

العلاج النفسي للكبار



دليل عملي

تحرير | د. سعيد بن سعد الزهراني

تأليف

د. أحمد بن محمد الخلف د. غادة بنت عبد الله الخضير
د. حنان بنت محمد الفايز د. مجدة السيد الكشكي
د. سعيد بن سعد الزهراني



المركز الوطني
لتعزيز الصحة النفسية

العلاج النفسي للكبار

دليل عملي

ح المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية ، ١٤٤١هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

الزهراني، سعيد بن سعد

- العلاج النفسي للكبار./سعيد بن سعد الزهراني.
الرياض، ١٤٤١هـ

..ص: .. سم

ردمك: ٩٧٨-٦٠٣-٩١٣٦٠-١-٩

١- العلاج النفسي ٢- الارشاد النفسي أ. العنوان

ديوي ٦١٦.٨٩١٤ ١٤٤١/٢٧٣٥

رقم الإيداع: ١٤٤١/٢٧٣٥

ردمك: ٩٧٨-٦٠٣-٩١٣٦٠-١-٩

حقوق الطبع محفوظة للمركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية

لا يجوز إعادة إنتاج أو نقل أي جزء من هذا الكتاب بأي وسيلة

إلا بإذن كتابي من المركز الوطني



مقدمة

يأتي هذا الكتاب نتيجة الاتفاق بيني وزميلاتي وزملائي من جانب والمركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية من جانب آخر على إيجاد أدلة علمية تسهم في زيادة المعرفة بالعلاج النفسي وتعمق مهارة تطبيقه. ويوضح هذا الدليل بشكل منهجي إجراءات العلاج النفسي مع بعض الاضطرابات النفسية لدى الكبار. ويُعد هذا الكتاب مع توأمه كتاب العلاج النفسي للأطفال من الأعمال القليلة -على حد علمي- التي أجمع فيها عدد من مختصي العلاج النفسي على "قلب كتاب واحد"، وأتمنى أن يتكرر الاجتماع في أعمال وإصدارات أخرى.

ولقد حرصنا على أن نستهل هذا الكتاب بفصل يتطرق لإجراءات التقييم النفسي العيادي للكبار والتدخلات العلاجية النفسية إضافة إلى تعريفات موجزة بالقيم والمبادئ الأخلاقية والحدود في العلاقة المهنية، ونعتقد بإسهام هذا الفصل في تيسير فهم الفصول اللاحقة. وتلته أربعة فصول توضح بشيء من التفصيل العلاج النفسي مع بعض الاضطرابات لدى الأطفال وهي فصل للدكتورة غادة الخضير عن علاج اضطراب القلق الاجتماعي. وفصل للدكتور أحمد الخلف عن علاج اضطراب الهلع والخوف من الأماكن المفتوحة. وفصل للدكتورة مجدة الكشكي عن علاج اضطرابات الأكل لدى الكبار. وفصل عن علاج الفصام للدكتورة حنان الفايز.

ويتوجب عليّ في هذه المقدمة شكر من دعم ومن عمل؛ فهذا الدليل العملي وغيره من الأدلة العملية والتعريفية ما كانت لتصدر لولا دعم وتعاون المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية بجميع منسوبيه وعلى رأسهم رئيس مجلس الإدارة معالي وزير الصحة الدكتور توفيق الربيعه والأمين العام للمركز الزميل الدكتور عبدالحميد الحبيب الذي أشكره جزيل الشكر على ما قدمه ويقدمه من جهد مخلص للصحة النفسية في جميع المجالات. كما أشكر الزميل والزميلات الذين شاركوا في التأليف على ما بذلوا من جهدٍ ووقتٍ في سبيل خروج هذا الكتاب.

أمل أن يكون هذا الكتاب مفيداً لمقدمي العلاج النفسي للكبار وللمهتمين بالعلاج النفسي. وسيشعر الزملاء والزميلات في المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية ومن عملوا على تأليف هذا الكتاب بأنه يستحق ما بذل فيه من وقت وجهد ومال متى ما استفاد منه ذوي الاختصاص حتى ولو في مساعدة إنسان واحد.

المحرر: د. سعيد بن سعد الزهراني

المؤلفون "بحسب ترتيب الحروف"

د. أحمد بن محمد الخلف: استشاري علم النفس العيادي بمركز جونز هوبكنز أرامكو الصحي بالظهران، دكتوراه من جامعة بليموث، ماجستير في علم النفس العيادي من جامعة ويلز سوانزي بالمملكة المتحدة، ماجستير التعليم الطبي الاحترافي من كلية الطب بجامعة الطائف.

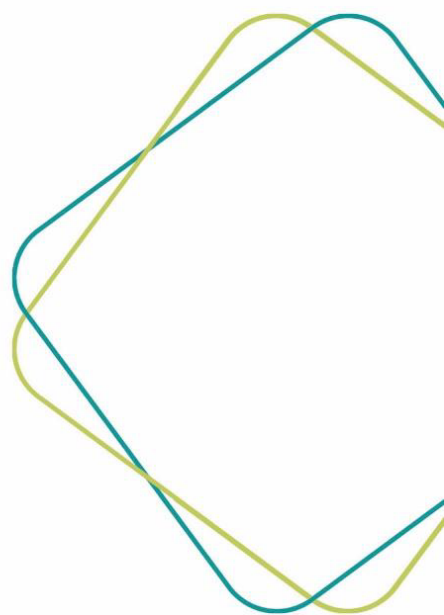
د. حنان بنت محمد الفايز: أستاذ علم النفس العيادي المساعد بجامعة الملك سعود بالرياض واستشاري نفسي في الوحدة النفسية لقسم علم النفس. دكتوراه في مجال علم النفس العيادي من جامعة كنجز كوليدج لندن بالمملكة المتحدة.

د. سعيد بن سعد الزهراني: استشاري علم النفس العيادي، دكتوراه في مجال علم النفس العيادي/العصبي من جامعة نوتجهم، وشهادتي التعليم والتدريب في علم النفس العيادي وعلم النفس العصبي/العيادي من جامعتي مانشستر ونوتجهم بالمملكة المتحدة.

د. غادة بنت عبدالله الخضير: أستاذ علم النفس العيادي المساعد بجامعة الملك سعود بالرياض. دكتوراه في مجال علم النفس العيادي من جامعة ساوثمبتون بالمملكة المتحدة.

د. مجدة السيد علي الكشكي: أستاذ علم النفس العيادي بجامعة الملك عبدالعزيز بجدة، واستشاري العلاج النفسي. دكتوراه علم النفس العيادي من جامعة اسيوط بجمهورية مصر العربية.

الفهرس



الفصل الأول: التقييمات النفسية والتدخلات العلاجية وأطرها المهنية

٧٢-١٥

د. سعيد بن سعد الزهراني

١٦	تمهيد
١٧	الثقافة والتقييم والعلاج النفسي
١٩	التقييم وصياغة الحالة
٢٠	المقابلات العيادية
٢٠	المقابلة غير-المنظمة
٢١	المقابلة العيادية المنظمة
٢٢	الملاحظات السلوكية
٢٣	الاختبارات وقوائم التقييم
٢٣	أدوات التقرير الذاتي
٢٦	مقاييس تقدير السلوك
٢٧	الأساليب الإسقاطية
٢٧	صياغة الحالة
٢٩	الصياغة التشخيصية للحالة
٢٩	الصياغة العيادية للحالة
٣٠	الصياغة الثقافية للحالة
٣٠	الصياغة العلاجية للحالة
٣٢	خطوات بناء صياغة الحالة
٣٦	التدخلات العلاجية
٣٨	العلاجات النفسية الدينامية
٣٩	العلاج الوجودي
٤٠	العلاج المتمركز حول الشخص
٤١	العلاج الجشطالتي
٤٢	العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
٤٣	العلاج السلوكي
٤٣	الخلفية النظرية
٤٥	السواء والاختلال
٤٥	عملية التغيير
٤٥	مراحل العلاج وتقنياته
٤٥	التقييم
٤٦	استراتيجيات وتقنيات العلاج
٥٢	العلاج الذهني السلوكي
٥٢	الخلفية النظرية
٥٣	السواء والاختلال
٥٤	عملية التغيير
٥٤	مراحل العلاج وتقنياته
٥٤	التقييم
٥٥	استراتيجيات وتقنيات العلاج
٥٥	تنمية الوعي بالتغيرات الانفعالية
٥٦	الكشف عن الأفكار التلقائية وتحديد المعتقدات

٥٨	تقييم الأفكار التلقائية والمعتقدات
٥٩	تغيير الأفكار السلبية التلقائية والمعتقدات غير التكيفية
٦١	القيم والمبادئ الأخلاقية والحدود
٦١	القيم الأساسية
٦١	المبادئ الأخلاقية
٦٣	الحدود
٦٦	المراجع

الفصل الثاني : العلاج النفسي لاضطراب القلق الاجتماعي

١٣٢-٧٣

د. غادة بنت عبدالله الخضير

٧٤	تمهيد
٧٤	أعراض القلق الاجتماعي
٧٦	نسب الانتشار والحدوث
٧٧	تصنيف القلق الاجتماعي
٧٩	المسببات
٨٠	طرق العلاج
٨٠	التقييم
٨١	طرق تقييم اضطراب القلق الاجتماعي
٨١	المقابلة
٨٤	المقاييس النفسية
٨٥	مقاييس التقدير الذاتي
٨٦	المقاييس التي تعتمد على استخدام الكمبيوتر
٨٦	معايير التشخيص
٨٩	صياغة الحالة
٩٠	خطة علاج أعراض القلق الاجتماعي
٩٥	التدخلات العلاجية التي تستخدم مع القلق الاجتماعي
٩٥	ما قبل الجلسة الأولى
٩٩	الجلسة الأولى
١٠١	الجلسة الثانية
١٠٢	الجلسة الثالثة
١١٠	الجلسة الرابعة
١١٧	الجلسة الخامسة
١٢٠	الجلسة السادسة
١٢١	الجلسة السابعة
١٢٣	الجلسة الثامنة
١٢٣	الجلسة التاسعة
١٢٤	إنهاء الجلسات العلاجية
١٢٥	جلسات المتابعة
١٢٦	الملاحق
١٢٩	المراجع

الفصل الثالث: العلاج النفسي لاضطراب الهلع والخوف من الأماكن المفتوحة

١٣٣-١٨٠

د. أحمد بن محمد الخلف

١٣٤	تمهيد
١٣٥	نسب انتشاره وحدوثه
١٣٦	المعايير التشخيصية لاضطراب الهلع
١٣٧	التشخيص التفريقي
١٣٧	اضطراب الهلع والاضطرابات الأخرى
١٤١	المسببات
١٤٣	أنواع نوبة الهلع
١٤٤	اضطراب الهلع وتجنب الخوف من الأماكن المكشوفة
١٤٥	العوامل التي تمنع التغيير الذهني في غياب العلاج
١٤٦	تعزيز الحس الداخلي
١٤٦	سلوكيات البحث عن الأمان
١٤٧	طرق العلاج
١٤٨	التقييم
١٤٨	الأدوات المستخدمة في التقييم
١٥٢	معايير التشخيص
١٥٣	الخطة العلاجية
١٥٤	التدخلات العلاجية
١٥٥	العلاج الذهني السلوكي
١٥٨	الجلسات العلاجية وإنهاء العلاج
١٦١	الخطة العلاجية لاضطراب الهلع
١٦٢	مآل الحالة
١٦٣	الأهداف العلاجية
١٦٥	عدد الجلسات العلاجية ومدة كل جلسة
١٦٥	الجلسة الأولى
١٦٦	الجلسة الثانية
١٦٧	الجلسة الثالثة
١٦٧	الجلسة الرابعة
١٦٨	الجلسة الخامسة
١٦٨	الجلسة السادسة
١٦٩	الجلسة السابعة
١٦٩	الجلسة الثامنة-العاشرة:
١٧٠	الجلسة الحادية عشرة
١٧٠	تقييم المخرجات خلال وبعد العلاج
١٧١	المتابعة والوقاية من الانتكاسة
١٧١	انتهاء العلاج
١٧٣	الملاحق
١٧٧	المراجع

الفصل الرابع: العلاج النفسي لاضطرابات الأكل لدى الكبار
د. مجدة السيد الكشكي

٢١٢-١٨١

- ١٨٢ تمهيد
- ١٨٢ نسب انتشار حدوث اضطرابات الأكل لدى الكبار
- ١٨٢ تصنيفات اضطرابات الأكل لدى الكبار
- ١٨٤ أعراض اضطرابات الأكل لدى الكبار
- ١٨٥ مسببات اضطرابات الأكل لدى الكبار
- ١٨٥ وسائل الوقاية
- ١٨٦ طرق العلاج
- ١٨٦ تقييم اضطرابات الأكل لدى الكبار
- ١٨٧ طرق التقييم
- ١٩١ معايير التشخيص
- ١٩٣ صياغة الحالة ورسم خطة العلاج
- ١٩٣ التدخلات العلاجية
- ١٩٤ العلاج السلوكي الذهني
- ١٩٥ العلاج الأسري
- ١٩٦ العلاج النفسي البين شخصي
- ١٩٦ الإجراءات العلاجية وإدارة الجلسات العلاجية
- ١٩٧ نموذج مادوسلي لعلاج اضطراب فقدان الشهية العصبي - نموذج مانترا
- ١٩٩ جلسات البرنامج وأهدافها ومحتواها
- ١٩٩ الجلسات الأولى إلى الرابعة: المرحلة المبكرة
- ٢٠٠ الجلسات الخامسة إلى الثامنة: الصياغة والتخطيط للعلاج
- ٢٠٠ الجلسات التاسعة إلى الثامنة عشرة: العمل من أجل التغيير
- ٢٠١ الجلسات التاسعة عشرة إلى الرابعة والعشرين
- ٢٠١ المتابعة
- ٢٠١ ثانياً: برنامج كوبر وفاربيرن العلاجي للشهر العصبي
- ٢٠٢ الخطوة الأولى
- ٢٠٢ الخطوة الثانية
- ٢٠٢ الخطوة الثالثة
- ٢٠٤ ثالثاً: برنامج جمعية علم النفس الاكلينيكي الأمريكية لعلاج النهم
- ٢٠٤ الجلسة الأولى: ما هو اضطراب نهم الطعام
- ٢٠٤ الجلسة الثانية: المثيرات والنتائج ١
- ٢٠٥ الجلسة الثالثة: المثيرات والنتائج ٢
- ٢٠٥ الجلسة الرابعة: الأفكار والمشاعر والسلوكيات
- ٢٠٦ الجلسة الخامسة: إعادة هيكلة أو بناء أفكارك
- ٢٠٦ الجلسة السادسة: المثيرات والسلاسل
- ٢٠٦ الجلسة السابعة: الاندفاع والتحكم الشخصي وتعزيز المزاج
- ٢٠٧ الجلسة الثامنة: صورة الجسم
- ٢٠٧ الجلسة التاسعة: تقدير الذات
- ٢٠٧ الجلسة العاشرة: إدارة الضغوط وحل المشكلات
- ٢٠٧ الجلسة الحادية عشر: الحزم

٢٠٨	الجلسة الثانية عشر: قضايا فقد الوزن
٢٠٨	الجلسة الثالثة عشر: منع الانتكاسة
٢٠٨	الجلسة الرابعة عشر: منع الانتكاسة
٢٠٩	إنهاء العلاج
٢١٠	المتابعة والوقاية من الانتكاسة
٢١١	المراجع

الفصل الخامس: العلاج النفسي للفصام

٢١٣-٢٨٢

د. حنان بنت محمد الفايز

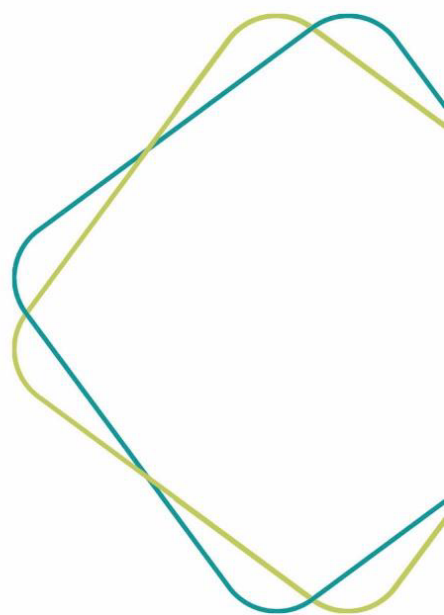
٢١٤	تمهيد
٢١٤	نسب الانتشار
٢١٥	أعراض الفصام
٢١٥	الأعراض الإيجابية
٢١٦	الأعراض السلبية
٢١٧	الأعراض الذهنية
٢١٧	مسببات الفصام
٢١٩	وسائل الوقاية
٢٢٠	طرق العلاج
٢٢٠	العلاج الأسري
٢٢٠	التدريب على المهارات الاجتماعية
٢٢١	العلاج الذهني
٢٢١	العلاج الذهني السلوكي
٢٢٢	التصنيف الضئلي
٢٢٤	صياغة الحالة
٢٢٥	النموذج الطبي الحيوي
٢٢٥	النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي
٢٢٥	نموذج لصياغة الحالة
٢٢٦	التدخلات العلاجية
٢٢٨	العلاج الذهني السلوكي للفصام
٢٢٩	أولاً: الضلالات
٢٣٠	الخطة المتبعة في تقييم وعلاج الضلالات
٢٣١	تقييم الضلالات
٢٣٦	علاج الضلالات
٢٣٨	التعليم النفسي والتطبيع
٢٣٨	تعريف المريض بالنموذج الذهني
٢٣٩	التوجه الذهني السلوكي
٢٣٩	ثانياً: الهلاوس
٢٤٠	الخطة المتبعة في تقييم وعلاج الهلاوس السمعية
٢٤١	تقييم الهلاوس
٢٤٥	علاج الهلاوس
٢٤٥	التعليم والتثقيف

٢٤٦	تعليم المريض نموذج العلاج الذهني
٢٤٧	المنهج الذهني السلوكي لعلاج الهلاوس السمعية
٢٥٥	ثالثاً: الأعراض السلبية
٢٥٥	التصور الذهني للأعراض السلبية
٢٥٥	العلاج الذهني للأعراض السلبية
٢٥٥	الخطة المتبعة في تقييم وعلاج الأعراض السلبية
٢٥٦	تقييم الأعراض السلبية
٢٥٩	العلاج الأعراض السلبية
٢٥٩	علاج الأعراض السلبية الثانوية
٢٦٠	علاج الأعراض السلبية الأولية
٢٦١	علاج التوقعات المنخفضة للمتعة
٢٦٥	علاج التوقعات المنخفضة للنجاح
١٦٧	استهداف تأثير الوصمة
٢٦٧	استهداف ضعف المصادر
٢٦٨	رابعاً: اضطراب التفكير
٢٦٨	التصور الذهني لاضطراب التفكير
٢٦٨	خطة التقييم والعلاج الذهني لاضطراب التفكير
٢٦٩	تقييم اضطراب التفكير
٢٧٢	علاج اضطراب التفكير
٢٧٢	التعليم النفسي والتطبيع
٢٧٤	تهيئة المريض للنموذج الذهني
٢٧٤	المنهجية السلوكية الذهنية
٢٧٤	المنهج السلوكي
٢٧٦	المنهج الذهني
٢٧٧	الملخص
٢٧٨	المراجع

الفصل الأول:

التقييمات النفسية
والتدخلات العلاجية
وأطرها المهنية

د. سعيد بن سعد الزهراني



تمهيد

تبدأ التدخلات العلاجية Therapeutic Interventions دائماً بإجراء التقييمات النفسية Psychological Assessments التي تُبنى عليها الخطط العلاجية ويتم بواسطتها تتبع تقدم العلاج وفعاليته. وتتباين أنواع التقييم بتباين أعراضها من جانب والنظريات النفسية التي يركز عليها نوع العلاج. ويُعد التقييم أحد أقدم فروع علم النفس المعاصر، فهو إجراء يقوم فيه المختص باستخدام الاختبارات والملاحظة والمقابلات للوصول إلى صياغة موجزة لحالة المتعالج. ولا يرتبط التقييم بالمرحلة الأولى من العلاج بل قد يكون له أهمية في أي مرحلة من مراحل العلاج فهو بهذا المعنى عملية مستمرة. وإن كان تقييم الوظائف النفسية لا يولى نفس أهمية تقييم أعراض الاضطرابات أو التاريخ المرضي إلا أنه من المهم تقييمها لتأسيس خط قاعدي لمختلف الوظائف يمكن بناءً عليه قياس آثار التدخلات العلاجية (Kamphaus, Reynolds & Dever, 2014). ولقد أوردنا في هذا الفصل بعض إجراءات التقييم الأكثر استخداماً التي عادةً ما يتم دمج نتائجها في هيئة متماسكة وهي ما يمكن تسميتها بصياغة الحالة التي يتم في ضوءها اتخاذ القرارات المتعلقة بالتدخلات العلاجية.

وتتنوع التدخلات العلاجية فمنها الدوائية التي تتعامل مع الجوانب الحيوية، ومنها العلاج النفسي الذي يركز على الجوانب الذهنية والسلوكية وهو أحد مواضيع فصلنا هذا وموضوع الكتاب بشكل عام. ويوجد عدد كبير من أساليب العلاج النفسي التي ترتكز على أسس نظرية وفلسفية مختلفة حيث نجد نظرية التحليل النفسي التي أسهمت من خلال سبر غور الحياة النفسية في التأسيس للعلاج النفسي بمفهومه الحديث. والنظريات الإنسانية مثل الوجودية والجشطلتية والروجرزية التي شددت على العلاقة بين المعالج والمتعالج كما شددت على الدور الرئيس للمعالج في عملية العلاج. والنظريات السلوكية والذهنية التي قدمت للعلاج النفسي عدد كبير من التقنيات كما صاغته على نحو ممنهج.

ومن المهم الإشارة إلى أن نشوء وتطور نظريات العلاج النفسي كان في أوروبا أو أمريكا، وكذلك بالنسبة للذين تم علاجهم بها، كما أن ما يعتبر سويّاً أو غير سوي لا ينطبق تماماً على الأشخاص من خلفيات عرقية أو أثنية أو ثقافية مختلفة. على سبيل المثال؛ تركز مراحل النمو النفسي لدى إيرك إريكسون Erik Erikson على الاستقلالية والحرية للأطفال الصغار هذا التركيز قد لا يكون مناسباً للأطفال من ثقافات أخرى حيث لا يكون الاستقلال الفردي المبكر علامة فارقة على النمو، لذا فإن استنساخ

تلك المفاهيم النظرية والممارسات العملية وتطبيقها كما هي في ثقافتنا المحلية أمر غير مناسب. ونستهل هذا الفصل باستعراض تأثير الثقافة على التقييم والعلاج.

الثقافة والتقييم والعلاج النفسي

تؤثر الثقافة Culture في جميع جوانب التقييم النفسي Psychological Assessment والتدخلات العلاجية Therapeutic Interventions بما في ذلك الأدوات والأساليب التي يستخدمها المعالج في التقييم والطريق التي يُعبر من خلالها المتعالج عن معاناته النفسية وتفسيره لتلك المعاناة. كما تُشكّل الثقافة أيضاً تصورات المتعالج عن العلاج من حيث نوع التدخل المقبول وأساليبه والمدة التي يستغرقها (Lewis-Fernández et al., 2013). ويُقصد بمفهوم الثقافة بحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في إصداره الخامس Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition أنظمة المعارف والمفاهيم والقواعد والممارسات التي يتم تعلمها وتناقؤها عبر الأجيال (American Psychiatric Association, 2013). وفي هذا الإصدار الأخير من هذا الدليل تم تضمين نموذج الأبعاد لتيسير دمج الهوية الثقافية في عمليات التقييم والتشخيص والتخطيط للعلاج مما يُمكن المعالج من وضع الفروق الفردية والتأثيرات الثقافية والعرقية موضع الاعتبار عند التشخيص والعلاج (Johnson, 2013). هذا بالإضافة إلى ما تضمنه الدليل من توصيفات مرتبطة بالهوية الثقافية وكذلك إيراده ثلاثة مفاهيم جديدة هي: الاصطلاح الثقافي للكرب، ومتلازمة الأعراض الثقافية، والتفسيرات الثقافية أو الأسباب المحوطة (Pomeroy & Anderson, 2013). ويتضح مدى أهمية تفهم تأثير العوامل الثقافية عند التشخيص من خلال تضمين الإصدار الخامس من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية مقابلة الصياغة الثقافية Cultural Formulation Interview كإحدى أدوات التقييم، وهي مقابلة نصف منظمة Semistructured تتكون من ستة عشر سؤالاً تدرج تحت خمس فئات (American Psychiatric Association, 2014).

وعند الحديث عن الثقافة والتقييم فإننا نقصد جوانب تتعلق بالمختص الذي يجب أن يكون على دراية وفهم بالسياقات الثقافية للمفحوص الذي يتوجب أن يكون قادراً على التواصل بفعالية وأمان مع المختص، كما نقصد جوانب تتعلق بأدوات التقييم التي يجب أن تكون ملائمة للفرد وللثقافة المستخدمة فيها وتتوفر فيها خصائص محددة. وفي هذا السياق نشير إلى ما لوحظ في الولايات المتحدة والمملكة المتحدة من فرط تشخيص الفصام وقلة تشخيص الاضطرابات الوجدانية بين المرضى من أصول

إفريقية، والميل إلى تشخيص الأمريكيين من أصول آسيوية الذين يعانون من اضطرابات المزاج بالفصام (Ayonrinde, 2003).

ولتجنب التحيزات الثقافية عند التقييم أعدريدلي وزملاؤه (Ridley and Colleagues (1998) أسلوب تقييم متعدد الثقافات Multicultural Assessment Procedure يساعد المختصين على الوصول إلى قرارات هادفة وقائمة على أساس علمي وهو يتكون من أربع مراحل، هي: تحديد البيانات الثقافية، وتفسير البيانات الثقافية، ودمج البيانات الثقافية، والوصول إلى قرار تقييمي سليم.

وفيما يتعلق بالعلاج وكما أشرنا في التمهيد فأن نشوء وتطور نظريات العلاج النفسي كان في ظل القيم الاجتماعية في أوروبا أو أمريكا (Henrich, Heine & Norenzayan, 2010) ومن المعروف والثابت أن ثمة فروق جوهرية بين الثقافة العربية والثقافة الغربية، فالثقافة الغربية ثقافة فردية Individualism تنافسية في حين أن الثقافة العربية ثقافة جمعية Collectivism تعاونية، لذا يُطلب في الولايات المتحدة من المعالجين النفسيين الذين يعملون مع متعالجين من خلفيات ثقافية عربية أو إسلامية أو أي خلفية ثقافية جمعية أخرى اعطاء اهتمام خاص لفهم العلاقات داخل الأسرة ووضع المتعالج في أسرته، مع تحذير المعالج من إصدار أحكام ضد خضوع أو طاعة المتعالج لمصادر السلطة الأسرية (Dwairy, 2006). وإن كان الأمر كذلك في المجتمعات الغربية التي تقييم وزناً للثقافة ودورها في التأثير على العلاج النفسي فإنه من الأولى أن يولى هذا الأمر بالغ الاهتمام في مجتمعاتنا العربية على أن يكون التحذير منصباً على عدم استنساخ المفاهيم أو التطبيقات.

فالعلاج الذهني السلوكي Cognitive Behavior Therapy - على سبيل المثال - علاج تعتمد مفاهيمه على القيم الفردية الغربية لذا يتوجب تكييفه للاستخدام في الثقافات الجمعية، وهذا ما حدى ببعض المختصين في المملكة المتحدة إلى إجراء تعديلات على هذا العلاج كي تكون له فعالية مع المقيمين في ذلك البلد من أصول جنوب آسيوية (Naeem et al., 2015). علي أية حال؛ وإن كان للعلاجات النفسية فعالية في علاج العديد من الاضطرابات النفسية في ثقافات غير غربية فإن تكييفها وتعديل بعض أساليبها قبل استخدامها مع أفراد من ثقافات مختلفة سوف يزيد من فعاليتها ويوفر الكثير.

ومن المهم الإشارة هنا بأن تأثير الثقافة على عمليتي التقييم والعلاج لا يقتصر على ما يحدث نتيجة التباينات بين الثقافات بل أيضاً ما يحدث داخل الثقافة الواحدة التي يكون فيها المعالج على كفاءة ودراية كافيتين بثقافة المجتمع حيث تؤثر الثقافة على

هاتين العمليتين من خلال المؤثرات الأخرى على الهوية مثل تلك الناجمة عن اختلاف الجنس أو الدين أو مستوى التدين أو الفوارق العمرية أو الطبقيّة أو العرقية أو المهنية. وإن كان يُنظر إلى الثقافة على أنها متعددة الأبعاد فإن الإنسان قد يكون متعدد الثقافات، بمعنى أن في داخله أكثر من هوية ثقافية مما قد تؤثر بدرجة أو أخرى على مفاهيمه وتصوراتهِ وبالتالي على ممارسته المهنية أو استجابته للعلاج.

التقييم وصياغة الحالة

تنطوي عملية التقييم العيادي على جمع المعلومات من أجل تحديد وتحليل المشكلات، والتشخيص إذا كان ذلك مطلوباً، ووضع خطة لبدء العلاج. وهو بهذا المعنى عملية متعددة الخطوات تتضمن صنع قرار معقد وواعي في ضوء المعلومات والأدلة المتوفرة من المصادر المتعددة (Rutter & Taylor, 2008). وبعيداً عن أعراض الاضطراب أو شكوى المريض فإن التقييم العيادي يهدف إلى تقصي معلومات تتعلق بتاريخه النمائي والأسري والشخصي والطبي، وما إذا تعرض لشدائد وكروب سواءً حادة أو مزمنة، إضافة إلى التعرف على نقاط قوته وضعفه والعوامل التي قد تؤثر على نتائج العلاج. كما يهدف إلى تشكيل تحالف علاجي مع المريض أو ذويه، فالتحالف أكثر من مجرد أن يكون المعالج مقبولاً أو محبوباً من قبل المريض أو ذويه، بل أنه ينطوي على الحوار من أجل تحديد الأهداف العلاجية المشتركة (Green, 2006). لذا ينبغي أن تتضمن صياغة أهداف العلاج اتباع أسلوب يعتمد على التعاون، وحل المشكلات، وإيجاد فرضيات ترتكز على الأدلة العلمية المتاحة فيما يتعلق بالفوائد والمخاطر المحتملة للتدخلات العلاجية المحددة، كما ترتكز على المعلومات المتحصل عليها من المريض وذويه ومواقفهم فيما يتعلق بخيارات العلاج المختلفة (Leckman & Taylor, 2015).

ويجب النظر إلى التقييم النفسي على أنه وسيلة وليس غاية ينتهي بوضع علامة معينة أو تشخيص محدد. كما ينبغي تمييزه عن الاختبار أو الفحص الذي هو في حقيقته قياس لوظائف شخصية أو انفعالية أو قدرات عقلية باستخدام أدوات أو إجراءات محددة (Gladding, 2009). ويمكن القول بإيجاز أن الاختبار أو الفحص أو القياس النفسي يُعد جزءاً من عملية التقييم.

وعادةً ما يبدأ المعالج بجمع بيانات التقييم النفسي من أجل الحصول على التشخيص وصياغة الحالة الأولية التي تُستخدم لتوجيه خطة العلاج واتخاذ القرارات العيادية. ودائماً

ما يعتمد المعالج عند جمعه المعلومات عن حالة المريض على مصادر متعددة، بما في ذلك الملاحظة العيادية، والمقابلة العيادية، ومقاييس التقرير الذاتي، ومعلومات الرصد الذاتي، والمقاييس والمقابلات التشخيصية المعيارية والمنظمة، والتقارير من ذوي المريض والمختصين الآخرين. وإن كان التشخيص مهماً لعدة أسباب منها أنه يساعد في الصياغة والتخطيط للعلاج واتخاذ القرارات المتعلقة بالتدخلات العلاجية إلا أنه لا يكفي لتوجيه العلاج لذا تتبع الحاجة إلى صياغة الحالة (Persons, 2008). ونُعرّف في المقاطع والصفحات التالية وعلى نحو موجز باستراتيجيات جمع المعلومات التي تُعَيّن في عملية التقييم العيادي وذلك قبل التركيز على صياغة الحالة (للاطلاع أكثر انظر: الزهراني، ٢٠١٤).

المقابلات العيادية

المقابلة العيادية Clinical Interview جزءاً من عملية التقييم الشاملة التي تهدف إلى جمع المعلومات عن المريض، وتُعتبر المقابلة بشكل عام مهارة يُمكن تعلمها ولكنها في ذات الوقت فنّ عند ممارستها. ولا تقتصر المقابلة على المعلومات اللفظية التي يتمّ الحصول عليها من المريض بل أيضاً على السلوك غير اللفظي الذي يُظهره، ولذلك فإن التماثل أو عدم التماثل بين المعلومات اللفظية وغير اللفظية عادةً ما يكون له مؤشرات التشخيصية (Holtz, 2011). وتتمّ المقابلة بعدة طرق منها المقابلة غير-المنظمة أو ما تُسمى بالمقابلة غير-المُقننة Nonstandardized، كما يُمكن أن تتم عن طريق ما يُعرف بالمقابلة المنظمة التي تُسمى أيضاً بالمقابلة المُقننة Standardized التي يُمكن تمييز نوعين منها هما: المقابلة عالية-التنظيم Highly-Structured والمقابلة نصف-المنظمة Semi-Structured (Miller, 2010). ولكل نوع من أنواع المقابلة العيادية استخدامات تحددها عوامل عديدة منها الأغراض، ومصدر وسبب الإحالة، والشكوى، ونُورد بإيجاز في المقاطع التالية تعريفات بأنواع المقابلة العيادية.

المقابلة غير-المنظمة Unstructured: في هذا النوع من المقابلة يُمكن للمختص صياغة أسئلته في ضوء المشكلات التي يعاني منها المتعالج، كما يسمح له بتسجيل الإجابات بطريقة ذاتية (Rogers, 2001). وتعتمد هذه المقابلة على المختص فهو مسئول بشكل كلي عن تحديد نوعية الأسئلة التي يتوجب طرحها على المفحوص كما أنه مسئول عن الكيفية التي تُستخدم فيها المعلومات المتحصل عليها للوصول إلى التشخيص الملائم (Summerfeldt & Antony, 2002). ولكونها مقابلة غير مُقننة فإن توجيهها يتطلب من المختص الاعتماد على العديد من العوامل التي من بينها شكوى المريض، والحدس

العيادي، والنموذج النظري الذي يتبعه، والمعلومات أو المعرفة التي يمتلكها (Segal & Coolidge, 2007). وإن كانت المقابلة غير-المنظمة تتسم بالمرونة التي تُمكن من الحصول على كمية وافرة من المعلومات العيادية عن المريض وبالتالي فهم أعمق عن حالته (Segal, Maxfield & Coolidge, 2008)، إضافة إلى إسهامها في إنشاء ألفة أو علاقة مهنية جيدة معه (Sattler, 1998)، إلا أنها في المقابل تتسم بانخفاض موثوقيتها وصلاحيتها (Rogers, 2001).

المقابلة العيادية المنظمة Structured: يتم في هذا النوع من المقابلة طرح أسئلة معيارية بدقة وبنفس التسلسل وذلك كما في دليل تعليمات الأداة، كما يتم تسجيل الإجابات في ضوء تعليمات محددة ومن ثم تقديرها وفقاً لتقييمات مُقننة (Segal & Coolidge, 2007). وتتسم هذه المقابلة بالعديد من المزايا الإيجابية من أهمها موثوقيتها وصلاحيتها العاليتين، إضافة إلى تغطيتها للكثير من الفئات التشخيصية والتمكين من تقدير حدة الأعراض ومستويات العجز وسهولة إجرائها (Rogers, 1995). وعلى الرغم من هذه المزايا الإيجابية إلا أن لها بعض العيوب ومنها تأثير بنيتها غير المرنة على طبيعة التواصل بين المختص والمفحوص، هذا بالإضافة إلى بعض الشواهد التي تُشير إلى إقرار المفحوص بأعراض كثيرة في بداية المقابلة. كما يُعتقد بحدوث إساءة فهم الأسئلة وبالتالي الحصول على إجابات غير ملائمة. ومن عيوبها أنها قد تحتاج في بعض الحالات إلى وقت طويل للتدريب على تطبيقها (Loney & Frick, 2003). والمقابلة العيادية المنظمة ليست ذات صيغة واحدة بل هي ذات صيغ متنوعة، وعلى الرغم من السمات المشتركة بين أنواعها إلا أنه يوجد اختلافات كبيرة بينها، وهي ما يُمكن حصرها في ثلاثة أبعاد رئيسة أولها التشخيص، حيث تذهب بعضها إلى مسح العديد من الاضطرابات عن طريق التقليل من الأسئلة في حين يذهب البعض الآخر إلى التعمق في أعراض اضطراب واحد، وثاني تلك الأبعاد سهولة الاستخدام، ويتمثل ثالثها في درجة التنظيم (Rogers, 2001). ويكمن الفرق الرئيس بين مختلف أنواع المقابلة المنظمة في مستوى التنظيم المفروض وهو التنظيم الذي يُصنفها تحت نوعين، هما:

المقابلة عالية-التنظيم Highly-Structured: تُستخدم في هذا النوع من المقابلات نفس صيغ الأسئلة بالترتيب التي هي عليه. حيث يتوجب على المختص قراءة كل سؤال قراءة حرفية دون اختلاف أو إضافات (Rogers, 2001). ومن أمثلة المقابلة عالية التنظيم جدول المقابلة التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي Diagnostic Interview Schedule for DSM الذي يُعد واحداً من أهم المقابلات التشخيصية عالية التنظيم (Robins et al., 1995).

المقابلة نصف-المنظمة Semi-Structured: تُوفر هذه المقابلة إرشادات عامة ومرنة لإجرائها مما يتيح للمختص حرية أكبر في تعقب العديد من البدائل والتحقق منها، وقد يضيف المختص في بعض الحالات أسئلة من عنده الأمر الذي تبدو عليه وكأنها محادثة أكثر من كونها مقابلة (Rogers, 2001). ومن أمثلتها جدول الاضطرابات الوجدانية والفصام (Summerfeldt & Antony, 2002) Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia.

ويُمكن الإشارة هنا إلى المقابلة التشخيصية Diagnostic التي تُعد إحدى أنواع المقابلة المنظمة، ومن أمثلتها مقاييس المقابلات التشخيصية المُخصصة للقلق أو الاكتئاب. حيث تهدف إلى اكتشاف وجمع المعلومات التي قد تُساعد في تحديد ما إذا كان لدى المفحوص نوع محدد من الصعوبات والمشاكل (Holtz, 2011).

الملاحظات السلوكية

الملاحظة السلوكية Behavioral Observation عملية مُنظمة لجمع المعلومات بشكل مباشر. وهي تُعد ذات أهمية بالغة في الحصول على معلومات عن حالة المريض، فمن خلالها يُمكن تقييم العوامل التي لها تأثير مباشر على أدائه على الاختبارات إضافة إلى توضيح جوانب القوة والضعف في شخصيته التي يُمكن أن تؤثر على التدخلات العلاجية (Vanderploeg, 2000). وعادةً ما يتم الاعتماد في الملاحظة أثناء المقابلة الاستهلائية Initial Interview أو مقابلة أخذ التاريخ على فحوصات الحالة العقلية Mental Status Examinations وهي إجراءات عيادية تماثل من الناحية النظرية الفحوصات الطبية الأولية التي يُجريها الأطباء على المرضى بأمراض عضوية (Groth-Marnat, 2009).

ويشمل فحص الحالة العقلية العديد من الوظائف النفسية والعقلية الرئيسة مثل فحص المظهر العام ووضعية الجسم وتعابير الوجه وحركات الجسم والكلام وعلاقة المريض بالفاحص والعاطفة والمزاج والإدراك والتفكير ومحتواه (Vanderploeg, 2000). ومع أن المعلومات المستمدة من فحص الحالة العقلية تأتي عن طريق الأسئلة المباشرة والملاحظة الدقيقة للمريض، إلا أنها تميل إلى أن تكون انطباعية بالمقارنة مع المعلومات المستمدة من الاختبارات النفسية، وبالتالي فإنه لا يُمكن لفحص الحالة العقلية أن يكون بديلاً عن الاختبارات النفسية الرسمية (Fischer et al., 2004).

ويحتاج فحص الحالة العقلية إلى خبرة عالية وبصيرة ثقافية، حيث يتوجب فيه ملاحظة سلوك المريض بطريقة شخصية مُنظمة وفي ذات الوقت جمع معلومات من المريض أو من

الآخرين عن الأعراض وبدايتها ومدتها وشدتها وتكرارها وتأثيرها على المريض وعلى المحيطين به. وينبغي على الفاحص الاستماع والتركيز بعناية إلى ما يقوله المريض وما لم يقله والتمعن في التباين بين الأعراض من وجهة نظر المريض والأعراض التي يُلاحظها الآخرون عليه (Sbordone, 2000). وعلى الرغم من اعتماد العديد من المختصين على الأسلوب غير المنظم لفحص الحالة العقلية إلا أن البعض يعتمد على أسلوب المقابلة المنظمة ونصف المنظمة (Rozenblatt, 2011)، وذلك بسبب ميل بعض الفاحصين إلى إهمال معلومات مهمة ذات علاقة بالمريض. وفي هذا السياق يُشار إلى إسهام استبيانات فحص الحالة العقلية المفصلة في التحسين الكبير للتقييم وتسجيل الملاحظات السلوكية (Sbordone, 2000). وتُوجد بعض قوائم واستبيانات الحالة العقلية التي يُمكن أن تكون جزءاً من المقابلة الاستهلالية أو قد لا تكون جزءاً منها، حيث يتم استكمالها في أوقات أخرى (Vanderploeg, 2000).

وتوفر الملاحظة المباشرة معلومات عن العديد من السلوكيات التي لا يُمكن تحديدها من خلال الاختبارات التقليدية ومن تلك السلوكيات التعبير الانفعالي غير الملائم، وسوء التحكم في المزاج، وضعف الحس العام، والحساسية النفسية، والإحباط، والمثابرة، والسيطرة على الانفعالات، والكمالية (Plante, 2011). هذه السلوكيات قد يكون لها انعكاس على تفاعل المريض مع العلاج وعلى تكيفه وتفاعله الحياتي بشكل عام.

الاختبارات وقوائم التقييم

أدوات التقرير الذاتي Self-Report Instruments: يوجد عدد كبير من هذه الأدوات التي تُستخدم لاستكمال التقييم العيادي أو لتتبع تطور العلاج وفعاليتها، ومنها ما هو شامل يُستخدم لتقييم خصائص شخصية واضطرابات انفعالية عديدة، ومنها ما هو مخصص لتقييم وظيفة انفعالية محددة، ودائماً ما تستكمل هذه الأدوات من قِبَل المريض في مراحل التقييم الاستهلالية (وللاطلاع أكثر على معظم أدوات التقرير الذاتي لاسيما المخصصة للاكتئاب والقلق انظر: Lam et al., 2005). ونورد في المقاطع التالية بعض أهم تلك الأدوات.

