نظرية مساعف لفضاء السؤالات التوليدي الوثوقي في العلاج النفسي

إطار حاكمي - سؤالي لإعادة بناء الوعي العلاجي وتوسيع إمكانات الخروج من الحلقة النفسية

تأسيس نظري باسم: زهير مساعف / Zouhair Moussaif

ضمن مشروع الوعي الحاكمي، وMCD/QMCD، والذكاء الفتاح العام، ومحكمة الهدم

ورقة بحثية تأسيسية بأسلوب أكاديمي

خط أميري Amiri واتجاه عربي RTL

29 يونيو 2026

تنبيه منهجي: هذه الورقة إطار نظري وبحثي، لا بديل عن العلاج المرخص أو التقييم الطبي الفردي.

ملخص

تقترح هذه الورقة نظرية علاجية نفسية باسم **نظرية مساعف لفضاء السؤالات التوليدي الوثوقي**، وتضعها داخل مشروع أوسع يرى الوعي لا بوصفه مخزنا للمعلومات، بل بوصفه فضاء حكم وسؤال وإحالة وارتقاء. الفرضية المركزية أن كثيرا من الألم النفسي لا ينشأ فقط من فكرة خاطئة أو ذكرى جارحة أو انفعال زائد، بل من ضيق الفضاء الذي يستطيع الإنسان أن يسأل داخله أسئلة آمنة ومنتجة وموثوقة. حين يضيق السؤال، يضيق البديل؛ وحين يفسد السؤال، تتغذى الحلقة؛ وحين يغيب معيار الوثوقية، يتحول العلاج نفسه إلى فوضى تأويلية أو تهدئة مؤقتة. لذلك لا تقترح الورقة العلاج كسلسلة نصائح، بل كبناء تدريجي لفضاء سؤالي جديد يسمح للوعي بأن يميّز بين الخطر والذكرى، وبين الذنب والمسؤولية، وبين الحذر والحاكمية، وبين الألم والمعنى، وبين السؤال الذي يفتح والسؤال الذي يعيد الاستعباد.

تنتظم النظرية الكبرى في خمس نظريات متساندة: نظرية انغلاق الفضاء السؤالي المرضي، ونظرية التوليد الوثوقي للسؤال، ونظرية الحاكمية العلاجية للسؤال، ونظرية الإحالة الجسدية - الوجدانية للسؤال، ونظرية الانتقال من السؤال إلى الفعل ذي الأثر العالمي الصغير. وتضيف الورقة ثماني أدوات تشغيلية، ومقاييس أولية، ومحكمة هدم نقدية، وخريطة تطبيقية للقلق، والاكتئاب، والوسواس، والصدمة، واضطرابات الهوية النفسية. وهي تقدم نفسها كإطار بحثي ونظري قابل للاختبار والتطوير، لا كبديل عن العلاج المرخص أو التقييم الطبي الفردي.

الكلمات المفتاحية: فضاء السؤالات، العلاج النفسي، الحاكمية، الوثوقية، الوعي، MCD، QMCD، محكمة الهدم، السؤال العلاجي، الذكاء الفتاح.

خريطة تنفيذية للورقة

تتقدم الورقة من تأسيس السؤال بوصفه بنية علاجية، إلى بناء نظرية كبرى باسم زهير مساعف، ثم تفصيل خمس نظريات متساندة، ثم تحويلها إلى أدوات ومؤشرات وبروتوكولات. لا تعالج الورقة السؤال كأداة سقراطية محدودة، بل كفضاء حاكمية يحدد ما الذي يستطيع الوعي أن يراه، وما الذي يعجز عن احتماله، وما الذي يكرره دون أن يشعر.

1. المدخل: لماذا يصبح السؤال قضية علاجية؟
2. النظرية الكبرى: فضاء السؤالات التوليدي الوثوقي.
3. خمس نظريات: الانغلاق، التوليد، الحاكمية، الإحالة، والفعل.
4. النموذج التشغيلي: سبع خطوات من السؤال المسيطر إلى التحديث.
5. الأدوات: مصفوفات ومؤشرات وبروتوكولات ومحكمة هدم.
6. التطبيقات: القلق، الاكتئاب، الوسواس، الصدمة، الخجل، والإدمان.
7. البرنامج البحثي: قياس، تدريب، تطبيقات ذكية، وحدود أخلاقية.

المنطق الداخلي للورقة بسيط ومركب في الوقت نفسه: إذا كان العرض النفسي يعيد إنتاج نفسه عبر سؤال مسيطر، فإن العلاج يبدأ بتسمية هذا السؤال، ثم اختبار وثوقيته، ثم توليد سؤال أعلى، ثم ترجمته إلى فعل صغير، ثم تحديث خريطة الذات والعالم بناء على الأثر. بهذا تتحول الجلسة من تبادل أجوبة إلى هندسة حاكمية للسؤال.

1 مدخل تأسيسي: لماذا يصبح السؤال قضية علاجية؟

ليست النفس المتألمة مجرد عقل يحمل أفكارا سلبية، ولا مجرد جسد يحمل توترا، ولا مجرد ذاكرة تحفظ صدماتها، بل هي فضاء حاكمية يتعامل مع العالم عبر أسئلة معلنة وخفية. الإنسان القلق لا يقول دائما: أنا خائف، بل يعيش داخل سؤال غير معلن: ماذا سيقع؟ ماذا لو انكشف ضعفي؟ ماذا لو لم أستطع السيطرة؟ والإنسان المكتئب لا يقول دائما: أنا عديم القيمة، بل يعيش داخل سؤال مغلق: ما جدوى أن أبدأ؟ من أنا إذا كان جهدي لا يغيّر شيئا؟ والوسواس لا يكون فكرة متكررة فقط، بل يكون سؤالا فقد معيار إغلاقه: هل تأكدت بما يكفي؟ هل يمكن أن أضمن أنني لم أخطئ؟ هكذا يصبح المرض النفسي في أحد أبعاده خللا في هندسة السؤال، لا مجرد خلل في محتوى الجواب.

تقوم النظرية هنا على نقل مركز العلاج من تصحيح الجواب إلى إعادة بناء الفضاء الذي يولد الأسئلة. فالجواب الصحيح داخل فضاء سؤال فاسد قد يتحول إلى مادة جديدة للقلق، والطمأنة داخل فضاء وسواسي قد تصبح وقودا لطلب طمأنة أكبر، والنصيحة الأخلاقية داخل فضاء ذنب مريض قد تزيد انغلاق الذات بدل أن تفتحها. لذلك يحتاج العلاج إلى تمييز نوع السؤال قبل معالجة مضمونه: هل هذا السؤال يطلب معرفة أم أمانا؟ هل يفتح إمكانا أم يعيد الحلقة؟ هل يستدعي الفعل أم يعلق الوعي في المراقبة؟ هل يقوم على دليل أم على رعب احتمالي؟

في مشروع الوعي الحاكمي، السؤال ليس أداة لغوية خارجية، بل هو بنية تشغيلية تربط الإدراك بالقيمة والفعل. السؤال يخلق فرقا، والفرق يستدعي حكما، والحكم يطلب معيارا، والمعيار يبني حاكمية. من هنا تظهر علاقة النظرية بMCD/QMCD: فدرجة التعقيد الحاكمي لا تقاس بكثرة المعلومات فقط، بل بقدرة الوعي على إنتاج أسئلة تفرّق بين طبقات المعنى، وتعيد ترتيب الاستجابة، وتفتح أفقا لا يكون مجرد هروب من الألم.

> **الأطروحة المركزية: العلاج النفسي العميق هو انتقال من فضاء أسئلة مغلق، مخيف، مكرر، قليل الوثوقية، إلى فضاء أسئلة توليدي، آمن، قابل للاختبار، وموجّه نحو فعل صغير يعيد للوعي حاكميته.**

لا تدعي هذه الورقة أن كل الاضطرابات تختزل في السؤال، ولا أن السؤال وحده يعالج البيولوجيا أو الصدمة أو الفقر أو الظلم أو العلاقات المؤذية. بل تقول إن السؤال هو نقطة التقاء بين هذه المستويات: فهو يستقبل أثر الجسد، ويترجم الذاكرة، ويفتح أو يغلق المعنى، ويحدد نوع الفعل الممكن. لذلك يكون السؤال في العلاج أقرب إلى بوابة حاكمية: إن صلحت البوابة صار العلاج قابلا للتقدم، وإن فسدت البوابة صار كل تدخل قابلا للالتفاف داخل الحلقة نفسها.

2 تعريف النظرية الكبرى وبنيتها العامة

نظرية مساعف لفضاء السؤالات التوليدي الوثوقي في العلاج النفسي هي إطار يعرّف النفس المتألمة بوصفها نظاما سؤاليا حاكميا قد فقد جزءا من قدرته على توليد أسئلة موثوقة تقود إلى تمييز وفعل ومعنى. المقصود بفضاء السؤالات ليس قائمة الأسئلة التي يطرحها الفرد بلسانه، بل مجموع الإمكانات السؤالية المتاحة لوعيه: ما الذي يستطيع أن يسأله دون أن ينهار؟ ما الذي لا يخطر له أصلا أن يسأله؟ ما السؤال الذي يطارده؟ ما السؤال الذي يمنعه من الحركة؟ وما السؤال الذي إن ظهر غيّر بنية المعاناة؟

الصفة **التوليدية** تعني أن الفضاء العلاجي لا يكتفي بتحليل أسئلة المريض الموجودة، بل ينتج أسئلة جديدة أرقى من حلقة الألم. والصفة **الوثوقية** تعني أن هذا التوليد لا يكون فوضى تأويلية ولا إسقاطا من المعالج، بل يخضع لمعايير: اتصال بالدليل، ملاءمة لحالة الجهاز العصبي، احترام لمرحلة المريض، قدرة على تقليل الحلقة لا تضخيمها، وقابلية للترجمة إلى فعل صغير قابل للملاحظة. أما الصفة **الحاكمية** فتعني أن

العلاج لا يسأل فقط: ماذا تشعر؟ بل يسأل أيضا: من يحكم سؤالك؟ الخوف أم القيمة؟ الذاكرة أم الواقع؟ الاحتمال أم الدليل؟ الحاجة إلى السيطرة أم الحاجة إلى الحياة؟

تنتظم النظرية في ثلاثة مستويات. المستوى الأول تشخيصي: يقرأ شكل الفضاء السؤالي، هل هو ضيق، متشظ، وسواسي، تجنبي، عدواني، أو فاقد للمعنى. المستوى الثاني توليدي: يبني أسئلة بديلة تفتح فروقا جديدة دون إغراق المريض. المستوى الثالث تحويلي: ينقل السؤال إلى فعل، والفعل إلى أثر، والأثر إلى تحديث في صورة الذات والعالم. بهذا لا تكون الجلسة العلاجية مجرد كلام، بل مختبرا صغيرا لإعادة هندسة علاقة الوعي بنفسه.

الصيغة المختصرة للنظرية: حيثما توجد حلقة نفسية متكررة توجد غالبا بنية سؤال مكررة. وحيثما يمكن توليد سؤال موثوق أعلى، يمكن فتح فرق علاجي جديد. وحيثما يتحول الفرق إلى فعل صغير، يبدأ الوعي في استعادة حاكميته.

تحت النظرية الكبرى خمس نظريات متساندة. الأولى تكشف كيف ينغلق الفضاء السؤالي. الثانية تضبط شروط توليد السؤال الموثوق. الثالثة تحدد حاكمية السؤال ومتى يسأل المعالج ومتى يصمت. الرابعة تربط السؤال بالجسد والوجدان والذاكرة والعلاقة. الخامسة تجعل السؤال جسرا إلى الفعل لا متاهة تحليلية. هذه النظريات ليست طبقات منفصلة، بل تعمل كمنظومة واحدة: تشخيص الانغلاق، توليد موثوق، ضبط حاكمي، إحالة متعددة الطبقات، ثم أثر عالمي صغير.

3 المفاهيم المركزية: من السؤال إلى الحاكمية

1.3 فضاء السؤالات

فضاء السؤالات هو المجال الممكن للأسئلة التي يستطيع الوعي إنتاجها أو احتمالها أو تأجيلها أو إغلاقها. قد يكون واسعا في شخص قادر على النظر إلى نفسه من أكثر من زاوية، وقد يكون ضيقا في شخص لا يرى إلا سؤالا واحدا: لماذا أنا هكذا؟ قد يكون الفضاء آمنا فيسمح بالسؤال دون انهيار، وقد يكون عدائيا فيتحول كل سؤال إلى اتهام. وقد يكون الفضاء غنيا لكنه قليل الوثوقية، فيطرح أسئلة كثيرة لكنها لا تستند إلى واقع ولا تقود إلى فعل.

