزلي. وهكذا فإن البروفات عن طريق التخيل تساعد على:

* الوقاية من الصعوبات التي قد تقع خلال تأدية الواجب المنزلي.
* الخفض من مستوى القلق.
* تحديد الأفكار الآلية التي تعرقل النشاط.

**4-1-2 برامج النشاطات Plans de travail:**

تستعمل هذه البرامج خصوصا للمرضى ذوي النشاط الضعيف جدا أو المنعدم والغير منتظمين. وعلى المعالج أن يتأكد من فهم المريض لجدوى فائدة القيام ببرمجة النشاطات. والفائدة هي الرفع من النشاطات، يوقف الحلقة المفرغة للاكتئاب وذلك بالرفع من المراقبة الذاتية والتحكم.

* الإغفال عن الأفكار المؤلمة.
* الرفع من تقدير الذات.
* تحسين المزاج وبالتالي الراحة الجسمية.
* تحسين الدافعية حيث يعزز المريض إيجابيا عند نجاحه و فرحة أقاربه.

كذلك يجب الإشارة إلى المريض أن هذه البرامج ما هي إلا دليلا ومن الأحسن التعامل معه بليونة. إذا تحتم عدم القيام بواجب ما لظروف خارجة عن نطاق المريض، يمكن تأجيله ليوم آخر مع مواصلة النقاط المبرمجة الأخرى. هذه النشاطات لابد أن تكون واضحة ودقيقة وواقعية مثلا غسل الأواني هو سلوك غير محدد أما غسل الأواني في نصف ساعة يمنح فرصة نجاح أكبر.وعلى المريض أن يدون كل فكرة آلية تمنعه من القيام بنشاط ما. وعلى المعالج أن يسأله دائما عما كان يفكر فيه أثناء عدم قيامه بعمل ما.

**4-1-3 التحكم و الارتياح:**

في غالب الأحيان، يكون المكتئب خاملا ليس لأسباب فزيولوجية فحسب، ولكن بسبب نقص في الدافعية لأنه يحكم على نشاطاته بالسلب دائما. إن استعمال وتقييم النشاطات اليومية (ت) و (م) على سلم من 0 إلى 5، يسلط الضوء على نقاط مهمة هي هل يميل المريض إلى عدم إعطاء قيمة لنشاطاته بطريقة مبالغ فيها؟ هل يبدي اتجاها نحو الكمال في أعماله؟

**4-1-4 منحى النشاطات المريحة:**

يهدف إلى مساعدة المريض المكتئب، على القيام ببعض الأنشطة الباعثة للبهجة والارتياح وعلى المعالج أن يضع قائمة لهذه النشاطات ويدخلها ضمن البرامج أو الواجبات المنزلية التي تطلب من المريض.

**5- الفاعلية الذاتية Efficacité personnelle:**

بالإضافة للأساليب السلوكية التي ترفع من مستوى النشاطات كما ونوعا، يستعمل المعالج كذلك أساليب تستعمل في العلاج السلوكي للدفع من الفاعلية الذاتية وهذه بعضها:

* الارتخاء العضلي.
* *التسلية*Distraction.
* تقدير الذات عن طريق لعب الأدوار.

**5-1- الاسترخاء:**

إن إتباع أي طريقة من طرق الاسترخاء له الفوائد الكبيرة و الجمة على المريض المكتئب خصوصا لما يظهر المريض من ملامح القلق والشدة العضلية. ومن الضروري كذلك أن يتعلم التركيز على صورة مريحة و هادئة أثناء الاسترخاء. وبهذا يتمكن من كف القلق والابتعاد عن الأفكار السلبية وتسهيل النوم.

**5-2 التسلية :**

يستطيع المعالج الاستفادة من أساليب مختلفة للتسلية خصوصا بالنسبة للمرضى المكتئبين اكتئابا حادا أو لا يستطيعون مواجهة أفكارهم السوداوية والسلبية. ومن بين هذه الطرق الاستماع إلى الموسيقى المريحة. فحسب بعض أبحاث Pignatiello وآخرون 1986 اعتبرت الموسيقى أكثر الأساليب نجاحا في التأثير على المزاج. ومن المعلوم كذلك أن المكتئب يتذكر بسهولة المواقف المؤلمة وبالتالي على المعالج أن يبحث مع المريض ذكرى مفرحة ومبهجة وتدوينها بالتفاصيل من طرف المريض ويطلب منه قراءتها عند اللزوم لمعايشة ذلك الحدث المفرح.