قائمة مراجعة الأعراض-90 Symptom Checklist-90: تهدف إلى التعرف على الأعراض النفسية لدى المرضى باضطرابات نفسية أو أمراض عضوية، وهي في حقيقتها لا تقيس

السمات الشخصية بل الحالة النفسية اللحظية، بمعنى الأعراض التي خبرها أو يخبرها الإنسان خلال فترة زمنية محددة في مدى أسبوع واحد. وتتكون هذه القائمة من تسعين بنداً تتدرج تحت تسعة أبعاد نفسية محددة، هي: بُعد الجسدية الذي تقيس بنوده الضيق الناجم عن الانشغال بالاختلالات البدنية الحقيقية أو المضخمة أو المتخيلة. وبُعد الوسواس القهري الذي تركز بنوده على الأفكار والدوافع والأفعال غير المرغوبة التي لا يُمكن مقاومتها كما تتضمن بعض جوانب الضعف الذهني مثل عدم التركيز وفراغ الذهن. وبُعد الحساسية البين -شخصية وتركز بنوده على مشاعر عدم كفاية الشخصية والإحساس بالدونية والانتقاص من الذات وعدم الارتياح وعدم الراحة أثناء التفاعلات مع الآخرين. وبُعد الاكتئاب الذي يركز على عسر المزاج وقلة الاهتمام بالحياة وتدني الدافعية وفقدان الطاقة الحيوية واليأس والأفكار الانتحارية والجوانب الذهنية والجسدية المرتبطة بالاكتئاب. وبُعد القلق الذي ترتبط بنوده بالأعراض الصريحة للقلق وسرعة الانفعال والتوتر والرجفة ومشاعر الرعب والهلع، إضافة إلى أعراض جسدية. وبُعد العدائية الذي تعكس بنوده الأفكار والمشاعر والأفعال التي تتسم بالحالة السلبية للغضب والعدوان والتهيج والاستشاطة والاستياء. وبُعد القلق الرهابي الذي تركز بنود على مظاهر الخوف من الأماكن المفتوحة. هذا بالإضافة إلى بُعدي الأفكار الهذائية والذهانية (Derogatis, 2000; Vaurio, 2011).

قائمة بيك للاكتئاب Beck Depression Inventory: تتكون القائمة من واحد وعشرين بنداً تتعلق بأعراض الاكتئاب الانفعالية والسلوكية والجسدية، وهي تُستخدم لتقييم شدة الاكتئاب حيث تتضمن مجموعة كبيرة من الأعراض. ولقد أصبح الإصدار الأخير أكثر توافقاً مع نظم التشخيص الحديثة لاسيما المعايير التشخيصية للاضطرابات الاكتئابية الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية "الإصدار الرابع" حيث تعكس الأعراض الأكثر حدة للاكتئاب مثل الهياج والشعور بالنقص أو فقدان القيمة وصعوبة التركيز وتدني الطاقة وفقدان الشهية ومشكلات النوم بالإضافة إلى أعراض أخرى. ولا يقتصر استخدام قائمة بيك لتقييم الاكتئاب لدى المرضى باضطرابات نفسية بل أنها تُستخدم مع الأشخاص العاديين، ويُشار إلى أن لها نفس كفاءة المقابلة المنظمة في الكشف عن الاكتئاب (Beck et al., 1996; Groth-Marnat, 2009).

قائمة بيرنز للقلق Burns Anxiety Inventory: تتكون من ثلاثة وثلاثين بنداً تقيس أعراض

القلق. وتُعد من أفضل الأدوات لمراقبة أعراض القلق المتعلقة بالمشاعر القلقة والأفكار القلقة وكذلك أعراضه الجسدية التي تتسجم مع النموذج الذهني السلوكي الإدراكية للقلق. ورغم أفضليتها تلك إلا أنها لا تقيس سلوكيات التجنب والأمان. ويُشار إلى أن قائمة بيرنز للقلق حساسة للتغيرات التي تحدث أثناء العلاج (Burns & Eidelson, 1998). ويوجد قائمة عربية محلية مماثلة لهذه القائمة تقيس الجوانب الثلاثة الانفعالية والذهنية والجسدية وهو مقياس ثلاثي الأبعاد للرهاب الاجتماعي (الرويتع، ٢٠٠٤).

مقياس ييل براون للوسواس القهري **Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale**: يُعد أفضل مقاييس تقييم أعراض الوسواس القهري والتعرف على شدتها وتقييم نتائج العلاج لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري. وهو يتكون من مقياسين فرعيين أحدهما لتقييم الوسواس والآخر لتقييم الأفعال القهرية، ويحتوي كل مقياس منهما على خمسة بنود. ولا ينبغي استخدامه بمعزل عن إجراءات التقييم الأخرى لعدة أسباب أهمها قصره (Goodman et al., 1989; Storch et al., 2010).

قائمة أعراض الاكتئاب والقلق Inventory of Depression and Anxiety Symptoms: تتكون هذه القائمة من أربعة وستين بنداً وهي موزعة على اثني عشر مقياساً فرعياً منها عشرة مقاييس مُخصصة لأعراض محددة، ومقياسين تتسم بالشمولية وهما مقياس الاكتئاب العام ومقياس عسر المزاج. وهي تُستخدم من قِبَل البالغين لتقرير مدى معاناتهم من اضطرابي الاكتئاب والقلق. وتختلف هذه القائمة عن القوائم الأخرى في جانبين رئيسيين، أولهما أنها صُممت كي تحتوي على عدة مقاييس يُمكن من خلالها تقييم أعراض محددة للاكتئاب مثل الأرق وفقدان الشهية والانتحار. أما الجانب الثاني فهو احتواؤها على العديد من البنود المُخصصة لأعراض مرتبطة بالقلق وهي البنود التي تم تضمينها لرفع الصلاحية التمييزية لمقاييس الاكتئاب وهذا ما أدى في نهاية المطاف إلى إيجاد مقاييس تكميلية للقلق. ويُشار فيما يتعلق بالجانب الثاني إلى العلاقة الوثيقة جداً لقياس الاكتئاب بأعراض القلق (Watson et al., 2008).

المقياس التشخيصي لضغط ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Diagnostic Scale: يتضمن هذا المقياس تسعة وأربعين بنداً تقيس شدة الأعراض. وهو يحتوي على أربعة أقسام حيث يتوجب على المريض في القسم الأول تحديد الأحداث المؤلمة التي خبرها أو شاهدها وذلك من بين اثني عشر حدثاً. ويختار في القسم الثاني الحدث الذي أثار إزعاجه أكثر من غيره خلال الشهر الماضي وتحديد ما إذا كان قد أصيب هو أو

شخص آخر بجروح في هذا الحدث. وما إذا كان تصوره يمثل تهديداً لحياته أو لحياة شخص آخر، وإذا كان الحدث تسبب في شعوره بالعجز والرعب. ويتم في القسم الثالث من المقياس تقييم سبعة عشر عرضاً من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية. ويتم في الجزء الرابع تقييم تأثير أعراض اضطراب ما بعد الصدمة على جوانب حياتية مهمة (Foa et al., 1997).

مقاييس تقدير السلوك Behavior Rating Scales: دائماً ما يتم استكمال مقاييس تقدير السلوك من قِبَل الأشخاص الذين على دراية تامة بالمريض مثل ذويه أو الذين يقومون على رعايته، وهي لا تختلف كثيراً عن أدوات التقرير الذاتي، كما أن بعضاً من مقاييس التقدير تُستخدم فقط من قِبَل مختصين على درجة محددة من التدريب (Merrell, 2003). ونورد في المقاطع التالية مقياس تقدير هاملتون للاكتئاب ومقياس تقدير هاملتون للقلق كعينة لهذه المقاييس.

مقياس تقدير هاملتون للاكتئاب Hamilton Rating Scale for Depression: واحداً من أكثر أدوات تقييم الاكتئاب شيوعاً في المجال النفسي العيادي حيث يُستخدم لتقييم شدة الاكتئاب لدى من تم تشخيصهم سابقاً بهذا الاضطراب. وتتكون صيغة المقياس شائعة الاستخدام من سبعة عشر بنداً تقيس المزاج الاكتئابي والشعور بالذنب والانتحار والأرق عبر مراحل الليل والفعالية الذاتية وتباطؤ التفكير والتهيج وأعراض القلق النفسية والجسدية وأعراض الاكتئاب الجسدية وتوهم المرض وفقدان الوزن واستبصار المريض بحالته. ودائماً ما يتم تطبيق المقياس أو إجراء التقييم من قِبَل مختصين وليس من قِبَل المريض وذلك على هيئة مقابلة عيادية نصف -منظمة (Hamilton, 1960; Lopez-Pina et al., 2009).

مقياس تقدير هاملتون للقلق Hamilton Rating Scale for Anxiety: يتكون من أربعة عشر بنداً تدرج تحت مقياسين فرعيين أحدهما مُخصص لأعراض القلق النفسية مثل القابلية للاستثارة والشعور بالتوتر، والآخر مُخصص للأعراض البدنية كتلك الأعراض المرتبطة بالشكاوي الجسدية. ويُعد أحد مقاييس التقدير الأولى التي تم إعدادها لقياس حدة أعراض القلق لدى البالغين الذين سبق تشخيصهم باضطراب القلق. ولا يقتصر استخدامه على ذلك بل يُستخدم للتمييز تجريبياً بين القلق كمزاج مرضي والقلق كحالة عصابية. ولأزال هذا المقياس يُستخدم على نطاق واسع في المجالين العيادي والبحثي وذلك على الرغم من النقد الموجه له والمتمثل في ضعفه أو

عدم دقته في التمييز بين القلق والاكتئاب وكذلك بين أعراض القلق الجسدية والأعراض الجسدية الجانبية (Hamilton, 1959; McDowell, 2006).

الأساليب الإسقاطية Projective Techniques: يذهب مختصو التحليل النفسي إلى استخدام هذه أساليب محددة لتقييم الشخصية عن طريق التعبير الحر للمفحوص عن نفسه، ومن تلك الأساليب ما يلي:

اختبار الرورشاخ لبقع الحبر Rorschach Inkblot Test: الذي يُعد واحداً من أقدم أدوات التقييم النفسية وأكثرها استخداماً. وهو يتكون من عشرة تصاميم غامضة تُعرض على المفحوص واحداً تلو الآخر ويطلب منه في كل مرة الإخبار عما أدركه في التصميم. ويتم بعد ذلك تحليل استجاباته باستخدام طرق تفسير نفسية. ويتم تطبيق الاختبار خلال مرحلتين، الأولى مرحلة التداعي الحر Free Association وفيها تكون الاستجابات تلقائية، والمرحلة الثانية مرحلة الاستقصاء Inquiry (Weiner, 2003).

اختبار تفهم الموضوع Thematic Apperception Test: يوصف على أنه اختبار للخيال الأدبي، ويُعتقد أن سرد القصص قد يكشف عن جوانب من طبيعة الإنسان قد تكون غير معروفة. ويتكون هذا الاختبار من صور مطبوعة بالأبيض والأسود على إحدى وثلاثين بطاقة. ويطلب من المفحوص ذكر قصة عن طريق وصف البطاقة، وشرح ما تقوم به الشخصيات، والظروف التي أدت إلى الموقف الذي هي فيه، وما الذي يمكن أن تفعله الشخصيات في المستقبل، كما يطلب منه تحديد المشاعر والأفكار ونتائج القصة (Dana, 1996).

اختبار تكملة الجمل Sentence Completion Test: يُستخدم هذا النوع من الاختبارات لتقييم الشخصية والاضطراب النفسي. ويوجد منه عدة صيغ منها صيغة هايلينج Hayling التي تتكون من ثلاثين جملة منقوصة حيث يطلب من المفحوص إكمال كل الجملة بأول كلمة ذات علاقة تتبادر إلى ذهنهم، ثم يطلب منه إكمال الجمل مرة أخرى ولكن بكلمات جديدة غير تلك التي ذكرها في التطبيق الأول (Burgess & Shallice, 1997).

صياغة الحالة

الصياغة ترجمة للمفردتين الإنجليزيتين Conceptualization أو Formulation اللتان تدلان على معنى واحد هو البيان الموجز لحالة المريض. وعلى نقيض الملخص فإن الصياغة

تتضمن نقاش حول الأفكار البديلة المتعلقة بالتشخيص ومسببات الاضطراب والعلاج والمآل والحجج المؤيدة والمعارضة لكل واحد من تلك البدائل. وتستند الصياغة الجيدة على الحقائق وليس على التخمينات، وقد تحتوي الصياغة على فرضيات يمكن التحقق منها حول أمور غامضة وقت كتابتها. ولا تتعلق الصياغة بمفاهيم تتعلق بالاضطراب فحسب بل أيضاً بفهم كيفية تأثير خبرات المريض على شخصيته وطرق تفاعله مع الصعاب (Gelder et al., 2000). ولقد نشأت أولى صياغات الحالة المستخدمة في العلاج النفسي من أعمال رائد العلاج التحليلي سيجموند فرويد Sigmund Freud التي تستند على مفاهيم التحليل النفسي عن اللاوعي والتحويل وآليات الدفاع والهو والأنا والأنا الأعلى (Bateman & Holmes, 1995). ويأتي معظم ما كُتب في وقتنا الراهن عن الصياغة من تقاليد السلوكية -الذهنية، حيث أن أول من صاغ مصطلح "صياغة الحالة Case Formulation" هم مختصو علم النفس العيادي في مستشفى مودزلي Maudsley اللندني مثل هانز آيزنك Hans Eysenck وفيكتر ماير Victor Meyer وإيرا توركات Ira Turkat (Bruch & Bond, 1998).

وتوجد العديد من التعريفات التي تتطرق لجوانب وأبعاد الصياغة، فهي في شكلها العام فرضية أو تفسير مؤقت للكيفية التي ظهر فيها الاضطراب في وقت معين (Weerasekera, 1996)، كما تُعرف على أنها العمود الفقري الذي يربط النظرية والممارسة ببعضهما البعض، ويمكن فهمها على أنها فرضيات يجب اختبارها (Butler, 1998)، وتُعرف صياغة الحالة في العلاج النفسي على أنها فرضية حول الأسباب والتبعات ذات العلاقة بمشكلات الفرد النفسية والشخصية والسلوكية (Eells, 2007). وتُعرف الصياغة من قِبَل شعبة علم النفس العيادي بجمعية علم النفس البريطانية Division of Clinical Psychology (2010) على أنها جمع ومكاملة المعلومات التي تم الحصول عليها من عملية التقييم والتي قد تتضمن عوامل وإجراءات نفسية وحيوية "بيولوجية" ومنهجية، وهي تعتمد على النظرية النفسية والبحث لتزويد المختص بإطار يوصف حاجات المريض ومشاكله وكيفية تطورها واستمرارها.

وإن كان البعض ينظر إلى الصياغة والملخص على أنهما مترادفان إلا أن ثمة اختلافات دقيقة بينهما ولكنها مهمة فالملخص وصف موجز لجميع الجوانب المهمة المتعلقة بالحالة، في حين أن الصياغة هي تقييم للحالة وليس إعادة تأكيد للحقائق. وأفضل مثال على الملخص هو ما يتم كتابته عند خروج المريض من أقسام التنويم بعد علاجه، حيث تتوفر فيه جميع المعلومات اللازمة التي تساعد على متابعة المريض ورعايته من

قبل نفس الفريق المعالج أو غيره، وعادةً ما يتضمن الملخص ما يلي: البيانات الديموغرافية مثل الاسم والعمر والجنس، أسباب الإحالة، تاريخ المرض الحالي، تاريخ الأمراض السابقة، التاريخ العائلي، التاريخ الشخصي، الشخصية قبل المرض، الفحص الجسدي، التشخيص، العلاج، المآل، الخطط اللاحقة (Kuruville & Kuruville, 2010). وعلى هذا تُعد صياغة الحالة حصيلة المعلومات المتنوعة التي تمت صياغتها على نحو مختصر ومتناسك بغرض فهم ومعالجة المريض بشكل أفضل. وتتنوع صياغة الحالة حيث يمكن تحديد أربعة أنواع، هي: الصياغة التشخيصية، والصياغة العيادية، والصياغة الثقافية، والصياغة العلاجية (Sperry & Sperry, 2012).

الصياغة التشخيصية للحالة

الصياغة التشخيصية Diagnostic Formulation عبارة عن بيان وصفي عن طبيعة وشدة الأعراض النفسية. وتساعد الصياغة التشخيصية المختص في الوصول إلى ثلاث مجموعات من الاستنتاجات التشخيصية، هي: ما إذا كانت الأعراض ذهانية أو عصابية أو ذات علاقة بالشخصية، وما إذا كانت أسبابها عضوية أو نفسية، وما إذا كانت تلك الأعراض حادة وشديدة بدرجة تتطلب التدخل الفوري. ودائماً ما تجيب هذه الصياغة عن سؤال "ماذا حدث؟". وتتناسب الصياغة التشخيصية مع تصنيفات ومعايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Sperry, 2015). ويوصى بأن تشمل الصياغة التشخيصية على: مقدمة توضح المشكلة، والتشخيص التفريقي، ومبررات التشخيص التفريقي بما في ذلك النقاط الإيجابية من التاريخ وفحص الحالة العقلية مما يجعل تشخيصاً ما أكثر احتمالاً من الآخر، والمزيد من المعلومات من ذوي الحالة وملفات الحالة القديمة والفحوصات الجسدية والنفسية ذات الصلة، وخطط تدابير الحالة مثل الدخول إلى المستشفى والأدوية والعلاج النفسي ومشاركة الأسرة وإعادة التأهيل والعلاج طويل الأمد، وأخيراً التشخيص (Kuruville & Kuruville, 2010).

الصياغة العيادية للحالة

تُعد الصياغة العيادية Clinical Formulation في طبيعتها طويلة وتوضيحية أكثر، وتحاول تقديم الأساس المنطقي لحدوث الاضطراب وتطور الأعراض واستمرارها وأنماط الحياة غير التكيفية. وهي تُجيب على سؤال "لماذا حدث ذلك؟". ومثلما توجد العديد من

النظريات النفسية التي تحاول تفسير السلوك الإنساني فإنه توجد أيضاً أنواع مختلفة من الصياغات العيادية التي تنتمي إلى تلك النظريات ومن أبرزها: صياغة التحليل النفسي، الصياغة الأدلرية، الصياغة الذهنية، الصياغة السلوكية، الصياغة البيولوجية، صياغة الأنظمة الأسرية، الصياغة الحيوية- النفسية- الاجتماعية، أو أية صياغة مكونة من عدة صياغات (Sperry, 2015).

الصياغة الثقافية للحالة

تُعد الصياغة الثقافية Cultural Formulation مراجعة منهجية وشرح للعوامل والديناميات الثقافية التي تُسهم في حدوث الاضطراب وتفاقمه. إنها تجيب على سؤال "ما هو الدور الذي تلعبه الثقافة؟". فهي وعلى نحو أكثر تحديداً تحتوي على مكونات تصف الهوية الثقافية للمريض ومستوى ثقافته، كما تقدم شرحاً لحالته من منظور ثقافي، مع توضيح تأثير العوامل الثقافية على شخصيته وأدائه الحياتي، كما تتناول العوامل الثقافية التي قد تؤثر على العلاقة بين المريض والمعالج (Lewis-Fernández & Díaz, 2002; Sperry, 2015).

الصياغة العلاجية للحالة

تتبع الصياغة العلاجية Treatment Formulation الصياغات التشخيصية والعيادية والثقافية وتعمل كخريطة أو مخطط توجه التدخلات العلاجية وتساعد المعالج على تنظيم أفكاره بشأن المريض وتحديد كيفية تقديم العلاج على نحو أفضل. وبدلاً من الإجابة على أسئلة "ماذا حدث؟" أو "لماذا حدث ذلك؟"، أو "ما هو دور الثقافة في الاضطراب؟" تتناول الصياغة العلاجية سؤال "ما الذي يمكن عمله حيال ذلك، وكيف؟" (Sperry, 2015).

ويمكن جمع الصياغات الأربع السابقة في صياغة تكاملية للحالة Integrative Case Conceptualization تكون أكثر شمولية وفائدة (Sperry & Carlson, 2014)، بحيث تركز على صياغة فرضيات وتفسيرات مؤقتة توضح كيفية حدوث الاضطراب في وقت معين وتطوره واستمراره. مع استيضاح العوامل التي قد تساعد في فهم أسباب الاضطراب، سواء كانت حيوية أو نفسية أو اجتماعية أو ثقافية وفهم كيفية تفاعلها في ظل ظروف معينة مما ينتج عنها الاضطراب، وتحديد أفضل أساليب التدخل العلاجي وتصويبها وتوجيهها على نحو مستمر وفعال (Johnstone & Dallos, 2014).

وتتباين الصياغات العلاجية بحسب الأسس النظرية التي يركز عليها العلاج. فهي بحسب الاتجاه الدينامي النفسي Psychodynamic نظم لأعراض المريض وخبراته وعلاقاته الهامة وأحداثه الحياتية في صياغة مركزة ومتماسكة بحيث توضح كيف ولماذا أصبح توازن المريض مضطرباً وكيف نشأت المشاكل أو الأعراض واستمرت. ومن الصياغة يمكن استنتاج مسار منطقي للعلاج ، مع الأخذ في الاعتبار النتائج المحتملة للتغيير المتمثلة في الخسائر والمكاسب واحتمال حدوث التغيير. فهي بهذا المعنى خريطة للعلاج ودليل لاختيار الخريطة الملائمة (Aveline, 1999). وتحدد مكونات الصياغة الدينامية النفسية في: ملخص المعلومات، ووصف العوامل غير الدينامية، والتفسير الدينامي النفسي للصراعات الأساسية، والتنبؤ بالاستجابات للمواقف العلاجية (للاطلاع أكثر انظر: Summers & Barber, 2010).

وهي بحسب الاتجاه الذهني السلوكي Cognitive-Behavioral عملية بموجبها يعمل المعالج والمتعالج بشكل تعاوني على وصف ثم شرح المشكلات التي قدم المتعالج من أجل التخلص منها. وتتمثل وظيفتها الأساسية في توجيه العلاج نحو تخفيف معاناة المتعالج ورجوعه إلى حالته الطبيعية (Tarrier & Calam, 2002). وتهدف الصياغة الذهنية السلوكية إلى ما يلي: تلخيص خبرات المتعالج، وتسهيل عرض المشاكل والتحقق من صحتها، وتعزيز مشاركة المتعالج في العملية العلاجية، وجعل العديد من المشاكل المعقدة أكثر قابلية للتعامل معها، وتوجيه اختيار التدخلات وتركيزها وتسلسلها، وتحديد نقاط قوة المتعالج واقتراح طرقاً لرجوعه إلى حالته الطبيعية، واقتراح التدخلات الأبسط والأكثر فعالية من حيث التكلفة، وتوقع مشاكل العلاج ومواجهتها، وفهم أسباب عدم الاستجابة للعلاج واقتراح طرقاً بديلة للتغيير، وإتاحة الإشراف والتشاور على نحو عالٍ من الجودة (للاطلاع أكثر انظر: Kuyken et al., 2009).

ويقدم بتلر (Butler 1998) ملخصاً تفصيلياً للأعراض الرئيسية لصياغة الحالة -لاسيما العلاجية - وهو ما يورده جونستون ودالوس (Johnstone & Dallos 2014) في النقاط التالية: استيضاح الفرضيات والأسئلة، الفهم من خلال تقديم رؤية أو خريطة شاملة، وتحديد الأولويات من خلال التمييز بين ما هو أساسي وما هو ثانوي لاسيما فيما يتعلق بالمشكلات التي يتوجب التعامل معها، والتخطيط لاستراتيجيات العلاج واختيار تدخلات محددة، والتنبؤ بالاستجابات للاستراتيجيات والتدخلات إضافة إلى التنبؤ بالصعوبات والعقبات المختلفة التي يمكن أن تظهر أثناء العلاج، وتحديد معايير نتائج التدخلات الناجحة، فهي توفر الأساس لفرضيات المتعلقة بما يجب تغييره حتى يشعر

المريض بالتحسن، والتعرف على أسباب عدم تقدم العلاج وتحسن حالة المريض واستكشاف الأخطاء وإصلاحها، وتجنب التحيز أو التغلب عليه.

وتضيف شعبة علم النفس العيادي (2011) Division of Clinical Psychology بجمعية علم النفس البريطانية إلى ما سبق أغراض أخرى، هي: ملاحظة الثغرات الموجودة في المعلومات، وتأطير التدخلات الطبية، وضمان دمج الفهم الثقافي، ومساعدة طالب الخدمة والقائم بالرعاية على الشعور بالفهم والاحتواء، ومساعدة المعالج على الشعور بالاحتواء، وتعزيز التحالف العلاجي، وتشجيع العمل التعاوني بين طالب الخدمة ومقدم الرعاية، والتأكيد على نقاط القوة والاحتياجات، وتطبيع المشكلات والحد من اللوم الذاتي لطالب الخدمة والقائم بالرعاية، وزيادة إحساس طالب الخدمة بالمعنى والأمل. وتشترك جميع صياغات الحالة -بغض النظر عن الاتجاه العلاجي الذي تنشأ منه- في عدة عناصر مشتركة، هي: أنها تصف الحالة المرضية للمريض باستخدام مفردات إجرائية سهلة، وتقدم إرشادات واضحة في العلاج، وأنها تتطور بمرور الوقت مع الحصول على المزيد من المعلومات (2003) (Bieling & Kuyken).

خطوات بناء صياغة الحالة

حيث أن معظم فصول هذا الكتاب تتناول التدخلات العلاجية النفسية للاضطرابات المحددة فيه من منظور العلاج الذهني السلوكي فإننا سوف نتطرق بشيء من التفصيل لخطوات بناء صياغة الحالة من هذا المنظور العلاجي وهي ما حددها بيرسون وتومبكينس (2007) Persons and Tompkins في سبع خطوات متسلسلة تفضي إلى صياغة فعالة. وتوفر كل خطوة من الخطوات السبع فرصة للمعالج لإعادة تقييم الحالة التي لا تتحسن على نحو ملحوظ وسلس (انظر أيضاً: 2010) (Teachman & Clerkin). ويمكن لكل خطوة من هذه الخطوات السبع أن يكون لها دوراً ذا قيمة في حل التعقيدات المتعلقة بالعلاج، كما يمكن لها مساعدة المعالج في فهم التناقضات الواضحة عند عرض المريض أفكاره ومشاعره وسلوكياته (2007) (Eells).

قائمة المشاكل Problem List: تتضمن هذه الخطوة وصفاً شاملاً للأعراض النفسية التي يعاني منها المريض إضافة إلى المشاكل في علاقاته الشخصية والمهنية والمدرسية والصحية والمالية والسكنية والقانونية، والمشاكل ذات العلاقة بعلاجه. وعلى الرغم من أهمية شمولية هذه القائمة إلا أنه من المهم في نفس الوقت عدم التوسع فيها كي لا

يتشتت المعالج وينتهي بالتالي الغرض منها. ومتى كانت المشاكل أكثر من عشر فإنه من المفضل وضعها في مجموعتين متجانستين قدر الإمكان. ومن المفيد اختصار كل مشكلة في بضع كلمات، ووصف العناصر الذهنية والانفعالية والسلوكية للمشاكل إن أمكن ذلك. ودائماً ما يتم الحصول على هذه القائمة الشاملة خلال المقابلة العيادية الأولية. كما تُستخدم أدوات التقرير الذاتي التي تساعد على اختصار الوقت، حيث يُطلب من المريض استكمال أداة محددة منها أو أكثر قبل المقابلة الأولية واحضارها معه. ويمكن للملاحظة الدقيقة أن تتبعه المعالج إلى مشاكل لم يذكرها المريض لفظياً أو لم يوردها في قائمة المشاكل. وللمعلومات المتعلقة بالمشاكل النفسية السابقة وعلاجها أهمية خاصة حيث توفر معلومات عن دافعية المريض نحو العلاج والتزامه (Persons & Tompkins, 2007). وكمبدأً توجيهي عام؛ وعندما لا يسير العلاج كما هو مخطط له - خاصةً عندما يكون الالتزام بتوصيات العلاج منخفضاً - فإن العودة إلى قائمة المشاكل والنظر أو البحث عن مشاكل أخرى قد تمثل عائقاً أمام تنفيذ الاستراتيجية تُعد خطوة فاعلة في الغالب لحل ذلك المأزق (Teachman & Clerkin, 2010).

تحديد التشخيص Assign Diagnosis: في هذه الخطوة يستكمل التشخيص بحسب المحاور الخمسة للتشخيص في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، وهي: المحور الأول - الاضطرابات العيادية، المحور الثاني - اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي، المحور الثالث - الحالات الطبية العامة، المحور الرابع - المشكلات النفسية الاجتماعية والمشكلات البيئية، والمحور الخامس - التقييم الشامل للأداء الوظيفي. على أية حال؛ وإن كان دور التشخيص في العلاج الذهني السلوكي موضوع جدلي (Follette, 1996)، إلا أنه يفضل الأخذ به كون قوائم المشاكل المستكملة من قبل المرضى قد تشير إلى أكثر من اضطراب من الاضطرابات التي تدرج تحت المحور الأول، كما قد تشير إلى اضطراب من اضطرابات المحور الأول واضطراب من اضطرابات المحور الثاني. على سبيل المثال؛ إذا كان المريض يعاني من الرهاب الاجتماعي على المحور الأول، واضطراب الشخصية التجنبية على المحور الثاني، والانعزال الاجتماعي على المحور الرابع، فقد يتم تجميع كل هذه المظاهر معاً كمظهر لمشكلة واحدة في قائمة المشكلات وذلك تحت مسمى القلق الاجتماعي والعزلة (Persons & Tompkins, 2007).

اختيار التشخيص الأولي Select Primary Diagnosis: في هذه الخطوة يتم اختيار تشخيصاً أولياً يُستخدم كمرشد لاختيار نموذج معياري لصياغة الحالة. وعادةً ما

يكون التشخيص الأولي هو الذي يمثل أكبر عدد من المشاكل التي أوردتها المريض في القائمة أو التي تسبب له أكثر ضيق وإزعاج، بمعنى أنه التشخيص الذي يتداخل بشكل كبير مع الأداء الحياتي للمريض. هذه الخطوة في حقيقتها خطوة تعاونية يعمل فيها المعالج والمريض على الوصول إلى قرار يحقق أهداف علاجية متجانسة (Teachman & Clerkin, 2010). وقد يكون من المفيد في بعض الأحيان اختيار التشخيص الأولي بناءً على الأهداف الراهنة للعلاج. على سبيل المثال؛ إذا كان المريض يعاني من اضطراب ثنائي القطب تحت تحكم جيد، ويريد علاج أعراض الهلع فإن تشخيص اضطراب الهلع قد يكون بمثابة التشخيص الأولي، ومع ذلك قد يضع المعالج الاضطراب ثنائي القطب في الاعتبار أثناء علاج الهلع (Persons & Tompkins, 2007).

اختيار الصياغة المعيارية Select a Nomothetic Formulation: في حالة وجود صياغات متعددة مبنية على البراهين للتشخيص الأولي فإن على المعالج اختيار وحدة من بينها لاستخدامها كنموذج لصياغة الحالة. على سبيل المثال؛ أوجد كلارك وويلز Clark and Wells (1995) نموذج صياغة حالة لاضطراب القلق الاجتماعي، كما أوجد رابي وهيمبرغ Rapee and Heimberg (1997) نموذجاً آخر لنفس الاضطراب، هنا يمكن للمعالج اختيار أحد النموذجين وتطبيقه على حالة المريض الذي يعاني من قلق اجتماعي. ويفضل في حالة وجود أكثر من نموذج صياغة حالة أن يستخدم المعالج النموذج الذي على ألفة به (Persons & Tompkins, 2007). وبشكل عام؛ فإن الغرض من اختيار الصياغة المعيارية هو استخدامها كنموذج لإيجاد فرضيات حول الآليات النفسية المتعلقة بالاضطراب والتي تُبقي عليه، وهي ما يمكن بعدئذ استهدافها في العلاج. وإن كان ثمة صياغات معيارية لبعض الاضطرابات مثل القلق والاكتئاب والوسواس القهري فإن العديد من الاضطرابات لا توجد لها مثل تلك الصياغات. كما أن تلك الصياغات المتوفرة ليست مطابقة تماماً لكل مريض لذا يتوجب تكييفها بحيث تراعي الفروق الثقافية والجوانب المتعلقة بالعمر والعرق والانتماء الديني والتوجه الجنسي (Teachman & Clerkin, 2010).

إضفاء الفردية على الصياغة Individualize the Formulation: في هذه الخطوة يتم أخذ الصياغة المعيارية المختارة وتطبيقها على مريض بعينه وذلك بعد جمع التفاصيل الخاصة بمشكلته والتي تتعلق بالعوامل الذهنية (مثلاً في الوسواس القهري: "الغذاء يمكن أن يكون خطيراً - يمكن أن يتسبب في مرضي، يجب أن أكون حريصاً للغاية فيما يتعلق بما آكله وإلا سأصاب بالمرض أو السمنة". أو في القلق الاجتماعي

"سوف يعتقد الناس أنني أحمق، لن يكون لدي أصدقاء أبداً". والعوامل السلوكية (مثلاً في الوسواس القهري: "طقوس الغسيل المفرطة، تعقيم الأطعمة، تجنب لمس الأشياء الملوثة، تجنب أطعمة معينة". أو في القلق الاجتماعي "تجنب الحديث في الجموع، تجنب تناول الأكل في المطاعم"، والعوامل الجسدية/الحيوية (مثلاً في الوسواس القهري: "فقدان الوزن، الدوخة، الضعف بسبب سوء التغذية". أو في القلق الاجتماعي "احمرار الوجه، الرجفة عند الحديث إلى الآخرين"). هذا بالإضافة إلى تفاصيل عن العلاقة التفاعلية بين تلك المشاكل (Becker et al., 2010). وبطبيعة الحال فإنه ليس بالضرورة أن تكون المشاكل ناجمة عن الآليات النفسية المفترضة التي تمثل لب الصياغة، فبعض المشاكل لا تكون نتيجة عوامل نفسية بل ناجمة كلياً أو جزئياً عن عوامل عضوية مثل الإصابة بأمراض معينة كالسرطان، أو عوامل مالية مثل إفلاس المكان الذي يعمل فيه المريض، أو حيوية كما في الاضطراب ثنائي القطب أو اضطراب القلق اللذان يعزبان في جزء منهما إلى عوامل وراثية (Persons & Tompkins, 2007).

فرضيات حول منشأ الآليات Hypotheses about the Origins of the Mechanisms: بعد اختيار صياغة معيارية محددة وتطبيقها على المريض بعينه تأتي هذه الخطوة التي يتم فيه إيجاد فرضيات حول أصل أو منشأ الآليات النفسية التي يعتقد أنها تبقي على الاضطراب. وفيها يقوم المعالج بطرح أسئلة وجمع معلومات ذات علاقة بالكيفية التي طور فيها المريض مخطوطاته، وكيف تعلم السلوكيات المختلفة أو فشل في تعلم السلوكيات الفاعلة، وكيف حدث ضعف التنظيم الانفعالي، وكيف اكتسب الخلل الحيوي أو الوراثي. ولهذا الغرض يتوجب على المعالج تقييم وتقصي التاريخ الأسري والاجتماعي الذي يحدد الأحداث والعوامل الرئيسة في تنشئة المريض ونموه (Persons & Tompkins, 2007). ففي حالة مريض يعاني من القلق الاجتماعي على سبيل المثال، فإن المعلومات التي يتم تقصيصها تتضمن خبراته المبكرة مع الآباء والمعلمين والتي ساهمت في مخاوفه من التقييمات السلبية من قبل رموز السلطة. ومع مريض يعاني من القلق العام يتم التعرف على كيفية نشوء المعتقدات بأن العالم مكان خطير ولا يمكن التنبؤ به، أو اعتقاد المريض بأنه ضعيف وغير قادر على الحياة والتعايش. ويمكن للمعالج الوصول إلى فرضيات متعددة حول مسببات طرق التفكير والتصرفات المختلفة والعلاقة بالآخرين غير السليمة. ويعتبر التفكير في أكثر من فرضية أمراً مهماً لمساعدة المعالج والمريض على رؤية أكثر من طريقة للعلاج (Teachman & Clerkin, 2010).

مسببات النوبة الحالية Precipitants of the Current Episode: هذه الخطوة الأخيرة في صياغة الحالة، وفيها يتم وصف مسببات نوبة الاضطراب الحالية أو مسببات تفاقم الأعراض. وكما في الخطوة السابقة فإن الهدف منها ليس معرفة أسباب الاضطراب بل التعرف على المحفزات المحتملة والمواقف المنشطة لحدوثه كي يتمكن المريض من تعلم كيفية تقليلها مستقبلاً (Teachman & Clerkin, 2010). ويمكن للمعالج في هذه الخطوة الطلب من المريض أو من قريب منه وصف تسلسل الأحداث التي أدت إلى مشكلته الراهنة، وذلك في محاولة منه الربط بعض المسببات والآليات بطريقة منطقية (Persons & Tompkins, 2007). ولقد تطرق آرون بيك (Beck (1983) لهذه الأمر مشيراً إلى توقع أن يؤدي فقدان أو الرفض إلى حدوث الاكتئاب لدى من لديه مخطوطة تتعلق بالاعتمادية، بينما يُتوقع أن يؤدي الفشل إلى الاكتئاب لدى المريض الذي لديه مخطوطة تتعلق بالإخفاق وفقد الاستقلالية.

التدخلات العلاجية

العلاج النفسي عملية تهدف إلى إحداث تغيير عميق في خبرات الإنسان وسلوكه وعلاقاته الاجتماعية. ويوجد ما يتجاوز المائة من الأساليب والأشكال والمدارس العلاجية التي تستند على قناعات فلسفية ونظرية محددة. وتُعد تلك النظريات لب الأساليب العلاجية ومنها تستمد تقنيات تدخلاتها العلاجية. والحقيقة أن هوية الأسلوب العلاجي تكمن في القناعات النظرية التي يرتكز عليها وأيضاً في التقنيات المحددة المستمدة منها (Tschacher & Haken, 2019). وينتمي العلاج النفسي إلى فئة من الممارسات العلاجية التي تعتمد على الكلام كوسيلة للعلاج. وهو يُعد ممارسة غير متبلورة لأنه يُقدم من قِبَل مجموعة متنوعة من المهنيين، فبالإضافة إلى المختصين في علم النفس يُقدم من قِبَل المختصين في العلاج الأسري والزوجي والخدمة الاجتماعية والأطباء النفسيين (Wampold, 2019). وإن كان لا يوجد تعريف كافٍ ومقبول تماماً إلا أن التعريف التالي يمكن أن يكون محدداً للممارسة: "العلاج النفسي في المقام الأول علاج بين شخصي، (أ) يعتمد على مبادئ نفسية، (ب) يجمع بين مختصٍ مدربٍ ومعالجٍ يبحث عن المساعدة من اضطراب أو مشكلة أو شكوى نفسية، (ج) هدف المختص هو أن يكون معالماً لاضطراب أو مشكلة أو شكوى المتعالج، (د) ويتم تكييف العلاج أو ملاءمته للمتعالج ولاضطرابه أو مشكلته أو شكواه" (Wampold & Imel, 2015, p. 37).

ويوجد مجموعة من التدخلات أو العلاجات النفسية المبنية على البراهين في البلدان

الغربية وهي التي ثبتت فعاليتها في علاج العديد من الاضطرابات النفسية. ويعتمد تحديد العلاجات المبرهنة علمياً إلى حد ما على سياقات تاريخية وثقافية. ففي ألمانيا على سبيل المثال؛ يعترف المجلس العلمي الاستشاري علمياً بالعلاج النفسي -الدينامي Psychodynamic والعلاج الذهني السلوكي (Schulte, 2007). وتختلف العلاجات المبرهنة علمياً بشكل كبير من بلدن إلى آخر (Moriana, Gálvez-Lara, & Corpas, 2017). وعندما لا يتم إيراد بعض العلاجات النفسية التقليدية ضمن العلاجات المدعومة بالبراهين فإن ذلك لا يعني بالضرورة أنها علاجات غير فعال.

ونورد في الصفحات التالية العديد من العلاجات النفسية التي تعتمد على نظريات محددة. وتُعرّف النظرية بحسب قاموس رابطة علم النفس الأمريكية بأنها "مبدأ أو مجموعة من المبادئ المترابطة التي تهدف إلى شرح عدد من الظواهر المترابطة أو التنبؤ بها" (VandenBos, 2015, p. 1081). وفي العلاج النفسي، تُعرّف النظرية على أنها مجموعة من المبادئ المستخدمة لتفسير التفكير والسلوك الإنساني، بما في ذلك الأسباب التي تجعل الناس يتغيرون. وفي الممارسة العملية، تقوم النظرية على إيجاد أهداف العلاج وتحدد كيفية متابعتها (Wampold, 2019). ويجب أن تكون نظرية العلاج النفسي بسيطة بما يكفي لكي يفهمها المعالج العادي، وفي نفس الوقت شاملة بما يكفي لتفسير مجموعة واسعة من الاحتمالات (Haley, 1997).

ويُشار عادةً إلى مدارس النظريات المختلفة على أنها موجات Waves. فالموجة الأولى هي النظريات النفسية الدينامي، المتمثلة في مفاهيم أدلر والتحليل النفسي. والموجة الثانية نظريات التعلم، وتتمثل في السلوكية والذهنية السلوكية. والموجة الثالثة النظريات الإنسانية، المتمثلة في المتمركزة حول الإنسان والجشطلتية والوجودية. والموجة الرابعة النظريات النسوية ومتعددة الثقافات. والموجة الخامسة النظريات البنائية وما بعد الحداثة وتتمثل في السرد والتي تركز على الحلول. وتتمثل هذه الموجات كيفية تكيف واستجابة العلاج النفسي للتغيرات في علم النفس والمجتمع والمعرفة، وكذلك التغيرات في طبيعة العلاج النفسي نفسه مع مرور الزمن (Wampold, 2019). ومن الواضح أن العلاج النفسي ونظرياته التي توجهه يتسمان بالحركة المرنة وسرعة الاستجابة، ويعتبر توفر هذا العدد الكبيرة من نظريات العلاج النفسي دليلاً على الطرق المختلفة التي يمكن من خلالها تصور السلوك الإنساني (Frew & Spiegler, 2012).

وتتباين فعالية العلاجات النفسية من علاج إلى آخر. وجدير بالذكر أن الفعالية ليست

عالية، فمهما كانت كفاءة المعالج فإن نسب فشل العلاج تظل عالية، حيث قد تصل إلى ٥٠٪ بين الذين يتلقون علاجاً نفسياً (Persons & Mikami, 2002)، بما فيها العلاجات المدعومة بأدلة واقعية (Lambert, 2012). وترتفع نسبة الفشل متى كان المعالج متدرباً ولا يملك كفاءة عالية، بل أن الانسحاب من العلاج قد يصل إلى ٧٥٪ في العيادات التي يقدم فيها العلاج متدربون (Callahan, Almstrom, Swift, Borja, & Heath, 2009). ولا يقتصر الأمر على فشل العلاج بل قد يتجاوزه إلى إخفاق المعالجين في معرفة الوقت الذي وصل فيه العلاج والمتعالج إلى طريق مسدود (Hatfield, McCullough, Frantz, & Krieger, 2010).

ولأن هذا الفصل تمهيد للفصول اللاحقة إضافة إلى أنه مؤطر بعدد محدد من الصفحات فأننا سنتطرق بإيجاز إلى العلاج السلوكي والعلاج الذهني السلوكي مع الإشارة إلى الخلفية النظرية ومنظور كل علاج للسوك المختل والسوي وعملية التغيير ومراحل العلاج وتقنياته بما في ذلك التقييم والاستراتيجيات والتقنيات العلاجية والفعالية. وقبل ذلك نلمح على عجلة إلى أساليب علاجية أخرى، هي: العلاجات النفسية الدينامية، والعلاج الوجودي، والعلاج المتمركز حول الشخص، والعلاج الجشطالتي، والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي.