2.3 السؤال التوليدي

السؤال التوليدي هو سؤال لا يكتفي بإعادة وصف الألم، بل يخلق فرقا جديدا داخل بنية الوعي. مثال ذلك أن سؤال: لماذا أنا ضعيف؟ غالبا يغلق، بينما سؤال: ما الفرق بين الضعف الحالي وحاجة جهازي العصبي إلى الأمان؟ يفتح. وسؤال: كيف أتخلص من القلق نهائيا؟ قد يصنع حربا مع القلق، بينما سؤال: ما الفعل الصغير الذي يثبت لجسدي أن الخطر أقل مما يتخيل؟ ينقل العلاج إلى تجربة قابلة للتحديث.

3.3 الوثوقية السؤالية

ليست كل الأسئلة نافعة. السؤال قد يكون عميقا في لغته لكنه مريض في وظيفته. الوثوقية السؤالية هي درجة صلاحية السؤال لأن يكون أداة علاجية: هل يحترم المعطيات؟ هل يميز بين الاحتمال والدليل؟ هل يناسب طاقة المريض؟ هل يفتح إمكانا لا وهما؟ هل يقلل الاعتماد على الطمأنة الخارجية؟ هل يسمح بقياس أثره؟ بهذا تصبح الوثوقية ميزانا يمنع العلاج من الانجراف وراء الأسئلة اللامعة التي لا تشفي.

4.3 الحاكمية العلاجية

الحاكمية العلاجية هي قدرة المعالج والمريض معا على الحكم على السؤال نفسه: متى يكون السؤال مناسبا؟ من أين جاء؟ ما القوة التي تقوده؟ ما أثره في الجسد؟ هل يزيد الوعي أم يزيد الانكماش؟ الحاكمية لا تعني القمع، بل تعني أن الفضاء العلاجي لا يترك الخوف يختار كل الأسئلة. إن أخطر ما في الحلقة النفسية أن السؤال يبدو بريئا، بينما هو في العمق أداة إعادة إنتاج للخوف. الحاكمية تكشف ذلك دون إذلال الذات.

5.3 الإحالة العلاجية

الإحالة تعني أن السؤال لا يبقى لغويا، بل يحال إلى طبقات متعددة: جسدية، وجدانية، معرفية، تاريخية، علائقية، قيمية، وسلوكية. حين يقول المريض: لماذا أخاف من الناس؟ لا يكفي جواب معرفي؛ يجب أن نسأل: أين يظهر الخوف في الجسد؟ ما الذاكرة التي تشبهه؟ ما القيمة التي يحميها؟ ما الفعل الذي يتجنبه؟ ما علاقة السؤال بنظرة الآخر؟ بذلك يتحول السؤال إلى خريطة، لا إلى جملة منفصلة.

4 النظرية الأولى: نظرية انغلاق الفضاء السؤالي المرضي

تقول هذه النظرية إن الاضطراب النفسي، في أحد أبعاده، هو انغلاق أو تشوه في فضاء الأسئلة الممكنة. فالوعي السليم نسبيا يستطيع أن ينتقل بين أسئلة متعددة: ماذا حدث؟ ماذا يعني؟ ما الدليل؟ ما البديل؟ ماذا أستطيع؟ من يساعدني؟ ما القيمة التي أريد خدمتها؟ أما الوعي المحاصر فيختزل العالم في سؤال واحد أو سؤالين يدوران بلا نهاية. لذلك يصبح الانغلاق السؤالي علامة على نقص الحاكمية، لا نقص الذكاء.

1.4 أنماط الانغلاق

يمكن رصد خمسة أنماط أولية. الأول هو الانغلاق القلقي، حيث تصير كل الأسئلة احتمالية كارثية: ماذا لو؟ والثاني هو الانغلاق الاكتئابي، حيث تصير الأسئلة عدمية: ما الجدوى؟ والثالث هو الانغلاق الوسواسي، حيث تصير الأسئلة ضمانية مستحيلة: هل تأكدت؟ والرابع هو الانغلاق الصدمي، حيث تصير الأسئلة دفاعية: كيف أتجنب تكرار الخطر؟ والخامس هو الانغلاق الهوياتي، حيث تصير الأسئلة اتهامية: من أنا حتى أستحق؟ هذه الأنماط قد تتداخل، لكن تمييزها يساعد على اختيار سؤال علاجي مناسب.

2.4 قانون الحلقة السؤالية

تعمل الحلقة المرضية غالبا وفق تسلسل: إحساس داخلي أو موقف خارجي، ثم سؤال تلقائي، ثم تفسير، ثم انفعال، ثم سلوك تجنبي أو قهري، ثم ارتياح قصير، ثم تثبيت للسؤال الأصلي. مثال: أشعر بخفقان، فيظهر سؤال: هل سأموت؟ ثم تفسير كارثي، ثم هلع، ثم فحص متكرر، ثم ارتياح مؤقت، ثم يصبح الخفقان في المرة القادمة أكثر قدرة على استدعاء السؤال نفسه. العلاج لا يكتفي بإخبار المريض أن الخفقان غير خطير، بل يعيد بناء السؤال من أصله.

> محكمة الهدم الأولى: إذا عالجنا الجواب ولم نر بنية السؤال، قد نعطي الحلقة مادة جديدة. فالطمأنة جواب، لكنها في الوسواس قد تثبت سؤال الضمان. والتحليل جواب، لكنه في الاكتئاب قد يثبت سؤال العدم. والتفسير الجسدي جواب، لكنه في القلق الصحي قد يثبت المراقبة.

3.4 مؤشر ضيق الفضاء

يقترح الإطار مؤشرا أوليا يسمى **مؤشر مساعف لضيق الفضاء السؤالي**. يقاس من خلال عدد الأسئلة البديلة التي يستطيع المريض احتمالها، ودرجة تكرار السؤال المركزي، وشدة الانفعال عند محاولة تغييره، ومدى تحوله إلى سلوك قهري أو تجنبي. كلما كان السؤال واحدا، عاجلا، كارثيا، غير قابل للتأجيل، وغير متصل بفعل واقعي، ارتفع الضيق. وكلما استطاع المريض أن يقول: هذا سؤال خوف لا سؤال دليل، بدأ الفضاء يتسع.

انغلاق الفضاء لا يعني أن المريض لا يعرف، بل قد يعرف كثيرا. المشكلة أن المعرفة لا تدخل إلى موضع الحكم، لأن السؤال المسيطر يعيد ترتيب كل المعلومات لصالحه. لذلك تفسر النظرية لماذا لا تكفي النصائح العامة لكثير من الحالات: لأنها تدخل كأجوبة إلى فضاء لا يسمح لها أن تصبح حاكمية. العلاج يبدأ حين نخلق سؤالا جديدا يستطيع أن يستقبل الجواب دون تحويله إلى وقود للحلقة.

5 النظرية الثانية: نظرية التوليد الوثوقي للسؤال

إذا كانت النظرية الأولى تشخص الانغلاق، فإن النظرية الثانية تحدد كيف يولد العلاج أسئلة جديدة دون أن يفتح بابا للفوضى. التوليد هنا ليس كثرة أسئلة، بل صناعة سؤال أعلى من السؤال المرضي بدرجة واحدة على الأقل. السؤال الأعلى لا ينكر الألم، ولا يقفز إلى تفاؤل سطحي، بل يضع الألم داخل فرق جديد يسمح للحاكمية أن تعمل.

1.5 شروط السؤال الموثوق

السؤال الموثوق في العلاج له سبعة شروط: أن يكون متصلا بحدث أو إحساس محدد، وأن يميز بين الدليل والتخمين، وأن يراعي قدرة الجهاز العصبي الحالية، وأن يفتح احتمالا عمليا لا خيالا ضخما، وأن يقلل التكرار القهري، وأن ينتج معلومة جديدة من التجربة، وأن يحترم القيم العميقة للمريض. فإذا فقد السؤال هذه الشروط صار إما تنظيرا باردا أو استفزازا أو تعميقا للاتهام الذاتي.

2.5 قاعدة الفرق الأدنى المنقذ

لا يحتاج المريض في البداية إلى سؤال عبقري، بل إلى فرق صغير منقذ. في القلق، الفرق قد يكون بين الخطر والإنذار. في الاكتئاب، بين انعدام المعنى وانخفاض الطاقة. في الوسواس، بين المسؤولية والسيطرة المطلقة. في الصدمة، بين الماضي والحاضر. في الخجل، بين أن يراني الآخر وأن يملك حقيقتي. هذه الفروق الصغيرة إذا صيغت كأسئلة موثوقة تصبح مفاتيح خروج.

قاعدة مساعف للفرق الأدنى المنقذ: لا يبدأ العلاج غالبا من أكبر تفسير، بل من أصغر فرق يوقف اندماج الوعي مع الحلقة.

3.5 أنماط التوليد

تقترح النظرية خمسة أنماط لتوليد السؤال. النمط التفريقي يسأل: ما الفرق بين ما أشعر به وما يحدث فعلا؟ النمط الإحالي يسأل: إلى أي طبقة يحيل هذا الألم: جسد، ذاكرة، علاقة، قيمة؟ النمط الحاكمي يسأل: من يقود هذا السؤال الآن؟ النمط التجريبي يسأل: ما التجربة الصغيرة التي تختبر الفرضية؟ النمط القيمي يسأل: أي قيمة أريد ألا يسرقها الخوف؟ يتعلم المريض تدريجيا أن ينتقل بين هذه الأنماط بدل أن يبقى أسيرا لنمط واحد.

4.5 ضد السؤال العنيف

بعض الأسئلة تبدو علاجية لكنها عنيفة: لماذا لا تتجاوز؟ لماذا لا تكون قويا؟ ما مشكلتك؟ هذه الأسئلة قد تزيد الخجل لأنها تحمل حكما قبل الفهم. في المقابل لا تعني اللطف أن نساير الحلقة. السؤال الوثوقي يجمع الرحمة والدقة: ما الذي يحاول هذا العرض حمايته؟ وما الثمن الذي تدفعه لأن الحماية صارت زائدة؟ هنا لا نكسر الدفاع بالإهانة، بل نكشف وظيفته وحدوده.

التوليد الوثوقي يختلف عن التفكير الإيجابي. التفكير الإيجابي قد يفرض جوابا جميلا على سؤال مريض، أما التوليد الوثوقي فيغيّر السؤال نفسه. كما يختلف عن الغرق التحليلي، لأن الغاية ليست معرفة كل سبب، بل توليد سؤال يسمح بتجربة جديدة. لذلك يظل المعيار العملي حاضرا: هل جعل هذا السؤال الحياة أوسع، أم جعل التأمل أعمق فقط؟ العمق الحقيقي هو ما يفتح حاكمية لا ما يزين الحلقة بلغة فلسفية.

6 النظرية الثالثة: نظرية الحاكمية العلاجية للسؤال

السؤال لا يشتغل وحده، هناك قوة تحكمه. قد يكون السؤال محكوما بالخوف، أو بالعار، أو بالرغبة في السيطرة، أو بالبحث عن الاعتراف، أو بالقيمة، أو بالدليل. لذلك تقترح النظرية الثالثة أن جزءا أساسيا من العلاج هو نقل قيادة السؤال من القوى العمياء إلى حاكمية واعية. ليست الغاية أن يصير الإنسان باردا، بل أن لا تملك الانفعالات وحدها حق صياغة العالم.

1.6 مراتب الحاكمية

هناك أربع مراتب. المرتبة الصفرية هي الاندماج: المريض هو السؤال، ولا يرى أنه سؤال. المرتبة الأولى هي التعرف: ألاحظ أن في داخلي سؤالا متكررا. المرتبة الثانية هي التقييم: أختبر مصدر السؤال ووظيفته ووثوقيته. المرتبة الثالثة هي إعادة التوجيه: أختار سؤالا أعلى وأترجمه إلى فعل. كثير من العلاج يتحرك من المرتبة الصفرية إلى الأولى، ثم من الأولى إلى الثانية، ثم من الثانية إلى الثالثة. ولا يصح مطالبة مريض في ذروة الانهيار بأن يقفز إلى المرتبة الثالثة دون تهدئة وتنظيم.