يمكن اقتراح كل النشاطات المفرحة، المهم أن يوافق عليها المريض ويستعملها عندما تستدعي الحاجة إلى ذلك.

**5-3 تقدير الذات:**

عادة ما يركز المكتئب حواره على المواقف الشخصية والعائلية والمهنية التي يشعر فيها بالحزن واحتقار الذات. ودور المعالج هو استعمال أسلوب لعب الأدوار لتصحيح بعض هذه الاتجاهات، كأن يطلب من المريض أن يلعب دور الشخص الذي يستاء منه مثلا، ويلعب المعالج دور المريض، ثم يتبادلان الأدوار وخلال هذه العملية سيتم حتما ظهور بعض المؤشرات التي تجعل المريض يتراجع عن بعض الأفكار السلبية نحو ذاته. وهذا الأسلوب أي لعب الأدوار لا يساعد على تطوير سلوكات أكثر نشاطا وأكثر تكيفا ولكنها تفيد كذلك على بلورة الأفكار الآلية والانفعالات التي تكون مصدر المشاكل الشخصية. قد يتوقف المعالج في وسط لعب الدور ويطلب من المريض تسجيل أفكاره.

**6- الأفكار الآلية:**

الأفكار الآلية هي المعطيات الأساسية للعلاج المعرفي. والهدف الأساسي للمعالج هو العمل مع المريض للبحث عن الأفكار غير متكيفة التي توجد في ردود انفعالاته وأفعاله. وهذه الأفكار، غالبا ما تمر دون أن تلاحظ، لأنها جزء من النمط الإدراكي للتفكير ولأنها تحدث دائما بسرعة شديدة. و نادرا ما تتوقف لتقييم مصداقيتها لأنها شديدة القابلية للتصديق ومألوفة ومعتادة. ويجب أن يتعلم المريض، في العلاج المعرفي، كيفية التعرف على الأفكار الآلية وعلى المعالج أن يستعمل كل الوسائل للتعرف عليها ومنها

* الأسئلة الموجهة.
* الأسئلة الاستدلالية.
* الأوقات المشحونة انفعاليا.
* التخيل.
* لعب الأدوار.
* الوعي بمعنى الأحداث.
* إعادة معايشة الموقف والتركيز على هذه الأفكار.
* تدوين الأفكار السلبية في كناش.

**6-1 الأسئلة الموجهة:**

تستخدم هذه الأسئلة في بداية العلاج للحصول على صورة كاملة وتفصيلية لمشكلات المريض النوعية و للحصول على معلومات عن مواقف المريض الخارجية وسياق تفاعله الشخصي. وللكشف عن كيفية تناول المريض للمشكلات و هي وسيلة فعالة وقوية لتحديد وتغيير الأفكار الآلية والمخططات. ويجب أن تكون مصاغة بحرص ومهارة. وعلى المعالج أن يعرف الوقت الناسب والصياغة الملائمة للأسئلة لمساعدة المريض على التعرف على أفكاره ومخططاته وتقييم القضايا المختلفة بصفة موضوعية. كأن يسأل المريض مثلا ما الذي مر بذهنك في هذا الوقت؟ عوض، في ماذا كنت تفكر؟ وهذه الأسئلة الاستدلالية، يجب أن يستغل استخدامها في أوقات يكون فيها المريض منفعلا. على أن يستعمل المعالج نفس المصطلحات التي يستعملها المريض.

**6-2 التخيل Imagerie mentale:**

قد يطلب المعالج من المريض أن يغلق عينيه ويتخيل الموقف الذي آلمه بشدة ويطلب منه مثلا (ما الذي مر بذهنك في هذه اللحظة؟). تسمح هذه الطريقة للمريض إعادة معايشة الموقف والتعرف على الأفكار غير الفعالة أثناء الجلسة. ويمكن كذلك لعب أدوار بحيث يصبح المريض أكثر وعيا بهذه الأفكار.