العلاجات النفسية الدينامية Psychodynamic Therapies: تعود جذور هذه العلاجات إلى سيغموند فرويد Sigmund Freud الذي أوجد نظرية تتطرق للجوانب الدينامية ومراحل النمو. وبشكل عام يعتقد فرويد بوجود ثلاث قوى مركزية تشكل الشخصية، هي: الاحتياجات الغريزية، والتفكير العقلاني، والمعايير الأخلاقية التي تعمل على مستوى اللاوعي، وهو يفترض ديناميكية أو تفاعلية هذه القوى التي يسميها الهو والأنا والأنا العليا. وبحسب فرويد فإن كل إنسان عرضه للاضطراب النفسي إذا تعرض لنوع ومقدار محدد من الضغوط (Comer, 2015). ولقد أدى الاختلاف بين فرويد وزملائه إلى ظهور العديد من النظريات التي من أبرزها في وقتنا الحاضر نظرية الأنا Ego Theory التي تشدد على دور الأنا وتعتبره أكثر قوة واستقلالية مما هو في مفاهيم فرويد (Sharf, 2012). ونظرية الذات Self Theory التي تولي الذات أو الشخصية الموحدة الاهتمام الأكبر، حيث يعتقد علماء هذه الاتجاه أن الدافع الإنساني الأساس هو تعزيز تكامل الذات (Berzonsky, 1988). ونظرية العلاقة بالموضوع (الأخر) Object Relations Theory التي تفترض أن الدافع الأساسي لدى الإنسان هو الحاجة إلى إقامة علاقات مع الآخرين وأن المشاكل الحادة في العلاقة بين الطفل ومن يقوم على رعايته قد تؤدي إلى

نموه غير السوي (Kernberg, 2005).

وتتراوح العلاجات النفسية الدينامية من التحليل النفسي الفرويدي إلى العلاجات الحديثة القائمة على النظريات الثلاث السابق ذكرها. ولكنها جميعاً تهدف إلى الكشف عن الصدمات السابقة والصراعات الداخلية الناجمة عنها، ومن ثم مساعدة الإنسان على حل تلك الصراعات واستئناف نموه الشخصي وذلك من خلال توجيه حوارات العلاج بمهارة حتى يتمكن المريض من اكتشاف مشاكله الأساسية بنفسه. ولهذا الغرض يعتمد المعالج على بعض التقنيات مثل التداعي الحر، والتفسير، والتفيس (Comer, 2015). ففي التداعي الحر Free Association يتم تشجيع المريض على الحديث عن أي شيء يرد في ذهنه وخلال ذلك يحاول المعالج الكشف عن محتويات اللاوعي الكامنة وراء كلام المريض، مع إعطاء اهتمام خاص لمقاومة المريض الحديث عن موضوعات معينة. وفي تقنية التفسير Interpretation يصفي المعالج بدقة لحديث المريض والبحث في نفس الوقت عن أدلة واستخلاص استنتاجات مبدئية، ومن ثم تبادل التفسيرات مع المريض عندما يعتقد أنه مستعد لسماعها، ولثلاث ظواهر أهمية في عملية التفسير هي: المقاومة، والطرح، والأحلام. وثالث التقنيات هي التفيس Catharsis التي يستعيد فيها المريض مشاعره المكبوتة في الماضي من أجل حل صراعاته الداخلية والتغلب على مشاكله الراهنة (Wolberg, 2005).

العلاج الوجودي Existential Therapy: يرتكز هذا العلاج على الفلسفة الوجودية التي تركز على الوعي الذاتي بالظروف الحتمية للوجود الإنساني، بما في ذلك المسؤولية الشخصية والعزلة والموت والمعنى. ولا يمكن نسب نشأة هذا العلاج إلى عالم محدد إلا أنه يمكن ملاحظة إسهامات بعض العلماء ومنهم النمساوي فيكتور فرانكل Victor Frankl المنسوب إليه القول الشهير "الشيء الذي لا يقتلني يزيدني قوة" (Frankl, 1963)، والأمريكي رولو مي Rolo May الذي ساهم في تطوير هذا الأسلوب في بلده، فهو يؤكد على مسؤولية الإنسان عن اضطراباته وأحداث حياته مسؤولية مباشرة، ويحثه على مواجهة ما يبدو له عوامل حتمية تجبره على التسليم أو الانسحاب وتجنب الحياة. ويميز مي بين نوعين من القلق أحدهما صحي يدفع الإنسان إلى النمو والإبداع، وآخر مرضي يؤدي به إلى التجنب والعيش في عزلة آمنة (May & Yalom, 1995). ويرفض الأسلوب الوجودي النظرة الحتمية للطبيعة البشرية التي يتبناها التحليل النفسي الأرثوذكسي وتتبناها النظرية السلوكية الراديكالية (Corey, 2009).

ولهذا العلاج العديد من المبادئ الأساسية التي تغطي جوانب من التجارب الإنسانية منها: العالم المحيط والعالم المكون من رفاق الإنسان والعالم الشخصي المتمثل في علاقة الإنسان بنفسه، وطبيعة القلق والشعور بالذنب، والاهتمامات النهائية مثل الحرية والموت والعزلة واللامعنى والوعي الذاتي (May, 1969). وفي ضوء هذه المبادئ لا يؤمن المعالجون الوجوديون بالنماذج المعاصرة لعلم النفس المرضي. كما لا يُستخدمون تقنيات أو إجراءات محددة، بل يركزون على مهارات مثل تكوين علاقة مع المتعالج واستخدامها للتغيير. وعادةً ما تتضمن عملية العلاج الوجودي لقاءات مكثفة تتضمن المشاركة العاطفية العميقة والتغذية الراجعة والمواجهة والتشجيع لتحقيق أكبر قدر من الوعي والتكامل الوجودي (Adams, 2016).

ويُعد العلاج الوجودي طريقة تفكير أكثر من كونه أسلوباً لممارسة العلاج النفسي. فهو ليس مدرسة علاجية مستقلة ولا منفصلة، كما أنه ليست نموذجاً محدداً بدقة ولديه تقنيات محددة (Russell, 2007). والهدف الرئيس من العلاج هو تشجيع المتعالج على التفكير في الحياة، والتعرف على البدائل واتخاذ قرار بشأنها، وبمجرد تعرفه على الطرق السلبية التي قيل بواسطتها الظروف واستسلم لسيطرتها، يمكنه البدء في تشكيل حياته بوعي. ويُنظر إلى أن تقبل المتعالج المسؤولية أول خطوات العلاج فبمجرد أن يدرك دوره في خلق مآزقه فإنه يدرك أيضاً أن لديه القدرة على التغيير (Yalom, 2002). وتشير الأبحاث الحديثة إلى أن للعلاج الوجودي بأساليبه المختلفة تأثير إيجابي على شعور المتعالج بالمعنى في الحياة (Vos, Craig & Cooper, 2015).

العلاج المتمركز حول الشخص Person-Centered Therapy: يعتمد هذا الأسلوب العلاجي على مفاهيم علم النفس الإنساني لدى كارل روجرز Carl Rogers التي طرحها في أوائل أربعينيات القرن الميلادي الماضي، وهو يشترك مع العلاج الوجودي في العديد من المفاهيم. وبإيجاز؛ يفترض روجرز أن الاضطراب النفسي يبدأ من مرحلة الطفولة، فكل إنسان لديه حاجة أساسية للاحترام من قبل الأشخاص المهمين في حياته. فالإنسان الذي يتلقى احتراماً غير مشروط في وقت مبكر من حياته ينمي احترامه غير المشروط لذاته، فهو يدرك قيمته كإنسان حتى وإن لم يكن مثالياً. أما في حالة النقيض أي الاحترام المشروط فإن الإنسان يكون رؤية مشوهة عن نفسه وخبراته، فهو لا يعرف ما الذي يشعر به وما الذي يحتاج إليه حقاً، كما لا يعرف ما هي القيم والأهداف ذات المعنى بالنسبة له (Raskin, Rogers, & Witty, 2014).

وفي هذا العلاج يتوجب على المعالج توفير مناخ داعم يمكن المتعالج من النظر إلى نفسه بطريقة عادلة ومقبولة مما يؤدي به إلى تقدير مشاعره وأفكاره وسلوكه وتحرره من عدم الأمان والشكوك التي تحول دون تحقيقه لذاته. ويجب أن يتسم المعالج بأربع سمات مهمة طوال فترة العلاج، هي: ١- الاحترام الإيجابي غير المشروط المتمثل في القبول الكامل للمتعالج، ٢- التعاطف المتقن المتمثل في الاستماع بمهارة، ٣- الصدق المتمثل في قدرة المعالج على الانفتاح على مشاعره والتعبير عنها، ٤- التماسك الذي يُقصد به تكامل واتساق أفكاره ومشاعره وسلوكه (Raskin et al., 2014). ويتعارض اعتقاد روجرز بقدرة المتعالج على التغيير والشفاء الذاتي مع العديد من الاتجاهات العلاجية التي ترى أن تقنيات المعالج أقوى العوامل التي تؤدي إلى التغيير. فهو يرى أن الناس جديرون بالثقة بشكل أساسي، وأن لديهم إمكانيات هائلة لفهم أنفسهم وحل مشاكلهم الخاصة دون تدخل مباشر من جانب المعالج، وأنهم قادرون على النمو الذاتي متى ما كانوا مشاركين في نوع معين من العلاقة العلاجية الجيدة. ولقد أكد روجرز منذ البدء على اتجاهات المعالج وخصائص شخصيته ونوعية علاقته بالمتعالج باعتبارها المحددات الرئيسية لنجاح العملية العلاجية مُعلِّياً هذه الجوانب على حصيلته المعالج النظرية ومعرفته بالتقنيات العلاجية (Rogers & Russell, 2002).

وعلى الرغم مما أظهرته نتائج بعض الدراسات من تحسن الذين تم علاجهم بهذا العلاج، إلا أن دراسات أخرى لم تصل إلى مثل هذه النتائج، ورغم هذا فإن للعلاج المتمركز حول الشخص تأثير إيجابي على التدخلات العلاجية النفسية، حيث كان أحد البدائل الرئيسية الأولى للعلاج النفسي الدينامي، كما ساعد على فتح المجال أمام أساليب علاجية جديدة (Raskin et al., 2014).

العلاج الجشطالتي Gestalt Therapy: لهذا العلاج جذور في التحليل النفسي، وتعود نشأته إلى أربعينات القرن الميلادي الماضي بواسطة فريدريك بيرلز Frederick Perls ولورا بيرلز Laura Perls وبول قودمان Paul Goodman، ويؤكد العلاج الجشطالتي على وحدة العقل والجسم مع التركيز بشدة على الحاجة للتكامل بين التفكير والشعور والتصرف. فالإنسان بهذا المعنى حالة كلية وليس أجزاء منفصلة من الانفعالات والأفكار والسلوكيات. ويهدف هذا العلاج إلى إكساب المتعالج وعياً ذاتياً وقبولاً بالعمليات الجسدية والانفعالات المحجوبة عن الوعي، ومن خلال هذا الوعي الذاتي يحدث التغيير تلقائياً، ولا يقتصر الوعي بالنفس بل أيضاً بالطرق التي يهزم بها الإنسان

نفسه، ودائماً ما يتم الوصول إلى الوعي من خلال التعبير عما يشعر به الآن (Zahm & Gold, 2002). ورغم تركيز هذا العلاج على الوعي اللحظي أو الآن، إلا أنه في حقيقته مزيج غير متجانس من التقنيات والأفكار، وهو ما يتضح من عدم اتفاق علمائه، حيث يبدو في بعض الأحيان أنهم يفضلون الاختلاف على الاتفاق. ويُعد الوعي اللحظي من المفاهيم الرئيسة للعلاج الجشطالتي، فبحسب بيرلز فإن الواقع الآن والسلوك الآن والخبرة الآن. ويُنظر إلى البحث عن إجابات في الماضي كالتعامل مع شيء لم يعد موجوداً. لذا فإنه لا يمكن تحقيق قدرة الإنسان على النمو إلا عن طريق مهاجمة أي شيء يعمل على تحويل وعيه عن اللحظة الراهنة. وهذا ما يلخصه بيرلز (1970, Perls p.14) في القول: "بالنسبة لي، لا يوجد شيء إلا الآن. الآن = الخبرة = الوعي = الواقع. الماضي لم يعد موجوداً والمستقبل لم يأت، فقط الآن موجود". فالقلق بحسب هذا المفهوم هو الفجوة بين الآن ولاحقاً، أي الانشغال بما قد يجلبه المستقبل، كما إن الانشغال بالماضي يؤدي أيضاً إلى مجموعة من المشاعر السلبية. فالتركيز على الماضي أو المستقبل بحسب مفاهيم العلاج الجشطالتي يجعل الإنسان يعيش حاضره مشلولاً (Trull & Prinstein, 2013). وإن كان هذا العلاج يتفق مع العلاج المتمركز حول الشخص في العمل على توجيه المتعالج نحو التعرف على ذاته وقبولها، إلا أنه يختلف عنه في استخدام أساليب التحدي والإحباط (Yontef & Jacobs, 2014). ففي أسلوب الإحباط يرفض المتعالج تلبية توقعات أو متطلبات المتعالج بهدف جعله يكتسب مهارة جعل الآخرين يلبون احتياجاته. وفي تقنية لعب الدور يطلب منه القيام بأدوار مختلفة. ويشار إلى فعاليته وذلك من خلال المقارنة بين من تلقوا هذا العلاج والذين لم يتلقوا أي علاج، ولكن لا يوجد ما يشير إلى أن العلاج الجشطالتي أكثر فعالية من أشكال العلاج الأخرى (Elliott et al., 2004).

العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي Rational Emotive Behavior Therapy: يعود هذا

العلاج إلى ألبرت إليس Albert Ellis الذي أوجده في بداية خمسينيات القرن الميلادي الماضي. وهو يفترض أن الانفعالات السلبية مثل القلق والاكتئاب تنتج عن الطرق غير العقلانية التي يفسر بها الفرد الأحداث أو يحكم عليها وليس بسبب الأحداث نفسها. ويلاحظ معارضة هذا العلاج لمفاهيم وتطبيقات التحليل النفسي الذي يعتقد إليس أنه في بعض الأحيان غير فعال بل أنه قد يضاعف مشاكل المريض بدلاً من حلها (Ellis, 1999). ويُعد هذا العلاج أول العلاجات الذهنية ولديه الكثير من القواسم المشتركة مع العلاجات الموجهة نحو الذهن والسلوك لأنه يشدد مثلها على التفكير

والحكم واتخاذ القرار والتحليل والتصريف (Wolfe, 2007). ويفترض إليس العديد من الافتراضات الرئيسية التي يركز عليها العلاج، ومنها: أن الإنسان يولد بإمكانية أن يكون عقلانياً أو غير عقلاني. وأنه يميل إلى التفكير غير العقلاني والعادات المدمرة للذات والتفكير بالتمني والتعصب نتيجة لعوامل ثقافية وأسرية. وأن لوم النفس لب معظم الاضطرابات الانفعالية لذا يتوجب القبول غير المشروط للذات وللآخرين وللحياة (انظر: Ellis & Blau, 1998; Ellis, 2001). ويضع إليس نموذجاً يُعرف بنموذج (A-B-C) ويُعد هذا النموذج أساسي من الناحية النظرية والتطبيقية فهو أداة مفيدة لفهم مشاعر المتعالج وأفكاره وأحداث حياته وسلوكه. وفي هذا النموذج يمثل (A) وجود الحقيقة، أو حدث منشط، أو سلوك الفرد أو اتجاهاته. ويمثل (B) اعتقاد الفرد حول (A) الذي يؤدي إلى (C). ويمثل (C) النتيجة الانفعالية أو السلوكية أو رد فعل الفرد سواءً كان صحياً أو غير صحي. كما أورد إليس العديد من الأفكار اللا عقلانية مثل الشخصية والكمالية والتركيز على السلبيات (Ellis & MacLaren, 1998).

ويشير إليس إلى أن لدى الإنسان ميل قوي ليس إلى تقييم عمله أو سلوكه بأنه جيد أو سيء، يستحق أو لا يستحق، بل أيضاً تقييم نفسه في ضوء انجازه. هذا التقييم أحد المصادر الرئيسية للاضطراب، لذا يتمثل الهدف العام للعلاج في تعليم المتعالج كيفية فصل تقييم سلوكه عن تقييم نفسه وكيفية تقبل نفسه على الرغم من عيوبه. ويُستخدم في هذا العلاج العديد من الأساليب والتقنيات السلوكية والذهنية ومنها إعادة البناء الذهني، ودحض الأفكار اللاعقلانية، والتخيل الانفعالي العقلاني، ولعب الدور وتمارين مهاجمة الخجل، واستخدام القوة والنشاط (Ellis & Harper, 1997). ولقد أوردنا الأساليب والتقنيات المستخدمة في هذا العلاج في الصفحات التالية وذلك في سياق عرض العلاج السلوكي والعلاجي الذهني السلوكي. وتشير الأبحاث الحديثة إلى فعالية هذا العلاج مع العديد من الاضطرابات (David et al., 2018).

العلاج السلوكي

الخلفية النظرية: تعود جذور العلاج السلوكي Behavior Therapy إلى بدايات القرن الميلادي الماضي حيث أسهم العديد من المنظرين والباحثين والممارسين العياديين في نشأته وتطوره، ويشير علماء السلوك المعاصرون إلى أن هذا العلاج قد تطور عبر ثلاث موجات أو أجيال (Hayes, 2004; Wilson, 2008). فالموجة الأولى تتمثل في جيل الرواد التي امتدت من عام ١٩٠٠ إلى عام ١٩٥٠ تقريباً، وهي ما يمكن تسميتها بحقبة العلاج

السلوكي التقليدي الذي كان يركز على السلوك الملاحظ مفترضاً أن سلوك الإنسان ناتج عن بيئته، ويهدف العلاج إلى تقليل الضيق أو الكرب عن طريق تغيير الظروف البيئية ذات الصلة. ومن أمثلة الأساليب العلاجية في هذه الحقبة إزالة الحساسية التدريجي والجرس والوسادة وهي أساليب تنتمي إلى الاشرط التقليدي، والتعزيز والإطفاء واقتصاديات المنح كما في الاشرط الإجرائي. ومن أبرز العلماء فيها الروسي إيفان بافلوف Ivan Pavlov، والأمريكي جون واتسون John Watson الذي ينظر إليه على أنه أب السلوكية Behaviorism، والجنوب إفريقي جوزيف ولب Joseph Wolpe الذي يعتبره البعض مؤسس العلاج السلوكي، والأمريكيان إدوارد ثورنديك Edward Thorndike وبورهوس سيكنر Burrhus Skinner. هؤلاء العلماء السلوكيون الرواد عبروا عن رفضهم للمفاهيم العقلية مثل الوعي والفكر والتخيل وركزوا على الدراسة الموضوعية للسلوكيات التي يمكن ملاحظتها (Spiegler, 2016).

وعلى الرغم من تطور السلوكية خلال النصف الأول من القرن الميلادي الماضي إلا أن التحليل النفسي كان مسيطراً على العلاج النفسي، ومع بدايات النصف الثاني من ذلك القرن وللحاجة الملموسة للعلاج النفسي نتيجة لما أفرزته الحرب العالمية الثانية ظهرت أصوات تنتقد التحليل النفسي الذي يستغرق وقتاً طويلاً ومشككة أيضاً في فعاليته، وهذا ما ساعد على تطور العلاج السلوكي في أمريكا وبريطانيا وجنوب أفريقيا في النصف الثاني من القرن الماضي حيث أصبح مع حلول عام ١٩٧٠ قوة رئيسة في المجال العيادي. وخلال تلك الفترة وإلى عام ١٩٨٠ كانت الموجة الثانية التي تقولب فيها ما يُعرف الآن بالعلاج الذهني السلوكي حيث كان التركيز خلالها على السلوك الملاحظ والعمليات الذهنية مع افتراض أن السلوك ما هو إلا نتاج النشاط الذهني والتفاعل مع البيئة. وتعتمد أساليبه العلاجية على مفاهيم النظرية الذهنية الاجتماعية والمفاهيم الذهنية ذات العلاقة بنظرية التعلم الاجتماعي. وأبرز علماء هذه الحقبة ألبرت باندورا Albert Bandura وأرنولد لازاروس Arnold Lazarus ودونالد مايكنباوم Donald Meichenbaum وآرون بيك Aaron Beck (Spiegler, 2016).

وفي بداية تسعينات القرن الميلادي الماضي ظهرت الموجة الثالثة التي دمجت فيها تقنيات الموجتين الأولى والثانية مع منظور إضافي يعكس مواضيع مشتركة تتعلق بالتسليم ببعض الآلام التي لا مفر منه والتدرب على التيقظ العقلي والقبول واستخدام الفرد طاقته لخلق حياة تستحق العيش. وتندرج الأساليب العلاجية لهذه الموجة تحت

مواضيع هذا المنظور لذا نجد العلاج بالقبول والالتزام Acceptance and Commitment والعلاج المرتكز على التيقظ الذهني Mindfulness-Based والعلاج السلوكي الجدلي Dialectical behavior. وأبرز علماء هذه الحقبة ستيفن هايز Steven Hayes، ومارشا لينهان Marsha Linehan وزيندل سيغال Zindel Siegal وجون تيسدال John Teasdale ومارك ويليامز Mark Williams (Perez-Alvarez, 2012; Spiegler, 2016).

السواء والاختلال: يتم من المنظور السلوكي اكتساب أو تعلم السلوك السوي والسلوك المختل من خلال عمليتي الاشراف التقليدي والاشراط الاجرائي. ويُنظر إلى السلوك المختل على أنه مشكلة حياتية أو معاشة وليس مرض، وهو يتمثل في الفشل في اكتساب السلوكيات المطلوبة. فعلى سبيل المثال؛ يؤدي عدم تعلم الحديث مع شخص غريب إلى قلق وعزلة اجتماعية. ويتمثل السلوك السوي أو الفاعل في تجنب الآلام والكفاءة في حل المشكلات والحصول على التعزيز. هذا بالإضافة إلى تلميح الاتجاهات الحديثة إلى الرفاه وذلك في سياق إشارتهم إلى الذهن والسلوكيات التي تعزز الصحة الجسدية والتجارب الذاتية مثل التفاؤل والأمل واحترام الذات والثقة بالنفس والشعور القوي بالرضا العام عن الحياة (D'Zurilla & Nezu, 2006).

عملية التغيير: بحسب الاتجاه السلوكي فإن تغيير الشخصية يتضمن تعلم التخفيف من الاستجابات غير السوية أو التخلص منها وإحداث أو زيادة الاستجابات المرغوبة سواءً كانت تلك الاستجابات جلية أو ضمنية. لذا فإن العلاج السلوكي هو تطبيق خبرات تعلم تصحيحية تهدف مباشرة إلى حدوث استجابات جلية محددة غالباً ما تكون مرتبطة باستجابات ضمنية وذلك من خلال تعديل الاستجابات المتعلمة سابقاً أو اكتساب استجابات جديدة بدلاً من تلك المختلة (Fall, Holden, & Marquis, 2017).

مراحل العلاج وتقنياته

التقييم Assessment: دائماً ما تتزامن عملية التقييم مع بناء العلاقة العلاجية، ويُستخدم لأغراض التقييم في العلاج السلوكي المقابلات العيادية، وقوائم التقرير الذاتي التي يتم استكمالها من قِبَل طالب العلاج، والسجلات الذاتية التي يتم من خلالها رصد السلوك، وقوائم ومقاييس تقدير السلوك التي تستكمل من قِبَل ذوي المريض، والملاحظة المنهجية للمريض من قِبَل المعالج في بيئة طبيعية أو بيئة تعتمد على المحاكاة، ولعب الأدوار أثناء العلاج، والقياسات الفسيولوجية. ويختلف التقييم

السلوكي عن التقييم التقليدي في أنه يركز على السلوك المستهدف علاجه وليس التقييم الشامل للشخصية، إضافة إلى تركيزه على تحديد السوابق والعواقب الراهنة ذات العلاقة باستمرار السلوك المستهدف وليس تحديد الأصل الماضي للسلوك. وعندما يُستخدم التقييم في المرحلة الأولى من العلاج فإنه يهدف إلى وضع خطة علاج تحدد الأهداف السلوكية ووسائل تحقيقها، كما يُستخدم التقييم خلال عملية العلاج وذلك بهدف التحقق من إحراز تقدم نحو الأهداف وللحصول على معلومات جديدة أو إضافية لتعديل وضبط خطة العلاج إن احتاج الأمر ذلك (Spiegler, 2016).

استراتيجيات وتقنيات العلاج Therapy Strategies and Techniques: تعتمد استراتيجيات الحقبة الأولى على مبادئ الاشراف التقليدي والاشراط الاجرائي. وعادةً ما يساعد المعالج المريض على تعلم استجابات فاعلة أثناء جلسة العلاج، ثم ممارسة تلك الاستجابات خارج جلسة العلاج من خلال الواجبات المنزلية مع تشجيعه على اكتساب المزيد من الاستجابات الفاعلة الجديدة (Jacobson, 1998). ونورد فيما يلي الاستراتيجيات التي تعتمد على الاشراف الاجرائي Operant Conditioning بدءاً بالاستراتيجيات التي تساعد على زيادة السلوك التكيفي المرغوب فيه ثم الاستراتيجيات المستخدمة للتقليل من السلوك غير المرغوب، ونتبع ذلك بالاستراتيجيات التي تعتمد على الاشراف التقليدي. وبإيجاز يمكن القول إن الاشراف الاجرائي يحدث عندما يُتبع السلوك في موقف معين بنتيجة معززة مما يجعل حدوثه في ظروف مماثلة مستقبلاً أكثر احتمالاً (Miltenberger, 2008).

النمذجة Modeling: يقوم المعالج بالتصرف بطريقة معينة رغب المتعالج التصرف بها ولكنه لم يفعل ذلك أبداً ومن ثم يحاكي المتعالج المعالج. ويمكن أن يكون النموذج أشخاصاً غير المعالج سواءً ممثلين في الأفلام أو ناشطين. وتُستخدم النمذجة على نطاق واسع لتطوير المهارات الاجتماعية وتأكيد الذات. وعادةً ما تُستخدم عندما يتجنب المتعالج سلوكاً تكيفياً نتيجة لتوقع عواقب سلبية، فإذا راقب المتعالج شخص ما يؤدي السلوك دون عواقب سلبية فمن المرجح أن يقلد ذلك السلوك (Spiegler & Guevremont, 2010).

لعاب الدور Role-Play: تقنية تُستخدم في التقييم كما تُستخدم في العلاج وفيها يُطلب من المتعالج التصرف كما لو كان في مشكلة فعلية. ودائماً ما تكون ممارسة ذلك السلوك في مكان العلاج ومن ثم ممارسته خارجه. وغالباً ما يزود هذا التصرف

المعالج بملامح من سلوك المتعالج في مواقف الحياة الواقعية مما يساعده في عملية التقييم، ومن جانب علاجي تساعد هذه التقنية المتعالج على ممارسة السلوكيات التكيفية الفاعلة، كما تمكن المعالج من توجيهه نحو تحسين تلك السلوكيات (Fall, Holden, & Marquis, 2017).

واجبات المهام المتدرجة Graded Task Assignments: في هذه التقنية يتم وضع خطوات صغيرة متتالية تؤدي إلى الأهداف العلاجية. وفيها يشجع المعالج على تنفيذ تلك الخطوات بشكل منتظم من الأبسط إلى الأكثر تعقيداً أو من الأسهل إلى الأصعب. وغالباً ما تساعد هذه التقنية المتعالج على أن يكون أكثر نشاطاً كما تمدّه بخبرات نجاح تكون دليلاً على أن اعتقاده بنفسه غير صحيح، وبالتالي قدرته على رؤية نفسه بطريقة مختلفة. وقد تمنحه هذه الرؤية الجديد فرصة تجربة سلوكيات جديدة تتماشى مع الاعتقاد بأنه قادر مما ينتج عنه انخفاض اكتتابه على سبيل المثال (Spiegler & Guevremont, 2010).

جدولة النشاط Activity Scheduling: يقوم المعالج والمتعالج بجدولة الأنشطة لمعظم ساعات يوم المتعالج وذلك بوضع خطة، وهو مفيد على نحو خاص للذين يعانون من القلق والاكتئاب. حيث يساعد المريض الذي يعاني من القلق على الشعور بالاهتمام والتحكم، فهو يتصدى لمشاعر عدم التنظيم والارتباك من جانب كما يعمل على إشغال المريض عن الأفكار المثيرة للقلق من جانب آخر. ويوفر للمريض بالاكتئاب الذي يفتقد غالباً للنشاط ويجد صعوبة في أداء المهام البسيطة أساساً يشجعه على الانخراط في سلوكيات نشطة طوال اليوم (Spiegler & Guevremont, 2010). كما يُستخدم مع الأطفال والبالغين المصابين بإصابات في الرأس والذين يعانون من الفصام حيث يقوم المعالج بوضع ترتيبات ينخرط بموجبها المتعالج في سلوكيات مرغوبة فاعلة وذلك في المواقف التي يكون حدوث السلوك المختل خلالها محتملاً مما يقلل من حدوث السلوك غير السوي (Bigelow & Lutzker, 1998).

تقدير التمكن والسرور Mastery and Pleasure Rating: توفر هذه التقنية للمتعالج تغذية راجعة تتعلق بالإنجاز والسرور الذي يخبره بالفعل. ويُقصد بالتمكن الإحساس بالإنجاز حتى من دون الكمال، ويُقصد بالسرور مشاعر المتعة أو الرضا أثناء أداء المهمة. وفي هذا الإجراء يُطلب من المتعالج تقدير كل نشاط بواسطة مقياس يمتد ما بين صفر إلى خمسة بحيث يُعطى صفر لعدم الإنجاز والسرور وخمسة لأعلى إنجاز وسرور، هذا

التقدير يساعده على التعرف على الإنجازات الجزئية والاستمتاع بالقليلة. وتُعد هذه التقنية مفيدة بشكل خاص مع مرضى الاكتئاب الميالون إلى تجاهل نجاحاتهم ونسيان المواقف التي تجلب لهم الرضا (Beck, 1976). فالمتعالج الذي يقول "لا يمكنني فعل أي شيء بشكل صحيح" و"لا يوجد شيء ممتع" قبل الانخراط في نشاط تكميني قد يُقدّر انجازه واستمتاعه بعد ذلك بتقدير يفوق الصفر، هذا التقدير الذي يعبر عن نجاح واستمتاع -حتى وإن كانا قليلين- يمكن توظيفه كدليل واقعي لدحض معتقداته بأنه لا يستطيع تحقيق أي شيء، وأنه لا توجد متعة على الإطلاق في أي شيء يفعله (Spiegler & Guevremont, 2010).

الاستجابة المنافسة Competing Response: تُستخدم هذه التقنية عندما يُراد إيقاف المتعالج من القيام بسلوك غير مرغوب فيه. حيث يتم تعليمه استجابة محددة لا يمكن تأديتها في نفس الوقت مع الاستجابة غير المرغوب فيها، الأمر الذي يجعل من المستحيل عليه القيام بالسلوك غير المرغوب فيه. ومن أمثلة ذلك قبض كلتا اليدين لمنع مص الإصبع أو نتف الشعر أو شد الجلد (Crosby & Twohig, 2011). ويمكن توظيف هذه التقنية في علاج إدمان الكحول، فعندما يشعر الفرد برغبة في شرب الكحول فإنه بدلاً من ذلك يجتمع مع آخرين في مكان لا يمكن الشرب فيه. وعادةً ما يعمل التفاعل الاجتماعي والتسلية كمعززات لهذه الاستجابة المنافسة البديلة (Fall, Holden, & Marquis, 2017).

الإطفاء Extinction: في هذه الإجراء يتم إيقاف حدوث السلوك الذي تم تعزيزه مسبقاً وذلك عندما لم يعد ينتج عن حدوثه عواقب معززة. أنه ببساطة سحب أو حجب المعززات من أجل تقليل السلوك غير التكميني. ولقد أثبتت العديد من الدراسات فعالية الإطفاء في التقليل السلوكيات غير السوية لدى الأطفال والبالغين (Miltenberger, 2008). وعادةً ما يتم استخدام هذا الإجراء عندما لا يكون إجراء الاستجابة المنافسة قابلاً للتطبيق للحد من السلوك غير المرغوب فيه.

العقاب Punishment: يُشير هذا الإجراء إلى عواقب Consequences السلوك التي تقلل من احتمال حدوثه في المستقبل (Azrin & Holz, 1966). وتتمثل العواقب في حدوث مثير مكروه أو منفر Aversive بعد السلوك غير المرغوب فيه وهو ما يُعرف بالعقاب الإيجابي Positive، أو سحب العواقب المعززة أو المحببة وهو ما يُعرف بالعقاب السلبي Negative. ويجب أن يكون العقاب معقولاً ومناسباً وأقل إزعاجاً قدر الإمكان، لأن الهدف من العقاب هو التحكم في السلوك وليس إلحاق الألم أو عدم الراحة بالمتعالج. ويُستخدم

في بعض الأحيان مصطلح العلاج بالنفور Aversion Therapy للإشارة إلى التطبيقات العيادية للعقاب الإيجابي (Jena, 2008). أما التطبيقات العيادية للعقاب السلبي فيشار إليها بالوقت المستقطع وتكلفة الاستجابة.

الوقت المستقطع Time Out: أحد أشكال العقاب السلبي الأساسية التي تتلو السلوك غير الملائم، وفيه يُطلب من الفرد قضاء فترة زمنية قصيرة في بيئة أقل تعزيزاً إلى حد ما مقارنة بالبيئة الأصلية التي حدث فيها السلوك غير الملائم. وغالباً ما يُستخدم هذا الإجراء مع الأطفال والمراهقين. ويكون للوقت المستقطع فعالية متى ما عرف الطفل سبب العقاب ومدته، وهي المدة التي يجب أن تكون قصيرة نسبياً، أي في حدود خمس دقائق، ولا تقتصر الفعالية على ذلك بل ينبغي عدم تقديم معززات إيجابية خلال هذا الوقت الذي ينتهي بانتهاء فترته المحددة التي يجب أن يتصرف خلالها الطفل بشكل ملائم (Spiegler & Guevremont, 2010).

تكلفة الاستجابة Response Cost: إجراء آخر من إجراءات العقاب السلبي وفيه يتم سحب كمية محددة من المعزز عند حدوث السلوك غير الملائم مما يؤدي إلى انخفاض احتمالية حدوث ذلك السلوك في المستقبل (Miltenberger, 2008). ولكي يكون هذا الإجراء فعالاً عند استخدامه في المجال العيادي فإنه يتوجب أن يكون للمعزز المسحوب خصائص تحفيزية، وأن يساهم المتعالج في تحديد نوع المعزز كي لا يشعر بعدم العدل، ويجب أن يكون للمعززات المراد سحبها صفة التكرار بحيث يمكن سحبها بسهولة عند حدوث السلوك غير المرغوب فيه، ويجب أن تكون تكلفة الاستجابة مرتبطة مباشرة بسلوك، كما يجب أن تكون تكلفة الاستجابة محددة بوضوح قبل حدوث السلوك، وأن يتعلم المتعالج فرضها على نفسه ذاتياً (Jena, 2008).

اقتصاديات المنح Token Economies: نظام لتحفيز المريض على أداء السلوك المرغوب والامتناع عن أداء السلوك غير المرغوب فيه. وفي هذا الإجراء يمكن للمريض الحصول على معززات رمزية مثل شرائح أو نقاط مقابل السلوك التكيفي كما يمكن فقدها نتيجة لسلوكه غير التكيفي، ويمكن له لاحقاً استبدال تلك المعززات الرمزية بأخرى حقيقية. ودائماً ما يتم اطلاعه على كيفية كسب تلك المعززات الرمزية وكيفية مصادرتها، وكيف يمكنه استبدالها بمعززات حقيقية. وعادةً ما يُستخدم هذا الإجراء مع الأطفال والمرضى البالغين الذين يعانون من اضطرابات عقلية. وتحدد العناصر الأساسية لاقتصاديات المنح في وضع قائمة بالسلوكيات المستهدفة وعدد

الرموز التي يمكن للفرد كسبها أو خسارتها عند حدوثها، ووضع قائمة بالمحفزات الحقيقية والتكلفة الرمزية لكل واحد منها، ونوع الرمز المستخدم، والقواعد والإجراءات المحددة لاستخدام هذا النظام (Spiegler & Guevremont, 2010).

ونعرض في المقاطع التالية الاستراتيجيات التي تعتمد على الاشرط التقليدي Classical Conditioning الذي هو عملية يقترن فيها المثير الطبيعي بمثير غير شرطي مما يؤدي إلى أن يحدث المثير غير الشرطي استجابة غير شرطية. ونتيجة لربط المثير الطبيعي بالمثير غير الشرطي، يصبح للمثير الطبيعي مثيراً شرطياً يؤدي إلى استجابة مماثلة للاستجابة غير الشرطية، والتي تسمى استجابة شرطية (Miltenberger, 2008).

التعريض Exposure: يُستخدم للتقليل أو التخلص من السلوكيات غير المرغوب فيها، لاسيما استجابات التجنب الشرطية مثل الرهاب والوساوس والأفعال القهرية. ويتم ذلك من خلال تعريض المريض للمثيرات المستحثة لتلك الاستجابات المضطربة. ولهذا الغرض تُستخدم ثلاثة إجراءات رئيسية، هي: الانفجار الضمني Implosion الذي يُستخدم فيه التخيل بدلاً من تعريض المريض للمثير المخيف في الواقع، والغمر Flooding، والتحرر بالنفور Aversion Relief، وعادةً ما يُشار إلى هذه الإجراءات بمستحثات القلق Anxiety-Induction. ويُعد إزالة التحسس التدريجي Systematic Desensitization من أساليب التعريض، على الرغم من أنه لا يتوافق تماماً معه (Jena, 2008). وخلال العلاج بالتعريض يمكن استخدام إجراءات إضافية منها منع الاستجابة Response Prevention حيث يُمنع المتعالج في هذه التقنية من ممارسة السلوكيات غير التكييفية التي تُستخدم عادةً لتخفيف القلق ومنها غسل اليد مراراً وتكراراً بسبب احتمال لمس شيء يحتوي على الجراثيم، ومن الإجراءات الإضافية الاستجابة المناقصة التي تطرقنا لها في صفحة سابقة (Spiegler & Guevremont, 2010).

الغمر Flooding: في هذا الإجراء وبدلاً من مواجهة المثير الشرطي المخيف على نحو تدريجي يتم تعريض المتعالج بشدة للمثير المخيف لفترة طويلة، ودائماً ما يعاني في البداية من قلق شديد خلال وجود المثير المخيف، ولكن مع مرور الوقت يتناقص مستوى القلق ويحدث الاطفاء (Barrios & O'Dell, 1989). وغالباً ما يكون إجراء منع الاستجابة عنصر أساس في الغمر الواقعي In Vivo Flooding لاضطراب الوسواس القهري الذي يكون فيه المريض منشغلاً ذهنياً بأحداث معينة تثير القلق الذي يحاول تخفيفه من خلال ممارسة طقوس غير تكييفية (Franklin & Foa, 2008).

العلاج بالتفجير Aversion Therapy: فيه يقدم مثير منفر أثناء أداء المتعالج سلوك غير مرغوب، ويتم إنهائه بمجرد توقف المتعالج عن ممارسة ذلك السلوك. والهدف هو الربط بين ممارسة السلوك المستهدف والمثير المنفر بحيث تصبح ممارسة السلوك منفرة. وبنفس عملية الربط بين السلوك والمثير المنفر التي تُستخدم لأغراض علاجية تحدث عملية الربط في الحياة العادية مما يؤدي إلى ظهور سلوكيات تجنبية معينة. فعلى سبيل المثال؛ قد يتعرض الفرد إلى دوار الجو عندما تواجه الطائرة مطبات هوائية تفقدها التوازن مما يجعله يتجنب السفر بالطائرة، حيث ارتبطت السفر بالطائرة بعدم الارتياح من دوار الجو. ويربط أثناء العلاج بين المثير المنفر والسلوك المستهدف بشكل واقعي ومباشر، أو بشكل رمزي من خلال عرض صور أو السرد، أو خلال تخيل ممارسة السلوك المستهدف (Spiegler & Guevremont, 2010).

إزالة التحسس التدريجي Systematic Desensitization: يُعد أول أساليب العلاج بالتعريض، وفيه يتخيل المريض المواقف المثيرة للقلق أثناء انخراطه في سلوك منافس للقلق مثل الاسترخاء العضلي وهذا ما يؤدي به وعلى نحو تدريجي إلى أن يصبح أقل حساسية لتلك المواقف. ويتضمن هذا الأسلوب ثلاث خطوات، هي: تعليم المتعالج استجابة منافسة للقلق، وترتيب الأحداث التي تسبب القلق بحسب مقدار القلق الذي تسببه، وجعل المتعالج يتصور مراراً وتكراراً الأحداث المثيرة للقلق بهدف زيادتها أثناء أداء الاستجابة المنافسة التي غالباً ما تكون الاسترخاء (Spiegler & Guevremont, 2010).

التدريب على المهارات Skills Training: تهدف هذه الاستراتيجية إلى مساعدة المتعالج على تحسين أو تطوير مهاراته مثل مقابلة الآخرين وإجراء حوارات والتصرف بشكل ملائم في المواقف الاجتماعية وإنشاء علاقات اجتماعية. وتتضمن الخطوة الأولى من التدريب تقييم العجز الذي يعانيه المتعالج في هذا الجانب. ويحتاج بعض المتعالجين إلى تطوير مهاراتهم الاجتماعية الأساسية بينما يحتاج آخرون فقط التخلص من الكبح الذي يسببه القلق. ويُعتمد في الخطوة الثانية على النمذجة التي يمكن تنفيذها بواسطة المعالج أو الملاحظة في الحياة الواقعية أو مشاهد أفلام محددة. وبعد الانتهاء من هاتين الخطوتين تأتي خطوة لعب الدور لتنفيذ المهارات المطلوبة، وينتهي التدريب بتنفيذ المتعالج المهارات في مواقف الحياة الواقعية (Miltenberger, 2008).

التنشيط السلوكي Behavioral Activation: أسلوب علاجي يُستخدم تقليدياً في علاج الاكتئاب، كما أنه مفيد مع التسويف والتجنب السلوكي، وهو يتكون من أربع

خطوات، هي: مراقبة الأنشطة الحالية من حيث التمكّن والسرور، ووضع قائمة بالأنشطة المثابة، والتخطيط للأنشطة، وأخيراً المشاركة فيها. وهو يُعد أسلوباً مفيداً في التقليل من الوصمة المرتبطة بالاكْتئاب في بعض الثقافات، كونه يركز على كيفية تأثير سلوكيات معينة على الطريقة التي يشعر بها الفرد وذلك بدلاً من التركيز على المظاهر الذهنية أو العقلية للاكْتئاب. كما قد يكون مفيداً في إشعار المتعالج أو ذويه أن لدى المعالج أدوات واضحة يمكن أن تساعد في تخفيف اكتآبه. لا سيما أولئك المرضى الذين يتوقعون أن لدى المعالج أدوات واضحة أو ملموسة (Bunge et al., 2017).