2.6 حاكمية الحاكمية

في الحالات المعقدة يحتاج العلاج إلى مستوى أعلى: ليس فقط الحكم على السؤال، بل الحكم على نظام الحكم نفسه. قد يكون المريض شديد النقد لذاته فيظن أنه يمارس وعيا، بينما هو يمارس جلدا. وقد يكون متمسكا بالتحليل فيظن أنه يبحث عن الحقيقة، بينما هو يؤجل الفعل. هنا تظهر حاكمية الحاكمية: هل طريقتي في تقييم نفسي عادلة؟ هل معاييري علاجية أم عقابية؟ هل أطلب يقينا إنسانيا ممكنا أم يقينا مستحيلا؟

> محكمة الهدم الثانية: كل سؤال علاجي يجب أن يمر على ثلاثة قضاة: قاضي الدليل، قاضي الرحمة، وقاضي الأثر. إن سقط عند الدليل صار وهما، وإن سقط عند الرحمة صار عنفا، وإن سقط عند الأثر صار تنظيرا بلا علاج.

3.6 توزيع الحاكمية بين المعالج والمريض

في البداية قد يحمل المعالج جزءا كبيرا من الحاكمية: يبطئ الحلقة، يسمي السؤال، يحمي المريض من التعميم. لكن العلاج الناضج لا يخلق تبعية، بل ينقل الحاكمية تدريجيا إلى المريض. لذلك يجب أن يتعلم المريض ليس فقط جواب الجلسة، بل طريقة إنتاج السؤال الموثوق

خارج الجلسة. فإذا بقيت الحاكمية في يد المعالج وحده، صار العلاج طمأنة راقية. وإذا انتقلت بلا تدرج، قد يشعر المريض أنه متروك. الحكمة في توزيع الحاكمية زمنيا.

4.6 الحاكمية والحرية النفسية

الحرية النفسية ليست أن أشعر بما أريد، بل أن أستطيع أن أحكم على ما أشعر به دون أن أخونه أو أعبده. قد يبقى القلق، لكن السؤال يتغير: بدل لماذا جاء القلق؟ يصبح ماذا يطلب جسدي الآن؟ وبدل كيف أقتله؟ يصبح كيف أتصرف وفق القيمة مع وجوده؟ هنا ينخفض سلطان العرض حتى لو بقي أثره. بهذا المعنى فالحاكمية لا تلغي الانفعال، بل تمنع الانفعال من احتكار تفسير العالم.

7 النظرية الرابعة: نظرية الإحالة الجسدية - الوجدانية للسؤال

لا يعيش السؤال في اللغة وحدها. كثير من الأسئلة النفسية تبدأ كإحساس جسدي قبل أن تصبح فكرة. ضيق الصدر قد يولد سؤالا عن الخطر، وثقل الجسد قد يولد سؤالا عن العجز، وانقباض المعدة قد يستدعي سؤالا عن الرفض، وتوتر الفك قد يستدعي سؤالا عن الدفاع. لذلك تقترح هذه النظرية أن السؤال العلاجي يجب أن يقرأ طريقه من الجسد إلى الوجدان إلى المعنى إلى الفعل.

1.7 السؤال كترجمة جسدية

حين يقول المريض: أشعر أن شيئا سيحدث، لا يكون السؤال معرفيا فقط. قد يكون الجهاز العصبي في حالة إنذار، واللغة تبحث عن سبب. إذا تعامل العلاج مع الجملة كاعتقاد فقط، فقد يفوته أن الجسد هو من يضغط لتوليد السؤال. لذلك يكون السؤال الموثوق: ما الإحساس الذي سبق الفكرة؟ ماذا قال الجسد قبل أن يصوغ العقل قصة؟ هذا لا يلغي التفكير، بل يرتب التسلسل.

2.7 الوجدان لا يكذب ولا يصدق وحده

تؤكد النظرية أن الوجدان يحمل معلومة لكنه لا يملك الحكم النهائي. الخوف يقول إن هناك شيئا مهما، لكنه لا يثبت وجود خطر. الحزن يقول إن هناك فقدا أو تعبا أو معنى مهددا، لكنه لا يثبت انعدام المستقبل. الغضب يقول إن هناك حدّا أو قيمة، لكنه لا يثبت عدالة كل فعل. من هنا يصير السؤال العلاجي: ما المعلومة التي يحملها الوجدان؟ وما الحكم الذي لا يجوز أن نعطيه له وحده؟

3.7 خريطة الطبقات السبعة

تعمل الإحالة عبر سبع طبقات: الجسد، الانفعال، الصورة الذهنية، الجملة الداخلية، الذاكرة، العلاقة، والقيمة. السؤال غير الموثوق يقفز من الجسد إلى الكارثة أو من الذاكرة إلى الهوية. السؤال الموثوق يمر بالطبقات: أين هو في الجسد؟ ما الانفعال؟ ما الصورة؟ ما الجملة؟ أي ذاكرة تشبهه؟ ما العلاقة التي تنشط؟ ما القيمة المهددة؟ بهذه الخريطة يصبح الألم مفهوما دون أن يصير قدرا.

> **قانون الإحالة العلاجية: كل سؤال نفسي عميق له ظل جسدي، وذاكرة وجدانية، وسياق علائقي، وقيمة مهددة. العلاج الناضج لا يختزل السؤال في طبقة واحدة.**

4.7 الإحالة تمنع الاختزال

بعض المدارس تميل إلى اختزال الألم في فكرة، وأخرى في جسد، وأخرى في صدمة، وأخرى في علاقة. النظرية لا تنكر فائدة هذه المداخل، لكنها تجعل السؤال جسرا بينها. إذا ظهر وسواس النظافة مثلا، لا نسأل فقط عن الاعتقاد، بل عن الجسد حين يشعر بالتلوث، والذاكرة التي تجعل القذارة تهديدا للذات، والعلاقة بين الخطأ والذنب، والقيمة التي يريد المريض حمايتها: الطهارة، السلامة، القبول، أو السيطرة. هكذا يحافظ العلاج على التعقيد دون أن يضيع فيه.

8 النظرية الخامسة: نظرية الانتقال من السؤال إلى الفعل ذي الأثر العالمي الصغير

إذا بقي السؤال في التحليل فقط، قد يتحول العلاج إلى معرفة بلا شفاء. لذلك تؤكد النظرية الخامسة أن السؤال العلاجي يبلغ نضجه حين ينتج فعلا صغيرا في العالم. المقصود بالعالم هنا ليس الكون الكبير، بل المجال الخارجي الذي يختبر فيه الوعي فرضياته: رسالة مؤجلة، خروج قصير، تجربة تنفس، اعتذار، حدّ صحي، ترك فحص قهري، عودة إلى عادة بسيطة، أو فعل قيمة رغم وجود الخوف.

1.8 لماذا الفعل ضروري؟

لأن الجهاز النفسي لا يتحدث بلغة المفاهيم وحدها. المريض قد يفهم أن الناس لا يراقبونه، لكنه لا يتعلم ذلك عصبيا إلا حين يدخل موقفا اجتماعيا ويخرج منه دون كارثة. قد يعرف أن الوسواس يطلب يقينا مستحيلا، لكنه لا يتعلم إلا حين يترك طقسا صغيرا ويرى أن القلق يهبط. قد يفهم أن الاكتئاب يخدعه، لكنه لا يتحدث مع الطاقة إلا عبر حركة صغيرة. الفعل هنا ليس نصيحة سلوكية سطحية، بل اختبار حاكمي للسؤال الجديد.

2.8 دورة السؤال - الفعل - الأثر - التحديث

الدورة المقترحة هي: سؤال موثوق، فرضية صغيرة، فعل قابل للقياس، أثر ملاحظ، تحديث في السؤال. مثال: السؤال الجديد ليس هل سأفشل؟ بل ما تجربة العشر دقائق التي تختبر أنني أستطيع البدء؟ الفعل: عشر دقائق عمل. الأثر: صعوبة في البداية ثم انخفاض مقاومة. التحديث: المشكلة ليست انعدام القدرة بل عتبة البدء. من هنا يولد سؤال أعلى: ما الذي يساعدني على عبور عتبة البدء غدا؟

3.8 الأثر العالمي الصغير

تستعمل النظرية عبارة الأثر العالمي الصغير لأن كل فعل علاجي يغير علاقة الذات بالعالم ولو بقدر محدود. حين يخرج شخص قلق من التجنب، لا يغير شعوره فقط، بل يغير خريطة العالم لديه: المكان الذي كان تهديدا يصبح قابلا للاحتمال. وحين يضع شخص مكتئب نظاما صغيرا، لا ينجز مهمة فقط، بل يثبت أن العالم ليس مغلقا تماما. وحين يترك موسوس فحصا، فهو لا يترك حركة فقط، بل يكسر مبدأ الضمان المستحيل.

> محكمة الهدم الثالثة: السؤال الذي لا يمكن أن يترجم إلى أي فعل، ولو داخلي أو علائقي أو سلوكي، قد يكون سؤالا تأمليا نافعا في الفلسفة، لكنه في العلاج يحتاج إلى تحويل أو تأجيل أو إعادة صياغة.

4.8 الفعل لا يعني القسوة

قد يساء فهم الفعل كدفع المريض بقسوة إلى المواجهة. النظرية ترفض ذلك. الفعل العلاجي يجب أن يكون داخل نافذة الاحتمال، لا داخل الانهيار. لذلك يسأل المعالج: ما أصغر فعل يحترم جهازك العصبي ويخون الحلقة في الوقت نفسه؟ إن كان الفعل كبيرا صار صدمة جديدة، وإن كان سهلا جدا صار طمأنة بلا نمو. الحكمة في اختيار عتبة تتحدى الحلقة دون أن تسحق الشخص.

9 النموذج التشغيلي العام: من التشخيص إلى التحديث

يقترح الإطار نموذجا من سبع خطوات يمكن استعماله كخريطة بحثية أو علاجية عامة، مع ضرورة تكييفه من طرف مختصين حسب الحالة والسياق. الخطوة الأولى هي التقاط السؤال المسيطر: ما الجملة السؤالية التي تعود كلما ظهر الألم؟ الخطوة الثانية هي تحديد مصدر السؤال: خوف، عار، ذاكرة، قيمة، جسد، علاقة، أو رغبة في السيطرة. الخطوة الثالثة هي قياس وثوقيته: هل يعتمد على دليل؟ هل يقود إلى فعل؟ هل يتكرر قهريا؟ الخطوة الرابعة توليد فرق أدنى منقذ. الخطوة الخامسة صياغة سؤال بديل. الخطوة السادسة اختيار فعل صغير. الخطوة السابعة تحديث الخريطة بناء على الأثر.

1.9 خريطة الخطوات السبع

1. **التقاط السؤال:** ما السؤال الذي يحكم اللحظة؟
2. **تحديد الحاكم:** من يقود السؤال: الخوف، الدليل، القيمة، الذاكرة، أم الجسد؟
3. **اختبار الوثوقية:** ما مقدار دليل السؤال وأثره وتكراره؟
4. **استخراج الفرق:** ما الفرق الصغير الذي لم تره الحلقة؟
5. **توليد السؤال البديل:** ما السؤال الأعدل والأقرب إلى الواقع؟
6. **الفعل التجريبي:** ما التجربة الصغيرة التي تختبر السؤال؟
7. **التحديث:** ماذا تعلم الوعي من الأثر؟

2.9 معادلة أولية

يمكن صياغة مؤشر تقريبي للوثوقية السؤالية على نحو رمزي:

$$QTI = \frac{D + R + A + V + E}{K + C + S}$$

حيث يشير D إلى الاتصال بالدليل، وR إلى احترام واقع الجسد، وA إلى قابلية الفعل، وV إلى الاتساق مع القيمة، وE إلى إنتاج أثر تجريبي. أما K فيشير إلى الكارثية، وC إلى القهرية، وS إلى طلب اليقين المستحيل. ليست المعادلة قياسا سريريا جاهزا، بل لغة بحثية لتوجيه بناء المقاييس لاحقا.

3.9 العلاقة بMCD/QMCD

في لغة MCD، يرفع السؤال العلاجي الجيد درجة التعقيد الفعّال لأنه يزيد الفروق الممكنة، ويرفع التكامل بين الجسد والمعنى والفعل، ويقلل الضوضاء القهرية، ويفتح بدائل. وفي لغة QMCD، يمكن اعتبار الفضاء السؤالي حالة تراكبية من احتمالات التفسير والفعل، ويأتي السؤال الحاكمي ليخفض الفوضى لا إلى جواب نهائي، بل إلى مسار قابل للتجريب. بذلك يصبح العلاج انتقالا من تراكب مربك إلى تراكب منظّم، ثم إلى فعل يحدث تحديثا في النظام.