**6-3 لعب الأدوار:**

يسمح لعب الأدوار بتحسيس المريض حول معنى الأحداث التي يتعرض لها. بحيث يطلب المعالج من المريض واجبا منزليا يقوم فيه بتدوين المواقف المؤلمة بالنسبة له والتفسيرات الآلية التي وجدها لهذه المواقف وبالتالي يتوصل إلى الفلسفة القاعدية للمقاربة المعرفية ألا وهي (ليست الأحداث مؤلمة وإنما الأحكام التي تصدر حولها).

في بعض الأحيان، يصعب تقصي الأفكار الآلية، ولهذا على المعالج والمريض تحضير بروفة تتناسب مع موقف مؤلم معين، وعلى المريض أن ينتبه إلى حواره الداخلي وجرد أفكاره الآلية. ومن المهم كذلك تشجيعه على إتباع هذا الاتجاه للبحث عن الأفكار باهتمام.وللرفع من انتباهه للأفكار الآلية، يمكن للمريض لبضعة أيام جردها في كراسة كلما انتبه إليها. وللمعالج دور في إفهام المريض أنه سيلاحظ ارتفاعا كبيرا في عدد الأفكار وعليه ألا يقلق وهذا شيء صحي ومعناه أنه أصبح متحكما وقادرا على التعرف على هذه الأفكار. فقد كانت موجودة، ولتعديلها يجب أولا التعرف عليها.

تعتبر الطريقة التقليدية لتسجيل الأفكار الآلية، استعمال سلم التقييم الذاتي لبيك وهي موجود في الملحق. وهو عبارة عن بطاقة بخمس أعمدة يسجل فيها المريض تاريخ الجلسات مع:

* وصف سريع للموقف- مشكل.
* تسجيل الانفعالات المرافقة لهذا المشكل.
* الأفكار الآلية المرافقة. (التنقيط من 0 إلى100 وهي درجة الاعتقاد بهذه الأفكار).
* إعادة تقييم الانفعالات (0- 100) والأفكار الآلية (0- 100).

ولتدريب المريض على ملء هذه البطاقة، يستحسن استعمالها في بداية الجلسة على أن تبقى نسخة دائمة لهذه البطاقات عند المعالج. في بداية العلاج يملأ المريض الأعمدة الثلاثة فقط. وفي مرحلة متأخرة من العلاج يتعلم الإجابات المنطقية للأفكار الآلية وملء العمودين الباقيين.

يجب الإشارة لبعض النقاط:

- يجب تسجيل هذه الأفكار بصفة بسيطة وفورية وليس البحث عن الأساليب الأدبية الراقية.

- تدوين الأفكار ودحضها، ليست بالأمور الاعتيادية وعليه بذل المجهود الكبير مهم جدا.

- ليس من الضروري تدوين كل الأفكار الآلية وإنما تسجل بعض العينات يوميا فقط.

- بما أنه من السهل التعرف على الانفعالات بالمقارنة مع الأفكار الآلية، على المريض أن يستغل التغيير في المزاج ليتعرف على الفكرة الآلية التي وراء الانفعال.

**7- الأساليب المستعملة لتعديل المعارف السلبية:**

إن الهدف الأساسي للمعالج هو جعل المريض يراقب أفكاره السلبية بطريقة واقعية. ولا يتعلق الأمر بجعل المريض متفائلا معتقدا أن كل شيء على ما يرام. ولكن الهدف الأساسي هو تشجيع روح البحث والاستكشاف عن الأفكار السلبية كوضع افتراضي وليس واقعي. أسلوب المعالج هام جدا في هذه المرحلة بحيث، عليه أن يبتعد عن الاتجاه الناقد والعدواني أو الساخر خوفا من تعزيز النقد الذاتي لدى المريض. والطريقة المناسبة هي إتباع الأسلوب السقراطي والمتعاون والمتعاطف. وهذه النقاط لبعض الأساليب التي تساعد على تعديل المعارف السلبية وهي:

* فحص الحقيقة.
* إيجاد تفسيرات مختلفة.
* وضع فرضيات لكل تفسير.
* جمع المعطيات.
* اختبار الفرضيات.
* وضع مسافة بين المريض والمشكل.
* تحديد المفاهيم.و إعادة الإعزاء.
* لعب الأدوار.
* سلم التسجيل الذاتي للأفكار الآلية.