فعالية العلاج Effectiveness of Therapy: تشير الدراسات الى البراهين العلمية التي تسند العلاج السلوكي. حيث يؤكد سبيجلر (Spiegler, 2016) إلى أن العلاج السلوكي يتمتع بأوسع وأقوى قاعدة تجريبية بين العلاجات النفسية. وإن أمكن القول إن العلاجات السلوكية والذهنية السلوكية تتمتع بأقوى دعم تجريبي إلا أن فعاليتها مقارنة بالعلاجات الأخرى لم يتم التحقق منها بعد (Fall, Holden, & Marquis, 2017).

العلاج الذهني السلوكي

الخلفية النظرية: ينظر البعض إلى العلاج الذهني على أنه يمثل الموجة الثانية من موجات العلاج السلوكي (Spiegler, 2016). على أية حال؛ جاء ظهور العلاج الذهني في ضوء مفاهيم العلاج السلوكي والعلاج العقلاني الانفعالي الذي أسس له ألبرت إليس Albert Ellis ومتماشياً مع الاتجاه السائد في الولايات المتحدة في ستينيات القرن الميلادي الماضي المناهض للاتجاه النفسي الدينامي والذي يرى أيضاً قصور في العلاج السلوكي وقلة فعالية للعلاج الوجودي (Fall, Holden, & Marquis, 2017). وإن كان يعود ظهور أولى تطبيقات العلاج الذهني السلوكي إلى أوائل ستينيات القرن الميلادي الماضي إلا أن معظم ما كتب فيه كان في سبعينيات ذلك القرن، حيث عبر فيها آرون بيك Aaron Beck عن عدم رضاه عن التحليل النفسي والعلاج السلوكي (Rosner, 2012). على أية حال؛ ينظر إلى العلاج الذهني السلوكي على أنه هجين من مجموعة من الاستراتيجيات السلوكية والمفاهيم والعمليات الذهنية التي تهدف إلى إحداث تغيير في السلوك والذهن (Dobson & Dozois, 2001). ويرتكز العلاج الذهني نظرياً على مفاهيم السلوكية مثل الاشراف التقليدي والاشراط الاجرائي إضافة إلى نظرية التعلم الاجتماعي ونظرية التثمين الذهني اللتان تؤكدان على دور الذهن في استهلال سلوكيات معينة والابقاء عليها. ولا

يمكن إغفال التماثل بين المبادئ النظرية لدى كل من بيك وإليس في القول بأن الذهن هو لب المعاناة الإنسانية، وأن مهمة المعالج تتمثل في مساعدة المتعالج على تعديل أفكاره التي تسبب له الضيق (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2018).

وبشكل عام؛ تتضمن نظرية بيك الذهنية المكونات التالية: ١- لا يوجد أحد مثالي من الناحية الذهنية. ٢- يوجد كل إنسان معتقدات عميقة حول الذات وهي ما يسميها بالمخطوطات. ٣- بسبب الاستعداد الوراثي والنمذجة في الصغر وأحداث الحياة السلبية تتشكل مخطوطات الفرد ومعتقداته السلبية عن الذات. ٤- لا تمثل بالضرورة هذه المعتقدات مشكلة ما لم يتم تشييطها من خلال أحداث الحياة المجهدة أو الحالات المزاجية السلبية، لاسيما الأحداث والحالات المزاجية التي تتوافق مع المعتقد أو المخطط الأساس. ٥- عند تشييط تلك المعتقدات تزداد معالجة المعلومات الخاطئة وتنتشر التحيزات السلبية أو الإيجابية في العديد من المجالات الذهنية مثل الانتباه الانتقائي والذاكرة وتفسير الأحداث والخبرات، وغالباً ما تظهر هذه التحيزات في شكل أفكار تلقائية متناغمة مع المعتقدات الأساسية، والتي بدورها تساهم في زيادة خلل الانفعال والسلوك. ٦- تحتوي معالجة المعلومات على نظامين فرعيين متفاعلين: تلقائي وإنعكاسي، ويتسم النظام التلقائي بسرعة معالجة المعلومات، ولكنه يصنف البيانات الواردة إلى فئات عريضة وينتج عنها أخطاء. في حين أن النظام الفرعي الانعكاسي أبطأ، ويتطلب المزيد من الموارد الذهنية ولكنه أكثر دقة. ٧- تميل معالجة المعلومات المعادة لاسيما المعالجة التلقائية إلى التكرار والتأكيد، حيث يوجد تشييط وتأكيد متكرر للمعتقدات السلبية الأساسية التي يحتوي بعضها على محتويات ذهنية تتوافق مع اضطرابات نفسية محددة. ٨- عندما يتم تفعيل النظام الفرعي الانعكاسي فإنه يمكن تعديل الأفكار التلقائية والمعتقدات الوسيطة والمعتقدات الأساسية والاختلالات الانفعالية والسلوكية المرتبطة بها (Beck & Haigh, 2014).

السواء والاختلال: يتميز السواء بأربع ميزات على الأقل. أولها الغياب النسبي للتحيز في معتقدات الفرد الأساسية التي تتسم بأنها تتوافق مع الأدلة المتوفرة، وأنها وظيفية وتدعم بقاء الفرد وتخدم مصالحه. أما الميزة الثانية الناجمة عن الأولى فهي احتمالية أن يقضي الإنسان معظم وقته في أوضاع بسيطة، وبالتالي يشعر بمجموعة من المشاعر المعتدلة، كما يشعر بدافعية لإيجاد أهداف وتحقيقها، ولديها القدرة على التفكير المرن وحل المشكلات بشكل جيد. والميزة الثالثة هي سهولة الوصول إلى نظام التحكم

الواعي لدي الفرد، حتى في ظل الظروف المستحثة للمخطوطات الجامدة والمتحيزة. ورابع السمات هي أن الشخص السوي يتمتع بنوع من المرونة. وفي المقابل فإن السمة الرئيسية للاختلال هي المعتقدات الأساسية المتحيزة، أي المخطوطات التي تنطوي على تصورات مبالغ فيها والتي لا تصمد أمام الأدلة ولا تخدم بقاء الشخص ومصالحه. هذه المعتقدات الأساسية المتحيزة تهيئ الفرد للسمة الثانية المتمثلة في التشييط المزمّن لواحد أو أكثر من الأوضاع البدائية. وثالث السمات هي عمل الفرد بشكل مزمّن من خلال وضع بدائي واحد أو أكثر، حيث يصبح خاضعاً للتفكير الجامد والمطلق والمنحاز والتلقائي الذي يميز هذه الأوضاع، وبالتالي يصبح أقل قدرة على الوصول إلى نظام التحكم الواعي. والنتيجة هي السمة الرابعة المتمثلة في الجمود، حيث الانزلاق بسهولة إلى الوضع البدائي وصعوبة الوصول إلى نظام التحكم الواعي (Beck & Weishaar, 2014).

عملية التغيير: يحدث التغيير من المنظور الذهني عندما تتغير المعتقدات الأساسية للفرد، وتزال التحيزات منها، وتصحح أخطاء التفكير. ويكون هذا التغيير أكثر قوة عندما يتعلم الفرد أيضاً إدراك الكيفية التي تحدث بها معالجة المعلومات المتحيزة وكيفية إزالة التحيز. ويكون حدوث التغيير أقل احتمالاً بشكل تلقائي في سياق الحياة العادية وأكثر احتمالاً في ظل الظروف العلاجية (Fall, Holden, & Marquis, 2017). ويتم التغيير من خلال توظيف نموذج ذهني لتعليم المريض استخدام التحكم الواعي للتعرف على الاستجابات غير التكيفية والتغلب عليها (Beck & Weishaar, 2014).

مراحل العلاج وتقنياته

التقييم Assessment: يُستخدم في العلاج الذهني التقييمات الموضوعية وغير الموضوعية قبل وطوال عملية العلاج. فبالإضافة إلى التقييمات التي أشرنا إليه في الجزء الأول من هذا الفصل، يتعمق هذا العلاج في تقصي التاريخ النمائي للمتعالج والمعاني المتفردة التي ينسبها للخبرات. وعادةً ما يُطلب من المتعالج استكمال بعض البيانات قبل الجلسة الأولى وقبل وبعد كل جلسة. وكثيراً ما تُستخدم أدوات التقرير الذاتي للتعرف على الأعراض وتقدم العلاج مثل السجل اليومي للأفكار غير التكيفية (Brown & Clark, 2015). ولصياغة الحالة أهمية قصوى في العلاج الذهني السلوكي بل أنها إحدى ركائز الأساسية، ففيها يتم إيجاد فرضيات تتعلق بالعوامل الذهنية والانفعالية والسلوكية والموقفية التي تسهم في حدوث اضطراب المريض واستمراره وتفاقمه

(Wenzel, Brown, & Karlin, 2011). وتشتمل الصياغة في العلاج الذهني السلوكي على ستة أجزاء تم تحديدها فيما مضى بإنشاء قائمة بالمشاكل، وصف الآليات الأساسية، والطريقة التي تُحدث بها الآليات المشاكل، وتحديد مسببات المشاكل الحالية، وأسس الآليات في حياة المريض المبكرة، وتوقع العقبات التي يمكن أن تعترض العلاج بناءً على الصياغة (Persons, 1989). وحديثاً أُضيف إليها صياغة تصور مفصل لنظام الخلل الوظيفي لا سيما فيما يتعلق بالعوامل التي تسهم في الإبقاء على الخلل، والخلفية التاريخية المتعلقة بالقابلية للاضطراب، ودور السلوك الاجتماعي والبيئ الشخصي في حدوثه (Tarrier & Calam, 2002).

استراتيجيات وتقنيات العلاج Therapy Strategies and Techniques: عادةً ما يُستخدم نهجان أساسيان في العلاج الذهني السلوكي لإحداث التغيير أولهما إعادة بناء الأحداث الذهنية، وثانيهما التدريب على المهارات الاجتماعية والبيئ شخصية. هذان النهجان يعتمدان على طريقتين للتعزيز الأول تقوية الأفكار التي تؤدي إلى سلوكيات إيجابية، والثاني تقوية السلوك. وللطريق الأول جذور في العلاج الذهني وللثاني جذور في العلاج السلوكي (Milkman & Wanberg, 2007). ودائماً ما تُستخدم التقنيات السلوكية وذلك في ضوء فرضية أن استمرار الصعوبات النفسية غالباً ما تكون نتيجة لأنماط السلوك المختلفة بما في ذلك التجنب. لذا فإن لتلك التقنيات والإجراءات السلوكية أهمية في العلاج الذهني السلوكي ولقد أوردنا في الصفحات السابقة في سياق الحديث عن العلاج السلوكي الكثير من الاستراتيجيات والتقنيات السلوكية التي توظف أيضاً في العلاج الذهني السلوكي. ونورد فيما يلي أهم الاستراتيجيات والتقنيات الذهنية، وبعض الاستراتيجيات السلوكية التي لم نشير إليها أثناء الحديث عن العلاج السلوكي. ومن الملاحظ أن كثير من هذه التقنيات تقييمية وعلاجية. ونوردها تحت عناوين عريضة تمثل الخطوات الرئيسة للعلاج الذهني السلوكي.

تنمية الوعي بالتغيرات الانفعالية: من المهم أن يكون لدى المتعالج وعي بالتغيرات الانفعالية والربط بينها وبين المظاهر الذهنية والسلوكية. ويُستخدم لهذا الغرض المخطط الانفعالي Emotional Pie المخصص لتحديد حالات مزاجية مختلفة خلال فترة زمنية محددة. والترمومتر الانفعالي Emotional Thermometer الذي يتوجب فيه تحديد المواقف التي قد يتعرض لها المتعالج والمشاعر المرتبطة بها. وبطاقات وسجلات المشاعر Feeling Charts and Cards التي تُستخدم مع الأطفال والمراهقين (Merrell, 2008).

الكشف عن الأفكار التلقائية وتحديد المعتقدات: في هذه الخطوة العلاجية يكون التركيز على تحديد أنماط تفكير المتعالج سواءً الإيجابية أو السلبية، ونظام معتقداته الأساسية الذي يكمن خلف عمليات التفكير ويؤثر على الانفعالات. وبحسب المفاهيم النظرية للعلاج الذهني فإن العديد من أفكار الإنسان تحدث على نحو تلقائي كاستجابة لمواقف أو مشيرات محددة وكنتيجة لذلك يتم تطوير أنماط من التفكير دون وعي. وإن كان هدف العلاج معارضة وتغيير تلك الأفكار والمعتقدات فإن أولى الخطوات هي التعرف عليها، ولتحقيق هذا الهدف تُستخدم العديد من التقنيات ومنها:

جدول الأفكار Thought Charts: إجراء بسيط يتكون من ثلاثة أعمدة يُستخدم لتحديد الأفكار التلقائية، وفيه يقوم المتعالج بتسجيل المواقف التي تحدث بين كل جلستين علاجيتين وتقدير حدة المشاعر المرتبطة بكل موقف من تلك المواقف والأفكار المصاحبة لها. ويمكن في بعض الأحيان أن يكون لدى المعالج نفس السجل حيث يدون فيه ما يستتبعه من الحوار أثناء الجلسة العلاجية (Wilkes et al, 1994).

الإعادة الذهنية Cognitive Replay: قد لا يشعر بعض المتعالجين بالراحة عند تسجيل أفكارهم أو قد يسجلون ما يرون أن المعالج يريد منهم كتابته وفي أحيان أخرى قد لا يكونوا متعاونين، لذا يمكن استخدام أسلوب الإعادة الذهنية الذي يتم فيه تحديد الأفكار خلال الجلسة العلاجية حيث يقوم المعالج بتعليم المريض ذلك من خلال تحديد موقف يستثير أفكار الاكتئاب ومن ثم الطلب منه إعادة تدويرها في ذهنه وخلال ذلك يمكن للمعالج إرشاده نحو الأفكار التلقائية التي خبرها. ويمكن استخدام هذا الأسلوب أيضاً للكشف عن المعتقدات التي تكمن خلف تلك الأفكار (Merrell, 2008).

تنبؤ الأفكار Thought Forecasting: هذه التقنية مماثلة للإعادة الذهنية فيما عدا أن التركيز هنا على المستقبل بدلاً من الماضي. وعادةً ما تُستخدم مع المريض الذي يقاوم استعادة الخبرات الماضية أو مناقشة المشاكل الراهنة حيث يمكن لهذه التقنية أن تكون بديلاً مفيداً للكشف عن الأفكار التلقائية. وفيها يتم تخيل موقف منطقي ومن ثم يطلب من المريض التنبؤ بما يمكن حدوثه وكيف يفكر خلال ذلك. ويمكن أيضاً الذهاب أبعد من التعرف على الأفكار التلقائية إلى الكشف عن المعتقدات التي تكمن خلفها (Merrell, 2008).

اقترح فرضيات Offering Hypotheses: في هذه التقنية المستخدمة أيضاً للكشف عن

الأفكار التلقائية والمعتقدات يقترح المعالج فرضيات تتعلق بما يمكن أن يشعر به المريض في موقف ما أو يفكر فيه، أو المعتقدات الكامنة المرتبطة بتلك الأفكار أو المشاعر. ويتوجب أن يكون لدى المعالج معرفة جيدة بالمريض كي يمكنه التنبؤ بما يمكن للمريض الشعور به أو التفكير فيه أو إعتقاده في ذلك الموقف على نحو صحيح. ويمكن للمريض التصديق على فرضيات المعالج متى ما كانت صحيحة وإضافة أفكار أو تفاصيل إليه، أما إذا كانت غير صحيحة فبإمكان المريض إنكارها أو تصحيحها. وقد يكون من الصعب استخدام هذه التقنية متى ما كان المريض غير متعاوناً أو دفاعياً (Merrell, 2008).

السهم المتجه للأسفل The Downward Arrow: هذه التقنية مقتبسة من تقنية السهم العمودي Vertical Arrow التي أعدها بيرنز (1980) Burns لعلاج الاكتئاب. وعلى غير ما هو في التقنيات السابقة المخصصة للتعرف على الأفكار التلقائية فإن هذه التقنية مخصصة للتعرف على المعتقدات، حيث يتم مساعدة المريض من خلال سلسلة من الأسئلة للوصول إلى المعتقدات الأساسية المرتبطة بالأفكار التلقائية السلبية والمزاج المكتئب. وعادةً ما يقوم المعالج وعلى نحو مستمر بطرح أسئلة "وماذا في ذلك؟" "لماذا؟" "ماذا يعني ذلك؟" للمساعدة في توجيه المريض إلى ما هو أبعد من ظواهر الأحداث والأفكار إلى المعتقدات الأساسية التي تُغذي الأفكار السلبية والمزاج المكتئب. ومن المهم ألا يتحدى المعالج أفكار المتعالج لأن هذا سيمنع "السهم" من النزول إلى العمق. وألا يطرح أسئلة طويلة من شأنها صرف انتباه المتعالج، كما ينبغي عليه عدم إضافة تفسيراته الخاصة المتعلقة بمشكلة المتعالج (Neenan & Dryden, 2004).

المراقبة Monitoring: في هذا الإجراء يطلب من المريض مراقبة نشاط ذهنه مع إعطاء اهتمام خاص لما يدور فيه في اللحظات التي يخبر فيها مشاعر غير سارة، لاسيما تلك المشاعر التي جعلته يطلب العلاج. وتعتبر المراقبة والتسجيل المناسبين للأفكار أو المعتقدات أو التصورات المزعجة ضرورية، ويجب أن تتم قبل أي محاولة تحدي للأنشطة الذهنية غير التكيفية (Keegan & Holas, 2009).

الاكتشاف الموجه Guided Discovery: يتضمن محاولة فهم وجهة نظر المريض للأشياء ومساعدته على توسيع آفاق فكره ليصبح واعياً بافتراضاته الأساسية، واكتشاف أفكار وحلول بديلة لمشكلته بنفسه. وإحدى الطرق المستخدمة لذلك الاستفسار السقراطي Socratic Questioning الذي يساعد المريض على توجيه انتباهه نحو أمور خارج

نطاق تركيزه الراهن. وعادةً ما يُستخدم المعالج الأسئلة للتحقق من افتراضات المريض، ولتقصي أسباب معتقداته والأدلة عليها، ولتسليط الضوء على أفكار أخرى والتحقق من مضمانيها (Overholser, 2011).

تقييم الأفكار التلقائية والمعتقدات: بعد الكشف عن الأفكار التلقائية وتحديد المعتقدات الأساسية يذهب العلاج الذهني السلوكي إلى تقييم ما إذا كانت تلك الأفكار والمعتقدات منطقية أو غير منطقية، تكيفية أو غير تكيفية. فالمنطقية أو التكيفية هي تلك التي تستند على أدلة أما غير المنطقية وغير التكيفية فهي التي تناقض تلك الأدلة. ويتمثل هدف العلاج في العمل على تغيير الأفكار والمعتقدات غير المنطقية واستبدالها بأخرى منطقية أو تكيفية وليس العمل على التخلص منها حيث قد يكون بعض تلك الأفكار والمعتقدات السلبية منطقية وتكيفية. ولهذا الهدف تُستخدم التقنيات التالية:

تحديد التحريفات الذهنية Identifying Cognitive Distortions: في هذه الاستراتيجية يتم تعليم المريض كيفية التعرف على أخطاء تفكيره الناجمة عن عدم معالجة المعلومات على نحو صحيح. ويمكن إعطاء المريض قائمة التحريفات الذهنية ومن ثم سؤاله عما إذا كان بإمكانه تحديد ما يوجد منها لديه. ومن التحريفات المرتبطة بالاكتماب على سبيل المثال الاستدلال التعسفي، التجريد الانتقائي، والمبالغة في التعميم، والتضخيم والتقليل، والشخصنة، والتفكير الكوارثي. ويُعد تحديد هذا الأفكار ومعارضتها أمر أساسي في العلاج الذهني (Leahy, Holland & McGinn, 2012). ويوجد العديد من أدوات التقرير الذاتي المخصصة للتعرف على التحريفات الذهنية منها مقياس التحريفات الذهنية (Briere, 2000).

فحص الأدلة Examining the Evidence: تُستخدم هذه التقنية لتحديد ما إذا كانت الأفكار التلقائية والمعتقدات الأساسية منطقية أم لا. ومن السهل تطبيق هذه التقنية أثناء الجلسة وتعليم المتعالج استخدام بعض الأسئلة التي تساعد على ذلك، ومنها: ما هو الدليل؟ وهل يوجد أدلة بديلة؟ وماذا لو..؟. وتُعد هذه التقنية أكثر التقنيات شيوعاً في إعادة البناء الذهني (Neenan & Dryden, 2004). وإن كان يُستخدم الحوار أو الاستفسار السقراطي خلال معظم خطوات العلاج إلا أن لاستخدامه عند فحص الأدلة أهمية خاصة (Beck & Weishaar, 2014).

تقييم الإيجابيات والسلبيات Evaluating Positives and Negatives: تقنية مفيدة لتقييم

الأفكار التلقائية والمعتقدات الأساسية من خلال قائمة يسجل فيها المريض إيجابيات وسلبيات مواقف محددة. وحالما تستكمل هذه القائمة يمكن تقييمها منطقياً. وتُعد هذه التقنية مفيدة عندما يتبنى المريض وجه نظر متحيزة تركز بشكل كلي على المظاهر السلبية للموقف (Neenan & Dryden, 2004).

إعادة البناء الذهني Cognitive Restructuring: استراتيجية مصممة لمساعدة المريض على التعرف على أنماط تفكيره وتحديدها. فمن خلال العمل التعاوني بين المعالج والمتعالج يتم تحديد التصورات المشوهة، والتعرف على الأفكار السلبية والبحث عن أفكار بديلة واقعية، والعثور على أدلة على الأفكار السلبية والبديلة، وإيجاد أفكار أكثر دقة ومنطقية مرتبطة بالمواقف (Beck, 1995). وتتضمن تقنيات تحدي الأفكار السلبية وإجراء تجارب، وتقييم السلبيات والإيجابيات، وتحديد الاحتمالات الواقعية فيما يتعلق بحدوث عواقب سيئة فعلياً.

التجارب السلوكية Behavioral Experiments: تسمح هذه التقنية للمريض باختبار تنبؤاته الكارثية، كما تساعده أيضاً على تعلم تحمل القلق. ويعمل المعالج مع المريض على إيجاد سلسلة من المهام المتدرجة بدءاً من أقل المهام إثارة للقلق وانتهاءً بأكثرها إثارة له. ودائماً ما يُطلب منه التنبؤ قبل البدء في كل مهمة تسجيل ما إذا كان تنبؤه تحقق أم لا. ومع مرور الوقت يستطيع المريض تقييم أفكاره الكارثية من خلال الوصول إلى أدلة ضد توقعاته. وتُستخدم هذه التقنية بشكل رئيس مع اضطراب القلق، كما تُستخدم لمساعدة المتعالج على جمع الأدلة ضد سلوكيات الأمان المتمثلة في التجنب السلوكي والهروب (Salkovskis, 1996).

تغيير الأفكار السلبية التلقائية والمعتقدات غير التكيفية: لا يقتصر العلاج الذهني السلوكي على التعرف على الأفكار التلقائية السلبية والمعتقدات غير التكيفية ودحضها بل يمتد إلى محاولة تغييرها واستبدالها بأخرى منطقية وتكيفية. ولكون تغييرها واستبدالها أمرٌ ليس بيسير لذا تم إعداد العديد من التقنيات والإجراءات الذهنية للمساعدة في هذه الخطوة، ومنها ما يلي:

سجل الأفكار اليومي Daily Thought Record: يُستخدم هذا السجل لتوعية المريض بأفكاره السلبية التلقائية، وللتمييز بين الأفكار والحقائق، ولمعرفة الكيفية التي تؤثر بها تلك الأفكار على مزاجه، وهو من إعداد بيك وزملائه Beck and Colleagues (1979). وغالباً ما يساعد هذا السجل المريض على إيجاد أفكار بديلة تؤدي إلى تغيير

مشاعره ومزاجه، كما يساعده على تحدي تلك الأفكار السلبية والتغلب عليها. ويتوجب على المريض ملء سجل الأفكار الذي يتكون من سبعة أعمدة مخصصة للمواقف، والحالة المزاجية، والأفكار السلبية التلقائية، والأدلة عليها، والأدلة التي تعارضها، والاستجابات العقلانية البديلة، وإعادة تقييم الحالة المزاجية (Greenberger & Padesky, 1995).

الأعمدة الثلاثة Triple Column: تم إيجاد هذه التقنية من قبل بيرنز (1980) Burns حيث يُستخدم لتحديد الأفكار السلبية التلقائية وأخطاء التفكير واستبدالها بأخرى أكثر منطقية، وهو مشابه لسجل الأفكار اليومي الذي يتكون من ستة أعمدة ولكنه لا يتضمن الكثير من التفاصيل. ودائماً ما يتم تسجيل الفكرة السلبية التلقائية في العمود الأول، وفي الثاني خطأ التفكير، وفي الثالث الفكرة المنطقية (Merrell, 2008).

إعادة الصياغة وإعادة التسمية Reframing and Relabeling: تُستخدم هذه التقنية لاستبدال الأفكار والمعتقدات غير التكيفية بأخرى تكيفية، وتتم بإنها مباشرة حيث يعمل المعالج مع المتعالج لمساعدته في التوصل إلى تسمية للمواقف التي يرى أنها مزعجة أو كوارثية. ويمكن أن يسهم وضع تسمية جديدة للمشكلة في جعلها تبدو أكثر إمكانية للتعايش وبالتالي لا يصبح الموقف المرتبط بها مرعباً (Merrell, 2008).

المران الذهني Cognitive Rehearsal: تهدف هذه التقنية إلى اكتساب وثبيت الأفكار والمعتقدات التكيفية الجديدة من خلال المران عليها وممارستها خلال جلسات العلاج. وهي تُستخدم مع العديد من الاضطرابات مثل الرهاب الاجتماعي والاكْتئاب والاندفاعية (Merrell, 2008).

هذا بالإضافة إلى فحص المعايير Examining Criteria والمعايير المزدوجة Double Standard وغيرها من التقنيات التي حددها بيرنز (2007) Burns في أكثر من خمسين تقنية يصعب إيرادها في هذا الجزء من هذا الفصل التمهيدي. ويمكن للقارئ المهتم الرجوع إلى بيرنز وإلى المراجع في نهاية هذا الفصل.

فعالية العلاج Effectiveness of Therapy: تشير نتائج دراسات التحليل البعدي إلى فعالية العلاج الذهني السلوكي في علاج الكثير من الاضطرابات النفسية التي من بينها الاضطرابات الاكتئابية واضطراب القلق العام واضطراب الهلع واضطراب الوسواس القهري والرهاب الاجتماعي واضطراب ما بعد الصدمة في مراحل العمر المختلفة

(Lynch et al., 2010). كما وجد تفوقه إلى حد ما على الأدوية المضادة للاكتئاب في علاج الاكتئاب أحادي القطب لدى الكبار، وكانت النتيجة المفضلة مرتبطة بالانتكاسة حيث كانت ٣٠٪ لدى من تلقوا علاجاً ذهنياً سلوكياً و٦٠٪ لدى من تلقوا علاجاً دوائياً (Butler et al., 2006).

القيم والمبادئ الأخلاقية والحدود

توجد العديد من الأطر الأخلاقية التوجيهية للممارسة العلاج النفسي على نحو جيد. وعادةً ما تحتوي تلك الأطر على القيم الأساسية للعلاج والمعايير الأخلاقية التي تتم صياغتها وإقرارها من قبل التنظيمات المهنية ذات علاقة مثل: جمعيات علم النفس، جمعيات العلاج النفسي، جمعيات الإرشاد النفسي، جمعيات الخدمة الاجتماعية، جمعيات العلاج الأسري والزوجي (انظر: Zur, 2007; Pope & Vasquez, 2007).

والحقيقة إنه لا توجد فروق بين المبادئ العامة والمعايير الأخلاقية لعمليتي التقييم والعلاج فيما عدا بعض التفاصيل الخاصة بكل منهما. ففي التقييم يجب أن يكون الهدف من استخدام أدواته واضحاً وأن تكون قابلة للتطبيق، ويجب اختيار الأدوات المناسبة وأن يتم تطبيقها وتفسير نتائجها بشكل مناسب ودقيق، وأن تُصاغ نتائج التقييم بشكل مناسب وبلغة واضحة ودقيقة، وألا يتم إساءة استخدام تلك الأدوات وألا تُستخدم في غير محلها أو من قبل أناس غير مؤهلين (الزهراني والقحطاني، ٢٠١٩).

القيم الأساسية Fundamental Values: فيما يتعلق بالإرشاد والعلاج النفسي نجد الرابطة البريطانية للإرشاد والعلاج النفسي British Association for Counseling and Psychotherapy (BACP) (2010) تشدد على القيم الأساسية التي تشمل: احترام حقوق الإنسان وكرامته، حماية سلامة المتعالج، ضمان نزاهة العلاقة بين المعالج والمتعالج، تحسين جودة المعلومات المهنية وتطبيقها، التخفيف من كرب طالب العلاج ومن معاناته الشخصية، تعزيز إحساس المتعالج بنفسه، زيادة الفعالية الشخصية، تعزيز جودة العلاقات بين الناس، وضع اعتبار لتنوع الخبرات الإنسانية والتباينات الثقافية، والسعي من أجل توفير خدمات الإرشاد والعلاج النفسي بصورة عادلة ومناسبة.

المبادئ الأخلاقية Ethical Principles: توجه هذه المبادئ الانتباه نحو العديد من المسؤوليات الأخلاقية الهامة، وتورد الرابطة الأمريكية لعلم النفس American

(2002) Psychological Association (APA) العديد من تلك المبادئ، وهي نفس ما أوردته الرابطة البريطانية للإرشاد والعلاج النفسي (2010) BACP مشددةً على وجوب إتباعها من قِبَل المعالج أو المدرب على العلاج النفسي، تلك المبادئ هي:

الجدارة بالثقة Being Trustworthy: التصرف وفقاً للثقة التي وضعت فيه، وأن يكون على مستوى ثقة المتعالج، مع الوفاء بالاتفاقات والعهود التي بينه وبين المتعالج، والسرية وعدم إفشاء أية معلومات عن المتعالج.

الاستقلالية Autonomy: يركز هذا المبدأ على أهمية احترام حق المتعالج في أن يكون صاحب قرار نفسه، بل ومساعدته على تطوير قدرته على الاستقلالية أثناء العلاج وفي كل جوانب الحياة. ودائماً ما يحرص المعالج الذي يحترم استقلالية مريضه على دقة المعلومات التي تسبق تقديم الخدمة، والحصول على موافقة المتعالج قبل العلاج، والتعاقد على نحو صريح قبل أي التزام من قِبَل المتعالج، وحماية خصوصيته والحرص على سرية معلوماته وعدم الإفصاح عنها إلا بموافقته، وإبلاغه في حالة وجود تضارب في المصالح، وعدم التلاعب به حتى وإن كان ذلك من أجل تحقيق غايات مفيدة.

النفع Beneficence: يُقصد بهذا المبدأ التصرف بما يحقق مصلحة المتعالج بناءً على التقييم المهني. مما يوجب عمل المعالج ضمن حدود تأهيله وتدريبه وخبرته، مع ضمان تحقيق مصالح المتعالج ومراقبة ما يقدمه له وتقييمه بأفضل الوسائل. مع الالتزام بالإشراف المنتظم والمستمّر لتحسين جودة الخدمة المقدمة والالتزام بتحديث الممارسة من خلال التطوير المهني المستمر. ولهذا المبدأ أهمية قصوى عند تقديم الخدمة للمتعالجين الذين لا يتمتعون باستقلالية كافية بسبب عدم النضج أو عدم الفهم أو الكرب الشديد أو الاضطراب الحاد.

عدم الأذى Non-Maleficence: أي تجنب الأضرار بالمتعالج، وهذا يتضمن عدم استغلال المتعالج عاطفياً أو جنسياً أو مالياً أو بأي شكل آخر. وتجنب عدم الكفاءة وسوء التصرف أو تقديم الخدمة في حالة عدم القدرة بسبب مرض المتعالج أو أي ظروف شخصية. مع تحمل المعالج مسؤولية أية أضرار تلحق بالمتعالج مرتبطة بتقديم الخدمة، ومحاولة تخفيف عواقب الضرر حتى وإن لم يكن مقصوداً.

العدالة Justice: يتطلب هذا المبدأ أن يكون المعالج عادلاً ونزيهاً مع جميع المتعالجين واحترام حقوقهم الإنسانية وكرامتهم. والتعامل بضمير مع أي متطلبات والتزامات قانونية. والانصاف في تقديم الخدمة لطلابها. ووضع اعتبار للتباينات بين الناس

والالتزام بالمساواة، وتجنب التمييز ضد الأشخاص أو الجماعات. مع أخذ الاحتياطات اللازمة لضمان أن التحيزات المحتملة لن تؤدي إلى ممارسات غير عادلة.

احترام الذات Self-Respect: هذا المبدأ يعني أن على المعالج تطبيق جميع المبادئ المذكورة أعلاه على نفسه. هذا يتضمن البحث عن المشورة أو العلاج أو أي فرص أخرى للنمو الشخصي عند الحاجة. كما أن المسؤولية الأخلاقية تستوجب طلبه الإشراف للحصول على الدعم والتطوير الشخصي والمهني، والالتحاق بدورات تدريبية وغيرها من البرامج التي تساهم في تطويره مهنيًا. ويشجع هذا المبدأ المختص على المشاركة الفعالة في الأنشطة والعلاقات المعززة للحياة المستقلة عن العلاقات المرتبطة بمجال عمله في العلاج النفسي.

الحدود Boundaries: يُعد العلاج النفسي عمل ودي Intimate يتم إجراؤه في الغالب على انفراد مع القليل من الإشراف المباشر أو الرقابة الخارجية، لذا يجب التمييز والفصل بينه وبين العلاقات الإنسانية الودية الأخرى. ومن أجل ذلك أوجد العاملون في مجال العلاج النفسي باختلاف تخصصاتهم واتجاهاتهم النظرية مجموعة من المفاهيم المتعلقة بالعلاقة المهنية بين المعالج والمتعالج وحدودها اللائقة (Denman, 2010). وإن كان يُمكن لتجاوز الحدود Boundary Crossing أن يثري العملية العلاجية ويخدم خطته ويعزز العلاقة بين المعالج والمتعالج، فإنه يمكن لذلك التجاوز أيضاً تفويض عملية العلاج وزعزعة التحالف بين المتعالج والمعالج وربما التسبب في أضرار آنية أو طويلة الأمد للمتعالج أو لكليهما (Pope & Keith-Spiegel, 2008). ومن أكثر تجاوزات الحدود وضوحاً وأكثر شيوعاً الإفصاح عن النفس، وتبادل الهدايا الصغيرة أو بطاقات المعايدة، واللمسة غير الجنسية، واللقاءات العرضية خارج مكان العلاج. وغالباً ما يكون تجاوز الحدود جزءاً من العلاج السلوكي أو الذهني السلوكي أو الوجودي أو الوجودي أو النسوي (Zur, 2007).

الإفصاح عن النفس Self-Disclosure: يقصد به كشف المعالج عن معلومات تتعلق به شخصياً للمتعالج وذلك بدلاً من المعلومات المهنية. ويتسم هذا الكشف بأنه لفظي أو تعاطفي متعمد، وقد يتمثل في نغمة الصوت أو نبرته. هذا الإفصاح يماثل ما يُسمى في العلاج السردي بشفافية المعالج (Lazarus & Zur, 2002). ويُعد الإفصاح عن النفس غير ملائم عندما يتحول إلى صالح المعالج بحيث يثقل على المتعالج بمعلومات غير ضرورية أو غير مهمة علاجياً، أو يعكس الدور حيث يجد المتعالج نفسه يقوم بدور المعالج. في

مثل هذه الحالة يتعدى الإفصاح عن النفس التجاوز إلى انتهاك الحدود أو التعدي عليها Boundary Violation. وبإيجاز فإن إفصاح المعالج المتعمد عن معلوماته الشخصية يجب أن يكون لصالح المتعالج ويخدم أهداف علاجية وليست لتلبية احتياجات خاصة بالمعالج (Zur, 2007).

الهدايا Gifts: تتنوع أشكال الهدايا في العلاج النفسي فقد تكون معنوية مثل قصيدة وقد تكون مادية مثل كتاب أو نبات في وعاء. ويمكن أن تكون بسيطة وغير مكلفة مثل زهور أو ثمار محلية وقد تكون تذاكر سفر أو سيارة أو مبلغ كبير. ويمكن أن تكون الهدايا مناسبة أو غير مناسبة من حيث نوعها أو قيمتها أو توقيتها أو محتواها أو نية الذي قدمها أو إدراك الذي تلقاها، وتأثيرها على المانح أو المتلقي أو أي شخص آخر (Smolar, 2003). ومثل الإفصاح عن النفس يُعد تقديم الهدايا المناسبة عيادياً تجاوزاً للحدود المهنية سواءً قدمها المعالج أو المتعالج أو طرف آخر. ويُقصد بالهدايا المناسبة عيادياً التي يقدمها المتعالج للمعالج تعبيراً عن امتنانه أو التي يقدمها المعالج للمتعالج لتشجيعه أو لتعزيز التحالف العلاجي (Lazarus & Zur, 2002). أما الهدايا غير المناسبة التي تكون غالية الثمن أو التي تحمل مضامين جنسية أو عنصرية أو التي يترتب عليها أعباء مالية فإنها تُعد انتهاكاً للحدود العلاجية أو تعدٍ عليها (Zur, 2007). وكذلك الحالة بالنسبة للهدايا التي تتسبب في تضارب مصالح أو استغلال أو التي تؤثر سلباً على فعالية المعالج أو على قدرة المتعالج على الاستفادة من العلاج فإنها أيضاً تُعد انتهاكاً للحدود (Zur, 2004).

الملامسة Touch: ربما يكون موضوع اللمس الأكثر إثارة للجدل بين جميع المواضيع المتعلقة بالحدود العلاجية وذلك بسبب الجوانب الثقافية والمهنية التي تربط بينه وبين الجنس. وحيث يُخشى من أن اللمس غير الجنسي قد يؤدي إلى اللمس الجنسي والاستغلال الجنسي، لذا فإن اللمس مثار قلق فيما يتعلق بالتعدي على الحدود. ولا يمكن فهم اللمس غير الجنسي إلا في ضوء عوامل كثيرة وسياقات ثقافية. ومن الواضح أن الدساتير الأخلاقية الصادرة عن التنظيمات المهنية المعنية بالعلاج النفسي لا تجرم اللمس المناسب غير الجنسي طالما ليس فيه تجاوز أخلاقي ويراعي رفاهية المتعالج والعوامل الشخصية والثقافية ذات العلاقة (Zur, 2007).

الزيارة المنزلية Home Visit: يقصد بهذا المصطلح تقديم الخدمة سواءً التقييم أو العلاج في منزل المريض، ومن المحتمل أن تندرج الزيارة المنزلية لإنسان كبير في السن أو طريح

الفراش ويحتاج إلى رعاية نفسية ضمن مستوى الرعاية الذي ليس فيه انتهاك للحدود. وقد لا يكون الأمر كذلك في حالة الزيارة لمريض أو مريضة من الجنس الآخر ويخشى من حدوث علاقة جنسية أو أي استغلال من أي نوع آخر (Zur, 2007).

العلاقات المزدوجة Dual Relationships: يقصد بهذا المصطلح في العلاج النفسي أي موقف توجد فيه علاقة بين المعالج والمتعالج غير العلاقة العلاجية. ويمكن أن تكون العلاقة المزدوجة اجتماعية عندما يكون المتعالج صديقاً، أو مهنية عندما يكون زميلاً، أو عائلية عندما يكون أحد أفراد الأسرة، أو تجارية عندما يشترك المعالج والمتعالج في نشاط تجاري. وتُعد جميع أنواع العلاقات المزدوجة تجاوز للحدود العلاجية ولكن ليس بالضرورة كل تجاوزات الحدود علاقات مزدوجة. وبطبيعة الحال لا تُعد جميع العلاقات المزدوجة غير أخلاقية، كما أنه لا يمكن تجنبها بالمطلق (Zur, 2007). وعندما تتسم العلاقات المزدوجة بالاستغلال أو الضرر فإنها لا تقع ضمن نطاق تجاوز الحدود بل ضمن نطاق الاعتداء غير الأخلاقي على الحدود العلاجية لأنها تلحق الضرر بالمتعالج وتنتهك التفويض الأخلاقي. ويُعد إقامة علاقة جنسية أو علاقة تجارية استغلالية مع المتعالج من الأمثلة الخطيرة على العلاقات المزدوجة التي تنتهك الحدود (Herlihy & Corey, 2006).

المراجع

- الرويتع، عبدالله صالح (٢٠٠٤). مقياس ثلاثي الأبعاد للرهاب الاجتماعي. *رسالة التربية وعلم النفس*، ٢٤، ٩-٤٣.
- الزهراني، سعيد سعد (٢٠١٤). *الاختبارات والمقاييس النفسية-العصبية: مفاهيم التقييم النفسي العصبي ويطارياته، اختبارات ومقاييس الوظائف الذهنية والوظائف التنفيذية والتعبيرية*. الرياض: دار الرشيد.
- الزهراني، سعيد سعد؛ والقحطاني، محمد مرعي (٢٠١٩). معايير التقييم النفسي. في سعيد الزهراني (محرر)، *الفحص والتقييم النفسي: دليل إرشادي*. الرياض: المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية.
- Adams, M. (2016). Existential therapy as a skills-learning process. *Existential Analysis*, 27, 58-69.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2014). *Online assessment measures*. Retrieved from <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm5/online-assessmentmeasures>
- American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.
- Aveline, A. (1999) The advantages of formulation over categorical diagnosis in explorative psychotherapy and psychodynamic management. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 2, 199-216.
- Ayonrinde, O. (2003). Importance of cultural sensitivity in therapeutic transactions: Considerations for healthcare providers. *Disease Management and Health Outcomes* 11, 233-248.
- Azrin, N. H., & Holz, W. C. (1966). Punishment. In W. K. Honig (Ed.), *Operant behaviour areas of research and application* (pp. 380-447). New York, NY: Appleton-Century.
- Barrios, B. A., & O'Dell, S. L. (1989). Fears and anxieties. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (pp. 167-221). New York, NY: Guilford Press.
- Bateman, A., & Holmes, J. (1995). *Introduction to psychoanalysis: Contemporary theory and practice*. New York, NY: Routledge.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive theory of depression: New perspectives. In P. J. Clayton & J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-288). New York, NY: Raven Press.
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-24.
- Beck, A. T., & Weishaar, M. E. (2014). Cognitive therapy. In D. Wedding & R. J. Corsini (Eds.), *Current psychotherapies* (10th ed., pp. 231-264). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2002). Beck therapy approach. In M. Hersen & W. Sledge (Eds.), *Encyclopedia of psychotherapy* (Vol. 1, pp. 155-163). San Diego, CA: Academic Press.
- Becker, C. B., & Zayfert, C., & Pratt, E. M., (2010). Resolving treatment complications associated with comorbid eating disorders. In Otto, M. W., & Hoffman, S. (Eds.), *Resolving treatment complications in anxiety disorders* (pp. 291-316). New York, NY: Springer.
- Berzonsky, M. D. (1988). Self-theorists, identity status, and social cognition. In D. K. Lapsley & F. C. Power (Eds.), *Self, ego, and identity: Integrative approaches* (pp. 243-262). New York, NY: Springer-Verlag.
- Bieling, P. J., & Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 52-69.
- Bigelow, K. M., & Lutzker, J. R. (1998). Using video to teach planned activities to parents reported for child abuse. *Child & Family Behavior Therapy*, 20, 1-14.
- Briere, J. (2000). *Cognitive Distortion Scales professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- British Association for Counselling and Psychotherapy (BACP). (2010). *Ethical framework for good practice in counselling and psychotherapy*. Lutterworth: BACP.