10 الأدوات التقنية المقترحة باسم مساعف

لا تكتمل النظرية دون أدوات تشغيلية تسمح بتحويلها إلى ممارسة قابلة للتدريب والبحث. الأدوات التالية أولية، قابلة للتطوير إلى مقاييس أو بطاقات جلسات أو تطبيقات رقمية، ولا تقدم نفسها كاختبارات سريرية معتمدة بعد.

1.10 1. مصفوفة مساعف لضيق الفضاء السؤالي

تسأل المصفوفة عن خمسة أبعاد: عدد الأسئلة المتاحة، مرونة الانتقال بينها، شدة السؤال المسيطر، القابلية للتأجيل، والقابلية للفعل. يحصل المعالج على خريطة أولية: هل المشكلة في قلة البدائل، أم في كثرة أسئلة غير موثوقة، أم في عجز عن إغلاق السؤال، أم في خوف من السؤال نفسه؟

2.10 2. مؤشر مساعف للوثوقية السؤالية

يقيس جودة السؤال من حيث الدليل، الرحمة، الأثر، التناسب العصبي، ومقاومة الحلقة. يمكن للمريض أن يتعلم تقدير السؤال من صفر إلى عشرة في كل بعد. السؤال الذي يأخذ درجة عالية في الكارثية ودرجة منخفضة في الفعل لا يعالج مباشرة؛ بل يعاد توليده.

3.10 3. رادار الحاكمية الانفعالية

أداة ترسم من يقود السؤال في اللحظة: خوف، عار، غضب، قيمة، دليل، ذاكرة، جسد. لا تهدف الأداة إلى إسكات الانفعال بل إلى منعه من الانفراد بالحكم. حين يرى المريض أن الخوف يقود 80 في المئة من السؤال، يصبح قادرا على إضافة شاهد آخر: ما الذي يقوله الدليل؟ ما الذي تقوله القيمة؟

4.10 4. بروتوكول السؤال الثالث

كثير من الحلقات تتحرك بين سؤال مرضي وجواب دفاعي. البروتوكول يطلب سؤالا ثالثا أعلى: ليس هل أنا فاشل؟ ولا لا، أنا ناجح؛ بل ما الفعل الصغير الذي يجعل التقييم أكثر عدلا؟ السؤال الثالث لا يساير الاتهام ولا يرد عليه بإنكار، بل يفتح مسار اختبار.

5.10 5. دفتر السؤالات المنقذة

دفتر شخصي يسجل الأسئلة التي أثبتت أنها تفتح الوعي في لحظات معينة. لا يكون الدفتر مجموعة عبارات تحفيزية، بل خريطة أسئلة مصنفة حسب الحالة: قلق، وسواس، حزن، غضب، خجل، تجنب. مع الوقت يبني المريض ذاكرة علاجية مضادة لذاكرة الحلقة.

6.10 6. سلم السؤال إلى الفعل

أداة تربط كل سؤال بفعل من خمس درجات: فعل داخلي، فعل جسدي، فعل لغوي، فعل علائقي، فعل عالمي. مثال: سؤال القلق قد يقود إلى تسمية الإحساس، ثم إرخاء جسدي، ثم جملة حاكمية، ثم طلب دعم، ثم دخول موقف صغير. هكذا لا يبقى السؤال عائما.

7.10 7. محكمة الهدم العلاجي

هي إجراء نقدي يسأل: ما الاعتراض الأقوى على سؤالنا؟ هل هو مبكر؟ هل هو قاس؟ هل هو غير قابل للاختبار؟ هل يختزل الصدمة؟ هل يحمل ثقافة المعالج لا عالم المريض؟ المحكمة تمنع النظرية من التحول إلى عقيدة مغلقة.

8.10 8. خريطة إعادة توزيع الحاكمية

تحدد كيف تنتقل سلطة التفسير من العرض إلى الذات الواعية. في بداية العلاج قد يكون العرض حاكما بنسبة كبيرة. مع التقدم يتعلم المريض أن يشارك في الحكم، ثم أن يقود السؤال، ثم أن يبني أسئلة خاصة به. هذه الخريطة مهمة لمنع التبعية للمعالج أو للتقنية.

11 تطبيقات أولية على الاضطرابات النفسية

1.11 القلق والهلع

في القلق، يتقلص فضاء السؤال حول الخطر والاحتمال. السؤال المرضي: ماذا لو حدث الأسوأ؟ السؤال الوثوقي لا يكون: لن يحدث شيء، لأن هذا جواب ضماني. بل يكون: ما الدليل الحالي؟ ما الفرق بين إنذار جسدي وخطر واقعي؟ ما الفعل الصغير الذي يثبت لجسدي أنني أستطيع الاحتمال؟ في الهلع، يتحول الجسد إلى مولد سؤال كارثي؛ لذلك يبدأ العلاج غالبا من الإحالة الجسدية: ما الإحساس؟ ما تسميته؟ ما الزمن المتوقع لصعوده وهبوطه؟

2.11 الاكتئاب وفقد المعنى

في الاكتئاب، ينغلق السؤال حول الجدوى والقدرة والقيمة. السؤال المرضي: ما الفائدة؟ السؤال الأعلى: هل غياب الطاقة دليل على غياب المعنى، أم علامة على نظام منهك؟ ما أصغر فعل لا يحتاج إلى إيمان كامل بالجدوى؟ كيف نميز بين حكم الاكتئاب وحقيقة الحياة؟ هنا يصبح الفعل الصغير مركزيا، لأن المعنى لا يعود دائما بالاقتناع، بل أحيانا بالحركة التي تسبق الاقتناع.

3.11 الوسواس القهري

في الوسواس، يصبح السؤال ضمانيا لا يقبل الإغلاق: هل تأكدت؟ هل يمكن أن أكون أخطأت؟ هل أنا مسؤول عن احتمال بعيد؟ النظرية تقترح أن العلاج يحتاج إلى فضح بنية السؤال لا مناقشة كل مضمون. السؤال الوثوقي: هل أطلب مسؤولية إنسانية أم سيطرة مطلقة؟ ما الثمن الذي أدفعه مقابل يقين لا يأتي؟ ما الفعل الصغير الذي يعلمني احتمال الشك؟ هنا يتصل الإطار بمبدأ التعرض ومنع الاستجابة، لكن بلغة حاكمية سؤالية.

4.11 الصدمة والتفكك

في الصدمة، قد يصبح السؤال الدفاعي أقوى من سؤال الحياة: كيف أتجنب؟ كيف أتوقع الخطر قبل أن يأتي؟ كيف لا أحتاج لأحد؟ لا يصح دفع المريض مباشرة إلى أسئلة معنى واسعة قبل بناء أمان جسدي وعلائقي. السؤال الموثوق يبدأ غالبا بالتمييز بين الماضي والحاضر: ما العلامة التي تقول إنني الآن في 2026 لا في لحظة الخطر القديمة؟ ما الجزء الذي يحاول حمايتي؟ ما الحماية التي صارت سجنا؟

5.11 الخجل والهوية المجروحة

في الخجل، يتحول الآخر إلى مرآة حاكمة. السؤال المرضي: ماذا يرون فيّ؟ السؤال الوثوقي: هل رؤية الآخر تملك حقيقتي أم تكشف خوفا في علاقتي بالاعتراف؟ ما القيمة التي أريد أن أعيشها ولو لم يصفق لها أحد؟ ما الفرق بين الخطأ والعار؟ هنا يتسع العلاج من تصحيح صورة الذات إلى إعادة توزيع الحاكمية بين الداخل والخارج.

6.11 الإدمان والسلوك القهري

السلوك الإدماني كثيرا ما يختصر السؤال: كيف أهرب الآن؟ أو كيف أستعيد شعورا مفقودا بسرعة؟ السؤال العلاجي لا يهاجم الشخص، بل يسأل: ما الحاجة التي يلبيها السلوك؟ ما الألم الذي يؤجله؟ ما البديل الأصغر الذي لا يدمر الحاكمية؟ ما الثواني العشر التي تسبق الاستسلام؟ بذلك يتحول العلاج من حرب أخلاقية إلى هندسة سؤال وحاجة وفعل.

12 بنية الجلسة العلاجية وفق النظرية

يمكن تصور الجلسة كحركة من خمس مراحل. المرحلة الأولى تهدئة الفضاء، لأن السؤال العميق لا يعمل داخل فيضان عصبي كامل. المرحلة الثانية التقاط السؤال المسيطر كما يظهر في اللغة والجسد. المرحلة الثالثة محكمة الوثوقية: نختبر السؤال دون إذلال صاحبه. المرحلة الرابعة توليد السؤال البديل. المرحلة الخامسة تحويل السؤال إلى تجربة بين الجلسات. هذه البنية لا تلزم كل المدارس، لكنها تمنح النظرية قابلية تدريبية.

1.12 مرحلة تهدئة الفضاء

لا تبدأ الجلسة دائما بالسؤال الكبير. أحيانا يكون أول واجب علاجي هو تقليل الضوضاء: تنفس، تسمية إحساس، ضبط إيقاع، تثبيت حاضر، أو اتفاق أمان. السؤال الذي يطرح قبل التهدئة قد يصبح اقتحاما. لذلك تقول النظرية: لا سؤال حاكميا بلا حد أدنى من الأمان.

2.12 مرحلة التقاط السؤال المسيطر

ينتبه المعالج إلى الصيغ المتكررة: ماذا لو؟ لماذا أنا؟ هل تأكدت؟ لن أستطيع. ماذا سيقولون؟ ثم يساعد المريض على تحويل الضباب إلى سؤال واضح. بمجرد تسمية السؤال، ينتقل المريض من الاندماج إلى الملاحظة. هذه لحظة علاجية كبيرة لأنها تنزع عن الحلقة بعض قدسيتها.

3.12 مرحلة محكمة الوثوقية

لا يقال للمريض: سؤالك خطأ. بل نسأل: ما الدليل؟ ماذا يفعل بك السؤال؟ هل يفتح فعلا؟ هل يراعي جسدك؟ هل يطلب مستحيلا؟ هل جاء من الآن أم من هناك؟ هذه المحكمة رحيمة لأنها تحاكم السؤال لا الشخص. وهي صارمة لأنها لا تسمح للخوف أن يلبس لباس الحقيقة بلا اختبار.

4.12 مرحلة التوليد

هنا يبنى سؤال جديد، غالبا عبر فرق صغير. لا ننتقل من ما الفائدة؟ إلى الحياة جميلة، بل إلى: ما فعل الدقيقتين الذي لا يحتاج إلى شعور مسبق؟ ولا ننتقل من هل سأموت؟ إلى لن تموت، بل إلى: ما العلامات التي تميز هلعا معروفا عن خطرا فعليا يحتاج مساعدة؟ هذا التوليد يحترم الواقع دون عبادة الخوف.

5.12 مرحلة التجربة والتحديث

تنتهي الجلسة بسؤال قابل للتجربة: ماذا سأفعل حين يظهر السؤال القديم؟ ما الجملة البديلة؟ ما الفعل؟ كيف أقيس الأثر؟ في الجلسة التالية لا نسأل فقط: هل تحسنت؟ بل: ماذا تعلم السؤال؟ هل أثبتت التجربة شيئا؟ هل نحتاج سؤالا آخر؟ بهذا يصبح العلاج بحثا مشتركا لا تلقينا.

13 العلاقة بالنظريات العلاجية المعروفة

تتقاطع النظرية مع العلاج المعرفي السلوكي في اهتمامها بالأفكار والتجارب السلوكية، لكنها تنقل التركيز من الفكرة إلى السؤال الذي يولد الفكرة. وتتقاطع مع العلاج القائم على القبول والالتزام في ربط الفعل بالقيمة، لكنها تضيف معيار الوثوقية السؤالية والحاكمية. وتتقاطع مع العلاج الميتامعرفي في فحص علاقة الشخص بأفكاره، لكنها توسع المجال إلى الجسد والوجدان والعلاقة والمعنى. وتتقاطع مع المقاربات السردية لأنها ترى الإنسان داخل قصة، لكنها تفترض أن تغيير القصة يبدأ أحيانا من تغيير السؤال الذي يسمح بقصة أخرى.