**7-1 فحص الحقيقة Examiner l'évidence:**

يطرح المعالج على المريض بعض الأسئلة حول موقف استاء منه ويبحث معه عن صحة الأفكار التي راودته حول الموقف.

**7-2 إيجاد تفسيرات واحتمالات مختلفة:**

يمكن للمعالج أن يطلب من المريض أن يحدد مختلف الإمكانيات ويشير لأكثرها واقعية. هذا الأسلوب فعال كونه لا يفرض أي تفسير وإنما كل فكرة قابلة للمناقشة.

**7-3 جمع المعطيات:**

في بعض الأحيان يسهل تصحيح بعض النتائج الخاطئة، عندما يجمع المريض بنفسه بعض المعطيات. وهذا الأسلوب ضروري لتصحيح بعض الأفكار العشوائية والتعرف أحسن عن مكونات الحقيقية وراء المشكل.

**7-4 اختبار الحقيقة:**

يستعمل أسلوب التأكد من الانتظارات السالبة لدى المريض. و قبل استعمال هذا الاختبار، يقوم المعالج بفحص الحقيقة و وضع مسافة بينه و بين المشكل. بمعنى (كيف يحكم المريض على نفس الفعل لو قام به شخص مختلف. ثم يقرر المعالج مع المريض اختبار الفرضية وبصفة عامة تختبر الفروض بالتدرج من الأسهل إلى الأصعب.

**7-5 تحديد المفاهيم:**

من الممكن أن يساعد المعالج المريض على تفسير أفكاره السلبية وذلك بمساعدته على تحديد بدقة المصطلحات والمفاهيم السلبية التي يستعملها لوصف ذاته مثلا أنا كسول أو جبان... وعادة عندما يطلب من المريض إعادة تعريف هذه المصطلحات، يجد أنها لا تطابقه تماما وهذا ما يسمى إعادة الإعزاء و هو أسلوب مفيد في مساعدة المريض على رفض فكرة لوم الذات غير الملائمة، كأن يستخدم إعادة الأعزاء عندما يقوم بطريقة غير واقعية بعزو الأحداث السلبية لعيب شخصي فيه.

ويقوم المعالج والمريض بمراجعة الأحداث والوقائع واستخدام المنطق في البيانات المتاحة للتوصل إلى تحديدات أكثر واقعية للمسؤولية الشخصية. و ليس الهدف من إعادة الإعزاء حل المريض من كل المسؤوليات، بل فحص العوامل العديدة التي تساهم في الأحداث السيئة. فيكتسب المريض الموضوعية، و يخلِّص نفسه من عبء تأنيب الذات وعندئذ يستطيع البحث عن طرق لحل المشكلات الواقعية ومنع تكرارها.

وقد يبين المعالج للمريض أنه يلقي اللوم على نفسه بطريقة متزمة أكثر. وهذا يعتبر من تداعيات الاكتئاب وعندما يفهم المريض هذا الأمر، يستريح من الشعور بالذنب ويرتفع تقديره لذاته ويحسن المزاج.

*سلالم التسجيل الذاتي للأفكار غير فعالة:*

ليست مهمة هذه السلالم تسجيل المعارف السلبية والانفعالات الأليمة التي ترافقها وإنما استعمال المنطق للإجابة والرد عليها. وهي المحور الذي يدور عليه مسار العلاج المعرفي.

**8- المخططات وطرق التعرف عليها:**

عندما يصبح المريض قادرا على التعرف وتغيير الأفكار الآلية، حين اقتراب انتهاء العلاج، يصبح هدف العلاج التعرف وتغيير الاتجاهات التي تسبب الاكتئاب، طبعا تكون الحالة الاكتئابية أقل شدة بكثير لأنها في الحصة الخامسة عشر. ويمكن القول أن التوصل إلى هذه المرحلة يتم بسرعة.