- Brown, G. P., & Clark, D. A. (Eds.). (2015). *Assessment in cognitive therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Bruch, M., & Bond, F. W. (1998). *Beyond diagnosis. Case formulation approaches in CBT*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Bunge, E. L., Mandil, J., Consoli, A. J., & Gomar, M. (2017). *CBT strategies for anxious and depressed children and adolescents: A clinician's toolkit*. New York, NY: Guilford Press.
- Burgess, P. W., & Shallice, T. (1997). *The Hayling and Brixton tests (two tests of Dysexecutive syndrome)*. Bury St. Edmunds: Thames Valley Test.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. New York, NY: New American Library.
- Burns, D. D. (2007). *Therapist toolkit*. www.feelinggood.com/therapist_s_toolkit.htm.
- Burns, D. D., & Eidelson, R. J. (1998). Why are depression and anxiety correlated? A test of the tripartite model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 461-473.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*, 17-31.
- Butler, G. (1998). Clinical formulation. in A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology*. Oxford: Pergamon.
- Callahan, J. L., Almstrom, C. M., Swift, J. K., Borja, S. E., & Heath, C. J. (2009). Exploring the contribution of supervisors to intervention outcomes. *Training and Education in Professional Psychology, 3*, 72-77.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope & F. Scheier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). New York, NY: Guilford Press.
- Comer, R. J. (2015). *Abnormal psychology* (9th ed.). New York, NY: Worth Publishers.
- Corey, G. (2009). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (8th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Crosby J. M., & Twohig, M. P. (2011). Habit reversal. In S. Goldstein & J. A. Naglieri (Eds.), *Encyclopedia of child behavior and development* (pp. 719-721). New York, NY: Springer.
- D'Zurilla, T., & Nezu, A. M. (2006). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3rd ed.). New York, NY: Springer.
- Dana, R. H. (1996). The thematic apperception test. In C. S. Newmark (Ed.), *Major psychological assessment instruments* (2nd ed., pp. 166-205). Needham Heights, Mass: Allyn & Bacon.
- David, D., Côtet, C., Matu, S., Mogoase, C., & Stefanm S. (2018). 50 years of rational-emotive and cognitive-behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 74*, 304-318.
- Denman, C. (2010). Boundaries and boundary violations in psychotherapy. In F. Subotsky, S. Bewley & M. Crowe (Eds.), *Abuse of the doctor-patient relationship*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Derogatis, L. R. (2000). *BSI-18 Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Division of Clinical Psychology. (2010). The core purpose and philosophy of the profession. Leicester: The British Psychological Society.
- Division of Clinical Psychology. (2011). Good practice guidelines on the use of psychological formulation. Leicester: The British Psychological Society.
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. A. (2001). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapies* (pp. 3-39). New York, NY: Guilford Press.
- Dwairy, M. (2006). *Counseling and psychotherapy with Arabs and Muslims : A culturally sensitive approach*. New York, NY: Teachers College Press.
- Eells, T. D. (Ed.). (2007). *Handbook of psychotherapy case formulation* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., & Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 493-539). New York, NY: Wiley.
- Ellis, A. (1999). *How to make yourself happy and remarkably less disturbable*. Atascadero, CA: Impact.
- Ellis, A. (2001). *Feeling better, getting better, and staying better*. Atascadero, CA: Impact.
- Ellis, A., & Blau, S. (Eds.). (1998). *The Albert Ellis reader*. New York, NY: Kensington.

- Ellis, A., & Harper, R. A. (1997). *A guide to rational living* (3rd ed.). North Hollywood, CA: Melvin Powers.
- Ellis, A., & MacLaren, C. (1998). *Rational-emotive behavior therapy: A therapist's guide*. San Luis Obispo, CA: Impact Publishers.
- Fall, K. A., Holden, J. M., & Marquis, A. (2017). *Theoretical models of counseling and psychotherapy* (3rd ed.). New York, NY: Routledge.
- Fischer, J. S., Hannay, H. J., Loring, D. W., & Lezak, M. D. (2004). Observational methods, rating scales, and inventories. In M. D. Lezak, D. B. Howieson & D. W. Loring (Eds.), *Neuropsychological assessment* (4th ed., pp. 698-637). New York, NY: Oxford University Press.
- Foa, E. B., Cashman, L. A., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 4, 445-551.
- Follette, W. C. (1996). Introduction to the special section on the development of theoretically coherent alternatives to the DSM system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1117-1119.
- Frankl, V. (1963). *Man's search for meaning*. Boston, MA: Beacon.
- Franklin, M. E., & Foa, E. B. (2008). Obsessive-compulsive disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed., pp. 164-215). New York, NY: Guilford Press.
- Frew, J., & Spiegler, M. (2012). *Contemporary psychotherapies for a diverse world*. New York, NY: Routledge.
- Gelder, M. G., Lopez-Ibor Jr. J. J., & Andreasen, N. C. (Eds.). (2000). *The new Oxford textbook of psychiatry*. New York, NY: Oxford University Press.
- Gladding, S. T. (2009). *Counseling: A comprehensive profession* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Green, J. (2006). The therapeutic alliance- a significant but neglected variable in childmental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47, 425-435.
- Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1995). *Mind over mood: Change how you feel by changing the way you think*. New York, NY: Guilford Press.
- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychological assessment* (5th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Haley, J. (1997). *Leaving home: The therapy of disturbed young people*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hatfield, D. R., McCullough, L., Frantz, S. H., & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17, 25-32.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioural and cognitive therapies. *Behaviour Therapy*, 35, 639-665.
- Henrich, J., Heine, S. J., & Norenzayan, A. (2010). The weirdest people in the world? *Behavioural and Brain Science*, 33, 61-83.
- Herlihy, B., & Corey, G. (2006). *Boundary issues in counseling: Multiple roles and responsibilities* (2nd ed.). Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.
- Holtz, J. L. (2011). *Applied clinical neuropsychology: An introduction*. New York, NY: Springer Publishing.
- Jacobson, N. (1998). *Acceptance and change in couple therapy: A therapist's guide to transforming relationships*. New York, NY: W. W. Norton.
- Jena, S. P. K. (2008). *Behaviour therapy: Techniques, research and applications*. New Delhi: Sage.
- Johnson, R. (2013). Forensic and Culturally Responsive Approach for the DSM-5: Just the FACTS. *Journal of Theory Construction & Testing*, 17, 18-22.
- Johnstone, L., & Dallos, R. (2014). Introduction to formulation. In L. Johnstone & R. Dallos (Eds.), *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems* (2nd ed., pp. 1-17). London: Routledge.

- Kamphaus, R. W., Reynolds, C. R., & Dever, B. V. (2014). Behavioral and mental health screening. In R. J. Kettler, T. A. Glover, C. A. Albers, & K. A. Feeney-Kettler (Eds.), *Universal screening in educational settings: Evidence-based decision making for schools* (pp. 249–73). Washington, DC: American Psychological Association.
- Keegan, E., & Holas, P. (2009). Cognitive-behavior therapy. Theory and practice. In R. Carlstedt (Ed.), *Integrative clinical psychology, psychiatry and behavioral medicine* (pp. 605–643). New York, NY: Springer.
- Kernberg, O. F. (2005). Object relations theories and technique. In E. S. Person, A. M. Cooper, & G. O. Gabbard (Eds.), *The American psychiatric publishing textbook of psychoanalysis* (pp. 57-75). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Kuruville, K., & Kuruville, A. (2010). Diagnostic formulation. *Indian Journal of Psychiatry*, 52, 78-82.
- Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Lam, R. W., Michalak, E. E., & Swinson, R. P. (2005). *Assessment scales in depression, mania and anxiety*. London, UK: Taylor & Francis.
- Lambert, M. J. (2012). Helping clinicians to use and learn from research-based systems: The OQ-Analyst. *Psychotherapy*, 49, 109-114.
- Lazarus, A. A., & Zur, O. (2002). *Dual relationships and psychotherapy*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K. (2012). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Leckman, J. F., & Taylor, E. (2015). Clinical assessment and diagnostic formulation. In A. Thapar, D. S. Pine, J. F. Leckman, S. Scott, M. J. Snowling, & E. Taylor (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (6th ed., pp. 407-418). Chichester, West Sussex, UK: John Wiley & Sons.
- Lewis-Fernández, R., & Díaz, N. (2002). The cultural formulation: A method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter. *Psychiatric Quarterly*, 73, 271-295.
- Lewis-Fernández, R., Balán, I. C., Patel, S. R., Sánchez-Lacay, A. J., Alfonso, C., Gorritz, M., ...Moyers, T. B. (2013). Impact of motivational pharmacotherapy on treatment retention among depressed Latinos. *Psychiatry*, 76, 210-222.
- Loney, B. R., & Frick, P. J. (2003). Structured diagnostic interviewing. In C. R. Reynolds, & R. W. Kamphaus (Eds.), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior, and context* (2nd ed., pp. 235-247). New York, NY: Guilford Press.
- Lopez-Pina, J. A., Sanchez-Meca, J., & Rosa-Alcazar, A. I. (2009). The Hamilton Rating Scale for Depression: A meta-analytic reliability generalization study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 143-160.
- Lynch, D., Laws, K., and McKenna, P. (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: Does it really work? A meta-analytic review of well-controlled trials. *Psychological Medicine*, 40, 9-24.
- May, R. (1969). *Love and will*. New York, NY: Norton.
- May, R., & Yalom, I. (1995). Existential psychotherapy. In R. Corsini & D. wedding (Eds.), *Current psychotherapies*. Itasca, IL: F.E. Peacock.
- McDowell, I. (2006). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* (3rd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Merrell, K. W. (2003). *Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Merrell, K. W. (2008). *Helping students overcome depression and anxiety: A Practical guide* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Milkman, H., & Wanberg, K. (2007). *Cognitive-behavioral treatment: A review and discussion for corrections professionals*. Washington, DC: National Institute of Corrections.
- Miller, C. (2010). Interviewing strategies, rapport, and empathy. In D. L. Segal, & M. Hersen (Eds.), *Diagnostic interviewing* (4th ed., pp. 23-37). New York, NY: Springer Science and Business Media.
- Miltenberger, R. G. (2008). *Behavior modification principles and procedures* (4th ed.). Belmont, CA: Thompson Wadsworth.

- Moriana, J. A., Gálvez-Lara, M., & Corpas, J. (2017). Psychological treatments for mental disorders in adults: A review of the evidence of leading international organizations. *Clinical Psychology Review, 54*, 29-43.
- Naeem, F., Phiri, P., Munshi, T., Rathod, S., Ayub, M., Gobbi, M., & Kingdon, D. (2015). Using cognitive behaviour therapy with South Asian Muslims: Findings from the culturally sensitive CBT. *International Review of Psychiatry, 27*, 233-246.
- Neenan, M., & Dryden, W. (2004). *Cognitive therapy: 100 key points and techniques*. New York, NY: Routledge.
- Newman, C. (1994). Understanding client resistance: Methods for enhancing motivation to change. *Cognitive and Behavioral Practice, 1*, 47-69.
- Overholser, J. C. (2011). Collaborative empiricism, guided discovery, and the Socratic method: Core processes for effective cognitive therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 18*, 62-66.
- Perez-Alvarez, M. (2012). Third-generation therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 12*, 291-310.
- Perls, F. S. (1970). Four lectures. In J. Fagan, & I. L. Sheperd (Eds.), *Gestalt therapy now*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York, NY: Norton.
- Persons, J. B. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Persons, J. B., & Mikami, A. Y. (2002). Strategies for handling treatment failure successfully. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training, 39*, 139-151.
- Persons, J. B., & Tompkins, M.A. (2007). Cognitive-behavioral case formulation. In T. D. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (2nd ed., pp. 290-316). New York, NY: Guilford Press.
- Plante, T. G. (2011). *Contemporary clinical psychology* (3rd ed.). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Pomeroy, E. C., & Anderson, K. (2013). The DSM-5 has arrived. *Social Work, 58*, 197-200.
- Pope, K. S., & Keith-Spiegel, P. (2008) A practical approach to boundaries in psychotherapy: making decisions, bypassing blunders and mending fences. *Journal of Clinical Psychology, 64*, 638-652.
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (2007). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (3rd ed.). San Francisco, CA: John Wiley & Sons.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 741-756.
- Raskin, N. J., Rogers, C. R., & Witty, M. C. (2014). Client-centered therapy. In D. Wedding & R. J. Corsini (Eds.), *Current psychotherapies* (10th ed., pp. 95-150). Independence, KY: Cengage Publications.
- Ridley, C., Li, L., & Hill, C. L. (1998). Multicultural assessment: Reexamination, reconceptualization, and practical application. *Counseling Psychologist, 26*, 827-910.
- Robins, L. N., Cottler, L., Bucholz, K., & Compton, W. (1995). *The Diagnostic Interview Schedule, version 4*. St. Louis, MO: Washington University.
- Rogers, C. R., & Russell, D. E. (2002). *Carl Rogers: The quiet revolutionary*. Roseville, CA: Penmarin Books.
- Rogers, R. (1995). *Diagnostic and structured interviewing: A handbook for psychologists*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resource.
- Rogers, R. (2001). *Handbook of diagnostic and structured interviewing*. New York, NY: Guilford Press.
- Rosner, R. I. (2012). Aaron T. Beck's drawings and the psychoanalytic origin story of cognitive therapy. *History of Psychology, 15*, 1-18.
- Rozenblatt, S. (2011). Mental status examination. In J. S. Kreutzer, J. DeLuc, & B. Caplan (Eds.), *Encyclopedia of clinical neuropsychology* (pp. 1573-1574). New York, NY: Springer Publishing.
- Russell, J. M. (2007). Existential psychotherapy. In A. B. Rochlen (Ed.), *Applying counseling theories: An online case-based approach* (pp. 107-125). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall.
- Rutter, M., & Taylor, E. (2008) Clinical assessment and diagnostic formulation. In M. Rutter, D. Bishop, E. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5th ed., pp. 42-57). London, UK: Blackwell Publishing.
- Salkovskis, P. (1996). *Trends in cognitive and behavioural therapies*. Chichester: John Wiley.
- Sattler, J. M. (1998). *Clinical and forensic interviewing of children and families: Guidelines for the mental health, education, pediatric, and child maltreatment fields*. San Diego, CA: Jerome M.

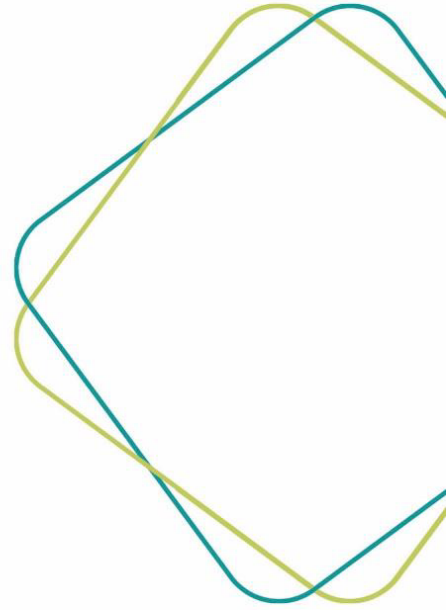
- Sbordone, R. J. (2000). The assessment interview in clinical neuropsychology. In G. Groth-Marnat (Ed.), *Neuropsychological assessment in clinical practice* (pp. 94-126). New York, NY: Wiley.
- Schulte, D. (2007). New law for psychological psychotherapists in Germany—Its rules and consequences [Special issue]. *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice*, 4, 219-230.
- Segal, D. L., & Coolidge, F. L. (2007). Structured and semistructured interviews for differential diagnosis: Issues and applications. In M. Hersen, S. M. Turner, & D. C. Beidel (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (5th ed., pp. 78-100). New York, NY: Wiley.
- Segal, D. L., Maxfield, M., & Coolidge, F. L. (2008). Diagnostic interviewing. In M. Hersen, & A. M. Gross (Eds.), *Handbook of clinical psychology* (Vol. 1: Adults, pp. 371-394). Hoboken, NJ: Wiley.
- Sharf, R. S. (2012). *Theories of psychotherapy and counseling: Concepts and cases* (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Smolar, A. M. (2003). When we give more: Reflections on intangible gifts from therapist to patient. *American Journal of Psychotherapy*, 57, 300-323.
- Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (2018). *Counseling and psychotherapy theories in context and practice: Skills, strategies, and techniques* (3rd ed.). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Sperry, L. (2015). Diagnosis, case conceptualization, culture, and treatment. In L. Sperry, J. Carlson, J. D. Sauerheber, & J. Sperry (Eds.), *Psychopathology and psychotherapy: DSM-5 diagnosis, case conceptualization, and treatment* (3rd ed., pp. 1-14) New York, NY: Routledge.
- Sperry, L., & Carlson, J. (2014). *How master therapists work*. New York, NY: Routledge.
- Sperry, L., & Sperry, J. (2012). *Case conceptualization: Mastering this competency with ease and confidence*. New York, NY: Routledge.
- Spiegler, M. D. (2016). *Contemporary behavior therapy* (6th ed.). Boston, MA: Cengage.
- Spiegler, M. D., & Guevremont, D. C. (2010). *Contemporary behavior therapy* (5th ed.). Belmont, CA: Cengage Learning.
- Storch, E. A., Larson, M. J., Price L. H., Rasmussen, S. A., Murphy, T. A., & Goodman, W. K. (2010). Psychometric analysis of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale second edition symptom checklist. *Psychological Assessment*, 22, 223-232.
- Summerfeldt, L. J., & Antony, M. M. (2002). Structured and semistructured diagnostic interviews. In M. M. Antony, & D. H. Barlow (Eds.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (pp. 3-37). New York, NY: Guilford Press.
- Summers, R. F., & Barber, J. P. (2010). *Psychodynamic psychotherapy: A guide to evidence-based practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Tarrier, N., & Calam, R. (2002). New developments in cognitive-behavioural case formulation. Epidemiological, systemic and social context: An integrative approach. *Cognitive & Behavioural Psychotherapy*, 30, 311-328.
- Teachman, B. A., & Clerkin, E. M. (2010). A case formulation approach to resolve treatment complications. In M. W. Otto, & S. Hoffman (Eds.), *Resolving treatment complications in anxiety disorders* (pp. 7-30). New York, NY: Springer.
- Trull, T. J., & Prinstein, M. J. (2013). *Clinical psychology* (8th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Tschacher, W., & Haken, H., (2019). *The process of psychotherapy: Causation and chance*. Switzerland: Springer.
- VandenBos, G. R. (Ed.). (2015). *APA dictionary of psychology* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Vanderploeg, R. D. (2000). Interview and testing: The data collection phase of neuropsychological evaluations. In R. D. Vanderploeg (Ed.), *Clinician's guide to neuropsychological assessment* (2nd ed., pp. 3-38). Nahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Vaurio, R. (2011). Symptom Checklist-90-Revised. In J. S. Kreutzer, J. DeLuc, & B. Caplan (Eds.), *Encyclopedia of clinical neuropsychology* (pp. 2447-2450). New York, NY: Springer Publishing.
- Vos, J., Craig, M., & Cooper, M. (2015). Existential therapies: A meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 115-128.
- Wampold, B. E. (2019). *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.

- Watson, D., O'Hara, M. W., Chmielewski, M., McDade-Montez, E. A., Koffel, E., Naragon, K., & Stuart, S. (2008). Further validation of the IDAS: Evidence of convergent, discriminant, criterion, and incremental validity. *Psychological Assessment, 20*, 248-259.
- Weerasekera, P. (1996). *Multiperspective case formulation. A step toward treatment integration*. Malabar, FL: Krieger.
- Weiner, I. B. (2003). *Principles of rorschach interpretation* (2nd ed.). Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Wenzel, A., Brown, G. K., & Karlin, B. E. (2011). *Cognitive behavioral therapy for depression in veterans and military servicemembers: Therapist manual*. Washington, DC: U.S. Department of Veterans Affairs.
- Wilkes, T. C. R., Belsher, G., Rush, A. J., & Frank, E. (1994). *Cognitive therapy with depressed adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Wilson, G. T. (2008). Behavior therapy. In R. Corsini, & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (8th ed., pp. 223-262). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Wolberg, L. R. (2005). *The technique of psychotherapy*. Lanham, MD: Jason Aronson.
- Wolfe, J. L. (2007). Rational emotive behavior therapy (REBT). In A. B. Rochlen (Ed.), *Applying counseling theories: An online case-based approach* (pp. 177-191). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall.
- Yalom, I. D. (2002). *The gift of therapy: An open letter to a new generation of therapists and their patients*. New York, NY: HarperCollins.
- Yontef, G., & Jacobs, L. (2014). Gestalt therapy. In D. Wedding & R. J. Corsini (Eds.), *Current psychotherapies* (10th ed., pp. 299-338). Independence, KY: Cengage Publications.
- Zahm, S. G., & Gold, E. K. (2002). Gestalt therapy. In M. Hersen & W. Sledge (Eds.), *Encyclopedia of psychotherapy* (Vol. 1, pp. 863-872). San Diego, CA: Academic Press.
- Zung, W. W., Magruder-Habib, K., Velez, R., & Alling, W. (1990). The comorbidity of anxiety and depression in general medical patients: A longitudinal study. *Journal of Clinical Psychiatry, 51* (Suppl 6), 77-80.
- Zur, O. (2004). To cross or not to cross: Do boundaries in therapy protect or harm? *Psychotherapy Bulletin, 39*, 27-32.
- Zur, O. (2007). *Boundaries in psychotherapy: Ethical and clinical explorations*. Washington, DC: American Psychological Association.

الفصل الثاني:

العلاج النفسي
لاضطراب القلق
الاجتماعي

د. غادة بنت عبدالله الخضير



تمهيد

سيتناول هذا الفصل اضطراب القلق الاجتماعي من حيث تعريفه، وأسبابه ونسبة انتشاره بالإضافة إلى المعايير التي يمكن من خلالها تشخيص هذا الاضطراب، انتهاءً إلى الطرق العلاجية التي يمكن استخدامها للتعامل مع أعراضه. ويعتبر القلق الاجتماعي - يُعرف أيضاً بالخوف الاجتماعي - من أكثر اضطرابات القلق شيوعاً حيث يعتبر ثالث أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً في العالم اليوم.

يُعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية القلق الاجتماعي على أنه خوف يتمركز حول أداء الفرد وتفاعله في المواقف الاجتماعية مما قد يتسبب في شعوره بالإحراج أو الإهانة أمام الآخرين، فيعمد بذلك إلى تجنب هذا النوع من المواقف مما يؤدي إلى استمرار القلق كنتيجة لخوف الفرد من التعرض للموقف الاجتماعي المهدد (American Psychiatric Association, 2000).

الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في إصداره الخامس في تعريفه للقلق الاجتماعي أشار إلى قلق أو خوف الفرد من أن يتم تقييمه من قبل الآخرين بطريقة سلبية مما قد ينتج عنه تعرضه للإحراج أو الإهانة أو الرفض من قبل الآخرين أو الإساءة إلى الغير. هذا التعريف أعطى مجالاً أوسع لفهم أعراض القلق الاجتماعي وعدم حصره في التعرض للإحراج أو الإهانة كما ورد في التعريف المدرج في الدليل التشخيصي الرابع.

أعراض القلق الاجتماعي

على الرغم من أن الأشخاص الذين يعانون من القلق الاجتماعي يدركون أن هذا القلق غير مبرر ولا يعتمد على مواقف فعلية يمكن أن تسبب القلق أو الخوف، إلا أن الفرد لا يستطيع أن يعطي تفسيراً منطقياً لما يحدث له خاصة إذا ظهرت عليه أعراض القلق في المواقف المحفزة والتي منها:

١. المواقف التي يعتقد أنه قد يقيم فيها سلبياً.
٢. المواقف التي يعتقد أنه قد يقيم فيها إيجابياً.
٣. المواقف التي قد ينتبه الآخرون فيها لأدائه الاجتماعي (مركز الانتباه).
٤. المواقف التي يعتقد فيها أنه مراقب أو ملاحظ من قبل الآخرين.

5. المواقف التي قد يتعامل فيها مع أشخاص ذوي سلطة.
 6. المواقف التي يشعر فيها بعدم الأمان في الحديث أو التصرف.
 7. المواقف التي قد يشعر فيها بالإحراج نتيجة ردود أفعاله أو علامات القلق الظاهرة عليه - كاحمرار الوجه، والارتباك في الحديث -.
- هذا المواقف - وهي بطبيعة الحال ليست شاملة - قد يؤدي التعرض لها إلى ظهور أعراض القلق لدى الفرد وهي كما يلي:

الأعراض الجسدية: كالتعرق، زيادة ضربات القلب، الرجفة، واحمرار الوجه.

الأعراض الذهنية: كالأفكار السلبية، والتي تدور غالباً حول عدم صلاحيته الاجتماعية، التفسير السلبي للأحداث الاجتماعية الغامضة، واجترار الأفكار المتعلقة بالخبرات الاجتماعية السابقة.

الأعراض السلوكية: كالتجنب وسلوكيات الأمان.

هذه الأعراض تعمل مجتمعة بحيث يؤثر أحدها على الآخر بطريقة معقدة وغالباً غير مدركة من قبل الفرد (Clark & Wells, 1995; Heimberg, Brozovich & Rapee, 2010; Richards, 2017). وتجدر الإشارة هنا إلى أهمية التفرقة بين نوعين رئيسيين للقلق الاجتماعي وذلك كما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (American Psychiatric Association, 2013)، هما:

1. **القلق الاجتماعي العام:** ويتضمن قلق الفرد من التفاعل الاجتماعي في المواقف الاجتماعية السابقة الذكر والتي يشعر فيها الفرد بالقلق نتيجة اعتقاده أنه من الممكن أن يتم الحكم، أو تقييم أدائه الاجتماعي مما يجعله يتبنى سلوك التجنب أو سلوكيات الأمان في أغلب المواقف الاجتماعية.
2. **القلق الاجتماعي المحدد:** ويتضمن خوفاً محدداً من أداء اجتماعي محدد - وليس بالضرورة الخوف من التفاعل الاجتماعي والذي قد يكون الفرد قادر عليه - مثل: الحديث أمام الآخرين - والذي يعتبر أكثر مواقف الأداء تحفيزاً للقلق - . وفي الغالب لا يتجنب الفرد المواقف الاجتماعية التي لا تتطلب منه أداء السلوك المحدد (المُقلق) والذي قد يعتقد أنه سيقوم عليه سلبياً.

نسب الانتشار والحدوث

تصل نسبة انتشار القلق الاجتماعي بين ١٣٪ إلى ٧٪ على التوالي في الولايات المتحدة وذلك كما ورد في كل من الدليلين الرابع والخامس للاضطرابات العقلية. بالرغم من عدم وجود دراسات مسحية -في حدود علمنا- تتناول القلق الاجتماعي وتحدد نسبة انتشاره في المجتمع السعودي، مع عدم وجود قاعدة بيانات يمكن الاعتماد عليها فيما يتعلق بنسب الانتشار (Al-Ibrahim, Al-Sadat & Elawad, 2010)، بالإضافة إلى غياب الأدوات التشخيصية الدقيقة (الرويتع، ٢٠٠٤) التي تسمح بتشخيص الاضطراب وتفرقة عن غيره من الاضطرابات النفسية (Bassiony, 2005; Chaleby & Raslan, 1990)؛ فإن وجود تقدير دقيق لنسبة انتشار القلق الاجتماعي قد يكون تحدياً للعاملين في المجال.

على الرغم من ذلك، ثمة دراسات تناولت القلق الاجتماعي بالدراسة والبحث. من ذلك الدراسة التي قام بها تشالبي (Chaleby 1987) والتي تناولت المخاوف الاجتماعية في المجتمع السعودي والتي أشار أشار فيها إلى أن نسبة انتشار هذا الاضطراب تصل إلى ١٣٪ من مراجعي العيادات الخارجية من المرضى العصبيين. كما توصلت دراسة جيلبان (Gelban 2009) والتي طُبقت على عدد ٥٤٥ من طالبات المرحلة المتوسطة إلى أن نسبة انتشار القلق الاجتماعي بين أفراد العينة وصلت إلى ١٦.٤٪. وفي دراسة شبه حديثة أُجريت في مستشفى الصحة النفسية في بريدة وصلت نسبة انتشار اضطراب القلق الاجتماعي بين المرضى من مراجعي العيادات الخارجية إلى ٥.٦٪ (El-Tantawy, Raya, Al- 2010)، بينما وصلت نسبة انتشار القلق الاجتماعي إلى ١١.٧٪ في دراسة أُجريت في مدينة أبها تناولت اضطراب القلق الاجتماعي وعلاقته بأساليب المعاملة الوالدية (Ghazwani, Khalil, & Ahmed, 2016) في حين انتهت دراسة محفوظ وآخرون (Mahfouz et al. 2009) إلى أن نسبة انتشار القلق الاجتماعي مقارنة بالاضطرابات النفسية العقلية الأخرى تصل إلى ١٧.٣٪ على عينة من المراهقين في مدينة أبها.

الاختلاف الظاهر بين نسب الانتشار لاضطراب القلق الاجتماعي والتي -كما هو ملاحظ- تراوحت بين (٥.٦٪-١٧.٣٪) مقارنة بين نسب الانتشار العالمية يطرح تساؤلاً مهماً حول أسباب وجود هذا الاختلافات في نسب الانتشار سواء داخل المجتمع السعودي، أو مقارنة بنسبة الانتشار العالمية والتي هي في حد ذاتها مختلفة وتطرح ذات السؤال.

هل يعود الاختلاف إلى أدوات التشخيص المعتمدة في الدراسات مع الأخذ في الاعتبار الخصائص السيكومترية للأداة المستخدمة، أم إلى وجود اضطرابات أخرى قد تتداخل مع أعراض القلق الاجتماعي. من الجدير بالذكر هنا أن نسب الانتشار أيضاً قد تتأثر بالعامل الثقافي، أو بالاختلافات الثقافية، ونقصد هنا أن طريقة تعبير الفرد عن أعراض القلق الاجتماعي قد تختلف وفقاً لثقافة الفرد مما قد يؤثر على دقة نسب انتشار الاضطراب (Al-Kodair, 2015, Al-Kodair & Freeman, 1997; Kirmayer, 1997) خاصة أن معظم أدوات التقييم المستخدمة مترجمة عن لغة أخرى.

معظم الدراسات السابقة أكدت أن نسبة انتشار الاضطراب بين الإناث أكثر من الذكور من عامة المجتمع، بين المراهقين والراشدين، غير المتزوجين، وبين ذوي تعليم متوسط أو عالٍ.

تصنيف القلق الاجتماعي

يعدّ تصنيف القلق الاجتماعي عقبة تواجه العاملين في مجال تصنيف وتشخيص الاضطرابات النفسية خاصة إذا أخذنا في الاعتبار أن "الخوف الاجتماعي" لم يُصنف كاضطراب مستقل إلا عند صدور الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث (American Psychiatric Association, 1980) مما قد يشير إلى علاقة متداخلة بين هذا الاضطراب وبقية الاضطرابات النفسية الأخرى.

سنحاول هنا الإشارة إلى عدد من النقاط التي قد تساهم في توضيح تصنيف القلق الاجتماعي وعلاقته الارتباطية/المتداخلة مع بعض الاضطرابات الأخرى.

أولاً: سبق الإشارة إلى نوعين من القلق الاجتماعي عند تعريف هذا الاضطراب: القلق الاجتماعي العام والذي يضم القلق حول موضوع التفاعل الاجتماعي بما في ذلك الأداء داخل هذا التفاعل، في حين أن النوع الآخر يقتصر على نوعية الأداء الاجتماعي وليس على التفاعل في الموقف الاجتماعي بشكل عام.

ثانياً: فرضية وجود علاقة بين كل من الخجل الاجتماعي، القلق الاجتماعي، واضطراب الشخصية التجنبية، وذلك على اعتبار أنها من أكثر الاضطرابات تداخلاً من ناحية تشابه الأعراض أثناء التشخيص والتقييم. وذلك لأنه قد يتم تشخيص الخجل الاجتماعي أو اضطرابات الشخصية التجنبية على أنها قلق اجتماعي والعكس محتمل.

هنالك دراسات أشارت إلى أن هذه الفروق بين الاضطرابات الثلاثة فروق كمية في

أساسها وليست نوعية (Rapee, 1995). وهذا لأن هذه الفروق موزعة على متصل يبدأ من الخفيف أو الأقل الخجل الاجتماعي، إلى المتوسط القلق الاجتماعي، ثم الشديد اضطرابات الشخصية التجنبية، وأنها جميعها لها أساس متشابه ألا وهو "قلق الفرد حول التقييم الاجتماعي من قبل الآخرين" (Rapee & Heimberg, 1997).

نموذج رقم (١).



ولقد توصل هاييز وزميليه (Heiser, Turner, and Beidel (2003) في دراستهم للعلاقة بين الخجل الاجتماعي، القلق الاجتماعي والاضطرابات النفسية الأخرى إلى أن هنالك تشابهاً أو تداخلاً بين أعراض كل من القلق الاجتماعي والخجل. ولكن هذا التداخل لا يعني بالضرورة أنهما غير منفصلين، وإنه ليس بالضرورة أن القلق الاجتماعي هو عبارة عن درجة شديدة من الخجل خاصة وأن الخجل قد يرتبط باضطرابات أخرى مثل اضطرابات الشخصية التجنبية. تجدر الإشارة هنا أن الخجل الاجتماعي لا يصنف على أنه اضطراب وهو أقرب ما يكون "سمة Trait" وليس "اضطراباً Disorder" (Rettew, 2000).

ثالثاً: العلاقة بين القلق الاجتماعي والاكئاب علاقة ملاحظة. فأغلب الأفراد الذين يتم تشخيصهم بالقلق الاجتماعي يظهر لديهم أعراض اكتئابية، ويتفق هذا مع الأدلة التشخيصية للاضطراب (Huppert, 2009; Watson, 2005) غير أن تفسير سببية هذه العلاقة لازال غير معروف. لإعطاء تفسير لطبيعة هذه العلاقة بين الاضطرابين قدم جيلبرت (Gilbert (2001 تحليلاً مقبولاً لفهم هذا الارتباط. حيث أشار إلى أن الأفراد الذين تم تشخيصهم على أنهم قلقون اجتماعياً ينشغلون بالأفكار التي تتعلق بأدائهم الاجتماعي، لهذا يفسرون الموقف الاجتماعية على أنها مواقف مهددة لصورتهم أمام الآخر مما قد يعرضهم للتقييم السلبي؛ وبالتالي لعدم القبول الاجتماعي. لهذا قد يلجأون لسلوك الإذعان والذي يجعلهم في اتساق مع الموقف الاجتماعي العام بحيث لا يقومون بأي سلوكيات من الممكن أن تؤثر على توقعات الآخرين عنهم، أو تظهر حقيقة شخصياتهم. وهم بذلك يستخدمون الاكئاب "كوسيلة" لتحقيق "غاية" ضبط سلوكياتهم وبالتالي "سلامة" اندماجهم في الموقف الاجتماعي.

ويمكن الإضافة لذلك أنه في كلا الاضطرابين هنالك تركيز على الخوف من التقييم السلبي والذي يظهر لدى المكتئبين في صورة تقييم مباشر للذات بعدم كفاءة مهاراتها. وبالتالي عدم مقدرتها على التفاعل الاجتماعي، في حين أن مفهوم "كفاءة الذات" لدى القلقين اجتماعياً ينظر إليه داخل موقف التفاعل ومرتبطة بالأداء الاجتماعي فقط، وما يتعلق به من أعراض جسدية ملاحظة من قبل الآخرين.

رابعاً: لا يمكن إغفال العامل الثقافي عند تصنيف اضطراب القلق الاجتماعي. فالسياق الثقافي للفرد لا يمكن تجاهله عند تشخيص اضطراب القلق الاجتماعي. فما يمكن أن يكون عرضاً مرضياً في ثقافة ما من المحتمل أن يكون غير ذلك في مجتمع آخر (سوف يتم تناول هذه المفهوم عند الحديث عن معايير التشخيص).

نخلص مما ذكر أن تشخيص اضطراب القلق الاجتماعي قد يعتره بعض الضبابية والتي تحتاج من العاملين في المجال النفسي أخذها بعين الاعتبار عند التعامل مع هذا الاضطراب.

المسببات

لا يمكننا تحديد عامل واحد يمكن اعتباره العامل الرئيس للقلق الاجتماعي. هي مجموعة من العوامل التي تتضافر فيما بينها وبالتالي تساهم في ظهور الأعراض. ويمكن تلخيص تلك العوامل بناء على النموذج الذي قدمه كل من رابي وسبنس Rapee and Spence (2004) والذي يعتبر شاملاً إلى حد ما لأغلب العوامل المسببة:

1. العامل الجيني قد يكون له أثر واضح في الإصابة بالاضطراب. لا يوجد جين محدد يمكن أن ينسب إليه هذا الاضطراب، لكن من المحتمل وجود تضافر جيني يؤدي - على سبيل المثال - إلى زيادة أعراض القلق الجسدية أو الانفعالية، والتي قد تؤدي إلى تجنب التفاعل الشخصي في الموقف الاجتماعي.
2. يشترك مع العامل الجيني ويساعد في تفعيل دوره العامل "البيئي" الذي بدوره قد يحدث تغيراً واضحاً في طريقة التعبير عن القلق الاجتماعي على مستوى الأفكار: التحيز لمثيرات دون غيرها، السلوك.
3. أساليب المعاملة الوالدية القائمة على الحماية الزائدة للطفل وتشكيل حياته الاجتماعية، وتحديد طرق التفاعل مع الآخرين.

٤. أساليب الحماية الذاتية التي يمارسها الفرد داخل الموقف الاجتماعي، والتي هي بدورها تؤدي إلى زيادة معدل القلق (Clark & Wells, 1995).
٥. الأحداث الحياتية الضاغطة والمتواترة (كفقد شخص عزيز، خبرات الطفولة التي تتعلق بالأداء الاجتماعي)، وطريقة تفسير الشخص لهذا الحدث الحياتي.
٦. المعايير الثقافية ودورها في نوعية أعراض القلق الظاهرة على الفرد والتي قد تعطي طابعاً منفرداً لطريقة التعبير عن أعراض القلق الاجتماعي وتشخيصه عيادياً.

طرق العلاج

طرق علاج اضطراب القلق الاجتماعي متعددة إذ لا يمكن حصرها في علاج واحد أثبت فعاليته في معزل عن تضايف الأنواع الأخرى من العلاج. سنذكر باختصار بعض الطرق العلاجية الأكثر فاعلية في علاج هذا الاضطراب:

أولاً: العلاج الدوائي والذي يُعتبر مهم لبعض حالات القلق الاجتماعي خاصة عندما يؤخذ في الحسبان حالات القلق الشديد الذي قد يمنع العميل من المشاركة بتركيز وفعالية في العلاج النفسي (Richards, 2017).

ثانياً: العلاج السلوكي (التعرض، التوكيدية) (Pomerantz, 2011, Morris, 2017).

ثالثاً: العلاج الذهني السلوكي والذي يظهر في مساهمات ألبيرت إليس Albert Ellis وآرون بيك Aaron Beck، كما يتضمن نماذج التحيز الذهني والتي تتناول أسباب استمرارية القلق الاجتماعي (Clark & Wells, 1995; Rapee & Heimberg, 1997).

تجدر الإشارة هنا إلى نموذج ستوبا (2009) Stopa والذي يركز على أهمية فهم عناصر تكوين الذات (المحتوى، التنظيم، الوضوح) عند علاج القلق الاجتماعي على اعتبار أنها "الذات" هي المحور الرئيس لتعامل الفرد مع نفسه في الموقف الاجتماعي.

رابعاً: الموجة الثالثة للعلاج النفسي "الحضور الذهني" (Hayes & Smith, 2005).

التقييم

يعتبر التقييم النفسي خطوة مهمة للمعالج حيث يساهم بشكل فعال في فهم العميل وتوفير تصور متكامل عن مشكلته النفسية مما يساعد في تقديم تصور واضح إلى حد كبير عن التدخلات العلاجية اللازمة. هذا التقييم النفسي الشامل يتطلب عدداً

من الطرق التي تعمل باتساق فيما بينها لتقدم لنا رؤية متكاملة إلى حد ما عن الفرد. في هذا الجزء سوف يتم التطرق لعدد من طرق التقييم المستخدمة في العلاج النفسي للقلق الاجتماعي ومنها: المقابلات العيادية، المقاييس، الأدلة التشخيصية، صياغة الحالة مع الإشارة لأهمية التقييم الثقافي عند الإعداد للخطة العلاجية.

طرق تقييم اضطراب القلق الاجتماعي

المقابلة:

تعتبر المقابلة العيادية من أكثر وسائل التقييم النفسي استخداماً مع حالات القلق الاجتماعي (شأنه شأن بقية الاضطرابات) حيث إنها تضم في مجملها أغلب وسائل التقييم التي تستخدم لتشخيص اضطراب القلق الاجتماعي. وعند الحديث عن المقابلة فإننا نتحدث عن علاقة علاجية محددة بهدف ومستمرة لزمن بين كلاً من المتعالج والمعالج قائمة في أساسها على مبدأ **حكمة الفهم الإنساني أو التفاعل الإنساني** (Pomerantz, 2011). وبطبيعة الحال، هذا لا يلغي أهمية العلاقة المهنية داخل إطار المقابلات، ولكننا لا نبالغ إذ نقول إن مهنية العلاقة العلاجية هي أحد مكونات هذا **الفهم الإنساني**، ونجاحها يعتمد بشكل واضح على الوعي بأهمية هذا الفهم.

وإذا نظرنا إلى طبيعة اضطراب القلق الاجتماعي الذي يتمحور حول فكرة "التفاعل مع الآخر الذي قد يقيمني سلبياً أو قد ينتقديني بسبب التغيرات الجسمية - مثلاً - التي قد تظهر عليّ خلال الجلسات"؛ فإننا أمام اضطراب قد يتعامل مع المقابلة بحد ذاتها كموقف اجتماعي مهدد. هذا الشعور بالتهديد قد يصل بالعمل في بعض الأحيان إلى إلغاء حضور الجلسات العلاجية أو تأجيلها، وقد يصل الأمر إلى استخدام الأدوية ليستطيع مواجهة موقف مقابلة المعالج النفسي (Greist, Kobak, Jefferson, Katzelnick & Chene, 1995). لهذا يمكننا طرح ثلاثة أهداف رئيسية من المهم أن تؤخذ بعين الاعتبار عند مقابلة الفرد الذي تظهر عليه أعراض القلق الاجتماعي وهي: العلاقة العلاجية، التشخيص الدقيق، وتقييم الأعراض، والمثيرات المسببة للخوف (Herbert, Rheingold & Brandsma, 2010):

العلاقة العلاجية: والتي تعتبر حجر الأساس الذي يُعتمد عليه لضمان استمرارية التزام العميل بالجلسات العيادية. هذه العلاقة تعتمد على عدة جوانب منها: ١- كفاءة المعالج وخبرته العيادية، ٢- مستوى الوعي الذاتي لدى المعالج، ٣- وعي المعالج بالجوانب الثقافية لمجتمعه، وتقديم تفسيرات "واضحة ودقيقة" مبنية على الفهم السليم للعلاقة

بين العرض المرضي والعامل الثقافي.