هذا التقاطع لا يعني أن النظرية بديل عن المدارس، بل قد تعمل كطبقة فوقية تنظم استعمال الأسئلة داخلها. فالمعالج المعرفي يمكن أن يستخدمها لتمييز السؤال الذي ينتج التشوه المعرفي. والمعالج الجسدي يمكن أن يستخدمها لتتبع السؤال الذي يولده الإحساس. والمعالج السردي يمكن أن يستخدمها لفتح أسئلة هوية جديدة. والمعالج الوجودي يمكن أن يستخدمها لمنع سؤال المعنى من التحول إلى هاوية عدمية.

> محكمة الهدم الرابعة: خطر النظرية أن تدعي أنها تحتوي كل المدارس. الصياغة المنضبطة تقول إنها عدسة حاكمية - سؤالية يمكن أن تتكامل مع المدارس، لا أنها تلغيها.

تضيف النظرية إلى المشهد العلاجي ثلاث نقاط. الأولى أن السؤال ليس مجرد تقنية سقراطية، بل فضاء نفسي كامل. الثانية أن جودة السؤال تحتاج معيار وثوقية، لا مجرد عمق لغوي. الثالثة أن السؤال يجب أن يتحول إلى أثر عالمي صغير حتى يحدّث الجهاز النفسي. هذه الإضافات تجعل النظرية قابلة للاختبار: هل تدريب المرضى على تمييز الأسئلة المسيطرة وتوليد أسئلة موثوقة يحسن النتائج؟ هل يقلل طلب الطمأنة؟ هل يزيد المرونة النفسية؟ هل يرفع الالتزام بالفعل القيمي؟ هذه أسئلة بحثية يمكن دراستها.

14 محكمة الهدم: اعتراضات قوية وردود منضبطة

1.14 الاعتراض الأول: هل تختزل النظرية المرض النفسي في اللغة؟

الجواب: لا. النظرية تميز صراحة بين السؤال اللغوي والسؤال كحاكمية. السؤال هنا ليس جملة فقط، بل مسار يربط الجسد والوجدان والذاكرة والمعنى والفعل. لذلك لا تنفي البيولوجيا ولا الصدمة ولا السياق الاجتماعي. بل تقول إن هذه العوامل غالبا تدخل إلى الوعي عبر أسئلة أو ما يشبه الأسئلة: هل أنا آمن؟ هل أستحق؟ هل أستطيع؟ هل سيحدث الخطر؟

2.14 الاعتراض الثاني: ماذا عن الحالات الشديدة؟

لا يجوز استعمال النظرية وحدها مع الذهان الحاد، أو الهوس، أو خطر الانتحار، أو الإدمان الشديد، أو الحالات التي تحتاج تدخلا طبيا عاجلا. في هذه الحالات يكون بناء الفضاء السؤالي جزءا لاحقا أو مرافقا، لا بديلا عن الأمان والتقييم الطبي والدعم الدوائي أو المؤسساتي عند الحاجة. النظرية أقوى حين تعرف حدودها.

3.14 الاعتراض الثالث: هل السؤال قد يزيد الاجترار؟

نعم، إذا فقد الوثوقية. لذلك جعلت النظرية الوثوقية شرطا لا زينة. السؤال العلاجي يجب أن يقود إلى تمييز أو فعل أو رحمة أو دليل، لا إلى دوران أطول. إذا زاد السؤال الاجترار فهو ليس سؤالا توليديا، بل سؤال حلقة متنكر في صورة علاج.

4.14 الاعتراض الرابع: هل يمكن قياس النظرية؟

يمكن تطوير مقاييس أولية: عدد الأسئلة البديلة، شدة السؤال المسيطر، درجة طلب اليقين، قابلية الفعل، وسرعة العودة إلى السؤال القديم. كما يمكن اختبار أثر تدريب المرضى على بروتوكول السؤال الثالث أو دفتر السؤالات المنقذة. القياس يحتاج دراسات، لكن النظرية لا تمنع القياس بل تدعو إليه.

5.14 الاعتراض الخامس: هل تحمل النظرية طابعا ثقافيا خاصا؟

كل نظرية علاجية تحمل افتراضات ثقافية عن الذات والحرية والمسؤولية. ميزة هذا الإطار أنه يجعل الحاكمية والقيمة جزءا صريحا من العلاج، مما يسمح بتكييفه ثقافيا بدل إخفاء افتراضاته. في سياق ديني أو أخلاقي مثلا، يمكن للسؤال أن يميز بين الذنب الصحي والعار المرضي، وبين التوكل والهروب، وبين المحاسبة وجلد الذات، دون تحويل العلاج إلى وعظ.

الحد المنهجي: كل ادعاء في هذه الورقة يجب أن يبقى قابلا للهدم أو التصحيح. النظرية مشروع بحثي لا عقيدة علاجية مغلقة.

15 فرضيات بحثية وبرنامج تطوير

تقترح الورقة مجموعة فرضيات قابلة للاختبار. الفرضية الأولى: ارتفاع ضيق الفضاء السؤالي يرتبط بارتفاع الاجترار والقلق وطلب الطمأنة. الفرضية الثانية: تدريب السؤال الثالث يقلل الاندماج مع السؤال المرضي. الفرضية الثالثة: الأسئلة ذات الوثوقية العالية ترتبط بأفعال

علاجية أكثر ثباتا. الفرضية الرابعة: إدماج الإحالة الجسدية في بناء السؤال يحسن العمل مع الهلع والصدمة. الفرضية الخامسة: نقل الحاكمية من المعالج إلى المريض يقلل الانتكاس بعد انتهاء العلاج.

1.15 تصميم دراسات ممكنة

يمكن البدء بدراسات نوعية تسأل المرضى عن الأسئلة التي كانت تحكم معاناتهم قبل العلاج وبعده. ثم تطوير مقياس مختصر لضيق الفضاء السؤالي. بعد ذلك يمكن إجراء تجارب صغيرة تقارن بين تدخل معرفي تقليدي وتدخل يضيف بروتوكول السؤال الثالث. ويمكن في التطبيقات الرقمية بناء يوميات أسئلة تقيس تكرار السؤال المسيطر وتحوله عبر الوقت.

2.15 التطبيق في الذكاء العلاجي المساعد

لأن النظرية مرتبطة بمشروع الذكاء الفتاح، يمكن تحويلها إلى وحدات داخل مساعد علاجي غير بديل عن الإنسان: كاشف السؤال المسيطر، مقياس الوثوقية، مولد السؤال الثالث، مقترح الفعل الصغير، ومحكمة الهدم. لكن يجب وضع حدود أخلاقية صارمة: لا تشخيص نهائي، لا تعامل منفرد مع الخطر، لا استبدال للمعالج، لا دفع قاس إلى مواجهة، ولا توليد أسئلة تتجاوز قدرة المستخدم.

3.15 الأفق النظري

على المدى الطويل يمكن أن تصبح النظرية جسرا بين العلاج النفسي، ونظرية الوعي، وهندسة الذكاء العام الفتاح. فالآلة التي تفهم الإنسان علاجيا لا تحتاج فقط إلى إجابة، بل إلى إدراك نوع السؤال الذي يحكم الوعي. والإنسان الذي يتعافى لا يحتاج فقط إلى معلومات أكثر، بل إلى فضاء أسئلة أعدل. هنا يلتقي العلاج بالذكاء: كلاهما يحتاج حاكمية للسؤال قبل حاكمية الجواب.

16 مصفوفة التشخيص السؤالي التفصيلية

يقترح هذا الفصل مصفوفة أوسع لتحويل النظرية إلى قراءة عملية للحالة. لا تبدأ المصفوفة باسم الاضطراب، بل بنوع السؤال الذي يملك المشهد. فقد يشترك مريضان في تشخيص واحد، لكن أحدهما محكوم بسؤال الخطر، والآخر بسؤال العار، والثالث بسؤال الضمان. لذلك يكون السؤال التشخيصي الأول: ما السؤال الذي لو تغير تغيرت معه بنية المعاناة؟ إن تحديد هذا السؤال لا يغني عن التشخيص المهني، لكنه يعطي التشخيص بعدا ديناميا.

1.16 محور المصدر

يسأل محور المصدر: من أين جاء السؤال؟ قد يأتي من إحساس جسدي سريع، أو من ذاكرة عالقة، أو من علاقة حالية، أو من قيمة مهددة، أو من عادة عقلية قديمة. السؤال الذي يأتي من الجسد يحتاج تهدئة وإحالة حسية قبل الجدل المعرفي. والسؤال الذي يأتي من العار يحتاج أمانا علائقيا قبل المحاكمة. والسؤال الذي يأتي من القيمة يحتاج تفريقا بين القيمة النبيلة والوسيلة المرضية التي صارت تحرسها.

2.16 محور الوظيفة

كل سؤال يؤدي وظيفة. بعض الأسئلة تحمي، وبعضها تؤجل، وبعضها تعاقب، وبعضها تفتش عن اعتراف، وبعضها تطلب يقينا مستحيلا. لا يكفي أن نسأل هل السؤال صحيح؟ بل نسأل: ماذا يفعل السؤال لصاحبه؟ ما المكسب القصير الذي يعطيه؟ وما السجن الطويل الذي

يخلقه؟ هذه القراءة تمنع العلاج من سحق الدفاع قبل فهم سبب وجوده.

3.16 محور المصير

يسأل هذا المحور: إلى أين يأخذ السؤال صاحبه؟ هل يقوده إلى فعل؟ إلى تجنب؟ إلى طمأنة؟ إلى فحص؟ إلى عزلة؟ إلى شجار؟ إلى نوم مفرط؟ إلى بحث لا ينتهي؟ السؤال العلاجي الجيد لا يقيم فقط من منطقه، بل من مصيره. قد يكون السؤال منطقيا ظاهريا، لكنه إذا كان مصيره دائما اجترارا وانكماشا وجب تغيير طريقة التعامل معه.

4.16 محور القابلية للتحديث

بعض الأسئلة لا تتحدث مهما جاءت الأدلة، لأنها ليست أسئلة معرفة بل أسئلة أمان. هنا يجب أن يكون التدخل تجريبيا لا إقناعيا. يختبر المعالج: هل يغير الدليل السؤال؟ إن لم يغيره، ننتقل إلى الفعل التدريجي أو تنظيم الجهاز العصبي أو العمل على الذاكرة. هذه القابلية للتحديث من أهم الفروق بين سؤال معرفي وسؤال حلقي.

17 بروتوكولات علاجية مصغرة داخل النظرية

1.17 بروتوكول القلق: من ماذا لو إلى ماذا الآن

يبدأ البروتوكول بتسمية سؤال ماذا لو، ثم نقله إلى الحاضر: ماذا يحدث الآن؟ ما الدليل الآن؟ ما الإحساس الآن؟ ما الفعل الآن؟ كل انتقال من المستقبل الكارثي إلى الحاضر القابل للفعل يضعف سلطان الخيال. لا يطلب البروتوكول من المريض أن يثبت أن الخطر معدوم، بل أن يثبت أن الحاضر أضيق من الكارثة وأقرب إلى التحكم.

2.17 بروتوكول الاكتئاب: من ما الجدوى إلى ما العتبة

السؤال الاكتئابي يميل إلى محاكمة الحياة كلها من داخل طاقة منخفضة. البروتوكول لا يناقش الحياة كلها، بل يسأل: ما عتبة البدء؟ ما الفعل الذي لا يحتاج إلى رغبة؟ ما الفرق بين انعدام المعنى وانعدام الوصول إليه الآن؟ بهذا لا نكذب على المريض بتفاؤل سهل، بل نعيد المعركة إلى نقطة صغيرة يمكن أن تحدث أثرا.

3.17 بروتوكول الوسواس: من هل أضمن إلى هل أقبل مسؤولية إنسانية

يوجه البروتوكول المريض إلى تمييز المسؤولية من السيطرة. السؤال ليس: هل يمكن أن يحدث احتمال بعيد؟ لأن الاحتمال البعيد لا ينتهي. السؤال الأعلى: هل فعلت ما يكفي إنسانيا دون طلب إلهية في الضمان؟ ثم يختار المريض امتناعا صغيرا عن طقس أو فحص، لا بوصفه قسوة، بل بوصفه تدريبا على احتمال الشك.