ويتناول العلاج المعرفي، الصعوبات بطريقة تسلسلية بحيث يعتبر السلوك والأفكار الآلية الجانب الأعلى للهرم. أما المعتقدات فهي حجر أساس هذا الهرم. إذن يبدأ المعالج من الأعلى إلى الأسفل خوفا من تضايق المريض.

تختلف المخططات عن الأفكار الآلية كون المخططات متجذرة وبصفة عامة لا شعورية. يفحص المعالج، في بداية العلاج، المخططات المعرفية مستدلا عليها من خلال حوار المريض. وهذه النقاط توضح أهم الطرق للتعرف على المخططات:

* التعميم عن طريق الأمثلة.
* التعبير على المضامين.
* الإشارة إلى المواضيع المشتركة.
* توضيح القواعد الشخصية على شكل أوامر مثل (لابد أن...).
* الوصول إلى المعتقد القاعدي بواسطة الأسهم الهابطة.

يسمح استعمال سلالم التسجيل الذاتي للأفكار الآلية، إعطاء أمثلة خاصة. وتفيد المعالج والمريض في التوصل إلى قاعدة عامة لكل هذه الأفكار. يطلب المعالج من المريض إعادة قراءة عينة من الأفكار التي جمعت خلال العلاج ومعاودة التأكد ما إذا كانت تعكس بعض القواعد العامة.

وهذه سمات بعض المعتقدات النمطية عند المكتئب:

- معتقدات لها علاقة بالنجاح " يجب أن أنجح في كل ما أقوم به، و إلا أنا كإنسان أبله".

- معتقدات لها علاقة بالحب " يجب أن أكون محبوبا من طرف كل الناس و إلا أنا تافه ".

- معتقدات لها علاقة بالكمال " يجب أن أعمل كل شيء على ما يرام و إلا أنا فاشل ".

- الحاجة إلى الاعتراف "تقديري لذاتي، يعتمد على ما يفكر فيه الآخرين فيَّ".

- الضمير الشخصي " يجب أن أكون دائما مهذبا".

- الاستقلالية"يجب أن أدير أموري لوحدي، الحاجة للآخرين، يدل على الضعف والفشل".

يقوم المعالج باستخراج المعتقد الأساسي وراء أي سلوك أو فكرة من خلال حواره. ويستعمل المعالج سلالم وبطاقات لتسطير المواضيع المشتركة و تحديد المخططات المعرفية مع تقييم شدتها والتغيرات التي تطرأ عليها أثناء المدة العلاجية.

تستعمل كذلك طريقة السهم الهابط بهدف الوصول إلى المعتقد القاعدي أو كما يسميه الأمريكان bottom line .

**8-1 تقنيات لتعديل المخططات:**

قد لا تكون المخططات، في الصميم خاطئة، عكس الأفكار الآلية. فهي متجذرة ثقافيا ومتعارف عليها من طرف كل أعضاء هذه الثقافة، وهي ليست غير فعالة إلا أنها صلبة ومعممة وغير قابلة للنقاش. وهذا ما بجب أن يعلمه المريض خوفا أن يرتاب من فكرة التغيير الكامل لاتجاه تعود عليه. وهذا لا يعني أن المعالج يغير الشخص الحساس إلى شخص لا يأبه بالآخرين، ومن شخص يبحث عن إعجاب الناس إلى شخص أناني...

أساليب تغيير المعتقد:

* الإجابة عن الأفكار الآلية بطريقة السهم.
* تقييم المزايا والعيوب. فحص الحقيقة.
* فحص قيمتها على المدى القصير والطويل.
* إعادة النظر في الاتفاقات الشخصية.

**8-2 اختبار الحقيقة:**

إن التعرف على المعتقدات القاعدية والتعبير عنها ضمنيا، يشير للمريض طابعها العشوائي والمبالغ فيه و غير منطقيتها و بهذا تنقص شدتها. ويجب العمل على هذه المعتقدات في أربع أو خمس جلسات باستعمال أساليب التعديل الموجودة أعلاه.