هذه الجوانب الثلاثة لها دور حيوي في نجاح تلك الاستمرارية بالنسبة للعميل، مع الأخذ بأهمية الجوانب الثلاثة السابقة الذكر يمكننا الإشارة هنا إلى بعض النقاط التي من الممكن أن تساهم في فاعلية هذه العلاقة:

- كما أشرنا في هذا السياق أن الأشخاص الذين تظهر عليهم أعراض القلق الاجتماعي يعتبرون المقابلة بحد ذاتها موقف مُشعباً بالتهديد: المعالج شخص غريب (ماذا سيقول عني؟ هل سيتقبلني؟ هل هو مصدر ثقة؟)، ما سيحدث داخل العيادة غير معروف أو غامض ولا يمكن التنبؤ به (ما هو المطلوب مني في هذه الجلسة؟)، عدم ثقته بمقدرته على تقديم نفسه بشكل جيد، إضافة إلى عدم يقينه مما لديه من قدرات جيدة (هل أستطيع تحقيق ما هو مطلوب مني في هذه الجلسة؟ هل أستطيع أن أقدم نفسي بشكل واضح؟). تعامل العميل مع ذاته على أنه "الوحيد الذي يعاني من هذه الأعراض الغريبة". هذه المخطوطة الذهنية للعميل تؤكد مسؤولية المعالج وأهمية مستوى كفاءته فيما يتعلق بكيفية التعامل مع العميل تعامل "آمن" خاصة في الجلسات الأولى.
- لهذا استقبال العميل "برحابة" والدخول في الأسئلة العامة للمواقف التي يشترك فيها كلاً من العميل والمعالج أمر له أثر إيجابي من حيث امكانية خفض مستوى القلق من موقف المقابلة المهذب، وذلك من خلال فتح حوار مريح وتلقائي "غير تقييمي" مما قد يساعد في الانتقال التدريجي لسبب زيارة العميل للعيادة أو سبب التحويل.
- هذا الحوار "غير التقييمي" مع الفرد الذي لديه أعراض القلق الاجتماعي مرهون بنوعية السؤال الموجه للعميل. الأسئلة التي تبدأ ب (لماذا؟؛ لماذا تظهر عليك هذه الأعراض؟ لماذا تشعر بالحرج أمام الناس؟ لماذا تعتقد أن الناس تراقب تصرفاتك؟) من المحتمل أن تزيد من أحساس العميل بالنقص أو عدم الأهمية وتضعه في موقف محرج خاصة أن حضوره للعيادة مرتبط بكونه "لا يعلم ما الذي يحدث له؟" وهذا يجعل إحساس "الفراغ الذهني" وارد لديه مما يزيد من مستوى القلق.
- الأسئلة المفتوحة غير الموجهة في المقابلات الأولى (مالذي تشعر به؟ كيف أستطيع مساعدتك؟ متى بدأت الأعراض؟ ما الذي جعلك تفكر بزيارة المعالج النفسي؟) قد تناسب حالة العميل أكثر إذ إن مساحة الحرية هنا أوسع وتؤكد ولو بشكل مبدئي قدرته على التواصل. بالرغم من ذلك، من المهم الإشارة إلى أن الأسئلة

المفتوحة في بعض الأحيان مع مريض القلق الاجتماعي قد تجعله لفترة أطول " On Stage" مما قد يسبب له الشعور بالحرج، وبالتالي ارتفاع القلق (Greist, Kobak,) (Jefferson, Katzelnick & Chene, 1995).

- الاستماع الفعال المرتبط بالملاحظة (والذي ينقلنا تدريجياً لتطبيق مهارات المقابلة). ونركز هنا على: لغة العميل (لغة العميل بوابة لفهمه ولرصد أفكاره بوضوح)، فالكلمات والجمل والأمثلة والتشبيهات التي يستخدمها مهمة في تشخيص حالته ومهمة في تركيز المعالج عليها عند التوجه للعميل بالأسئلة إذ إنها تسمح للعميل بالحديث عن أعراضه كما يفهمها هو، وكما يشعر بها عندما يكون داخل الموقف الاجتماعي. على سبيل المثال، "أتمنى الأرض تتشق وتبلعني من كثر تركيز الناس كلهم علي" أو "كأن ما في غيري في هذا الاجتماع" من العبارات التي يلخص فيها القلقون اجتماعياً أعراضهم، ولكن بطريقتهم الخاصة، ولغتهم المستخدمة. ومن المهم تدوينها كما ذكرت تماماً. ومن المهم الإشارة هنا إلى أن اللغة المستخدمة في وصف الأعراض قد تأخذ الطابع الثقافي أيضاً لمجتمع العميل. من المؤلف على سبيل المثال أن نسمع العميل في العيادة يُعبر عن عرضه بعبارة مثل: "قلبي مقبوض"؛ "فيه جبل على صدري"؛ "حسيت طاح وجهي" كنوع من التعبير عن قلقه ومخاوفه الناتجة عن تعامله مع الموقف الاجتماعي.
- التركيز على عبارات مثل: أفهم أن قصدك...، أو ممكن تعيد لي الفكرة مرة أخرى؟ أقدر أفهم أنك تشعر في الموقف ب...؟ هذا قد يساهم في إعطاء العميل إحساس بالأهمية فيما يقوله أو يعبر عنه ويرفع مستوى ثقته في قدرته على التعبير عن أعراضه بشكل مفهوم.
- التركيز على ملاحظة مستوى القلق والتعامل معه بما يسمح باستكمال الحوار. من المهم أن يشعر المريض بمستوى القلق لديه ويدرك دور النقاش في خفض معدل القلق (ليس من جانب تعديل الأفكار بطبيعة الحال ولكن من جانب مناقشة خبرة القلق والأعراض المرتبطة به).

هذه النقاط من الممكن أن تسمح ببدأ علاقة إيجابية قابلة للاستمرار مع التأكيد على أهمية هذا النوع من التفاعل في أغلب الجلسات، خاصة أن العميل هنا قد يفسر هذه "الأريحية" في التعامل على أنها مصدر قلق إضافي لأنه لا يعلم ما المطلوب منه في الجلسات اللاحقة.

التشخيص الدقيق: حيث تساهم المقابلة في تحديد التشخيص الدقيق لأعراض القلق الاجتماعي خاصة فيما يتعلق بأعراض الاضطرابات ذات العلاقة المتداخلة مع أعراض القلق الاجتماعي ومنها: الخجل، اضطرابات الشخصية التجنبية، سوء استخدام الأدوية، والاكتئاب ونوبات الفزع. الأسئلة التي يتم طرحها داخل المقابلة تهدف بطبيعتها إلى الوصول إلى التشخيص الدقيق. وهذه الأسئلة من نوع: متى بدأت الأعراض؟ كيف بدأت الأعراض؟ أين تزداد الأعراض؟ ما هو أكثر الأعراض صعوبة؟ كيف تتعامل مع الأعراض؟ قد تساعد في الوصول لدقة التشخيص.

تقييم الأعراض والمثيرات المسببة للقلق: بما أن أعراض اضطراب القلق الاجتماعي متداخلة وتعمل بشكل متسق (ذهنياً، وسلوكياً، وبيولوجياً) عند الاستجابة للمثيرات المسببة للقلق، من المهم للمعالج هنا فهم هذا الاتساق أثناء إجراء المقابلة، وكيف يؤثر ذلك على درجة القلق عند الفرد. وقد تتضح هذه النقطة بشكل أفضل عند الحديث عن العلاج المستخدم مع هذه الأعراض.

المقاييس النفسية

القياس النفسي له دوره الواضح في تقييم وتحديد أعراض الاضطراب ومستواه ويعتمد عليه كأداة تشخيصية مهمة ومساندة. والتأكد من صلاحية تلك المقاييس قبل تطبيقها مسئولية تقع على عاتق الأخصائي النفسي إذا يجب عليه قبل البدء بتطبيق أي مقياس أن يتأكد مما يلي:

١. الخصائص السيكومترية للمقياس من ناحية الصدق والثبات، والطرق الإحصائية المستخدمة لحسابها. هنا يجب الأخذ بالاعتبار أنه -على سبيل المثال- ارتفاع معامل الارتباط قد يكون دلالة على عدم جودة المقياس وليس العكس (الاتساق الداخلي بين البنود عال نتيجة تشابه البنود، وبالتالي وجد ارتباط وليس بسبب تغطية البنود لجميع الأبعاد المراد قياسها).

٢. أغلب المقاييس التي يتم استخدامها هي مقاييس مترجمة إلى اللغة العربية. ضمان جودة الترجمة والاعتماد على المقاييس التي تعتمد المنهجية الثقافية Cultural Methodology في الترجمة يساهم في دقة المقاييس والثقة بنتائجها.

٣. مناسبة المقياس للبيئة الثقافية. وهنا لا نقصد "الترجمة فقط"، وإنما نشير إلى محتوى البند ومدى مناسبته لقياس الاضطرابات التي تتأثر بالعامل الثقافي.

٤. أن يتضح مدى الاعتماد في تصميم المقياس على الأطر النظرية التي استمدت منها البنود، وبالتالي تخدم المقياس.

سنشير هنا إلى نوعين من المقاييس التي تستخدم لتشخيص أعراض القلق الاجتماعي مع العلم أن تلك الأنواع يمكن تطبيقها مجتمعة تحت ما يسمى ببطارية المقاييس لضمان دقة التشخيص قدر المستطاع.

مقاييس التقدير الذاتي: تنقسم هذه النوعية من المقاييس إلى قسمين:

١. **المقاييس التي تتعلق بالتصنيف أو تحديد قائمة عامة للسلوكيات** وقد تتخذ شكلين:

- مقاييس التقدير المحدد والذي يعتمد على تقدير مستوى القلق من صفر إلى ١٠٠ (كأن يحدد المفحوص درجة قلقه من الحديث أمام الناس).
- مقاييس التقدير الذي يعتمد على قائمة متعددة من المواقف الأدائية التي قد تظهر في الموقف الاجتماعي.

مثال: مقياس القلق الاجتماعي الذي أعده ليبowitz (1987) والذي قننه على المجتمع الأردني أبو جدي (انظر: الركيبات، 2015). يتكون المقياس في صورته الأصلية من ٢٤ بنداً تتناول بُعدي الخوف أو القلق والتجنب (على سبيل المثال: القيام بإعمال أثناء مراقبة الآخرين لك، تناول الطعام في الأماكن العامة) ويختار العميل هنا من الاستجابات التي تتراوح بين صفر إلى ٤.

٢. **المقاييس التي تتعلق بالتقرير الذاتي:** وهي المقاييس التي تم إعدادها بناء على الأطر النظرية للقلق الاجتماعي (الذهنية، السلوكية، الاجتماعية)، وإن كان الفصل الدقيق هنا ليس ممكناً، ومن أمثلتها:

- **الخوف من التقييم السلبي** (Watson & Friend, 1969) ترجمة الخضير Al-Khodair (2015):

يتكون من ٣٠ عبارة تهدف إلى قياس درجة القلق في المواقف الاجتماعية التي من الممكن أن يقيم فيها الفرد سلبياً.

- **الخوف من التقييم الإيجابي** (Weeks, Heimberg & Rodebaugh, 2008) ترجمة الخضير Al-Khodair (2015): يتكون من عشر عبارات تهدف إلى قياس قلق الفرد حول تقييمه في المواقف الاجتماعية بطريقة جيدة كالمدرح أو الشاء.

- **القلق في مواقف التفاعل الاجتماعي** (Matic & Clarke, 1998) ترجمة الخضير Al-Khodair (2015): ٢٠ عبارة تهدف إلى قياس القلق في مواقف التفاعل الاجتماعي التي قد يعتقد الفرد أنه قد يتعرض للتفحص والملاحظة عند قيامه بالأعمال الروتينية في المواقف الاجتماعية.
- **مقياس ثلاثي الأبعاد للخوف الاجتماعي** (الرويتع، 2004): ٤٤ عبارة مقسمة على ثلاث أبعاد رئيسة تهدف لقياس أعراض المخاوف الاجتماعية بشكل متكامل (١٢) بنداً لقياس الجانب الذهني، ١٣ بنداً لقياس الجانب الاجتماعي. و١٩ بنداً لقياس الأعراض الجسمية).
- **مقياس تجنب الغموض** (Norton, 1975) ترجمة العيفان (2006): يتكون من ٦١ عبارة مقسمة إلى ثمانية أبعاد تهدف إلى قياس ميل الفرد في إدراكاته إلى تفسير المعلومات التي تكون مبهمه، غامضة، غير مكتملة كمصدر مهدد أو للشعور بعدم الراحة النفسية. ذات الهدف يمكن قياسه من خلال **مقياس التفسير السلبي للمواقف الغامضة** والتي يتكون من ٢٤ قصة مبهمه يستجيب لها الفرد من خلال بدائل محددة كما يطلب منه كتابة إستجابته الخاصة.

المقاييس التي تعتمد على استخدام الكمبيوتر: يقصد هنا المقاييس التي تستخدم لقياس استجابات الفرد للتهديدات الانفعالية داخل تصميم الكتروني محدد. ومنها: اختبار التحقق من النقطة Dot-Probe الذي يقيس التحيز الانتقائي لدي القلقين اجتماعياً نحو المثيرات المهددة والتي تعرض في هذه المهمة على شكل وجوه مختلفة الانفعال (انفعالات إيجابية، انفعالات سلبية، انفعالات محايدة)، ويطلب من العميل تحديد نوع الانفعال بالضغط على أيقونات محددة يقاس من خلالها سرعة الاستجابة للانفعالات المختلفة.

معايير التشخيص

صدر الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية في عام ٢٠١٣ (American Psychiatric Association, 2013) ساهم في تقديم تغيراً - وإن كان ضئيلاً - فيما يتعلق بالمعايير التشخيصية للاضطراب بحيث يمكن تقييم أعراض القلق الاجتماعي كما يلي:

١. خوف أو قلق ملاحظ حول واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية التي قد يتعرض

- فيها الفرد للتفحص أو التدقيق من قبل الآخرين (على سبيل المثال الدخول في حوار مع الآخرين، أو مقابلة اشخاص غرباء) أو مراقبة الآخرين لبعض السلوكيات التي يقوم بها (الأكل، أو الشرب) أو تقديمه لأداء كالتقاء مثلاً أمام جماعة من الناس.
٢. خوف الفرد من أن يقدم أداء اجتماعياً يُظهر أعراض القلق لديه (كالرجفة، الاحمرار، التعرق) مما قد يعرضه للتقييم السلبي من قبل الآخرين كأن يتعرض للإهانة أو الإحراج، أو قد يتعرض للرفض من الآخرين أو قد يسبب إساءة لأحد.
٣. المواقف الاجتماعية غالباً ما تكون المصدر المثير لقلق الفرد حول أدائه الاجتماعي.
٤. يسعى الفرد إلى تجنب المواقف الاجتماعية أو بعض الأحيان إلى الاستمرار فيها مع وجود درجة عالية أو شديدة من القلق.
٥. الخوف الاجتماعي الذي يعاني من الفرد لا يعود إلى خطر، أو تهديد فعلي أو ناتج عن السياق الثقافي الاجتماعي للفرد.
٦. الخوف أو القلق والتجنب المستمر لمدة ستة أشهر، أو أكثر.
٧. يسبب القلق أو الخوف، أو التجنب تدهوراً ملحوظاً في الأداء الاجتماعي، المهني أو المهام الحياتية الأخرى.
٨. القلق أو الخوف، أو التجنب غير ناشئ عن التغيرات الفسيولوجية التي تظهر لدى الفرد بسبب إساءة استخدام الأدوية.
٩. القلق أو الخوف، أو التجنب غير ناشئ عن أمراض عقلية أخرى.
- كما تم الإشارة سابقاً، لا يوجد تغيرات جذرية في المعايير التشخيصية للقلق الاجتماعي ولكن أثناء تقييم أعراض القلق الاجتماعي يوجد ما هو جدير بالملاحظة حول بعض تلك المعايير التي تم طرحها في الدليل الخامس، فقد أشار هايمبرغ وآخرون Heimberg et al. (2014) إلى عددٍ من النقاط التي يمكن من خلالها مراجعة ما تم إيرادها في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس فيما يتعلق باضطراب القلق الاجتماعي. خمس نقاط رئيسية سيتم الإشارة إليها عند تناول اضطراب القلق الاجتماعي وهي: تعريف القلق الاجتماعي، ومفهوم الخوف من التقييم السلبي، ودور العوامل الثقافية، وتشخيص الاضطراب في ظل وجود أعراض لحالة طبية، بعض الحالات الخاصة التي قد تؤثر في ظهور أعراض القلق الاجتماعي. ما يهمنا في هذا السياق النقاط الثلاث الأولى.

أولاً: مسمى الاضطراب تم تعديله من "الخوف الاجتماعي" إلى "القلق الاجتماعي". هذا التعديل "أكثر قدرة على توضيح مدى انتشار الاضطراب ومدى تأثيره بشكل أقوى من مسمى الخوف الاجتماعي" (Heimberg et al., 2014, p.3)، مما قد يساهم في زيادة الوعي بالاضطراب سواء فيما يتعلق بالمختصين من ناحية التشخيص والعلاج، أو فيما يتعلق بالمرضى من ناحية فهم أوسع لطبيعة المعاناة من هذا الاضطراب.

ثانياً: الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية تناول تعريف القلق الاجتماعي على أنه "خوف الفرد من أن يتصرف بطريقة تظهر أعراض القلق لديه مما قد يعرضه للإحراج أو الإهانة" (American Psychiatric Association, 2000, p.215). هذا التعريف للقلق الاجتماعي تم تعديله ليتناول "خوف الفرد من أن يتصرف بطريقة تظهر أعراض القلق لديه مما يعرضه للتقييم السلبي من قبل الآخرين (كالتعرض للإهانة أو الإحراج، للرفض من قبل الآخرين، أو الإساءة لهم" (American Psychiatric Association, 2013, p.202). هذا التعريف يعطي مساحة جيدة لفهم هذا الاضطراب والذي ليس بالضرورة أن يكون محددًا في شعور الفرد بالإحراج، أو الإهانة لإحتمالية عدم الشعور بهما في أغلب المواقف الاجتماعية.

ثالثاً: أشار هايمبرغ وآخرون (Heimberg et al. 2014) في مراجعته لاضطراب القلق الاجتماعي في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية إلى أحد أهم المعايير التشخيصية لهذا الاضطراب وذلك بالتأكيد على أن الخوف أو القلق "لا يتناسب مع حجم التهديد الفعلي الذي قد يتشكل بواسطة الوضع الاجتماعي أو السياق الاجتماعي الثقافي" (American Psychiatric Association, 2013, p.203).

تكمن أهمية هذا المعيار في تركيزه على نقطة مهمة وحيوية يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند تشخيص اضطراب القلق الاجتماعي الا وهي "السياق الثقافي" أو "المرجعية الثقافية" للفرد حيث من المهم أن يتم تقييم الأعراض التي لديه في ضوء "الثقافة التي ينتمي إليها" وفي ضوء "العوامل الثقافية التي تتميز/ تتشكل من خلالها ثقافته"، على اعتبار أن بعض الاستجابات الانفعالية أو السلوكية التي تصدر عن الفرد في تفاعلاته الاجتماعية قد تكون مناسبة ومتفقة - ومطلوبة أحياناً - مع مرجعية الفرد الثقافية. وبهذا هي لا تعتبر في ظل تلك الثقافة "عرضاً مرضياً" يحتاج إلى أي تدخلات علاجية (Heimberg et al., 2014). هذا المعيار أكد على أهمية فهم العلاقة بين الثقافة والاضطرابات النفسية بشكل عام (Markus & Kitayama, 1991, 2010; Triandis, 2004)،

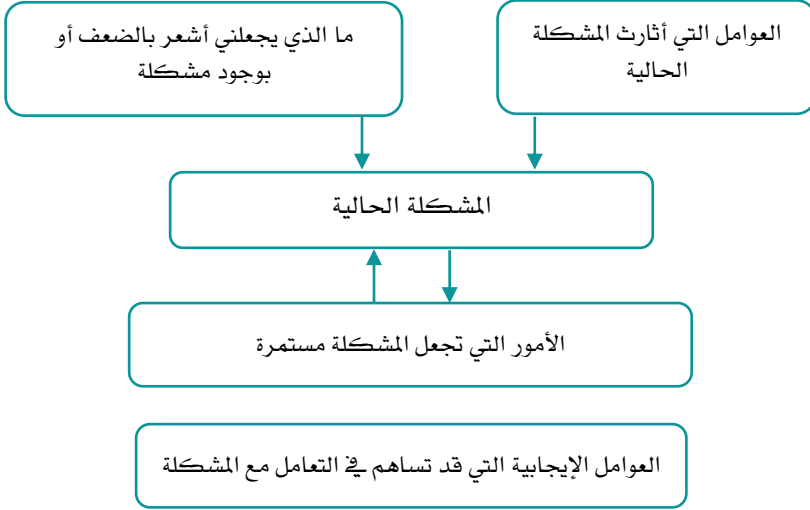
والقلق الاجتماعي بشكل خاص من جانب نسبة الانتشار (الرويتع، ٢٠٠٤: Heinrichs et al., 2006; Schreier et al., 2010)، وأيضاً التشخيص الفارق (Dinnel, Kleinknecht & Tanaka-Matsumi, 2002) والتدخل العلاجي (Dwairy, 2006-2009; Naeem, Swelam & Kingdon, 2012; Rajender, Malhotra, Kanwal & Choudhary, 2009) كما سيوضح لاحقاً في هذا الفصل.

صياغة الحالة

ثم التعامل مع التشخيص النفسي - المعتمد على الأدلة التشخيصية العالمية - على أنه الوسيلة التقليدية والأكثر انتشاراً لتحديد الأعراض المرضية بناء على معايير تم وضعها نتيجة عمل متواصل من الأبحاث والدراسات التي تتعلق بالاضطرابات النفسية، غير أن التجربة الإنسانية تجربة فريدة من نوعها تخضع لظروف حياتية لا توجد إلا في محيط العمل فقط وترتبط بتفسيره الشخصي لما يحدث داخل ذلك المحيط، وبالتالي ليس من الحكمة التعامل مع الأفراد على أنهم قوالب يمكن وضعهم في أطر محددة بناء على معايير محددة قد يكون ليس لها علاقة مباشرة بمعاناة الفرد.

التأكيد على هذا المفهوم مهم جداً خاصة في ظل الانتقادات التي وجهت للدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية (الخامس تحديداً) من ناحية أن التشخيص محدود الفاعلية عند الحديث عن سبب الاضطراب، التدخلات العلاجية، وتجربة العميل الفردية مع الاضطراب، علاوة على وجود تداخل بين الأعراض المرضية أو ما يسمى "الاعتلال المشترك" (Macneil, Hasty, Conus & Berk, 2012). من هذا المنطلق بدأ يظهر مفهوم صياغة الحالة بين العاملين في المجال النفسي كحل عملي (و واقعي) شبه متكامل يمكن من خلاله فهم العميل والتعامل مع أعراضه كتجربة فردية نوعية.

تهدف صياغة الحالة إلى وصف مشكلة العميل الحالية من خلال استخدام الأطر النظرية التي تساعد في وضع تشخيص لحالة العميل من خلال معرفة أسباب الاضطراب وأسباب استمراره التي قد تؤثر على التدخل العلاجي وتعطل فاعليته (Bieling & Kuyken, 2003). ولتحقيق هذا الهدف تتناول صياغة الحالة بعض النقاط التي تتمثل في التعرف على: مشكلة العميل الحالية، عوامل الاستعداد للإصابة بالاضطراب (الوراثية والبيئية على سبيل المثال)، العوامل المساندة أو المؤججة للاضطراب، العوامل التي تساعد على استمرارية الاضطراب، بالإضافة إلى عوامل الحماية أو العوامل الإيجابية التي تحيط بالفرد مثل الدعم الاجتماعي (Macneil, Hasty, Conus & Berk, 2012) نموذج رقم (٢).



نموذج رقم (٢) Model 2: Adapted from <http://psychologytools.com>

لا توجد صيغة واحدة ثابتة متكاملة لصياغة الحالة ، لكن يمكن تشكيل نماذج من تلك الصيغ بناء على نوعية مشكلة العميل. أيضاً بناء على التوجه العلاجي للمعالج النفسي (Macneil, Hasty, Conus & Berk, 2012). وينطبق ما سبق ذكره على القلق الاجتماعي إذ لا يوجد نموذج واحد يمكن من خلاله تقديم تصور متكامل عن حالة العميل. وبالتالي يمكن أن يكون استخدام تلك الصيغ بشكل تدريجي بناء على التطور في فهم حالة العميل.

النموذج العام كما ذكر في التوضيح (رقم ٢) يمكن استخدامه في البدء، وقد يتبعها بناء على استراتيجية المعالج في العلاج النماذج المتعلقة بكيف ينظم مريض القلق الاجتماعي ذاته داخل الموقف الاجتماعي (Stopa, 2009)، النماذج الذهنية السلوكية (Clark & Wells, 1995)، النماذج التي أضافت العامل الثقافي (Williams, Foo & Haarhoff, 2006).

خطة علاج أعراض القلق الاجتماعي

من المهم التأكيد على أنه عند وضع الخطط العلاجية للاضطرابات النفسية؛ فإننا نقوم باختيار ما يناسب الحالة التي تعاني من أعراض الاضطراب، إذ إنه لا يوجد

"قالب علاجي موحد" يمكن استخدامه كما هو مع جميع الحالات. هذا ما ينطبق أيضاً على القلق الاجتماعي إذ لا يمكن أن نجد هذا القالب ونستخدمه كما هو. لهذا سنتناول في الخطوة العلاجية لأعراض القلق الاجتماعي بعض النقاط الرئيسية التي من الممكن أن تساهم في خفض أعراض هذا الاضطراب:

الخطوة الأولى: فهم طبيعة أعراض القلق الاجتماعي من وجهة نظر المريض وليس فقط من خلال الأطر النظرية لأعراض الاضطراب، أو الخلفية الذهنية التي يمتلكها المعالج عن القلق الاجتماعي بحيث يُفهم المريض في حدود خبرته الشخصية، معاناته الفردية، وثقافته التي شكلت جزء كبير من استجابته الحياتية وسنشير إلى هذه الخطوة بـ "ما قبل الجلسة الأولى".

الخطوة الثانية: العلاقة العلاجية وكيفية إدارة الجلسة الأولى.

الخطوة الثالثة: التقييم باستخدام أدوات القياس التي تساعد في حصر أعراض القلق الاجتماعي.

الخطوة الرابعة: سنتناول هذه الخطوة استخدام النموذج الذهني للقلق الاجتماعي (Clark & Wells, 1995) والذي يعتبر من أكثر النماذج استخداماً لفهم طبيعة أعراض القلق الاجتماعي وسيتم هنا توضيح النقاط الرئيسية للنموذج قبل إيضاح كيفية تطبيقه خلال جلسات التدخل العلاجي.

قامت فكرة النموذج الذهني على التساؤل التالي: لماذا تستمر أعراض القلق الاجتماعي على الرغم من أن الفرد قد يتعرض وبشكل مستمر للمواقف الاجتماعية التي تسبب له القلق؟ طُرح هذا التساؤل إستناداً إلى فرضية أن "التجنب" بحد ذاته قد لا يكون المعيار السلوكي البارز الذي يمكن من خلاله تشخيص أعراض القلق الاجتماعي وإنما "التواجد في الموقف الاجتماعي بدرجة من القلق والتوتر"، وبالتالي لماذا لم يسعف هذا التواجد المتواصل للفرد في الموقف الاجتماعي على خفض درجة التوتر والقلق لديه؟

اقترح كلٌّ من كلارك وويلز (Clark and Wells (1995 عدداً من العمليات الذهنية التي تعمل لدى الفرد القلق اجتماعياً وسوف يتم تقسيمها هنا إلى قسمين لمزيد من التوضيح.

العمليات الذهنية التي تتم أثناء تواجد الفرد في الموقف المهدد:

عندما يتواجد الفرد في الموقف الاجتماعي المقلق فإنه وبناء على خبرات سابقة قد تعرض لها يبدأ في تطوير عدد من الفرضيات التي تتعلق بذاته والموقف الاجتماعي الذي يتواجد به، هذه الفرضيات هي:

- معايير عالية للأداء الاجتماعي؛ "لازم ما يظهر عليّ أي علامة للقلق أو التوتر"، "المفروض أنني أتكلم مع الناس بمواضيع تعجبهم وتناسب تفكيرهم"، "لازم ما أتكلم بطريقة تخليني أتفشل قدام الناس"!
- اعتقادات شرطية حول نتائج الأداء الاجتماعي؛ "إذا قلت شي ما له معنى؛ سيكون شكلي غبي"، "إذا تلعثم صوتي وأنا أتكلم؛ الناس بتعتقد أنني ما عندي سالفه"، "إذا ما تفاعلت مع الناس بالطريقة اللي يحبونها؛ بكون شخص ممل في نظرهم"، "أظن أنني شخص مالي قيمة؛ علشان هذا السبب ما أحد يحب يجلس معي"!
- اعتقادات سلبية غير شرطية عن الذات؛ "أنا ممل"، "أنا فاشل"، "ما عندي شيء ممكن يحب الناس فيني"، "كل شي أقوله يدل على غبائي"!

هذه الاعتقادات تجعل الفرد يعتبر الموقف الاجتماعي موقفاً مهدداً، وأن كل ما يحدث به غامض وقابل للتأويل بطريقة سلبية (تصرفات الأفراد الغامضة معي ممكن تكون دليل على أنهم قيموني بطريقة سلبية). هذا المحتوى المترابط من الفرضيات ما يجعل القلق جاهز للظهور في أي موقف اجتماعي.

نتيجة هذه الاعتقادات عندما يتواجد الفرد داخل الموقف الاجتماعي ويشعر بالتهديد المرتبط بتقييم الآخرين له يبدأ في التركيز على ذاته، ويبدأ في استخدام المعلومات التي يعرفها عن نفسه وليعرف كيف يبدو أمام الآخرين؟ وكيف يفكر هؤلاء الآخرون عنه؟ وبالتالي يبدأ في التعامل مع نفسه ومع الموقف بناء على تلك المعلومات التي هو في الأصل المصدر الوحيد لها نتيجة انطباعاته الشخصية المقلقة.

لكن من أين تأتي تلك المعلومات التي يستخدمها العميل في الموقف الاجتماعي؟ هنالك ثلاثة مصادر رئيسة يعتمد عليها القلقين اجتماعياً لتكوين انطباع عن أنفسهم في الموقف المهدد:

1. الشعور بالقلق يتساوى مع ظهور أعراض القلق (يدي ترتجف أكيد كل الناس شايفين رجفة يدي) بالرغم من أن الآخرين قد لا يلاحظون شيء، أو يلاحظون ملاحظات بسيطة غير تقييمية.

٢. أغلب الأشخاص الذين لديهم قلق اجتماعي تظهر لديهم بشكل تلقائي صورة ذهنية يرون فيها أنفسهم كما لو أنهم يرون أنفسهم من وجهة نظر الآخر Observer's Perspective. وبطبيعة الحال هم يرون الصورة الشخصية لهم من وجهة نظر الآخر التي تعكس بالضرورة مخاوفهم وليس حقيقة ما يراه الآخر.

٣. من خلال الصورة الذهنية السلبية يشعر الفرد القلق اجتماعياً بحالة واسعة من الشعور بالذات Diffuse Felt Sense ليست مقتصرة على مظهره، ولكن أيضاً عزلته عن الآخرين واختلافه عنه مما يدعم انطباعه عن ذاته بأنه غير مرغوب وليس له قيمة.

العمليات الذهنية التي تتم قبل وبعد تواجد الفرد في الموقف المهدد:

لم يتعامل النموذج مع الفرضيات داخل الموقف المهدد فقط وإنما أيضاً قدم تصوراً لما يحدث للفرد من عمليات ذهنية قبل وبعد دخوله الموقف الاجتماعي:

- الأشخاص الذين يعانون من أعراض القلق الاجتماعي غالباً ما يكون لديهم درجة مسبقة من القلق عندما يتوقعون تعرضهم للموقف الاجتماعي المهدد Anticipatory Processing. لهذا هم قبل دخولهم في الموقف المهدد يبدؤون في التفكير بـ ماذا سيحدث لي في الموقف؟ كما تنشط أيضاً ذاكرتهم في استدعاء تفاصيل الأحداث السابقة التي سبق تعاملوا معها خاصة إذا كانت تلك الأحداث سلبية و" تدل على فشلهم" فهم يتحيزون ذهنياً للتفاصيل التي تؤكد قلقهم. ليس هذا فحسب، هذا الاجترار القبلي للأفكار تدعّمه "الصورة الذهنية" التي انطبعت في اذهانهم عن أدائهم السلبي وغير المقبول اجتماعياً. هذه الأفكار والصور الذهنية السلبية والتي غالباً ما تعمل على قيادة وتوجيه القلق قد تؤدي بالفرد إلى تجنب الموقف الاجتماعي، أو إلى (وهذا الذي يحدث غالباً) التركيز على ذاته على النحو الذي يجعله يتوقع الفشل وعدم ملاحظة أي علامة من علامات القبول الاجتماعي من الآخرين.

- بعد الموقف الاجتماعي يعالج الفرد ذهنياً كل ما حدث في الموقف الاجتماعي Post-Event Processing. هنا يبدأ الشخص القلق اجتماعياً بتشريح الموقف المهدد الذي تعرض له Post-Mortem، إذ إن قلقه لا ينتهي بانتهاء التعرض للموقف. خلال هذا التشريح التفصيلي للموقف المهدد تظهر على الفرد انفعالات قلق وإدراك سلبي للذات كما لو كان تماماً في داخل الموقف ويتم تخزينه في الذاكرة على (انفعالات

مؤلمة ورؤية سلبية للذات) على نحو أكثر سلبية عما حدث في الموقف الأصلي، إذ إنه بناء على انفعالاته القوية وادراكاته السلبية قد يضيف تفاصيل للموقف هي لم تحدث في الأصل، لكنها ناتجة عن التأويل الذهني لكل ما هو غامض وخاضع لتحيزه الذهني السلبي. في الحقيقة، هذا يفسر لنا لماذا الأشخاص القلقين اجتماعياً يحملون شعور بالخجل بعد انتهاء الموقف الاجتماعي بفترة جيدة.

- هناك بعض التفاصيل الدقيقة التي يسترجعونها بطريقة سلبية يقيمون من خلالها ذواتهم، فقد يعبر أحدهم عن رأيه ويجد أن شخص آخر عبر عن رأيه بطريقة مخالفة فيفسر ذلك لاحقاً أن "رأبي ما يعجب أحد، ليتني ما تكلمت، أحسن لي المرة الجاية أني أسكت وما أفتح فمي" مما يجعله يتجنب التعبير عن رأيه لاحقاً.
- هذه التشریح الذهني البعدي للموقف المهدد يضاف إلى قائمة الفرد السلبية عن أدائه الاجتماعي الذي قد لا يكون بالضرورة سلبی من وجهة نظر الآخرين.

من خلال تلك العمليات الذهنية/الذهنية التي تحدث قبل وأثناء وبعد الموقف الاجتماعي الذي يمر به الفرد سوف يتم لاحقاً شرح النموذج الذهني خلال جلسات التدخل العلاجي.

الخطوة الخامسة: الأفكار التلقائية وكيفية التعامل معها.

الخطوة السادسة: التعرض والتجارب السلوكية.

الخطوة السابعة: التعامل مع التحيزات الذهنية قبل وبعد الموقف الاجتماعي.

الخطوة الثامنة: اكتشاف الصورة الذهنية وكيفية التعامل مع تلك الصور (بإيجاز).

الخطوة التاسعة: تقدير الذات وبناء العلاقة الإيجابية مع الذات (بإيجاز).

الخطوة العاشرة: تقييم وإنهاء العلاج.

الخطوة الحادية عشر: المتابعة.

هذا النقاط سوف يتم توزيع العمل بها بناء على عدد الجلسات العلاجية التي يتم الاتفاق عليها بين العميل والمعالج مع العلم أنه لا يوجد معايير محددة لتقدير عدد الجلسات. يبقى الأمر مرهون بطبيعة الأعراض ودرجتها ومدى استجابة العميل، أيضاً بعض التدخلات العلاجية قد تأخذ وقت أطول من غيرها.

التدخلات العلاجية التي تستخدم مع القلق الاجتماعي

سيتم هنا توضيح محتوى الجلسات العلاجية التي سوف تستخدم مع العميل، لكن قبل البدء بها نرى أن هنالك خطوة أولية (لا تقل أهمية عن الجلسات العلاجية للعميل وربما تفوقها أهمية) من المهم أن تكون موجودة في "المحتوى الذهني" للمعالج النفسي قبل البدء بأي جلسات تدخل علاجي.

ما قبل الجلسة الأولى

بالتركيز على القلق الاجتماعي موضوعنا الحالي؛ من المهم أن يكون المعالج النفسي واعياً لفكرة أن أعراض القلق الاجتماعي تأخذ فعاليتها وقوتها في كثير من الأحيان من خلال الثقافة التي تنشأ بها. فالعرض المرضي هنا قد يكون بنسبة ذات أثر نتيجة لنوعية ثقافة الفرد بما تحويه من قيم وعادات وتقاليد ومعايير، أو قد تكون الثقافة في حد ذاتها داعم لوجود أعراض القلق الاجتماعي وتساهم في تطوره بشكل أو بآخر.

إذاً نحن هنا أمام منظومة ثقافية معقدة للذات الإنسانية وفي الوقت ذاته لها بنسبة واضحة طابعها الخاص الذي يستدعي أن يتم فهمها والتعامل مع أعراضها بناء على محتواها وليس بناء على مقارنتها بالمنظومات الثقافية الأخرى، هذا ما أكد عليه سو (1998) Sue من حيث أهمية أن يعي المعالج النفسي أهمية العامل الثقافي وأن يتم التدريب على ما يسمى بـ "الحساسية بالخبرات الثقافية" واستخدامها في التدخل العلاجي في حال الحاجة لها (داود وزين الدين، 2005).

إذاً هنا نحن أمام سؤال يتجاوز التدخل العلاجي التقليدي للقلق الاجتماعي: من هو الشخص الذي يعاني من أعراض القلق الاجتماعي؟ كيف نفهمه في حدود ثقافته؟ وبالتالي كيف نتعامل معه من منطلق فهمنا لتلك الثقافة (الثقافة المشتركة بين العمل والمعالج)؟

في الدراسات عبر الثقافية هناك تأكيد على فكرة أن البيئة الثقافية تؤثر على ذات الفرد وبالتالي على النواح النفسية التي تشكل هذه الذات (Zhao, 2005). وبالتالي الفرد وإلى حد ما يشكل العديد من خبراته ومعارفه وسلوكياته وطريقة تنظيمه للمعلومات التي لديه بما في ذلك الصورة الذهنية للأحداث والمواقف الاجتماعية التي يمر بها والتي تتكون بناء على الثقافة التي ينتمي إليها. وبهذا يتصرف الفرد بناء على محتوى هذه المخطوطة الذهنية (الثقافية) التي تشكلت لديه وصارت مرجعيته الأساسية (للحكم

على الذات والآخر والعالم الخارجي) (Alden & Regambal, 2010; Markus, 1977).

أغلب النماذج الذهنية والسلوكية التي تتناول علاج أعراض القلق الاجتماعي تضع "ذات الفرد" في محور تركيزها من حيث كيف يتعامل مع المواقف الاجتماعية؟ وكيف يدرك ذاته من خلالها؟ وماهي الانطباعات التي يخرج بها من هذه المواقف التي قد يُقيم بها بطريقة سلبية من قبل الآخرين؟ كما سيتضح هنا من خلال النموذج الأكثر استخداماً لتفسير وعلاج القلق الاجتماعي (Clark & Wells, 1995). يقدم ماسكوفيتش (Moscovitch 2009) وجهة نظر أكثر عمقاً حول فهم القلق الاجتماعي أن الأسباب الرئيسة لاستمرار أعراض الاضطراب ليست قائمة على الخوف المباشر من التقييم السلبي أو الخوف من التعرض للأحراج أو الإهانة في الموقف الاجتماعي (كما أشارت معظم نماذج العلاج الذهني) وإنما أبعد من ذلك: أنها تتمثل في خوف الفرد على ذاته من أن تتكشف أمام الآخرين، وأن يظهر ضعف مهاراته الاجتماعية أو فشله في إخفاء علامات قلقه أو عدم جودة مظهره الخارجي، أو خلل في شخصيته أكثر من خوفه من الموقف الاجتماعي بحد ذاته (رغم أنه من وجهة نظرنا أن ما سبق لا يقلل من أهمية الموقف الاجتماعي كمثير أو محفز لمواجهة لتلك العلاقة المتوترة بين الفرد وذاته داخل الموقف). هذه الرؤية حول أهمية الذات في المركز الأول جاءت في التساؤل الذي طرحته ستوبا (Stopa 2009) حول لماذا يعتبر مفهوم الفرد حول ذاته أمراً مهماً عند تشخيص وعلاج أعراض القلق الاجتماعي؟

طرحت ستوبا (Stopa 2009) نموذجاً يسمح بالتفكير في إجابة لهذا السؤال المهم هذا النموذج يعنى بفهم الذات فيما يتعلق بالقلق الاجتماعي من جهة: (١) ما هو المحتوى الذهني لهذه الذات ماهي المعلومات والخبرات التي يحملها الفرد عن ذاته وكيف يستخدمها في تقديم نفسه في الموقف الاجتماعي؟ (٢) كيف ينظم الفرد ذلك المحتوى الذهني المرتبط بمفهوم الذات بحيث يكون واضح ومنظم ويمكن الاستفادة منه في الموقف الاجتماعي؟ (٣) كيف ينتبه الفرد للمعلومات التي تخصه و"الاستراتيجيات" التي يستخدمها كي يقوم بتقييم ذاته داخل الموقف الاجتماعي.

إذاً أهمية فهم طبيعة الذات قبل البدء بالتخطيط للجلسات العلاجية أمر ضروري قد يساهم في توفير فهم أفضل لشخصية العميل وتسمح بإستهلال جيد للعلاقة العلاجية قائم على الهدف الأساس لهذه العلاقة ألا وهو "فهم العميل في إطاره الذهني الخاص وتجربته الإنسانية الفريدة".

قد يبدو الأمر صعباً -وهو لا يخلو من أن يكون كذلك- نظراً لتعدد "الذات الإنسانية"، لكن هذا لا يعني أنه لا يوجد ما قد يضيء هذه الرؤية لإتاحة فهم أفضل بحيث يمكننا من أن نفسر لماذا يختلف شخص عن آخر في طريقة تفكيره ومشاعره وسلوكياته اختلافاً قد يؤثر على طريقة تعامله مع ذاته. وبالتالي تعامل الآخر معه بحيث لا ندخل في "فخ التعميم" الذي قد لا يكون في صالح العميل في نهاية الأمر خاصة عند اختيار الأساليب العلاجية التي قد تستخدم معه.