4.17 بروتوكول الصدمة: من هل عاد الخطر إلى أين أنا الآن

مع الصدمة، يبدأ البروتوكول بتثبيت الزمن والمكان والجسد. السؤال المركزي: ما الدليل أنني الآن في الحاضر؟ ما الجزء الذي يظن أن الخطر عاد؟ ماذا يحتاج هذا الجزء من أمان؟ لا ينتقل العلاج إلى معنى الصدمة قبل أن يجد الجسد علامة حضور. فالوعي لا يصدق السؤال الجديد ما لم يشعر الجسد بحد أدنى من الحاضر.

18 أمثلة تطبيقية مختصرة

1.18 حالة قلق اجتماعي

الشخص يقول: سأبدو غبيا أمامهم. السؤال المسيطر ليس جملة تقريرية فقط، بل سؤال خفي: هل يملكون حقيقتي إذا حكموا علي؟ السؤال الثالث يكون: ما الفعل الصغير الذي يسمح لي أن أظهر ناقصا دون أن أسلمهم حقيقتي؟ الفعل: مشاركة قصيرة في اجتماع. الأثر: توتر ثم بقاء. التحديث: رأي الآخر مؤثر لكنه ليس حاكما مطلقا.

2.18 حالة اكتئاب بعد فشل

الشخص يقول: انتهى كل شيء. السؤال المسيطر: ما جدوى البدء إذا كنت قد فشلت؟ السؤال الوثوقي: ما الجزء الذي انتهى فعلا، وما الجزء الذي يخلط الألم بالحكم النهائي؟ الفعل: إعادة ترتيب مهمة واحدة مؤجلة. الأثر: مقاومة ثم إنجاز صغير. التحديث: الفشل أنتج جرحا لا نهاية هوية.

3.18 حالة وسواس ديني أو أخلاقي

الشخص يقول: أخاف أن أكون سيئا. السؤال المسيطر: هل يمكن أن أضمن طهارة نيتي تماما؟ السؤال الحاكمي: هل أطلب تزكية ممكنة أم عصمة مستحيلة؟ الفعل: ترك فحص نية واحد والعودة إلى عمل صالح بسيط. الأثر: قلق ثم انخفاض. التحديث: الأخلاق لا تعني مراقبة لا نهائية للداخل، بل توجيه مستمر للفعل.

4.18 حالة غضب علائقي

الشخص يقول: لا أحد يحترمني. السؤال المسيطر: هل قيمتي مرهونة باعترافهم؟ السؤال التوليدي: ما الحد العادل الذي يحفظ كرامتي دون أن أجعل الغضب يكتب الرسالة كلها؟ الفعل: طلب واضح أو حد بسيط. الأثر: خوف ثم وضوح. التحديث: الكرامة لا تحتاج انفجارا كي تظهر.

19 أخلاقيات النظرية وحدودها العلاجية

لا يجوز تحويل النظرية إلى سلطة على المريض. السؤال العلاجي يجب أن يحرر الحاكمية لا أن ينقلها من العرض إلى المعالج أو إلى نموذج نظري. لذلك تقوم الأخلاقيات على خمسة حدود: عدم التشخيص المتعجل، عدم تجاوز القدرة العصبية، عدم اتهام المريض بسؤاله، عدم استعمال الأسئلة لإجباره على اعتراف لا يريده، وعدم استبدال الرعاية الطبية عند الحاجة. كل سؤال لا يحترم هذه الحدود يفقد وثوقيته ولو كان جميلا.

1.19 السلامة أولا

في حالات خطر إيذاء النفس، الذهان الحاد، الهوس، الانقطاع الشديد عن الواقع، أو العنف، تكون الأولوية للأمان والتدخل المهني العاجل. لا يصح أن نقول لشخص في خطر: فقط غيّر سؤالك. هذا ظلم للنظرية وللإنسان. السؤال يحتاج حاملا آمنا، وحين ينهار الحامل يجب بناء الأمان قبل بناء السؤال.

2.19 التواضع النظري

النظرية المقترحة خريطة لا أرض. قد تساعد على رؤية ما كان غامضا، لكنها لا تحتوي كل الحالات. التواضع هنا ليس ضعفا، بل شرط علمية. فالورقة تفتح برنامجا بحثيا، ولا تعلن علاجا نهائيا. ومن علامة قوتها أن تسمح بتعديل أدواتها إذا أظهرت التجربة أن بعض الأسئلة لا تعمل أو تعمل فقط في سياقات معينة.

20 تدريب المعالج والمريض على الحس السؤالي

الحس السؤالي هو ملكة التقاط السؤال قبل أن يلبس لباس الحقيقة. يتدرب المعالج على سماع السؤال الخفي خلف الشكوى، ويتدرب المريض على تسمية السؤال قبل إجابته. هذه المهارة تشبه تعلم لغة ثانية داخل النفس: في البداية يحتاج الشخص إلى بطء ومساعدة، ثم يبدأ بالتقاط الأنماط بسرعة أكبر.

1.20 مهارات المعالج

يحتاج المعالج إلى مهارة الإصغاء للفروق: الفرق بين سؤال معرفة وسؤال أمان، بين سؤال قيمة وسؤال عار، بين سؤال جسدي وسؤال معرفي، بين سؤال يحتاج جوابا وسؤال يحتاج تجربة. ويحتاج إلى مهارة الصمت؛ فليس كل سؤال يجب أن يرد عليه فورا. أحيانا يكون العلاج أن لا نطعم السؤال القديم، بل ننتظر حتى يظهر سؤال أعلى.

2.20 مهارات المريض

يتعلم المريض أربع عبارات تشغيلية: هذا سؤال، لا حقيقة. هذا سؤال خوف، لا دليل. ما السؤال الأعدل؟ ما الفعل الأصغر؟ هذه العبارات ليست تعويذات، بل مفاتيح انتقال من الاندماج إلى الحاكمية. ومع التكرار يصبح المريض أقل اعتمادا على المعالج، لأنه يحمل معه طريقة نظر لا مجرد إجابات محفوظة.

21 دمج النظرية في نظام معرفي علاجي أوسع

يمكن إدخال النظرية في قاعدة معرفة علاجية موجهة للذكاء الفتاح، بحيث يحتوي النظام على خرائط أسئلة لكل عرض، ومحركات توليد موثوق، وموانع أخلاقية، ومحكمة هدم، ومؤشرات خطر. لكن الذكاء الاصطناعي هنا يجب أن يكون مساعدا معرفيا لا معالجا مستقلا. وظيفته أن يساعد على ترتيب السؤال، لا أن يملك حياة الإنسان أو يقرر عنه.

في النسخة المستقبلية يمكن بناء واجهة تسأل المستخدم بلطف: ما السؤال الذي يطاردك الآن؟ ثم تعرض احتمالات مصنفة: سؤال خطر، سؤال عار، سؤال ضمان، سؤال معنى، سؤال علاقة. بعد ذلك تقترح سؤالا ثالثا وفعل تجربة صغيرا. لكن عند ظهور مؤشرات خطر، يجب أن توجه إلى دعم بشري مختص. بهذا يتصل المشروع بالذكاء الفتاح دون أن يقع في وهم أتمتة العلاج بالكامل.

22 التأصيل الرياضي والرمزي الأولي

لا تحتاج النظرية في مرحلتها الأولى إلى رياضيات ثقيلة، لكنها تحتاج لغة رمزية تمنع الغموض من ابتلاعها. يمكن تمثيل الحالة النفسية بوصفها فضاء أسئلة Q يحتوي أسئلة ممكنة q_1, q_2, q_3. كل سؤال له وزن انفعالي w، ودرجة وثوقية t، وقابلية فعل a، ودرجة

قهرية c. الحلقة المرضية تظهر عندما يرتفع الوزن والقهرية وينخفض التحديث والفعل. أما العلاج فيعمل على تخفيض القهرية وزيادة الوثوقية والفعل.

نقترح رمزيا أن شدة الحلقة تقترب من:

$$L(q) = w(q) + c(q) + k(q) - t(q) - a(q)$$

حيث k هي الكارثية أو طلب الضمان المستحيل. كلما ارتفعت L صار السؤال أقرب إلى مولد عرض. أما السؤال العلاجي فيسعى إلى خفض L لا عبر إنكار الانفعال، بل عبر زيادة الوثوقية والقابلية للفعل. هذه الصياغة تسمح لاحقا ببناء استبيانات رقمية أو نماذج تعلم آلي حذرة.

1.22 تحويل السؤال

يمكن تمثيل التدخل كدالة تحويل:

$$T : q_{loop} \to q_{trust}$$

أي نقل سؤال الحلقة إلى سؤال موثوق. لكن التحويل لا يكون صحيحا إلا إذا حافظ على معلومة الألم، وأضاف فرقا جديدا، وفتح فعلا ممكنا. فإذا حذف الألم صار إنكارا، وإذا لم يضف فرقا صار تكرارا، وإذا لم يفتح فعلا صار تأملا عالقا.

2.22 الحاكمية كمؤثر اختيار

الحاكمية تعمل كمؤثر اختيار داخل فضاء السؤالات. ليست كل الأسئلة المتاحة تستحق الطاقة نفسها. لذلك يمكن تخيل الحاكمية كدالة G تختار السؤال الأعلى بناء على الدليل والرحمة والأثر والقيمة:

$$G(Q) = \arg\max_{q \in Q} [t(q) + a(q) + v(q) - c(q) - k(q)]$$

هذه ليست معادلة علاجية نهائية، بل نموذج تفكير: السؤال المختار يجب أن يزيد الوثوقية والفعل والقيمة، ويخفض القهرية والكارثية.

23 موقع النظرية داخل مشروع الحاكمية العلاجية الكبرى

تندرج هذه الورقة داخل تصور أوسع يمكن تسميته الحاكمية العلاجية. فالعلاج ليس فقط إزالة عرض، بل إعادة ترتيب علاقة الوعي بسلطات داخله: سلطة الخوف، سلطة الذاكرة، سلطة الجسد، سلطة الآخر، سلطة القيمة، وسلطة الدليل. حين تختل هذه السلطات يصير الإنسان محكوما بما لا يراه. والسؤال هو أكثر شكل تظهر فيه هذه السلطات.

في هذا السياق، فضاء السؤالات التوليدي الوثوقي هو الطبقة التي تجعل الحاكمية قابلة للعمل. لا نستطيع أن نحكم على انفعال دون سؤال، ولا نستطيع أن نميز قيمة من خوف دون سؤال، ولا نستطيع أن نعيد بناء فعل دون سؤال. لذلك تكون النظرية كالجسر بين الوعي الحاكمي والتدخل العلاجي: تحول المفهوم الكبير إلى إجراء صغير داخل الجلسة والحياة.

1.23 الحاكمية لا تعني السيطرة المطلقة

ينبغي التحذير من فهم الحاكمية كسيطرة كاملة على النفس. هذا الفهم نفسه قد يصبح مرضيا، خاصة في الوسواس والكمالية. الحاكمية في هذه النظرية هي عدالة داخلية، لا استبداد داخلي. هي القدرة على أن أسمع الخوف دون أن أطيعه دائما، وأن أحترم الجسد دون أن

أجعله نبيا، وأن أقبل الذاكرة دون أن أسكن فيها، وأن أتحرك بالقيمة دون أن أطلب عصمة.

24 جدول توليدي للأسئلة العلاجية

يمكن تحويل النظرية إلى جدول تدريبي يساعد المعالج والمريض على إيجاد سؤال أعلى. إذا ظهر سؤال الخطر: ماذا لو حدث الأسوأ؟ يكون السؤال الأعلى: ما الدليل الآن؟ وما الفعل الأصغر الآن؟ إذا ظهر سؤال العار: ماذا سيظنون بي؟ يكون السؤال الأعلى: ما حقيقتي التي لا يملكها حكمهم؟ إذا ظهر سؤال العدم: ما الجدوى؟ يكون السؤال الأعلى: ما الفعل الذي يسبق عودة الجدوى؟ إذا ظهر سؤال الضمان: هل تأكدت تماما؟ يكون السؤال الأعلى: ما حد المسؤولية الإنسانية؟

لا يستعمل الجدول كقوالب جامدة. فالقالب قد يصبح عنفا إذا لم يسمع خصوصية الشخص. لكنه يعلّم الذهن نمط التحويل: من الكارثة إلى الدليل، من العار إلى الكرامة، من العدم إلى العتبة، من الضمان إلى المسؤولية، من التجنب إلى التجربة، من التحليل إلى الفعل، ومن الانفعال إلى الحاكمية.