عند استعمال السهم الهابط، يتم الإشارة لمعارف خاطئة متنوعة قبل الوصول إلى المعتقد الأساسي. عند فحص هذه المعارف وتصحيح أخطائها بتعديلها، يؤدي حتما إلى تعديل المعتقد الأساسي الذي كان سببا في المعارف الخاطئة.وبما أن المعالج يعتقد أن هذه الأفكار غير فعالة ولكنها كانت ضرورية للمريض، يتحتم عليه مراجعة مزاياها وعيوبها. ووضعها في ميزان (مع) أو (ضد) حسب درجة أهميتها وهذا طبعا بمشاركة المريض. يساعد المعالج المريض، عن طريق طرح الأسئلة و إيجاد المبررات الممكنة، خاصة إذا تعلق الأمر بالعيوب.

يساعد المعالج المريض على إعادة النظر في تفكيره وذلك باستعمال التفكير العقلاني في مناقشة الأشياء التي تبدو له بديهية. والأسلوب المتبع هو طرح الأسئلة باستمرار وبتسلسل، على أن تطرح هذه الأسئلة بكثير من اللطف واللباقة. ثم قد يطلب المعالج من المريض تقييم فائدة هذا الاتجاه والفكرة المتبعة على المدى القصير أو المدى البعيد. .

**9**

 **9-6-1 التحليل الوظيفي:**

**9-6-1-1 أهداف وخصائص التحليل الوظيفي:**

التحليل الوظيفي مهم جدا في العلاجات السلوكية وضروري، والمقابلة تكون فيه موجهة وتجريبية وتحدد السلوك المشكل وتوضع فرضية العمل التي يبرهن عليها أو العكس بعد تطبيق العلاج..

ويعني التحليل الوظيفي، التعرف وتحليل العوامل الحالية والماضية التي أدت إلى ظهور وبقاء السلوكات التي تسبب إشكالا للعميل والتعرف على الانفعالات والمعارف التي ترافق هذه السلوكات.ويمثل التحليل الوظيفي طريقة إكلينيكية لدراسة السلوكات التي تسبب مشكلة للعميل بهدف عزل فرضيات تسبب هذا المشكل. وهدف التحليل الوظيفي يكون كذلك قبل كل علاج، خطا قاعديا للصعوبات السلوكية وتسمح للمعالج إيجاد نظريات سلوكية ومعرفية للتشخيص .

وأساسا، يجب اكتشاف ثلاث نظم: النظام الحركي والنظام المعرفي والنظام الفسيولوجي الانفعالي. ولدراسة بأكثر دقة ووضوح الصعوبات السلوكية، اقترحت نماذج مختلفة للتحليل الوظيفي. واستعمل في هذا البحث نموذج SECCA الذي اقترحه Cottraux وآخرون في 1985 وهو يحدد العلاقات بين مختلف العناصر التالية:

* S تشير إلى المثير.
* E تشير إلى الانفعالات.
* C تشير إلى المعارف.
* C تشير إلى السلوكات.
* A تشير إلى التوقع

 تقوم دراسة الحالة على جانبين وهما :

الجزء التزامنيSynchronique أي الحالي ويسمح بتحليل مقطع سلوكي: وهو يضم المثير والانفعال الذي ينجر من المثير والمعارف والسلوكات والتوقع وعلاقته بالمحيط الاجتماعي.أما الجزء التاريخي يسمح بتنظيم تاريخ المريض Diachronique.

**9-6-1-2 العقد العلاجي Contrat thérapeutique:**

يقصد بالعقد العلاجي مجموع انتظارات العميل وانتظارات المعالج. ويبدأ بصفة عامة في الحصة الثالثة أو الرابعة بعد التحليل الوظيفي وتقديم سلالم واستمارات التقييم.

وينشأ العقد العلاجي بمشاركة المريض ويضع مختلف الفرضيات حول الاضطراب وأسبابه والعوامل التي تثبت وتثير المشكل. ويحدد الأهداف الواقعية التي يرمي الوصول إليها والطرق والتقنيات التي تستعمل وينشأ العقد بالموافقة الكاملة للطرفين. ويعتمد الانطلاق الجيد للعلاج على المشاركة الضيقة والصادقة بين المريض والمعالج ويبحث المعالج على خلق جو الثقة وعدم التبعية.