في هذا الشأن وضع ترياندس (2004) Triandis أن وجود مفهومي "الفردية": اهتمام الفرد بنفسه حيث "أنا" تتقدم على "نحن" مع ميل الفرد إلى الاستقلالية؛ و"الجمعية": اهتمام الفرد بعلاقاته مع الآخر حيث تتقدم "نحن" على "أنا" مع ميل الفرد إلى الاعتمادية" كعوامل ثقافية تشكل طبيعة تكوين الفرد قد يساهم في فهم الاختلافات بين الأفراد. كما أشار ماركوس وكييتاياما (1991) Markus and Kitayama إلى ثلاثة عوامل ثقافية تميز الثقافات الجمعية (ثقافة الأسرة والقبيلة كالمجتمع السعودي) عن الثقافات الفردية (كالمجتمع الغربي):

١. الفرد في الثقافة الجمعية أكثر انتباهاً وحساسية تجاه الآخرين.
 ٢. الفرد في الثقافات الجمعية لا ينفصل عن السياق الاجتماعي العام ويعتمد عليه بشكل بارز.
 ٣. التفاعل الاجتماعي في الثقافات الاجتماعية ممتد إلى المواقف غير الاجتماعية وقد يتدخل في حياة الفرد لشخصية والمهنية وغير ذلك من مجالات الحياة العامة.
- إذاً هذه العوامل الثقافية توضح للمعالج النفسي لماذا عليه أن يكون دقيق عند اختياره للعلاج الذي تم "إنتاجه" في ثقافة مختلفة عن ثقافة العميل حتى يستطيع التعامل بشكل أوضح وأكثر أمانة. هنا سنقدم محاولة لقراءة طبيعة الشخصية "الذات" التي سيتم التعامل معها في المجتمع السعودي (أكثر ميلاً للجمعية) بناء على الدراسات "القليلة" في هذا المجال مضافاً إليها بعض من الخبرات المهنية الناتجة عن التعامل مع أشخاص لديهم أعراض القلق الاجتماعي:

- الثقافة الجمعية تمتاز بكونها ثقافة قاسية/نقدية فالذي يحدد سلوك الفرد هنا هو تلك المعايير الصارمة وليس تطلعاته الشخصية، أو رغباته. ولهذا إمكانية تعرض الفرد فيها للنقد المباشر أو غير المباشر من الأمور الواردة جداً.
- هذا أيضاً مما يزيد حساسية الفرد للنقد السلبي، ومما يجعله يتحاشى أن يقول، أو

يتصرف بطريقة مغايره عما هو مطلوب.

- بسبب ذلك يسعى الفرد إلى تنظيم ذاته بناء على ما يرغبه الآخرون وما يكون مقبول لديهم، فالرضى عن الذات هنا مرهون برضى المجتمع ومباركته لسلوك الفرد.
- يعبر عن مشاعره وأفكاره حسب معطيات الموقف الذي يوجد فيه مما يجعله يبدو متناقضاً أمام ذاته، ولكن في ذات الوقت هذا التناقض يحميه من التعرض للمواقف التي تسبب له النقد السلبي.
- وهذا أيضاً يجعله أكثر إذعان لما هو مفروض عليه اجتماعياً.
- تعبيره عن نفسه غير واضح وقد يعود ذلك لسبب رغبة المجتمع في ألا يكون مختلفاً عن غيره، متواضعاً بشكل يتقبله فيه الآخرون.
- هذه المرغوبية الاجتماعية بأن يكون الفرد متواضعاً قد تفسر لنا سبب عدم محاولة الفرد إبراز الجوانب الإيجابية في شخصيته أو الاعتزاز بوجودها، لأنه بذلك قد يفقد صفة "التواضع" الصفة ذات القيمة العالية في المجتمعات الجمعية.
- وبالتالي، قد لا يستطيع الفرد داخل العيادة توضيح وربما إدراك الجوانب الإيجابية في شخصيته -ليس لأنها غير موجودة- ولكن لأنها ليست بارزة أسوة بالصفات السلبية، وليست "مدعومة" اجتماعياً بحيث تظهر تلقائياً بل على العكس إظهار الفرد لما هو إيجابي قد يعرضه للنقد السلبي.
- طبيعة المجتمع الناقد تجعل الفرد يتبنى النقد السلبي مع ذاته كنوع من انواع ضبط سلوكيات الذات وتحسينها. فكلما زاد النقد أستطاع الفرد -من وجهة نظره- أن يعرف عيوبه ويتجاوزها؛ وكيف يجعلها مقبولة وخاضعة لتوقعات الآخرين.
- هو بهذه الطريقة يستطيع أن ينظم ذاته بالشكل الذي يريده المجتمع فيحميها من أي نقد سلبي.
- هذه الاجترار لما هو سلبي يساعده أيضاً على حماية نفسه من أي مواقف غامضة طارئة قد تظهر له في الموقف الاجتماعي. فمراجعة المواقف السابقة قد يكون هدفها محاولة تحسين المواقف اللاحقة وعدم التفاعل فيها بالشكل الذي قد يعرضه للأحراج مما يجعله هنا أكثر تركيزاً على ذاته. هذا التركيز على الذات لا يخلو من التركيز على الآخر أيضاً في نفس الوقت وذلك لضمان التوافق بين ما أفعله "أنا" وما يريده "الآخر" مما يجعل التعامل مع أعراض القلق الاجتماعي في الثقافات الجمعية قائم على العلاقة بين الفرد وبيئته وليس الفرد فقط لأن الفرد بطبيعة الحال لا يريد أن يخسر هذا التناغم المجتمعي والذي يسمح له بالإحساس بذاته على نحو أفضل.

- هذه المعايير الاجتماعية الدقيقة والقاسية هي في الأصل معايير غير مكتوبة أو لها مرجعية مدونة، ولكنها تعمل بطريقة تلقائية في ذهن العميل لأن هذا ما سربته الثقافة بشكل خفي إلى الفرد بهدف "ضبط طريقة تنظيمه لذاته". إذا هي معلومات مخزنة يتم استدعائها وقت وجود حاجة إلى "الحماية الذاتية من النقد المجتمعي".

الجلسة الأولى

أهداف الجلسة: إقامة علاقة علاجية فعالة وإنسانية، التعرف على الشكوى العامة للعميل بداياتها وأسبابها من وجهة نظر العميل، التاريخ المرضي للعميل والتدخلات العلاجية السابقة (علاج دوائي أو علاج نفسي)، وتوقعات العميل حول العلاج. وتستغرق هذه الجلسة ما بين ٦٠ إلى ٩٠ دقيقة.

محتوى الجلسة:

١. كما سبق وذكرنا في هذا الفصل الأشخاص القلقين اجتماعياً يعتبرون موقف المقابلة موقف مهدد بالنسبة لهم وبذلك هم قد يتصرفون بنفس الطريقة التي يتصرفون بها عندما يكونون في المواقف الاجتماعية التي عادة ما تسبب لهم القلق.
٢. يتوقع العميل هنا أن العلاج مباشر ويقدم "كوصفة جاهزة" من قبل المعالج مما يزيد عامل الاعتمادية لديه، إضافة إلى عدم "انفتاح العميل" على أعراضه المرضية كخبرة شخصية تحتاج بدل جهد من قبله لوصف الأعراض كما يشعر بها، بل على العكس قد يعتقد أن المعالج ذو الخبرة (السلطة من وجهة نظر العميل) قد يعرف عنه أكثر منه. وهذا وإن كان ينسب لطبيعة ثقافة الفرد هنا، إلا أنه أيضاً يؤكد جانب من الجوانب النفسية للقلقين اجتماعياً ألا وهو: عدم الوضوح في التعبير عن الذات كخبرة شخصية وليس كمعاملة عامة.
٣. في ظل هذه الاعتقادات تبدأ الأعراض كالانسحابية، قلة الحديث، الردود المختصرة، عدم التفاعل. قد يلجأ المعالج هنا إلى استخدام العبارة (إذا أنت ما ساعدتني أنا ما أقدر أساعدك أو أقدم لك شيء) على الرغم من صلاحية هذه العبارة مع بعض الحالات إلا أنها مع بعض القلقين اجتماعياً قد تأتي بنتائج عكسية: المزيد من الانسحاب، وقد يتحدث مع ذاته بعبارة مثل (أنا لو أقدر أساعد نفسي كان ما لقيتني هنا أصلاً) وقد يشعره هذا بمزيد من الإحباط.
٤. إذن على المعالج النفسي أن يكون متفهماً لوضع العميل هنا وأنه (العميل): يمارس أعراضه لا أكثر حتى وأن بدا ظاهرياً أنها نوع من المقاومة، أو عدم الرغبة في التعاون.
٥. على الرغم من أنه يمكن ملاحظة أن القلقين اجتماعياً يتحررون تدريجياً من مخاوفهم عند يقل تركيزهم على أنفسهم وانشغالهم بالحوار مع المعالج.
٦. عدم التركيز البصري على العميل، واستخدام الجمل التي تدل على التفهم والرغبة في

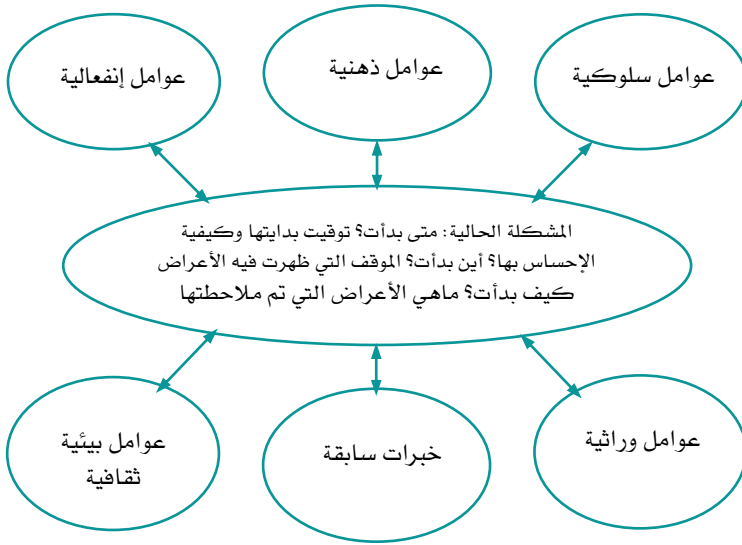
المزيد من المعرفة حول حالة العميل، وانتقاء الجمل التي تساعد على إدارة الحوار أمر مهم في هذه الجلسة.

٧. فهم هذه النقاط يجعلنا ننتقل للبدء في سؤال العميل عن المشكلة التي استدعت طلبه للمساعدة: كيف بدأت مشكلة القلق عندك؟ في مكان محدد؟ متى كان بدايتها؟ هل في تعتقد أن فيه أسباب للمشكلة؟ مثل ماذا؟ هل حاولت تتغلب على المشكلة؟ كيف حاولت تساعد نفسك؟

٨. تدوين ما يذكره العميل على ورقة بيضاء (صياغة الحالة أولية) بمساعدة العميل في التوضيح والشرح (نموذج رقم ٣ يوضح خطوط عامة يمكن الاعتماد عليها في الجلسة الأولى وهي قابلة بطبيعة الحال للتعديل من قبل المعالج النفسي بناء على سير الجلسة).

٩. يسأل العميل في هذه الجلسة عن توقعاته عن العلاج (ما الذي تتوقع أن تحصل عليه من العلاج؟ هل تتوقع أن العلاج سوف يخلصك تماماً من القلق؟).

١٠. التركيز على إعطاء أمثلة، واستخدام الوقت الكافي.



نموذج رقم (٣): صياغة حالة عامة لتوضيح حالة العميل.

العوامل الذهنية: الأفكار التي تساعد في ظهور المشكلة واستمرارها.

العوامل السلوكية: التصرفات التي تصدر عن هذه المشكلة أو التي تساعد في استمرارها.

العوامل الإنفعالية: المشاعر المصاحبة للموقف والتي تؤدي إلى استمرار القلق.

العوامل البيئية الثقافية: أي عوامل حياتية أو مجتمعية/ثقافية أسست للمشكلة أو سرعت ظهورها.

العوامل الوراثية: أي عوامل وراثية أو بيولوجية لها دور في ظهور المشكلة أو سرعت في ظهورها.

الخبرات السابقة: أي تجارب حياتية سابقة لها دور في تشكيل الأعراض الحالية.

الجلسة الثانية

أهداف الجلسة: التركيز على تطور العلاقة العلاجية بين العميل والمعالج النفسي، التركيز على أدوات القياس أو المقاييس التي تستخدم لتقييم وحصر أعراض القلق الاجتماعي حيث تعتبر مصدر لعدد من المواقف الاجتماعية التي من الممكن أن يقلق فيها الفرد، توفير قائمة من الأعراض الذهنية والسلوكية والاجتماعية من خلال المقاييس والتي تقدم مزيد من الفهم لحالة العميل وتعطي صورة أكثر اتساعاً للأعراض، والتطبيق القبلي والذي يحدد درجة الفرد على المقاييس المستخدمة. وتستغرق هذه الجلسة ما بين ٤٥ إلى ٦٠ دقيقة.

محتوى الجلسة:

١. يتم في هذه الجلسة تطبيق بعض المقاييس السابقة الذكر في هذا الفصل حيث يمكن استخدامها لحصر عدد من المواقف الاجتماعية والأعراض المرتبطة بها، وذلك لمساعدة المعالج في طرح بعض الأسئلة على العميل أثناء تطبيق النموذج الذهني، خاصة أن العميل تحت رهبة موقف المقابلة قد ينسى أو يفقد القدرة على تحديد أكثر المواقف الاجتماعية التي تسبب له القلق.

٢. قائمة السلوكيات (تقدم كواجب منزلي) التي يطلب من العميل ملاحظتها وتدوينها لمناقشتها في الجلسات القادمة وخاصة فيما يتعلق بالسلوكيات التي يمارسها ليحمي نفسه من التفاعل في الموقف الاجتماعي (سلوكيات الأمان). يمكن سؤال العميل هنا سؤال عام قبل شرح معنى سلوك الأمان: هل فيه تصرفات تسويها في الموقف تساعدك تخفف من قلقك أو خوفك أو تساعدك تتجنب النقد أو إحساس أنك لو تكلمت ممكن تتعرض للأحراج؟

٣. تطبيق المقاييس للتأكد من وجود أي أعراض أخرى متداخلة مع القلق الاجتماعي (أو عدم وجودها) مثل المقاييس التي تقيس أعراض الاكتئاب، هنا كنوع من التقييم العام يمكن سؤال العميل الذي قد تظهر عليه أعراض الاكتئاب: إذا خرجت من الموقف الاجتماعي وزالت أعراض الخوف هل تحس بالراحة أو السعادة؟ إذا أجاب "بنعم" فإننا نرجح الاكتئاب كعرض هنا (والذي قد يظهر كنتيجة لضغط الموقف الاجتماعي أو قد يظهر كوسيلة تستخدم لتفادي التفاعل الاجتماعي)، يمكن أيضاً أن نسأل العميل ما الذي يتذكره الآن خلال الجلسة (شعوره بعد الموقف أو شعوره أثناء الموقف)، فإذا كانت إجابته: بعد الموقف أكون عادي ومرتاح لكن أثناء الموقف أحس نفسي مخنوق وأتمنى أهرب من المكان.

ملاحظة: على أهمية عملية التقييم إلا أنه من المهم لفت الانتباه هنا أن استجابات

العميل قد لا تعبر بالضرورة عن أعراضه التي يعاني منها "فالقبول الاجتماعي" غاية لدى القلقين اجتماعياً؛ وبالتالي التحيز في اختيار الاستجابات على البنود باتجاه ما هو مقبول اجتماعياً واردة هنا سواءً كان التطبيق داخل العيادة مع المعالج، أو العميل منفرداً - في المنزل مثلاً- وإن كانت الأخيرة أقل تأثيراً.

الجلسة الثالثة

أهداف الجلسة:

- شرح النموذج الذهني للقلق الاجتماعي.
- تحديد طبيعة الموقف المهمد.
- توضيح العمليات الذهنية التي تتم أثناء الموقف الاجتماعي المهمد: تحديد أعراض القلق، تحديد الأفكار التلقائية، التركيز على الذات والتعامل معها "كموضوع مهمد"، والتعرف على سلوكيات الأمان.
- توضيح العمليات الذهنية التي تتم قبل وبعد الموقف الاجتماعي المهمد: توقع التعرض للموقف المهمد مما ينتج عن ذلك القلق، التحليل والتشريح البعدي الموقف الاجتماعي المهمد، وإيجاد رابط بين العمليات الذهنية للنموذج. وتستغرق هذه الجلسة ما بين ٦٠ إلى ٩٠ دقيقة.

محتوى الجلسة:

يتم التركيز في هذه الجلسة على توفير المعلومات التي تساهم في العمل على النموذج الذهني لشرح سبب استمرار أعراض القلق الاجتماعي وإيجاد الرابط بين تلك العمليات الذهنية، حيث يتم مناقشة العميل من خلال طرح الأسئلة التي تساعد على صياغة حالة العميل بطريقة واضحة ومفيدة ومحاولة توضيح العلاقة بين كل عملية ذهنية وأخرى.

تحديد طبيعة الموقف المهمد:

- تحديد المواقف الاجتماعية المهمدة للعميل وذلك من خلال المقاييس التي تم تطبيقها، وأيضاً من خلال سؤال العميل عن تلك المواقف وهنا بعض الأسئلة المقترحة:
١. من خلال المقاييس التي تم تطبيقها واضح أن المناسبات الاجتماعية، والحديث مع الغرباء من أكثر المواقف التي تسبب لك القلق هذا صحيح؟
 ٢. هل فيه مواقف أخرى تسبب لك القلق ما ذكرت في القائمة؟
 ٣. هل كل المواقف التي تتطلب تفاعل مع الناس تسبب لك شعور بالقلق والتوتر؟
 ٤. هل عادة تتهرب من حضور المناسبات مثلاً، أو ممكن تحضر وأنت متوتر وضغط على

نفسك؟

٥. هل يوجد شيء محدد داخل الموقف يسبب لك القلق أكثر من غيره؟ مثلاً وجود أشخاص أكبر منك في العمر؟ أشخاص أصحاب سلطة؟ أشخاص من نفس عائلتك أو قبيلتك؟ أشخاص غريباء؟
 ٦. هل عادة تقلق من المواقف التي تتطلب جهد إضافي للتعامل مع الناس وارضائهم وما تحس أنك على طبيعتك، أو مطلوب منك تبذل جهد أكبر من اللازم؟
 ٧. هل طبيعة المكان ممكن تسبب لك القلق؟ أماكن ضيقة أو واسعة (سؤال من هذا النوع قد يساعد في التشخيص الفارق بين القلق الاجتماعي ونوبات الفزع).
 ٨. هل هذا الموقف يسبب لك شعور بالأسى والحزن على نفسك أكثر من التوتر والقلق (سؤال من هذا النوع قد يساعد في التشخيص الفارق بين القلق الاجتماعي والاكتئاب).
 ٩. يتم تحديد الموقف/المواقف وكتابتها كما ذكرها العميل تماماً.
 ١٠. يطلب من العميل تحديد درجة قلقه فيما يتعلق بالموقف/ المواقف من صفر إلى ١٠٠.
 ١١. يتم ترتيب تلك المواقف وفقاً لدرجة القلق.
 ١٢. اختيار أكثر المواقف الاجتماعية تهديداً لتطبيق النموذج الذهني عليها.
 ١٣. من الأفضل سؤال العميل عن أكثر موقف يتذكره ويؤثر عليه للبدء في تطبيق النموذج.
- ملاحظة:** بعض المواقف التي قد يذكرها العميل قد تكون بسيطة لا تحتوي على تفاصيل واضحة، لكن في المقابل قد يتم تقييمها على أنها أكثر المواقف تهديداً، وهذا من المحتمل بسبب أن تفاصيل الموقف يتم تخزينها في الذاكرة، ومن ثم استدعائها مما قد يسبب انفعالات أكثر من الموقف الأصل.

مثال:

الموقف المهدد (سبب الزيارة)	حضور المناسبات الاجتماعية (خاصة الزوجات) يسبب لي القلق وأخاف أتفشل لأي سبب قدام الناس.
الخبرة السابقة (سيتم مناقشتها في المثال الحالي)	مرة كنت حاضرة زواج وكانت خالتي حاضرة فيه وحسيت ضاق صدري واكتئبت يوم شفيتها لأنها دائماً تحطني بمواقف محرجة قدام الناس وما أقدر أتنبأ كيف يتصرف معي، في هذا الزواج جات وحدة سألت أمي عني كانت تبغني تحطبني لولدها فقالت خالتي: فلانة! تراها مغرورة وشايفة نفسها أختها الصغيرة أحسن منها! .. كان كلامها قاسي ويفشل وحسيت كأن أحد ضربني كف على وجهي، خاصة أن فيه ناس أغراب ما نعرفهم صاروا يناظروني ويناظرون أمي وأختي نظرات رحمة وشفقة! طاح وجهنا من تصرفها الله يهديها بس!.. من يومها وأنا مو مرة مع المناسبات (أحياناً أروح وأنا ضاغطة على حالي لكنني أنبسط جداً بعدين وأحس بالثقة بنفسي وأحياناً أقول لنفسني: لا والله جلسة البيت ازين من القلق) خاصة إذا كانت خالتي موجودة!
درجة القلق	٪٨٠

أولاً: تحديد أعراض القلق:

يتم سؤال العميل هنا أسئلة تتعلق بالأعراض الجسدية أو الذهنية التي يشعر بها متى ما تواجد في الموقف الاجتماعي المقلق بالنسبة له:

١. هل تلاحظ أي أعراض تظهر على جسمك أول ما تكون في الموقف؟
٢. هل تحس بالرجفة أو التعرق أو أن قلبك يدق زيادة؟
٣. هل تحس تركيزك يضعف أو تنسى أسماء الناس اللي تعرفهم؟
٤. هل هذه الأعراض تستمر معك لفترة طويلة؟

ثانياً: تحديد الأفكار التلقائية:

بعد تحديد الموقف الاجتماعي والأعراض الجسدية التي تصدر مباشرة عنه يتم هنا سؤال العميل عن الأفكار التي تراوده وذلك للربط بينهما وبين الأفكار التي يفكر بها عند شعوره بأي عرض جسدي خلال تواجده الاجتماعي:

١. ليش يسبب لك الموقف كل هذا القلق اللي تحس فيه؟
٢. هل تفكر أن الناس بتلاحظ عليك شيء؟ أو تنتبه للأعراض الجسدية اللي حاسس فيها؟
٣. وإذا انتهت أنك ترتجف أو وجهك صار أحمر؟ وين المشكلة؟
٤. تتوقع أنه بيقولو عنك شيء؟
٥. أيش أسوأ شي ممكن يصير لك لما تحس بالقلق في هذا الموقف؟

ملاحظة: في النموذج الذهني (Clark and Wells (1995) بعد تحديد الموقف يتم البدء بالتعرف على الأفكار التلقائية ومن ثم الأعراض الجسدية بحيث يمكن سؤال العميل مثلاً: لما تفكر أن الناس تناظرك هل تحس بأي أحاسيس جسدية؟ لكن في التوضيح السابق ثم البدء بالأعراض الجسدية قبل الأفكار التلقائية وذلك بسبب أن الأعراض الجسدية يتم إدراكها مسبقاً وربط القلق بها وإمكانية ملاحظة الناس لها يعتبر الهاجس المحسوس بالنسبة للعميل والواضح في ذات الوقت، ولأنها عملياً أول ما يعبر عنه العميل. وفي كلا الحالتين يقرر المعالج بماذا يبدأ.

ملاحظة: فيما يتعلق بالأفكار التلقائية ومحاولة حصرها (وهو الأمر الذي يحتاج إلى تدريب مكثف) ينبغي للمعالج أن يكون واعياً لطبيعة تفكير العميل حيث من المحتمل عدم قدرته على التعبير عن فكرته، أو التعبير عنها بكلمة واحدة قد يعطل

العمل على النموذج الذهني. العمل على تحديد ما هو معتقد وماهوا فرضية مهم فقد يفترض العميل ويختصر قلقه من الموقف الاجتماعي: لأنني ممكن أتفشل قدام الناس! وهنا يحتاج العميل المزيد من الأسئلة للوصول للمعتقد الأساس: إذا تفشلت ممكن بيان شكلي غبي وما أعرف كيف أتصرف! وبالتالي هذا قد يكون هذا هو السبب من خوفه من "التفشل قدام الناس"!

أيضاً ورد في النموذج الذهني تعبير "تحديد الأفكار التلقائية السلبية" نرى هنا وبناء على خبرة عملية أنه من الأفضل "وليس بالضروري في حال وعي المعالج بذلك" عدم وصف الفكرة بكونها سلبية أو إيجابية أثناء العمل الأولي على النموذج مثلاً: أيش اللي تفكر فيه لما تكون في الموقف؟ بعض العملاء نتيجة "الخلط" بين ما هو سلبي وماهوا إيجابي قد لا يكون واضحاً في التعبير عن أفكاره.

على سبيل المثال: قد يجد العميل أن فكرة بهذه الصياغة قد تكون إيجابية في مجتمعه: أحب تكون كل الناس راضية عني! في حين أن فكرة من نوع: تعبير عن رأيي ممكن يزعل الناس مني؟ قد تكون سلبية وتسبب له خسارة اجتماعية. لهذا ما يعتبره المعالج سلبي قد يكون إيجابي بالنسبة للعميل ويحقق له نتائج مرضية والعكس بطبيعة الحال محتمل.

ملاحظة: أفكار العميل التلقائية قد لا تتعلق بالضرورة بذاته فقط أو بمرجعية الموقف تجاه ذاته ولكن أيضاً قد تتعلق بالآخرين القريبين منه؛ وبالتالي قد لا تنحصر الفكرة في موضوع "أخاف أتفشل قدام الناس" ولكن أيضاً بفكرة "أخاف أفشل أهلي معي/ فشلت أهلي معي"، "تفشلنا كلنا"، "فشلونا" أي تعبير يدل على شعور جماعي وليس شخصي.

ملاحظة: عند فحص الأفكار من المجدي الانتباه لنوعية توجه الفكرة لدى العميل. السائد من الأفكار عند أغلب المعالجين عند التعامل مع القلقين اجتماعياً هو خوف العميل من أن يقيم سلبياً "أخاف إذا ما قدمت العمل بطريقة ممتازة يقولون عني غبي". في المقابل قد تراود القلق اجتماعياً فكرة "ما ابغى أقدم عمل زين علشان ما أحد يمدحني" فيكون هناك فكرة ضمنية و"مريحة في ذات الوقت/ وقد تكون سياق أمان"، وهي التخطيط الدقيق للفشل حتى لا يواجه المزيد من القلق (Baumgardner & Brownlee, 1987).

مثال:

الموقف المهدد	المثال السابق لخبرة العميل
الأعراض الجسدية	<ul style="list-style-type: none"> • خنقتني العبرة ووجهي صار أحمر من القهر والفضيلة • حسيت أنني ماني قادرة أتحرك (جمدت) ودي أهرب من المكان • لكن حسيت حالي كأني مشلولة • قلبي كان يدق من شدة ما انقهرت
الأفكار التلقائية	<ul style="list-style-type: none"> • الناس تنظر لي نظرة رحمة وشفقة • أحس اللي حولي انتبهوا للموقف • كأنهم يقولون لي مين أنتي علشان تكونين شايقة حالك؟ • أكيد أخذوا فكرة ماهي كويسة عني • عدم ردي على خالتي دليل ضعفي (لكن كبرت عقلي واحترمت أمي وقتها) • شكلي كان يفشل. ما ينوصف! • المكان اللي فيه خالتي ما أبغاه • شلون أشوف هذولي الناس مرة ثانية وين أودي وجهي منهم.. بصير سالفة عندهم!

هنا نلخص للعميل ما قاله لإيجاد علاقة بين أعراض القلق الجسدية والأفكار التلقائية وأن تلك الأعراض تظهر نتيجة التفكير في الموقف أو المواقف اللاحقة بنفس الطريقة ونتأكد من ربطه بين العرض والفكرة.

ثالثاً: التركيز على الذات والتعامل معها "كموضوع مهدد":

عندما يتواجد الفرد القلق اجتماعياً في الموقف الاجتماعي المهدد يبدأ بتركيز الانتباه على نفسه ويبدأ بالتعامل معها على أنها الموضوع المقصود بأي مراقبة اجتماعية وبالتالي يبدأ في الانتباه لانفعالاته وأعراضه الجسدية.

نوضح للعميل أنه نتيجة تفكيره في الموقف بتلك الصورة وتركيزه بعد ذلك على أعراضه الجسدية يبدأ في التركيز على ذاته كي يستطيع ضبط نفسه وسلوكياته قدر المستطاع وحماية نفسه من التعرض للأحراج. وبالتالي في هذه المرحلة يمكن سؤال العميل:

١. لما تكون في الموقف وتفكر أنك فعلاً منجرح من الناس على أيش عادة تركز؟
٢. هل تركيزك عادة يكون على نفسك؟
٣. هل تركيزك عادة يكون كمان على الناس اللي حواليك؟
٤. هل يكون تركيزك على شكلك؟
٥. هل يكون تركيزك على تصرفاتك؟
٦. هل يكون تركيزك على أفكارك؟
٧. هل يكون تركيزك على جسمك؟
٨. هل يشغلك كيف يناظرونك الناس؟
٩. هل تركيزك على أيش يقولون عنك؟

بعد طرح الأسئلة على العميل التي تتعلق بتركيزه على ذاته في الموقف الاجتماعي يبدأ المعالج هنا بطرح الأسئلة التي تتعلق بمحتوى أو تفاصيل "الصورة الذهنية" التي يكونها بناء على انطباعه الشخصي عن "وجوده كموضوع" داخل الموقف المهدد:

١. لما تبدأ تركز على نفسك في الموقف الاجتماعي أيش الأشياء اللي تلاحظها؟
٢. هل يكون عندك صورة في رأسك تتخيلها عن نفسك؟
٣. هل هذه الصورة تعكس تفاعلك مع الناس؟ أو تعكس شكلك لما تحس بالقلق؟
٤. هل تبدأ تتخيل الموقف اللي أنت فيه كأنك في مشهد من فيلم؟
٥. هل تتخيل كيف الناس تشوفك أو تفكر فيك؟
٦. هل الصورة الذهنية عن نفسك والناس اللي في المكان واضحة في ذهنك؟ هنا يعطى للعميل تقدير رقمي لمدى يبدأ من شدة وضوح الصورة إلى عدم وضوحها تماماً (١٠٠) واضحة تماماً إلى صفر غير واضحة).

ملاحظة: عند الحديث عن تركيز الفرد على ذاته (كمصدر تهديد داخلي من خلال المعلومات والأفكار التي لديه) في الموقف الاجتماعي هذا لا يعني تماماً أنه لا يقوم بالتركيز على الآخرين (مصدر التهديد الخارجي/ مصدر التقييم) خاصة بالنسبة للعملاء الذين يزيد قلقهم إذا تعرضوا لموقف ما قد يسبب الأراج لغيرهم كما يحدث عادة لدى الأفراد الذين ترتفع لديه الدرجة على مقاييس العوامل الثقافية (الجمعية - الفردية كمثال). من المهم هنا معرفة ماذا يمثل الأشخاص في الموقف بالنسبة للعميل؟

ملاحظة: الهدف من محاولة مناقشة العميل حول "الصورة الذهنية" التي لديه عن الموقف المهدد هو معرفة انطباعات العميل عن كيف يظهر أمام الآخرين؟ كيف يصف نفسه من ناحية كيف يراه الآخرون؟ وهل يرى نفسه كما لو أنه "شخص آخر" ويبدأ في مراقبته؟

أيضاً القلقين اجتماعياً يرون أن الآخر يراهم كما يرون هم أنفسهم وبالتالي يفسرون ردود أفعال الآخرين (والتي غالباً ما تكون غامضة) على أنها إشارات تؤكد ما يفكرون به تجاه أنفسهم. من الملاحظ أيضاً أن هذه الصورة الذهنية التي يتصورونها عن أنفسهم تعكس أعراضهم الجسدية وفشلهم في الأداء الاجتماعي.

مثال:

الموقف المهدد	المثال السابق لخبرة العميل
التركيز على الذات	<ul style="list-style-type: none"> • كنت مركزة على نفسي وعلى أمي وأختي • احساسي بقلقي مرتفع (أحس بحرارة في كل جسمي) • أقول لنفسي ردي عليها لا تسكتي علميها من هي أصلاً علشان تخرجنا • أكلم اللي جنبي بس الصراحة ما أدري وش أقول لها
الصورة الذهنية	<ul style="list-style-type: none"> • بس أتذكر الموقف أحس بقهر ودي يرجع وأعدله علشان ما يكون عالق في رأسي • أشوف نفسي مقهورة ووجهي أحمر مخنوق من العبرة • كل عيون الناس مركزة علي • منظر امي وأختي اللي تفشلوا معي مساكين • ومنظر خالتي وهي تناظرني وتأشر بيدها علي!

رابعاً: سلوكيات الأمان:

يتم هنا سؤال العميل عن سلوكيات الأمان: السلوكيات التي يقوم بها الفرد ليحافظ على ذاته من التعرض لما قد يحدث في الموقف المهدد وذلك كي يستطيع التعامل مع القلق. بمعنى آخر الطريقة التي يحافظ بها الفرد على تواجده في الموقف الاجتماعي دون أن يلاحظ الآخرون أي عرض من أعراض قلقه:

1. إذا فكرت أنك ممكن تتعرض للإحراج في الموقف الاجتماعي، هل تتصرف أي تصرف تحاول فيه عدم ظهور علامات القلق؟
2. هل فيه أشياء تقوم فيها تساعدك على الحفاظ على عدم ملاحظة الناس لك وأن كل شيء تمام؟
3. هل تحاول تقوم بتصرفات تساعدك أنك تبان قدام الناس هادي أو قادر تسيطر على حالك أو قادر تعمل جو مضحك للناس؟
4. هل تعمل أي سلوك يخليك كأنك غير موجود في المكان علشان ما أحد ينتبه لك؟

٥. هل تحاول تتفادى الناس كأنك ما شفتمهم؟

ملاحظة: مسمى "سلوكيات الأمان" قد لا يشير فقط إلى السلوكيات الظاهرة على العميل، هناك عمليات ذهنية يقوم بها الفرد كي يحافظ على تواجه في الموقف بنجاح مثل: تكرار الكلام الذي سيقوله ذهنياً كي لا يخطئ أمام الناس؟ يتحدث مع نفسه على سبيل المثال: لا تشارك برأيك، بيطلع شكلك غبي قدام الناس؟ يشتمت نفسه بتذكر أمور لا علاقة لها بالموقف؟

ملاحظة: سلوكيات الأمان قد تكون تلقائية نتيجة أن التفكير تلقائي، ولهذا هنالك حاجة لإعطاء العميل الوقت والأمثلة كي يتمكن من فهمها وتحديد كيفية استخدامه لها.

مثال:

الموقف المهدد	المثال السابق لخبرة العميل
سلوكيات الأمان	<ul style="list-style-type: none"> • ما أعرف إذا هذا قصدك أو لا لكن لما حسيت حالي مو قادرة أتحرك وكأني انشليت بدأت أرتجف فجلست على الكرسي علشان ما أحد يلاحظ رجفتي! • كنت أصب لي قهوة وقتها لدرجة أن وحدة من المعازيم قامت تبسم كأنها تقول "تنهزا وتنقهوي"!

العمليات الذهنية التي تتم قبل وبعد الموقف الاجتماعي المهدد:

يتم مناقشة العميل بشكل عام عن الأفكار التي عادة ما يفكر بها قبل دخوله الموقف الاجتماعي وتلك التي ينشغل بها بعد انتهاء الموقف الاجتماعي.

أولاً: توقع التعرض للموقف المهدد مما ينتج عن ذلك القلق:

يسأل العميل هنا عن الأفكار التي تشغله قبل دخوله في الموقف الاجتماعي والتي غالباً تكون مبنية على الخبرات السابقة التي مر بها:

١. هل فيه أفكار تفكر فيها عادة قبل الموقف؟
٢. فيه شيء يشغل بالك وتحس أنك شايل همهم؟

ثانياً: التحليل والتشريح البعدي للموقف الاجتماعي المهدد:

يسأل العميل هنا عن الأفكار التي تشغله قبل دخوله في الموقف الاجتماعي والتي غالباً

تكون مبنية على الخبرات السابقة التي مر بها:

١. هل تفكر بالأمر الذي صارت لك في الموقف؟
٢. هل تتذكرها بالتفصيل؟
٣. هل تحس بنفس المشاعر التي كانت في الموقف؟ أو أشد منها؟
٤. هل يستمر أثر الموقف معك لفترة طويلة؟

ملاحظة: في المثال السابق تم تطبيق النموذج على الخبرة السابقة للعميل بهدف التوضيح والشرح للعميل عما يحدث داخل الموقف وسيتم التركيز على توقع التعرض للموقف والتحليل والتشريح للموقف على السبب الرئيس لمشكلة العميل التي استدعت طلب المساعدة.

ملحق رقم (١) النموذج كلارك وويلز الذهني (Clark and Wells (1995).

ملحق رقم (٢) النموذج الذهني للخبرة السابقة للعميل.

ملحق رقم (٣) نسخة فارغة تستخدم كواجب منزلي.

بعد شرح النموذج الذهني للعميل يعطى نسخة فارغة للتدريب عليها في المنزل ومناقشتها في الجلسة اللاحقة.

الجلسة الرابعة

أهداف الجلسة: مراجعة ومناقشة الواجب المنزلي السابق والذي يتعلق بالنموذج الذهني من حيث تطبيقه على عدد من المواقف الاجتماعية، التعامل مع الأفكار التلقائية والفرضيات التي تتعلق بكلاً من الذات/ الموقف، التعامل مع التحيزات الذهنية لدى العميل عن الموقف المهدد، إيجاد بعض الاستراتيجيات التي تساهم في التغلب على "المناورات الذهنية" للأفكار التلقائية السلبية، والواجب المنزلي. وتستغرق ما بين ٤٥ إلى ٦٠ دقيقة.

محتوى الجلسة:

تتلخص هذه الجلسة في كيفية التعامل مع الأفكار التلقائية (السلبية) التي يستخدمها العميل في المواقف الاجتماعية، إذا إن هدف العلاج هنا ليس فقط حصر الأفكار السلبية وإدراك أثرها على السلوك وبالتالي تغييرها أو تعديلها، ولكن أيضاً اكتشاف طريقة عملها وكيفية حفاظها على استمراريتها وماهي الحيل أو المناورات التي

تستخدمها الأفكار للحفاظ على البقاء.

عدد من الطرق التي يمكن استخدامها في جلسات مناقشة الأفكار التلقائية (السلبية) يمكن أن تستخدم في حال التعامل مع الأشخاص القلقين اجتماعياً سنشير هنا إلى ثلاثة طرق رئيسة قد يكون لها دور فاعل.

أولاً: أغلب الأفكار التلقائية التي يعبرها الفرد عن نفسه في المواقف الاجتماعية، أو في علاقاته مع الآخرين قد تكون ناتجة في الأصل عن عدم وضوح مفهوم الذات لديه وعدم معرفته بخصائص شخصيته خاصة إذا كان في مجتمع لا يسمح له بذلك بطرق منظمة ومتسقة مع حياته. وبالتالي هو يقوم بالحكم على شخصيته (من خلال الأفكار) التي كونها عن نفسه (نسقها ورتبها لتتماشى مع الدور الاجتماعي المطلوب منه) وليس من خلال التجارب الفردية التي عاشها (ولعل ذلك ملاحظ عيادياً من خلال قلة المفردات التي يصف فيها الفرد نفسه وعموميتها). علاوة على ذلك، الفرد في المقابل غير مدرك للجوانب الإيجابية التي تميز شخصيته (والتي أيضاً لم تخضع للاختبار لم يسمح لها اجتماعياً أن تظهر رغم وجودها). وقد يكون هذا هو السبب في عدم وضوح الذات بالنسبة للفرد بمعنى أنه **يتبنى الفكرة عن نفسه (أو هذا رأي الناس فيني)** وهو لا يملك دليل واضح عليها.

على سبيل المثال عندما تكون لدى العميل فكرة "ما أحد يحبني لأنني شخص تصرفاته غريبة". هنا يطلب من العميل كتابة قائمة بالأفكار السلبية التي يعتقد أنها عن نفسه والتي لاحظها خلال تفاعله الاجتماعي والتي تؤكد بأن لا أحد يحبه بسبب سلوكه وبعد كتابتها يتم سؤاله عن الأدلة الفعلية/المواقف/ تصرفات الآخرين التي تؤكد هذه القائمة من الأفكار ويقوم بترتيبها تدرجياً. في المقابل يطلب من العميل الأدلة التي تؤكد عكس فكرته السابقة (**قابلت أكثر من شخص مدح شخصيتي ولاحظتهم ما يدققون على تصرفاتي**).

التأكيد على العميل هنا أن الهدف ليس مقابلة قائمة الأفكار السلبية عن الذات بالقائمة الإيجابية، ولكن إعطاء الذهن مساحة للتفكير في الجانبين وفي نفس الوقت السماح بالعودة لهذه القائمة الإيجابية في حال ظهور أي فكرة سلبية يتم تعميمها، ومن ثم تبنيها (القائمة الإيجابية مساحة أمان يعود لها الفرد في حال سيطرة الأفكار السلبية. وهذا يختلف بشكل دقيق عن سلوك الأمان).

مثال يوضح كيفية مساعدة العميل في التعامل مع الفكرة:

الموقف	الفكرة	الدليل على صحة الفكرة	الدليل على عدم صحتها
في مناسبة اجتماعية حسيت حالي وحيد وما أحد حاول يتكلم معي	ما أحد يحبني لأن تصرفاتي غريبة	الناس تبتعد عني ما أحد يكلمني ما أحد ابتسم في وجهي كل ما سويت شي اللي جنبني يضحك	كنت جالس بعيد عن الزحمة اللي جنبني كان يحاول يتكلم معي (أنا كنت اختصر الكلام) كنت مركزة على حركاتي زيادة وحسيت الناس مركزة مثلي وهم ما هم حولي

تطبيق على المثال التوضيحي في الجلسات السابقة:

الموقف	الفكرة	الدليل على صحة الفكرة	الدليل على عدم صحتها
الموقف التوضيحي السابق	الناس تنتظر لي نظرة شفقة ورحمة	كلهم مركزين علي أحس كلامهم عني نظراتهم فيها كلام	ما سمعت شي بإذني يؤكد احساسي اللي حولي كانوا ثلاثة تقريباً الكل لاهي بالزواج أنا كنت مقهورة ومتفشلة وحسيت أن عيون الناس عليّ

التأكيد على العميل بأهمية اختبار الفكرة، لأنها مجرد انعكاس لما يعتقد عن نفسه، وقد لا تعبر عن حقيقته؛ وبالتالي يعطي العميل داخل العيادة جدول فارغ يختبر فيه عدد من الأفكار بنفس الطريقة ويعطى أيضاً كواجب منزلي.

ثانياً: التحيز في الأفكار التي يعتقدونها القلق اجتماعياً عن نفسه بحيث يصرف أنباهه عن أي معلومة قد تتعارض مع توقعاته السلبية؛ وبالتالي بمجرد دخوله للموقف الاجتماعي ينتبه لكل ما قد يكون "ضده"، أو ما يمكن أن يفسره بعكس ما هو عليه ويتعامل مع الموقف بناء على "توقعه" أنه في موقف تهديدي وأن تعرضه للخطر (التقييم/الإحراج/الإهانة) أمر حتمي. وهذا يجعله يلجأ إلى استخدام التجنب أو سلوكيات الأمان مما يجعله قلق، متوتر، غير متأكد من تصرفاته، وغير واثق، وأيضاً يراه من حوله بأنه شخص غير اجتماعي مما يدعم اعتقاداته السلبية عن نفسه.