1.24 أسئلة لا ينبغي استعمالها مبكرا

هناك أسئلة قد تكون صحيحة في وقت وخطرة في وقت آخر. سؤال: ما معنى هذه الصدمة؟ قد يكون عميقا بعد بناء الأمان، لكنه قاس في بداية الانهيار. وسؤال: ما مسؤوليتك؟ قد يكون مفيدا بعد خروج المريض من العار، لكنه مؤذ إذا طرح وهو يجلد نفسه. وسؤال: ما الدليل؟ قد يكون نافعا في القلق المعرفي، لكنه غير كاف حين يكون الجسد في فيضان. لذلك تضيف النظرية مبدأ التوقيت: السؤال الصحيح في الوقت الخاطئ سؤال غير موثوق.

25 معيار النضج العلاجي في النظرية

النضج العلاجي لا يعني اختفاء الألم تماما، بل تغير علاقة الوعي بالسؤال. يمكن القول إن المريض يتقدم حين يستطيع أن يلاحظ السؤال القديم مبكرا، وأن يسمي القوة التي تقوده، وأن يختار سؤالا أعلى، وأن يفعل فعلا صغيرا قبل أن يصدقه شعوريا، وأن يحدث خريطته بعد التجربة. هذه العلامات أهم من الشعور المؤقت بالراحة، لأن الراحة قد تأتي من تجنب، أما الحاكمية فتأتي من قدرة جديدة.

1.25 علامات التقدم

من علامات التقدم: انخفاض طلب الطمأنة، زيادة احتمال الشك، انخفاض جلد الذات، القدرة على تأجيل السؤال القهري، القدرة على تحويل الإحساس الجسدي إلى معلومة لا كارثة، زيادة الأفعال الصغيرة، وتحول اللغة الداخلية من اتهام إلى بحث رحيم. لا تحدث هذه العلامات دفعة واحدة، لكنها ترسم خطا يمكن تتبعه عبر الأسابيع.

2.25 علامات الانحراف

ومن علامات الانحراف أن يصير المريض مهووسا بتقييم كل سؤال، أو أن يستعمل النظرية ليجلد نفسه لأنه لم يسأل بطريقة صحيحة، أو أن يتحول دفتر السؤالات إلى طقس وسواسي. لذلك يجب أن تبقى النظرية خادمة للحرية لا مادة جديدة للرقابة الداخلية. إذا تحولت التقنية إلى حلقة، تعود محكمة الهدم لتسأل: هل صارت الأداة تخدم العرض؟

26 ملحق تطبيقي: بطاقة الجلسة المختصرة

تختصر البطاقة العملية النظرية في صفحة عمل يمكن للمعالج أو الباحث تطويرها لاحقا. تبدأ البطاقة بسطر: السؤال الذي يحكمني الآن هو: ثم يكتب المريض الصيغة كما تظهر، لا كما ينبغي أن تكون. بعد ذلك يحدد الحاكم الأقوى: خوف، عار، غضب، ذاكرة، جسد، قيمة، أو دليل. ثم يضع درجة من صفر إلى عشرة لثلاثة أبعاد: شدة الانفعال، وثوقية السؤال، وقابلية الفعل. هذه الدرجات لا تهدف إلى الدقة الرياضية، بل إلى إخراج السؤال من الضباب.

بعد التشخيص الأولي تأتي مرحلة التحويل. تسأل البطاقة: ما الفرق الصغير الذي يغفله السؤال؟ ما السؤال الأعدل؟ ما الفعل الأصغر خلال أربع وعشرين ساعة؟ ما علامة النجاح الواقعية؟ ثم في نهاية اليوم يكتب المريض: ماذا تعلم السؤال؟ لا ماذا شعرت فقط. هذا التحويل من الشعور إلى التعلم هو لب النظرية، لأن العلاج لا يريد راحة عابرة فحسب، بل يريد تحديثا في طريقة الوعي في الحكم.

1.26 صيغة البطاقة

1. السؤال المسيطر: ماذا يقول؟
2. الحاكم الأقوى: من يقوده؟
3. الوثوقية: ما دليله؟ ما رحمته؟ ما أثره؟
4. الفرق المنقذ: ما الشيء الصغير الذي لا يراه؟
5. السؤال الثالث: ما الصياغة الأعلى؟
6. الفعل الأصغر: ماذا أفعل الآن أو اليوم؟
7. التحديث: ماذا تعلمت بعد الفعل؟

بهذه البطاقة تصبح النظرية قابلة للتكرار دون أن تتحول إلى وصفة جامدة. فكل حالة تملأها بمادتها الخاصة، وكل معالج يستطيع تعديلها حسب المدرسة والسياق والخطر والقدرة. المهم أن يبقى المسار وفيا للقاعدة الكبرى: لا جواب بلا سؤال موثوق، ولا سؤال علاجي بلا أثر.

27 قاموس مصطلحي مضبوط للنظرية

1.27 السؤال المسيطر

هو السؤال الذي يعود في لحظة الألم ويعيد تنظيم الإدراك حوله. قد لا يسمعه المريض لفظا، لكنه يظهر في سلوكه: فحص، تجنب، اعتذار مفرط، عزلة، غضب، أو طلب طمأنة. معرفة السؤال المسيطر أهم من معرفة الجملة السطحية، لأن الجملة قد تتغير بينما يبقى السؤال هو نفسه.

2.27 السؤال الثالث

هو السؤال الذي لا يساير السؤال المرضي ولا يكتفي بعكسه. حين يقول الخوف: هل سأفشل؟ لا يكون السؤال الثالث: لن أفشل أبدا، بل: ما التجربة الصغيرة التي تجعل الحكم على القدرة أكثر عدلا؟ بهذا لا نؤسس العلاج على إنكار الألم، بل على فتح طريق اختبار.

3.27 الفرق المنقذ

هو الفرق الصغير الذي يكسر اندماج الوعي مع الحلقة. قد يكون الفرق بين خطر وإنذار، بين ذنب وعار، بين مسؤولية وسيطرة، بين تعب وفشل، بين حاضر وماض، بين رأي الآخر وحقيقة الذات. وظيفة الفرق ليست حل الحياة كلها، بل إحداث شق أول في الجدار.

4.27 وثوقية السؤال

هي صلاحية السؤال لأن يكون أداة علاجية. السؤال الموثوق يملك حدا أدنى من الدليل، والرحمة، والقابلية للفعل، والتوقيت المناسب، والاتصال بالقيمة. أما السؤال غير الموثوق فقد يكون عميقا في ظاهره، لكنه يزيد الضياع لأنه يفتح احتمالات لا تنتهي أو يطلب يقينا غير إنساني.

5.27 حاكمية السؤال

هي القدرة على سؤال السؤال: من أين أتيت؟ من يقودك؟ ماذا تفعل بي؟ هل تفتحني أم تغلقني؟ هذه الحاكمية هي قلب النظرية، لأنها تنقل الإنسان من موقع المفعول به إلى موقع الشاهد والمشارك في الحكم.

28 خوارزمية مساعف السؤالية في صيغة تشغيلية

يمكن تلخيص سير النظرية في خوارزمية علاجية حذرة. تبدأ الخوارزمية بتحديد الحدث أو الإحساس الذي أطلق الحلقة. بعد ذلك تبحث عن السؤال الذي انبثق منه. ثم تختبر السؤال في ثلاثة مسارات: الدليل، الأثر، والرحمة. فإن سقط السؤال في واحد منها يعاد توليده. وإذا كان السؤال موثوقا لكنه كبير، يصغر إلى فعل قابل للتنفيذ.

1.28 المرحلة الأولى: الالتقاط

لا يبدأ الالتقاط بالسؤال: ما المشكلة؟ بل بسؤال أدق: ما السؤال الذي جعل المشكلة تكبر؟ فقد تكون المشكلة واقعا صعبا، لكن السؤال هو الذي يحدد هل يتحول الواقع إلى عجز كامل أو إلى تحد قابل للتعامل. الالتقاط يحتاج لغة قريبة من المريض، لأن السؤال إذا صيغ بلغة المعالج وحده فقد لا يملك أثرا داخليا.

2.28 المرحلة الثانية: التفكيك

يتم التفكيك عبر خمسة مفاتيح: ما الدليل؟ ما الاحتمال؟ ما الجسد؟ ما الذاكرة؟ ما الفعل؟ هذه المفاتيح تمنع السؤال من احتكار مستوى واحد. فإذا قال الجسد إن هناك خطرا، نبحث عن الإحساس. وإذا قالت الذاكرة إن الخطر قديم، نفرق بين زمنين. وإذا قال الاحتمال إن كل شيء ممكن، نسأل عن الاحتمال العملي لا الخيال المطلق.

3.28 المرحلة الثالثة: التوليد

بعد التفكيك لا نترك فراغا، لأن الفراغ قد يعيد السؤال القديم بقوة أكبر. نولد سؤالا بديلا يحمل معلومة الألم لكنه يمنعها من احتلال الحكم كله. لذلك تكون الصياغة غالبا مزدوجة: نعم يوجد خوف، لكن ما الدليل الآن؟ نعم يوجد تعب، لكن هل التعب حكم نهائي على القدرة؟ نعم يوجد ذنب، لكن هل المطلوب إصلاح أم جلد؟

4.28 المرحلة الرابعة: التثبيت بالفعل

كل سؤال جديد يحتاج شاهدا من الواقع. الفعل ليس كبيرا بالضرورة، لكنه يجب أن يكون واضحا ومحددا. قد يكون كتابة رسالة، أو عشر دقائق ترتيب، أو ترك فحص واحد، أو تسمية إحساس دون مقاومته، أو دخول موقف قصير. بعد الفعل لا نسأل هل اختفى الألم فقط، بل نسأل: هل تغيرت علاقة الوعي بالسؤال؟

29 تصميم مقياس أولي لضيق الفضاء السؤالي

يمكن بناء مقياس بحثي من عشرين بندا، يجيب عنها الشخص من صفر إلى أربعة. البنود تقيس: تكرار السؤال المسيطر، صعوبة تأجيله، الحاجة إلى الطمأنة، عدد الأسئلة البديلة، شدة الانفعال عند معارضته، قابلية تحويله إلى فعل، ودرجة ارتباطه بالعار أو الخطر أو الضمان. لا يكون المقياس تشخيصا، بل مؤشرا لتتبع التغير.

1.29 أبعاد القياس

البعد الأول هو الضيق: هل أرى سؤالا واحدا فقط؟ البعد الثاني هو القهرية: هل يعود السؤال رغما عني؟ البعد الثالث هو الكارثية: هل يقفز السؤال إلى أسوأ احتمال؟ البعد الرابع هو العقم: هل لا ينتج فعلا؟ البعد الخامس هو التحديث: هل يتغير السؤال بعد التجربة؟ كلما ارتفع الضيق والقهرية والكارثية والعقم، وانخفض التحديث، كان الفضاء أكثر مرضية.

2.29 استخدامات المقياس

يمكن استعمال المقياس قبل العلاج وبعده، أو أسبوعيا داخل برنامج علاجي. فإذا انخفض طلب الطمأنة مثلا ولم ينخفض القلق مباشرة، نعد ذلك تقدما حاكميا. وإذا زادت القدرة على تأجيل السؤال القديم، فهذا تقدم حتى لو بقيت شدة الانفعال. بذلك لا نقيس العلاج فقط بمزاج اليوم، بل ببنية العلاقة مع السؤال.

30 التربية النفسية وفق النظرية

التربية النفسية في هذا الإطار لا تكتفي بشرح الأعراض، بل تعلم المريض هندسة السؤال. يقال له: عقلك لا يطرح الأسئلة عبثا؛ أحيانا يحاول حمايتك، لكنه قد يطلب حماية زائدة. لذلك سنحترم السؤال دون أن نطيعه دائما. سنسأل من يقوده، وما دليله، وما أثره، ثم نختار سؤالا أعدل.

هذه التربية تخفف الخجل، لأن المريض لا يسمع أن مشكلته ضعف أو غباء، بل يسمع أن جهازه الداخلي تعلم أسئلة معينة ربما لحماية قديمة. وهي تزيد المسؤولية، لأنها لا تبرر البقاء في الحلقة. الرحمة هنا ليست إعفاء من الفعل، بل طريقة تجعل الفعل ممكنا دون سحق الذات. بهذا تجمع النظرية بين الدفء والصرامة.

1.30 لغة مبسطة للمريض

يمكن استعمال صياغة قصيرة: في داخلك سؤال قديم يحاول حمايتك. لن نحاربه مباشرة، ولن نصدقه كاملا. سننظر إليه، ونفهم وظيفته، ثم نعلّمه سؤالا أعدل. إذا احتج إلى دليل سنعطيه دليلا، وإذا احتاج جسدك إلى أمان سنبني الأمان، وإذا احتاجت حياتك إلى فعل

سنبدأ بأصغر فعل.

31 التمييز بين السؤال الروحي والسؤال المرضي

بما أن مشروعك يربط العلاج بالحاكمية والوعي والقيمة، فلابد من تفريق دقيق بين السؤال الروحي الصحي والسؤال المرضي المتنكر في صورة روحانية. السؤال الروحي يفتح تواضعا وعملا ورحمة ومسؤولية. أما السؤال المرضي فقد يطلب عصمة مطلقة، أو يكرر الاتهام، أو يجعل الإنسان يفتش نواياه إلى حد الشلل، أو يخلط المحاسبة بجلد الذات.

في هذا المستوى تصبح النظرية نافعة في السياقات الدينية والأخلاقية. فهي تميز بين توبة تحرر وتوبة وسواسية، بين محاسبة تبني ومحاسبة تهدم، بين خوف صحي يردع عن الشر وخوف مريض يشل الخير. السؤال الحاكمي هنا هو: هل هذا السؤال يقربني من عمل صالح ورحمة وعدل، أم يجعلني أدور حول ذاتي بلا نهاية؟

1.31 قاعدة الفرق الروحي العلاجي

كل سؤال روحي صحيح يجب أن يزيد ثلاثا: الصدق، والرحمة، والعمل. فإذا زاد الرعب فقط، أو زاد التفتيش فقط، أو زاد احتقار الذات فقط، فغالبا دخلت الحلقة المرضية. بهذا لا نلغي العمق الروحي، بل نحميه من اختطاف الوسواس والعار.

32 ملحق أخير: أسئلة معيارية للبحث القادم

حتى لا تبقى النظرية في مستوى البيان المفاهيمي، تقترح الورقة عشرة أسئلة بحثية توجه المرحلة اللاحقة. هل يمكن قياس ضيق الفضاء السؤالي بثبات؟ هل تختلف الأسئلة المسيطرة بين القلق والاكتئاب والوسواس؟ هل يؤدي تدريب السؤال الثالث إلى انخفاض الاجترار؟ هل ترتفع المرونة النفسية حين يتعلم المريض تمييز الحاكم الذي يقود السؤال؟ هل يحتاج الجسد إلى تنظيم سابق قبل أن يستجيب السؤال للتفكيك المعرفي؟

وتسأل الورقة كذلك: هل تكون الأسئلة ذات الصياغة الرحيمة أكثر قدرة على إنتاج فعل من الأسئلة الاتهامية؟ هل يمكن للتطبيقات الرقمية أن تساعد في تتبع السؤال دون أن تزيد مراقبة الذات؟ هل تختلف صيغ السؤال الموثوق باختلاف الثقافة والدين واللغة؟ هل يساعد دمج القيمة في السؤال على تقليل الانتكاس؟ وهل يمكن بناء نموذج ذكاء مساعد يتعلم اقتراح سؤال أعلى دون أن يدعي العلاج أو التشخيص؟

هذه الأسئلة تجعل النظرية مفتوحة. فالنظرية التي لا تقبل أن تسأل عن نفسها تقع في ما تحذر منه: تتحول إلى جواب مغلق. لذلك تختم هذه الإضافة بمنهجية واحدة: اسأل النظرية كما تسأل المريض. ما سؤالها المسيطر؟ ما دليلها؟ ما أثرها؟ ما حدودها؟ وما الفعل البحثي الصغير الذي يثبت أنها ليست مجرد لغة جميلة؟

33 إضافة منهجية: الفرق بين السؤال العلاجي والسؤال الفلسفي

قد يلتبس السؤال العلاجي بالسؤال الفلسفي لأن كليهما يبحث عن معنى. لكن الفرق الجوهري أن السؤال الفلسفي قد يحتمل التأمل الطويل دون أن يطالب بأثر مباشر، أما السؤال العلاجي فيحتاج إلى أثر يحمي الإنسان من الدوران. السؤال: ما معنى الوجود؟ قد يكون مشروعا فلسفيا عظيما، لكنه في لحظة اكتئاب حاد قد يتحول إلى هاوية. لذلك يسأل المعالج: هل هذا وقت السؤال الوجودي الكبير،

أم وقت سؤال أصغر يحفظ الحياة اليوم؟

السؤال العلاجي لا يحتقر الفلسفة، بل يرتب توقيتها. قد يعود سؤال المعنى بعد استقرار النوم والجسد والعلاقة، فيصبح سؤالا مولدا. أما إذا طرح داخل انهيار كامل فقد يصبح وسيلة للعجز. من هنا تضيف النظرية معيارا زمنيا: السؤال لا يقيم بعمقه فقط، بل بقدرته على خدمة المرحلة التي يوجد فيها الإنسان.

وينطبق هذا على الأسئلة الأخلاقية كذلك. سؤال: هل أنا صالح؟ قد يكون دافعا للمراجعة، وقد يكون نفقا وسواسيا. السؤال الأعلى هو: ما الفعل الصالح المحدد الذي أستطيع القيام به دون أن أطلب حكما نهائيا على ذاتي؟ بهذا يتحول السؤال من محاكمة الهوية إلى إصلاح المسار، ومن جلد داخلي إلى عمل خارجي.

34 إضافة منهجية: السؤال كاختبار للحرية

الحرية في هذه النظرية لا تقاس بعدد الاختيارات الظاهرة فقط، بل بعدد الأسئلة التي يستطيع الوعي احتمالها دون أن ينهار. الإنسان غير الحر نفسيا لا يرى إلا سؤالا واحدا، والإنسان الأكثر حرية يرى أكثر من سؤال، ثم يختار السؤال الأوثق. لذلك يصبح توسيع فضاء السؤالات شكلا من تحرير النفس.

حين يستطيع المريض أن يقول: هناك سؤال خوف، وهناك سؤال دليل، وهناك سؤال قيمة، فقد خرج جزئيا من الاستعباد الداخلي. لم تختف الأعراض بالضرورة، لكن لم تعد وحدها تملك المحكمة. وهذا هو معنى الحاكمية العلاجية: أن تعود للوعي قدرة المشاركة في صياغة السؤال الذي سيبني يومه.

35 خاتمة مكثفة

تقدم **نظرية مساعف لفضاء السؤالات التوليدي الوثوقي** إعادة صياغة للعلاج النفسي من زاوية السؤال. ليست المشكلة النفسية دائما في أن الإنسان لا يملك جوابا، بل في أنه محاصر داخل سؤال لا يملك معيارا ولا مخرجا ولا فعلا. ومن هنا يصبح العلاج رحلة من السؤال القهري إلى السؤال الموثوق، ومن الاندماج إلى الحاكمية، ومن التحليل إلى الأثر، ومن ضيق الاحتمال إلى اتساع الوعي.

القيمة المركزية للنظرية أنها تمنح المعالج والمريض لغة مشتركة: ما السؤال الذي يحكمنا الآن؟ هل هو موثوق؟ من يقوده؟ إلى أي طبقة يحيل؟ ما الفرق الذي يفتحه؟ وما الفعل الصغير الذي يثبت أنه ليس مجرد كلام؟ بهذه اللغة يمكن فهم القلق كفضاء خطر، والاكتئاب كفضاء جدوى مغلق، والوسواس كفضاء ضمان مستحيل، والصدمة كفضاء حاضر مخطوف من الماضي، والخجل كفضاء حاكمية مسلوبة للآخر.

لكن قوة النظرية لا تكون في اتساعها فقط، بل في قابليتها للهدم. إن لم نستطع قياس ضيق الفضاء السؤالي، أو تدريب السؤال الموثوق، أو ملاحظة انتقال السؤال إلى فعل، ستبقى النظرية لغة جميلة. لذلك تنتهي الورقة بدعوة إلى برنامج بحثي منضبط: مقاييس، بروتوكولات، دراسات، تطبيقات رقمية، وتكامل مع المدارس العلاجية القائمة. النظرية لا تقول: وجدت العلاج النهائي. بل تقول: ربما يوجد باب عميق في العلاج لم يأخذ حقه؛ باب السؤال الذي يحكم الوعي قبل أن يطلب الجواب.

36 ملخص إحاطي وهندسة معرفية شاملة

1.36 الملخص الإحاطي

الورقة بنت نظرية علاجية باسم زهير مساعف ترى أن الألم النفسي يتكثف حين يضيق فضاء الأسئلة الممكنة داخل الوعي. لم تجعل السؤال مجرد تقنية حوارية، بل بنية حاكمية تحدد كيف يرى الإنسان نفسه والعالم والخطر والقيمة. النظرية الكبرى انتظمت في خمس نظريات: انغلاق الفضاء السؤالي المرضي، التوليد الوثوقي للسؤال، الحاكمية العلاجية، الإحالة الجسدية - الوجدانية، والانتقال من السؤال إلى الفعل ذي الأثر العالمي الصغير. كل نظرية تضيف طبقة: تشخيص الحلقة، بناء سؤال أعلى، ضبط مصدر الحكم، ربط السؤال بطبقات النفس، ثم اختباره في الحياة.

2.36 الخريطة المفهومية

المفاهيم المحورية هي: فضاء السؤالات، السؤال المسيطر، السؤال التوليدي، الوثوقية السؤالية، الحاكمية العلاجية، حاكمية الحاكمية، الإحالة، الفرق الأدنى المنقذ، الأثر العالمي الصغير، ومحكمة الهدم. العلاقات بينها كالتالي: السؤال المسيطر يكشف الانغلاق، الوثوقية تختبر صلاحية السؤال، الحاكمية تحدد من يقوده، الإحالة توسع فهمه، الفرق الأدنى يفتح مسارا، الفعل الصغير يختبره، الأثر يحدث الخريطة، ومحكمة الهدم تمنع الغلو.

3.36 الأدوات

الأدوات الثماني المقترحة هي مصفوفة ضيق الفضاء، مؤشر الوثوقية، رادار الحاكمية، بروتوكول السؤال الثالث، دفتر السؤالات المنقذة، سلم السؤال إلى الفعل، محكمة الهدم، وخريطة إعادة توزيع الحاكمية. هذه الأدوات تجعل النظرية قابلة للتحويل إلى جلسات وتدريب ومقاييس أولية وتطبيقات مساعدة.

4.36 الاتساق مع مشروع الوعي الحاكمي

تتصل الورقة بمشروع MCD/QMCD لأنها ترى العلاج كزيادة في الفروق الفاعلة، وتكامل الطبقات، وتقليل الضوضاء، ورفع الحاكمية. كما تتصل بالذكاء الفتاح لأنها تجعل الذكاء العلاجي ليس إنتاج جواب، بل اختيار السؤال الذي يفتح العالم دون كسر الإنسان. بذلك تتحول النظرية إلى جزء من مشروع أوسع: بناء وعي قادر على أن يحكم أسئلته، لا أن يظل محكوما بها.

37 مراجع تأسيسية للاستئناس

هذه المراجع ليست لإثبات اكتمال النظرية، بل لوضعها في أفق الحوار مع العلاج النفسي المعاصر والقديم. تحتاج النسخة البحثية المحكمة لاحقا إلى توثيق موسع ودراسات تطبيقية.

1. Beck, T. Aaron. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. إطار العلاج المعرفي وتصحيح أنماط التفكير.
2. Beck, S. Judith. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. بنية الجلسة والتجارب السلوكية.
3. Wilson, Kelly Strosahl, Kirk Hayes, C. Steven. *Acceptance and Commitment Therapy*. القيم، القبول، والفعل الملتزم.
4. Wells, Adrian. *Metacognitive Therapy for Depression and Anxiety*. علاقة الإنسان بأفكاره وأنماط الاجترار.
5. Rogers, Carl. *On Becoming a Person*. العلاقة العلاجية، الأمان، والتقبل.

6. Frankl، Viktor *Meaning for Search Man's*. سؤال المعنى في الألم الإنساني.
7. Kolk، der van Bessel *Score the Keeps Body The*. الجسد والصدمة والذاكرة.
8. Linehan، Marsha *Manual Training Skills DBT*. التنظيم الانفعالي والمهارات.
9. Barlow، David أعماله في القلق والانفعال والعلاج الموحد.
10. Epston، David and White Michael *Ends Therapeutic to Means Narrative*. السرد وإعادة بناء القصة.