في هذه الحالة نوضح للعميل ما يلي:

إن الأفكار التي يتحيز لها القلق اجتماعياً ويتوقع أن تحدث كما هي في الموقف

الاجتماعي "ليست إلا أفكار" تعلمها من خلال عدم اختبارها لحقيقة المواقف التي مر بها. فهي في نهاية الأمر ليست حقائق ثابتة أو غير قابلة للتغيير. وبالتالي فحص التوقعات السلبية المسبقة والمتحيزة للموقف الاجتماعي يساعد بدرجة واضحة في تعديل طريقة تفكير الفرد تجاه الموقف الجديد.

نشرح للعميل هنا النموذج التوضيحي للتحيز نحو التوقعات السلبية تجاه الموقف الاجتماعي:

تشيط المعتقدات السلبية (أنا غير محبوب) قد يؤدي ← بدأ التحيز في توقع (لن أظهر بمظهر يتقبلني فيه الناس/ بتصرف بطريقة تخلي الناس تنفر مني/ كل الناس بتعلق على تصرفاتي) وبالتالي ← يظهر على الفرد السلوكيات غير الفعالة (التجنب/ سلوكيات الأمان) مما يصدر عنه مشاعر غير مرغوبة (القلق/ التوتر) ← وهذا يؤدي إلى ← تأكيد الاعتقاد السابق (كنت على حق أن الناس ما تحبني).

إذاً: كيف يمكن أن نتعامل مع التحيز للتوقعات السلبية داخل العيادة:

1. يشرح للعميل النموذج التوضيحي السابق على أمثلة واقعية من قصته الحياتية الخاصة يوضح من خلالها معنى التحيز وكيف يؤثر على استمرارية القلق.
2. يتم تدريب العميل على إيجاد أدلة على تحيزه من خلال المواقف التي مر بها.
3. تدريب العميل على الجدول الخاص بتسجيل الأفكار المتعلقة بالتحيز نحو التوقعات السلبية مرفق نموذج منه.
4. من المهم التدريب على الجدول لعدد من المرات سواء في العيادة أو إعطاء العميل الجدول كواجب منزلي ويناقش في الجلسة اللاحقة.

1. تحديد التوقعات المتحيزة:

ما هو الموقف المهدد؟	درجة اعتقادك أن ما تتوقعه سيحدث: (١٠٠-٠)
ما الذي أتوقعه؟ ما الذي أتتبع أن يحدث نتيجة توقعي؟ كيف ترى الموقف أو ترى الآخرين يشاهدونك داخل الموقف؟ ما النتيجة التي تتوقعها بناء على ذلك؟	ما الشعور الذي شعرت به: الشعور: قوة الشعور(١٠٠-٠)

٢. التعامل مع هذه التحيزات:

ما هو الدليل على أفكار أو توقعاتي المتحيزة؟	ما هو الدليل العكسي لهذه الأفكار أو التوقعات المتحيزة؟
ما هي درجة يقينك بأن ما أتوقعه سوف يحدث (١٠٠-٠)	ما هو أسوأ شيء ممكن أن يحدث؟
ما هو أفضل شيء ممكن أن يحدث؟	ما هو أكثر شيء محتمل أن يقع أو يحدث في الموقف؟
ما الذي ممكن أن يحدث لي إذا توقعت الأسوأ؟	إذا وقع ما كنت أخافه (الأمر السيء) كيف سأتعامل معه؟
كيف يمكنني رؤية الموقف الذي أنا فيه (الموقف الذي توقعت أن يكون ضدي) هل هناك أشياء إيجابية في شخصيتي (تعاملي) أو في الموقف تم تجاهلها من قبلي؟	

٣. البدء في تطوير توقعات منطقية:

ماهي التوقعات المنطقية التي تم اكتشافها من خلال الموقف؟	درجة يقيني بصحة الاعتقاد الأول (١٠٠-٠)
درجة شعوري الآن: (١٠٠-٠)	

Adapted from: Center for Clinical Intervention (CCI)

ثالثاً: التعامل مع الأفكار التلقائية والتحيزات الذهنية للقلقين اجتماعياً قد يساهم بشكل ملحوظ في اكتشاف طبيعة المخطوطة الذهنية ومن ثم العمل على تعديلها، لكن هذا لا يمنع أن نواجه خلال التعامل مع العميل بعض الأفكار (الحيادية في بداية ظهورها) هدفها الرئيس هو الحفاظ على المحتوى القديم للمخطوطة الذهنية، أو بمعنى آخر الحفاظ على استمرارية بقاء الفكرة. هذه المناورات الذهنية Cognitive Manoeuvres للأفكار لها جوانبها السلبية بطبيعة الحال ولكن أيضاً يمكن الاستفادة منها (بعد معرفة طريقة عملها) في التعامل مع الأفكار التلقائية (السلبية) ومواجهتها.

في الحالة الأولى: فيما يتعلق بالجوانب السلبية "للمناورات الذهنية"؛ فإن العميل قد يستخدم أفكاره الحيادية (التي هي في الأصل جزء من نمط التفكير السلبي لديه) لدعم صحة فكرته السلبية. هذه الأفكار (المناورات) تأتي خلال الجلسة على شكل حوار هادئ ومنسب بين العميل والمعالج وتحتاج إلى حضور ذهني من قبل المعالج لاكتشافها.

مثال (١): عند مناقشة شخص حول عدم تقديره لذاته: الناس ما تحب الشخص الوائق من نفسه زيادة، إذا كانت شخصيتي قوية يخسر الناس، يبصير عندي أعداء أكثر

من الأصدقاء!

مثال (٢): بعض الأشخاص الذين يستخدمون النقد السلبي مع ذواتهم يعتقدون: هذه أفضل طريقة أحسن فيها تصرفاتي، أنتقد نفسي أحسن ما ينتقدني الناس، كل ما تقدمت نفسي أكثر كل ما تحسنت شخصيتي، الناس تحب اللي ينتقد نفسه ويحاول يغيرها!

مثال (٣): عند بعض الحالات التي تتدرب على اكتشاف الفكرة السلبية وكيفية التعامل معها والتي تؤدي إلى نوع من التحسن في الجلسات اللاحقة نجد أن العميل قد يتعرض للانتكاس (والذي قد يكون إلى حد ما مناورة ذهنية في حد ذاته) نتيجة ظهور أفكار قد لا تتعلق بأعراض القلق الاجتماعي ولكن تتعلق بقدرات الشخص وثقته في التحسن: عمري ما راح أتغير، القلق أصلاً جزء من حياتي، كل محاولات العلاج بتفشل، أنا ما ينفع معي شيء، كل شي رجع مثل أول وأسوأ!

في الحالة الثانية: بمجرد التعرف على المناورات التي تستخدمها الأفكار للحفاظ على استمراريتها والتأكد من فهم العميل لطريقة عملها وتأثيرها عليه يحتاج العميل إلى أن يتدرب كيف يكون حاضر الذهن وقت ظهور هذا النوع من الأفكار وكيف يعاملها، هنا نقترح باختصار عدد من الطرق:

- أن يتحمل العميل مسؤولية مراقبة ظهور وملاحظة ردة فعله الانفعالية لهذه الأفكار ويقوم بتدوينها.
- يقوم العميل بالرد عليها والرد قائم على مواجهتها ومناقشة عدم منطقيتها وتدوين هذا الرد.
- تفعيل دور "الملاحظ الذاتي" لظهور الفكرة وللرد عليها وتدوين هذه النتيجة. على سبيل المثال الشخص الذي يقول نفسه: **كلامي ممل الأفضل أغير الموضوع حتى ما يظهر شكلي غلط قدام الناس.** يتم تدريبه على إيجاد رد على هذه الفكرة: **ما أظن فيه مشكلة إذا استمررت في الكلام عن نفس الموضوع، ما أظن ضروري موضوعي يكون مقبول من الكل!**

- توضيح دور المسؤل /المراقب/ الملاحظ مهم هنا لضبط تعامل الأفكار مع بعضها البعض.
- هذه التمرين البسيط سيؤكد للعميل أن الفكرة "مجرد فكرة" لا أكثر، وإنه قادر على التعامل معها كأمر مستقل عن ذاته.

ملاحظة: تدريب العميل على الأفكار الإيجابية والتي هي ليست جزءاً من تجربته الواقعية، وقائمة على اكتشافه الشخصي لها لن يجدي خلال الجلسة. تكرار العميل لهذه الأفكار الإيجابية التي قد تكون غير واقعية ومتسقة مع ما يشعر به تجاه قصته الشخصية قد تعرض الفرد للإحباط وأيضاً قد تعلمه العجز في إدراك واقعته كما هو.

فكرة من نوع: أنا أقدر أتخلص من خوفي أو قلقي قدام الناس. فكرة قد لا يستوعبها ذهن المريض الممتلئ بالمواقف المهتدة والأفكار العكسية والصور الذهنية. وبالتالي قد يفشل في التعامل معها مما يؤدي إلى زيادة اعتقاده أنه لا يمكن التعامل مع قلقه، أو أن المعالج غير كفؤ للتعامل مع مشكلته.

ملاحظة: عدم التركيز الكلي على تغيير أو تعديل الأفكار، بل على المعرفة والاكتشاف وملاحظة هذا الأفكار وذلك أن المطلوب من العميل تقبل وجودها، وإنه لا إشكالية معها طالما، وهو قادر على التعامل معها وفهم كيفية عملها.

ملاحظة: القلقون اجتماعياً لا يريدون أن يخسروا. وبالتالي قد ينتجون أفكار أخرى تتسق مع عدم رغبتهم في عدم الخسارة خاصة إذا كانت تلك الخسارة تتعلق بالآخرين ومدى رضاهم والحصول على قبولهم الاجتماعي. قد يفضل البعض البقاء على ما هو عليه مقابل أن يكسب الآخرين.

ملاحظة: قد يستخدم العميل أفكاره غير الاجتماعية (مثال: أنا ناجح في العمل، تعاملتي مع أسرتي ممتاز، ناجح اقتصادياً، مثقف... الخ) كأمر يشير إلى تناقضه مع ذاته والآخرين عند تفكيره أو الحكم على شخصيته فيما يتعلق بالأمور الاجتماعية: إذاً ليش أخاف من نقد الناس؟ ليش أبغى رضاهم؟ ليش رأيهم فيني مهم لهدرجة؟ من المهم الانتباه لهذا النوع من المناورات الذهنية، وتوضيح أن ذلك يؤكد على أنه قلق فقط فيما يتعلق بعلاقاته الاجتماعية. (بشكل عام لدى القلقين اجتماعياً نجد فرق واضح بين حكم الفرد على شخصيته في المواقف الاجتماعية مقابل المواقف غير الاجتماعية والتي غالباً يظهرون فيها قدر من الثقة والنجاح).

ملاحظة: التعامل مع الأفكار ليس بالأمر السهل ويحتاج إلى أكثر من جلسة تدريبية مع التركيز على أهمية أن تتم التدريبات المكثفة داخل العيادة يدعمها الواجبات المنزلية.

الجلسة الخامسة

أهداف الجلسة: مراجعة ومناقشة الواجبات المنزلية السابقة والتي تتعلق باكتشاف الأفكار والتعامل معها، التعامل مع العمليات الذهنية السلوكية والتي تتضمن كلاً من تركيز الفرد على ذاته وسلوكيات الأمان، والتجارب السلوكية والواجبات المنزلية. وتستغرق الجلسة ما بين ٤٥ إلى ٦٠ دقيقة.

محتوى الجلسة:

خلال هذه الجلسة يكون التركيز على محاولة تعديل تركيز الفرد على ذاته داخل الموقف الاجتماعي وتدريبه على عدم استخدام سلوكيات الأمان خاصة بعد مناقشة النموذج الذهني والأفكار التلقائية. يحتاج العميل هنا إلى البدء بالتجارب السلوكية (التعرض).

نوضح للعميل مرة أخرى أنه عندما يكون في الموقف الاجتماعي ويشعر بالخطر والتهديد (التقييم/التعرض للأحراج)؛ فإنه يبدأ في التركيز على نفسه مستخدماً الأفكار التي لديه أو تلك التي كونها عن الموقف الاجتماعي؛ ويبدأ في التحيز إلى كل شيء ضده داخل الموقف. وعندما يبدأ الشعور بالخطر، يبدأ في التفكير في استخدام سلوكيات الأمان كنوع من الحماية الذاتية من أي خطر محتمل.

تطبيق التعرض داخل العيادة:

- يطلب من العميل في المرة الأولى ومن خلال لعب الدور بأن يقوم بالتركيز على ذاته واستخدام بعض سلوكيات الأمان ومن ثم يقوم بالتركيز على المعالج / كلام المعالج - أو في حال وجود شخص آخر قريب- وعدم استخدام سلوكيات الأمان.
- يطلب من العميل بعد كل مرة: تحديد درجة قلقه، تحدد درجة اعتقاده بظهور القلق عليه، وكيفية أدائه.
- من خلال هذه التجربة البسيطة من المفترض أن يدرك العميل أن تركيزه على ذاته واستخدامه لسلوكيات الأمان يزيد شعوره بالقلق، وأن تحديد هنالك تقارب بين درجة قلقه ودرجة اعتقاده أنه يظهر للأخرين بمظهر القلق.
- من المهم أن يدرك العميل هنا أن المعلومات التي يستخدمها لتقييم نفسه هي معلومات مصدرها شعوره وأفكاره وليس ما يحدث فعلاً.
- يتم اختيار عدد من المواقف الاجتماعية التي سبق حدها العميل في الجلسات السابقة والبدء تدريجياً بتعرض العميل لها داخل العيادة مع استخدام التقييمات السابقة.
- الهدف هنا ليس التعود على مواجهة المواقف ولكن مواجهة طريقة عمل المخطوطة

الذهنية داخل الموقف.

- بعد كل تجربة يفضل أن يتأكد المعالج من فهم العميل للهدف من التعرض.

تطبيق التعرض خارج العيادة:

انتقال التجارب السلوكية خارج العيادة واكتشاف العميل مدى صحة توقعاته تجاه الموقف المهدد يعتبر مرحلة مهمة الانتقال إليها يحتاج أن يكون العميل تدريب داخل العيادة بما فيه الكفاية ليستوعب فكرة أن الهدف من التعرض هو "اكتشاف مدى صحة تنبؤاته" عن الموقف أكثر من خفض درجة القلق أو التعود على الموقف. هنا:

- يتم اختيار الموقف الاجتماعي.
- يتم تحديد توقعات العميل من الموقف.
- يتم تحديد درجة يقين الفرد بهذه التوقعات.
- يتم تحديد كيف يتعامل العميل مع الموقف ويكتشف صحة اعتقاده.
- النتيجة ومدى تطابقها مع التوقعات.
- ماذا تعلم من الموقف؟

مثال (١):

اليوم	الموقف	التوقع (ماذا تتوقع أن يحدث في الموقف؟ كيف عرفت ماذا سيحدث التقييم: ١٠٠-٠)	ماذا ستفعل لتختبر صحة التوقع؟	ما الذي حدث؟ هل توقعك كان صحيح؟	ماذا تعلمت؟ هل تتوقع أن يحدث ما تنبأت به مستقبلاً التقييم: ١٠٠-٠
السبت	حضور مناسبة اجتماعية كبيرة (أحس حالي جريئة بعد اللي صار لي)!	إذا تحركت كثير في المكان الناس ممكن تتذكر موقف خالتي معي ويسألني عنها وأنخرج من جديد ٦٠٪	بقوم من طاولتي وأجلس مع زميلات لي أو أقوم أسلم على أصحاب المناسبة يعني وش بيصير!!	أغلب الكلام عن المناسبة، ما أحد علق على اللي صار، بالعكس مدحوا شكلي ولبسي وتكلمت أكثر مما أتوقع!!	الموقف اللي صار لي كان سيء بوقتها. الناس تتسى! لو فيه أحد عالق الموقف في باله كان سألني! يمكن أنا كبرت السالفة! %٧٥

مثال (٢):

اليوم	الموقف	التوقع (ماذا تتوقع أن يحدث في الموقف؟ كيف عرفت ماذا سيحدث)	ماذا ستفعل لتختبر صحة التوقع؟	ما الذي حدث؟ هل توقعك كان صحيحاً؟	ماذا تعلمت؟ هل تتوقع أن يحدث ما تتبأت به مستقبلاً
التقييم: ١٠٠-٠	التقييم: ١٠٠-٠	التقييم: ١٠٠-٠	التقييم: ١٠٠-٠	التقييم: ١٠٠-٠	التقييم: ١٠٠-٠
الأحد	لقاء علمي في الجامعة	إذا تكلمت مع الناس بيكتشفوا أنني سطحية وما عندي سאלفة ٥٥٪	بقول اللي يجي على بالي ومراح أركز على نفسي وأفكاري	شاركت مرة وحدة فقط لكن الفكرة اللي قلنتها كان عليها نقاش جيد!	أقدر أقول جمل زينة ومفهومة بطريقتي الخاصة ٧٠٪

ملاحظة: من الأفضل تنبيه العميل هنا أنه لا توجد في أغلب المواقف الاجتماعية قواعد وقوانين صارمة لا بد أن تتبع ولكن "المعايير العالية لديه للأداء الاجتماعي" هي من تضع تلك القوانين. وبالتالي التدريب على القيام ببعض السلوكيات التي تؤكد له ذلك تساعد على المزيد من المرونة. على سبيل المثال، الشخص الذي يخاف أن يخطئ في الكلام أمام الآخرين يمكنه أن يعتمد الخطأ، إذا اعتقد أن جلوسه مع أشخاص يشعر معهم بالإحراج يحاول أن يجرب عمداً الجلوس معهم.

ملاحظة: في بعض حالات التعرض يتم توجيه العميل بعبارة (واجه مخاوفك) للتغلب عليها، لكن التجارب العملية تؤكد أن مواجهة الخوف ثم تكرار إعادة مواجهته للتقليل من الارتباط بين الشعور والموقف قد لا تكون الطريقة السليمة للتغلب على الخوف الاجتماعي بل على العكس قد تكون طريقة جديدة لتعلم الخوف وتثبيته بسبب تكرار المشهد الاجتماعي وإيجاد مزيد من الأدلة على منطقيته تلك المخاوف وعلى صحة الأفكار التي تؤكد لها لهذا نصيحة واجه مخاوفك قد تكون من أسوأ النصائح التي تقدم للعميل خاصة في حال المخاوف الشديدة.

ملاحظة: الهدف الرئيس هنا هو ليس التعود على مواجهة المخاوف وإنما "حالة من الاكتشاف" يعيشها الفرد ويختبر فيها محتوى أفكاره، ومدى تحيزه، واستخدامه لسلوكيات الأمان بناء على الحقائق الواقعية، وليس بناء على الافتراضات الإيجابية

أو التحفيزية والتي يتم "صناعتها" داخل العيادة". بالإضافة إلى تعلم الفرد كيف يتقبل ما يظهر في الموقف أثناء التعرض وكيفية التعامل معه.

ملاحظة: تدوين ما يكتشفه الفرد داخل الموقف أثناء التعرض خاصة تلك الأحداث التي يكتشفها بنفسه ودون معاونة المعالج في تفسيرها.

الجلسة السادسة

أهداف الجلسة: مراجعة ومناقشة الواجبات المنزلية التي أعطيت في الجلسة الماضية، والتعامل مع التحيزات السلبية التي تبدأ قبل الموقف الاجتماعي وتلك التي تبدأ بعد انتهاء الموقف. وتستغرق الجلسة ما بين ٤٥ إلى ٦٠ دقيقة.

محتوى الجلسة:

تهدف الجلسة إلى التعرف على الأفكار والتوقعات التي يحملها الفرد عن الموقف قبل دخوله وأيضاً تلك التي يلخص بها الموقف بعد انتهائه، لا يختلف التعامل جذرياً بين الحالة الأولى والحالة الثانية ولكن فيما يتعلق بـ:

ما قبل الموقف:

- مناقشة العميل حول الأفكار التي يفكر (شاملة الصورة الذهنية أيضاً) بها والسلوكيات التي يستخدمها قبل الموقف كنوع من الاستعداد لمواجهة الموقف.
- حصر الإيجابيات والسلبيات لتلك الأفكار والسلوكيات بهدف اكتشاف أن السلبيات هي المؤثرة في نهاية الأمر.
- تشجيع العميل على اكتشاف مدى صحة هذه الأفكار خاصة إذا تعامل مع سلوكيات الأمان بشكل يقلل من ممارستها.
- تنبيه العميل أن العملية الذهنية القائمة على اكتشاف صحة توقعاته تقلل من مستوى القلق لديه.

ما بعد الموقف:

- أيضاً هنا مناقشة العميل حول الأفكار التي يفكر (شاملة الصورة الذهنية أيضاً) بها التي يستخدمها بعد الموقف المهدد.
- حصر الإيجابيات والسلبيات لتلك الأفكار والسلوكيات.
- يطلب من العميل هنا: كتابة ما حدث في الموقف كما شعر به تماماً؟ هل ما كان يتوقعه حدث؟ وبنسبة كم؟ ماهي صورته عن نفسه داخل الموقف؟ هل حدث له أسوأ شيء ممكن أن يحدث في الحياة؟ كيف يفسر تصرفات الآخرين معه؟ كم كانت

نسبة القلق لديه؟

- يتم معاملة الموقف بشكل مستقل وعدم مقارنته بالمواقف السابقة.
- يتم مناقشة العميل حول الواقع الذي حدث وليس شعوره وتفسيراته تجاه ما حدث.
- إعادة كتابة الحدث من جديد.
- قياس مستوى القلق لديه.

ملاحظة: التأكيد على مناقشة العميل حول أن القصة التي يصل إليها بعد كل موقف مهدد (التلخيص الذهني للموقف) من خلال تفسيراته المتحيزة هي ذاتها التي يستخدمها عند بداية كل موقف اجتماعي جديد.

ملاحظة: في بعض الثقافات كما أشرنا سابقاً يُعتبر اجترار الأفكار نوعاً من أنواع مراجعة الأداء لتحسينه؛ وبالتالي مهم أن نعرف لماذا يراجع الفرد أفكاره قبل الموقف، وهل هذه المراجعة لها فوائد حقيقية تقلل من نسبة قلقه في الموقف (استبعاد سلوك الأمان هنا).

الجلسة السابعة

أهداف الجلسة: مراجعة ومناقشة ما تم في الجلسة السابقة، التعامل مع الصورة الذهنية، والتدريب على إعادة الصياغة للصورة الذهنية (الانطباع مقابل ما يحدث فعلياً). وتستغرق الجلسة ما بين ٤٥ إلى ٩٠ دقيقة.

محتوى الجلسة:

تهدف الجلسة إلى تدريب العميل على كيفية إعادة صياغة الصورة الذهنية والتي تكونت بناء على الخبرة السابقة التي مر بها العميل في موقف اجتماعي مهدد، وعادة ما يتم التركيز في هذه الفنية العلاجية على ثلاث نقاط رئيسية:

- الصورة الذهنية الحالية للعميل والتي تتكرر عليه في المواقف الاجتماعية .Recurrent Image
- الخبرة السابقة التي مر بها والتي ترتبط بالصورة الذهنية الحالية Linked Memory.
- المعنى الذي يفسر به العميل هذه الصورة الذهنية أو الوصف الذي يصف فيه نفسه خلال الموقف Encapsulated Belief.

يتم العمل على هذه تعديل هذه الصورة الذهنية على ثلاث مراحل سنذكرها باختصار:

المرحلة الأولى: يطلب فيها من العميل -وهو مغمض العينين وباستخدام صيغة الحاضر- أن يتحدث عن الموقف أو الخبرة التي مر بها سابقاً في عمر مبكر وذكر تفاصيلها كأنها وقعت من وقت قريب.

المرحلة الثانية: يطلب من العميل -وهو مغمض العينين وباستخدام صيغة الحاضر- أن يتحدث عن الموقف أو الخبرة التي مر بها سابقاً في عمر مبكر وذكر تفاصيلها، ولكن من وجهة نظر طرف ثالث (شخص آخر كان يراقب الموقف وليس جزء منه).

المرحلة الثالثة: يطلب من العميل -وهو مغمض العينين وباستخدام صيغة الحاضر- أن يتحدث عن الموقف أو الخبرة التي مر بها سابقاً في عمر مبكر وذكر تفاصيلها من وجهة نظره بناء على المرحلة العمرية التي عاشها (أو اللحظة الزمنية التي حدث فيها الموقف)؛ وفي المقابل يسمح للشخص الحالي الناضج بأن يتدخل كشخص حكيم يعطي تفسيرات واقعية بناء على رؤيته الحالية.

المراحل الثلاث السابقة يجب أن تأخذ الوقت الكافي بتدخلات وأسئلة من قبل المعالج مرتبطة بهدف كل مرحلة. وقد يبدأ المعالج ببعض الخطوات للتأكد من فهم العميل لمعنى الصورة الذهنية كأن يطلب منه أن يصف بشكل مبسط موقف حياتي حيادي حدث له بالأمس ويذكر تفاصيله بدقة ووضوح.

يمكن الرجوع إلى أعمال كل من وايلد وكلاارك (2011) Wild and Clark وأعمال هاكمان وزميلييه (2011) Hackmann, Bennett-Levy and Holmes حول صياغة الصورة الذهنية، يمكن أيضاً استخدام بعض الأسئلة التي ترتبط ب: ما هو الموقف؟، متى حدث؟، مستوى القلق أثناء تذكره؟، مستوى وضوح الصورة الذهنية؟، كيف يرى نفسه وموقعه في هذه الصورة؟، ما المعنى الذي يصف فيه ذاته في هذا الموقف؟، ويمكن أن تكون هذه الأسئلة كواجب منزلي.

ملاحظة: من المهم التركيز على صياغة الصورة الذهنية في الحاضر وتبنيه العميل في حال انتقاله للحديث عنها في الماضي.

ملاحظة: على المعالج أن يعي أن العميل قد يصف الصورة بدقة، ولكنه قد ينشغل بأمور حدثت في الموقف الاجتماعي ليس لها علاقة بالموقف الذي تعرض له كمحاولة لتخفيف مستوى القلق لديه (سلوك أمان).

ملاحظة: قد يشعر العميل نتيجة تذكره للموقف بمشاعر الحزن أو البكاء، ويحتاج

هنا إلى تدريبه على مهارات التعاطف مع الذات (يقدمه العميل لنفسه خلال الجلسة وليس المعالج).

الجلسة الثامنة

أهداف الجلسة: مناقشة العميل وتقييمه للعمل في الجلسة السابقة، مناقشة ومراجعة الواجب المنزلي، مناقشة العميل حول فرضيات تقدير الذات، بناء صورة إيجابية حول ما يمتلكه الفرد من صفات. وتستغرق الجلسة ما بين ٤٥ إلى ٦٠ دقيقة.

محتوى الجلسة:

تهدف الجلسة الحالية إلى التعامل مع الفرضيات التي يضعها العميل عن نفسه وتمثل في المعايير العالية التي يعتقدونها ويفترض أن الآخر يطلبها منه.

- مناقشة الفرضيات التي يعتقدونها الفرد عن ذاته والتي تتعلق بأهمية القبول الاجتماعي غير المشروط، والمثالية في الأداء الاجتماعي، والإيجابية المطلقة في التعامل، وعدم ظهور علامات القلق، أو ضعف الصلابة في التعامل مع الذات، التفكير حول إرضاء الآخرين على حساب الذات.
- استخدام مهارات التقبل غير المشروط والمرونة مع الذات.
- اكتشاف الجوانب الإيجابية وتدعيمها (ما أعرفه عن نفسي/ ما يعرفه الآخر عني) وكتابة قائمة بهذه الصفات.
- المكاسب مقابل الخسائر في تقدير الذات وتوكيدها.
- الأسئلة السocraticية قد تأتي بنتائج جيدة.
- استخدام برامج السلوك التوكيدي وتطبيقاتها العملية.

الجلسة التاسعة

أهداف الجلسة: التقييم البعدي، إنهاء الجلسات العيادية، جلسات المتابعة. وتستغرق الجلسة ما بين ٤٥ إلى ٦٠ دقيقة.

محتوى الجلسة:

يستخدم التقييم البعدي هنا بطريقتين:

١. تطبيق المقاييس التي تم تطبيقها في بداية الجلسات لقياس مستوى التحسن ومناقشة العميل ليس فقط كمياً من خلال مقارنة الدرجات ولكن أيضاً التركيز على المناقشة الكيفية لبعض البنود التي من الممكن أن تظهر درجة التحسن (من عدمه). ويمكن

جدولة هذا التحسن بحيث يمكن للعميل المقارنة العملية بين التطبيقين القبلي والبعدي.

٢. نتيجة أن المقاييس محدودة بالبند الواردة فيها؛ فإن سؤال العميل عن التحسن الذي شعر به من خلال الجلسات قد يكون له أثر إيجابي حيث يسمح للعميل هنا استخدام لغته الخاصة في التعبير، كما تسمح له أيضاً بالسؤال والنقاش عن معنى درجة التحسن التي وصل إليها من خلال وجهة نظره.

إنهاء الجلسات العلاجية

ربما يكون إنهاء الجلسات العلاجية من أكثر خطوات العلاج صعوبة بعد إقامة العلاقة العلاجية مع العميل في بداية الجلسات، هذا إن لم تكن أكثر المراحل صعوبة. لكن كونها مرحلة لا بد منها؛ فإننا سنوجز هنا بعض النقاط التي تساعد في إنهاء الجلسات بطريقة سلسة ومناسبة للعميل:

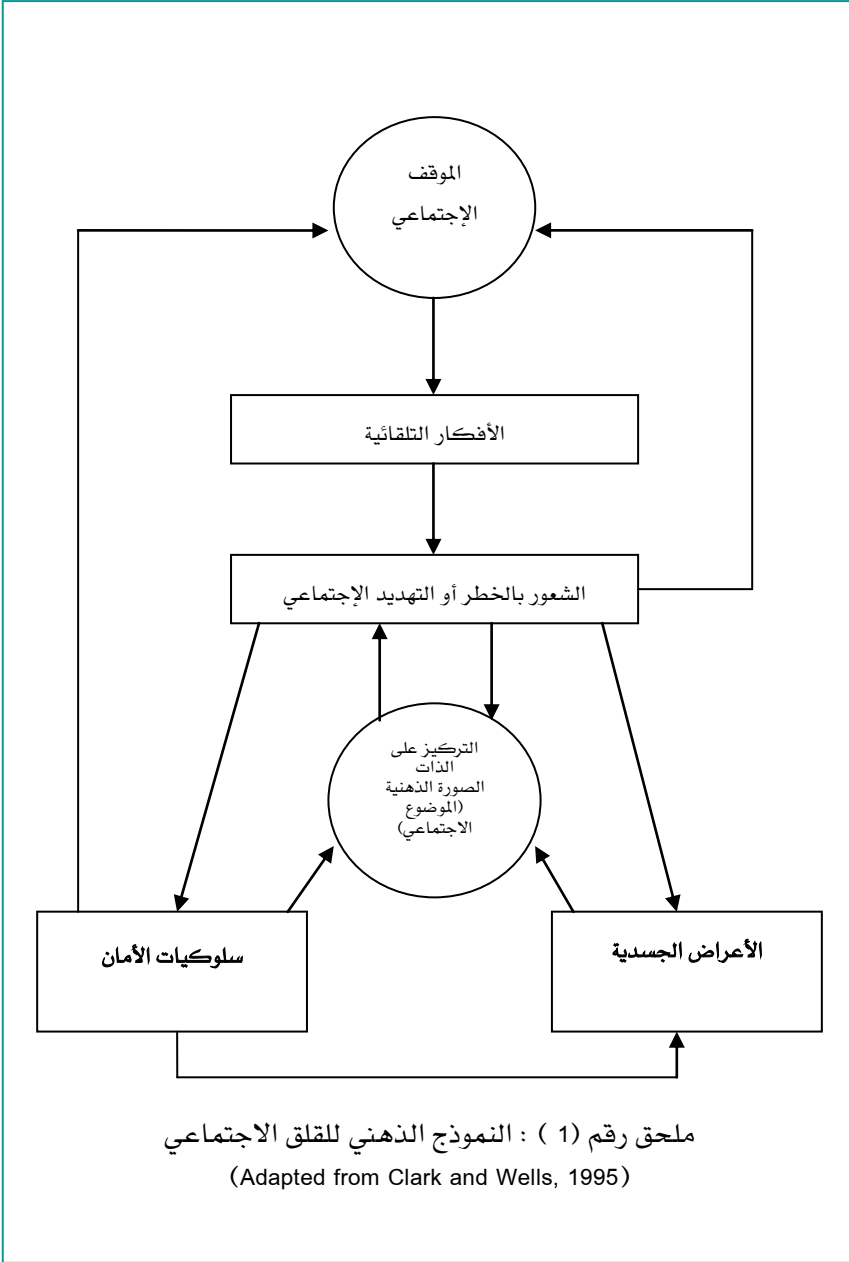
١. الإشارة إلى إنهاء الجلسات العلاجية يحدث في البداية ضمناً عند الاتفاق على العدد التقريبي للجلسات في بداية العلاج مما يشير للعميل أن هذه العلاقة العلاجية سيتم إنهائها بتحقيق الهدف منها ألا وهو التحسن.
٢. يتم التمهيد لإنهاء الجلسات العلاجية بناء على التحسن الذي يتم ملاحظته خلال الجلسات؛ وبالتالي يمكن الإشارة مقدماً لموعد الجلسة النهائية.
٣. مناقشة العميل فيما اكتسبه خلال الجلسات ومدى قدرته على استخدامها في حياته اليومية أو في المواقف الاجتماعية دون الحاجة لوجود جلسات علاجية متواصلة.
٤. قد يظهر بعض العملاء عدم رغبتهم في إنهاء الجلسات العلاجية على الرغم من التحسن الملاحظ على أعراض القلق الاجتماعي وقد يتزامن مع هذا مشاعر القلق أو الغضب ولكن من المهم التوضيح للعميل أن جزء مهم من التأكد من فاعلية العلاج هو اعتماده على ذاته ودخوله في تجارب حياتية يقوم بالتعامل معها وتقييم ذلك التعامل.
٥. أيضاً قد تظهر مشاعر الحزن تجاه إنهاء الجلسات وإنهاء العلاقة العلاجية. من المهم للمعالج أن يبدي تهمه لتلك المشاعر وأن يعمل على إتاحة فرصة للعميل للتعبير عنها ومناقشة قرار إنهاء الجلسات بناء على تحفيز العميل على الحديث عن الخبرات التي عاشها خلال مرحلة العلاج.

مثلما العلاقة العلاجية في البدء كان التركيز فيها على العلاقة الإنسانية التعاطفية، إنهاء العلاقة يحتاج أيضاً إلى هذا النوع من التعامل تمهيداً للخروج التدريجي من حيز العميل النفسي؛ وبالتالي على المعالج ألا يتردد في إظهار هذا الجانب من خلال التعبير عن رغبته في أن يرى العميل في أحسن حال، وأن يتمنى له حياة فيها من القدرة على الاستمرار الفعال في التعامل مع الذات.

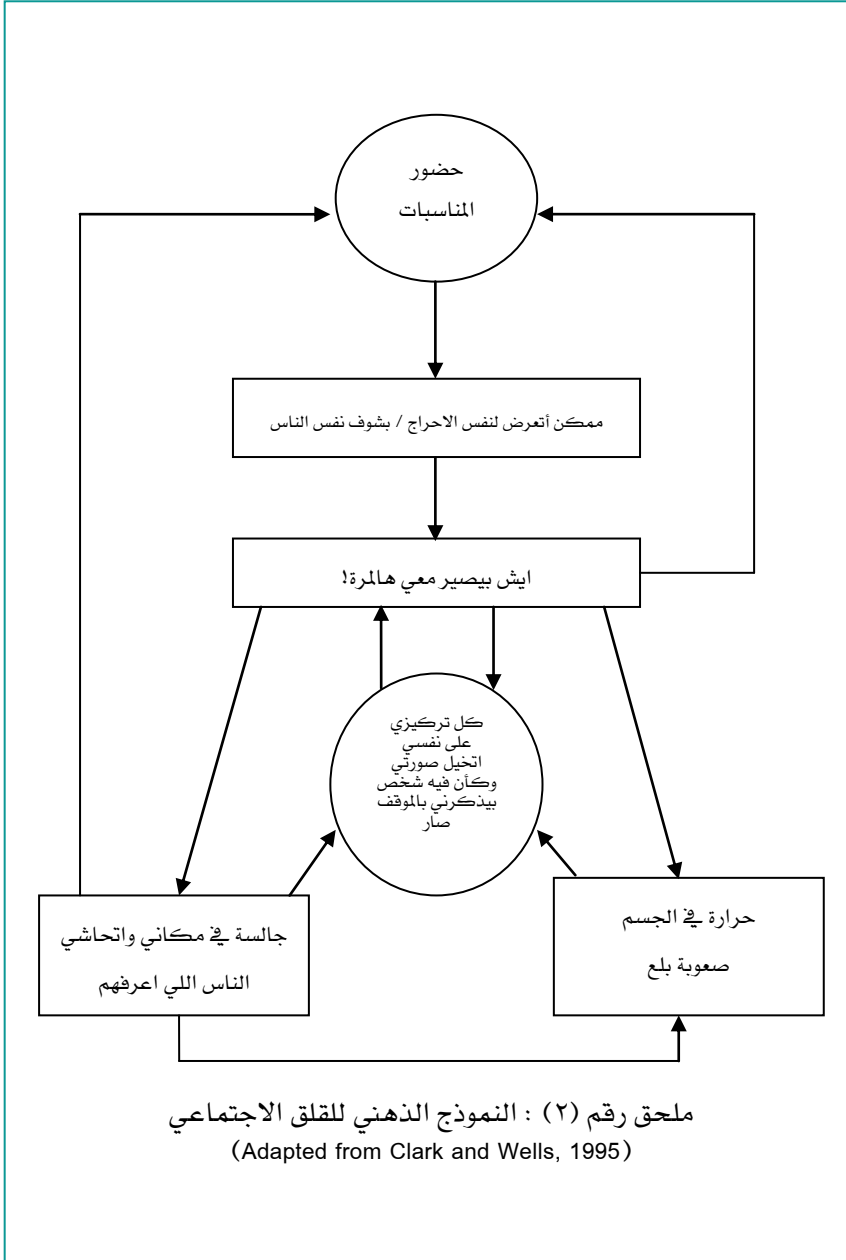
جلسات المتابعة

خطوة إنهاء الجلسات العلاجية لا تعني تماماً انقطاع التواصل بين المعالج والعميل، ولكن تعني نهاية جلسات التدخل العلاجي. وبالتالي لا بد من الاتفاق على جلسات متابعة تعقد في فترات زمنية متباعدة تصل إلى ما يقارب ثلاثة أشهر لكل جلسة متابعة قابلة للزيادة أو النقصان وفقاً لوضع العميل.

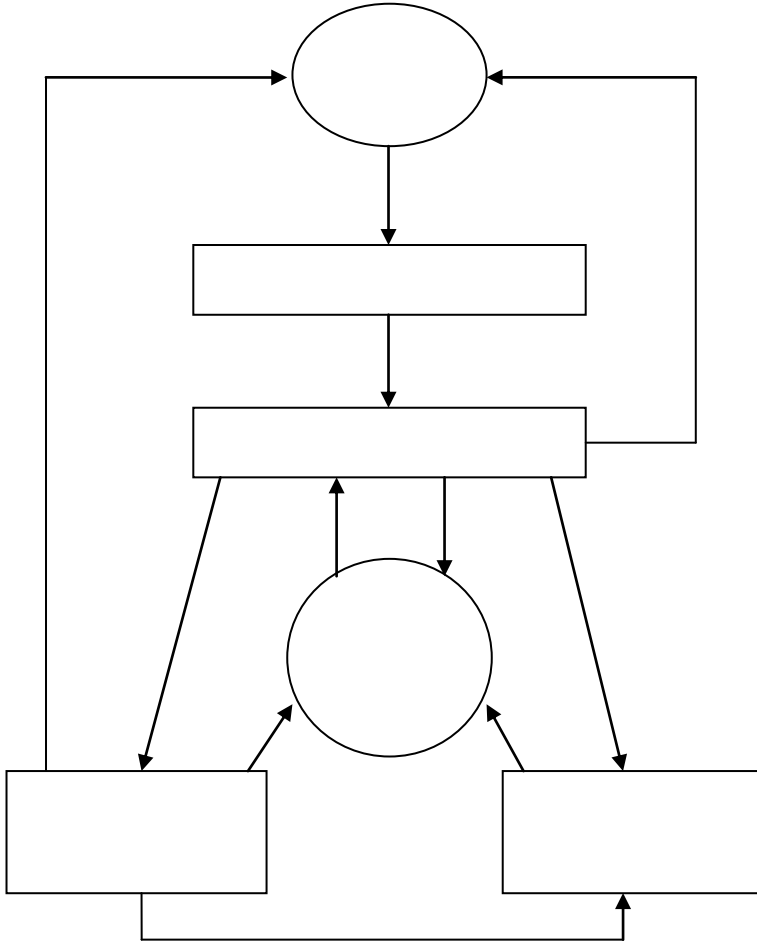
ملحق رقم (١)



ملحق رقم (٢)



ملحق رقم (٣)



ملحق رقم (٣) : النموذج الذهني للقلق الاجتماعي
(Adapted from Clark and Wells, 1995)

المراجع

- الركيبيات، أمجد فرحان (٢٠١٥). درجة الرهاب الاجتماعي وعلاقتها بمستوى التحصيل الدراسي والجنس لدى طلبة الصف العاشر الأساسي في الأردن. *المجلة التربوية الدولية المتخصصة*، ٤، ١-١٤.
- الرويتع، عبدالله (٢٠١٤). *في الشخصية السعودية: العوامل والمحددات "مابين الحنظل والشهد"*. الرياض: مطابع دار جامعة الملك سعود للنشر.
- الرويتع، عبدالله (٢٠٠٤). مقياس ثلاثي الأبعاد للخوف الاجتماعي. *رسالة التربية وعلم النفس*، ٢٤، ٩-٤٣.
- العيفان، ندى (٢٠٠٩). *الاستقلال عن المجال وتحمل الغموض وعلاقتها بالعوامل الخمسة في الشخصية لدى الطلاب والطالبات بجامعة الملك سعود*. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية، جامعة الملك سعود.
- ترول، تيموثي (٢٠٠٥). *علم النفس العيادي (الطبعة السابعة)*. ترجمة فوزي شاكر داوود وحنان زين الدين، عمان: دار الشروق.
- كركينك، أنا وآخرون (٢٠١٣). *ترجمة جويلا وآخرون*. دار الانجلو المصرية.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) Washington, DC: Author.
- Alden, L. E., & Regambal, M. J. (2010). Social Anxiety, Social Anxiety Disorder, and the Self. *Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives*, 423-445.
- Al-ibrahim, O. A., Al-Sadat, N., & Elawad, N. A. (2010). Gender and risk of depression in Saudi Arabia, a systematic review and meta-analysis. *Journal of Public Health in Africa*, 1.
- Al-Khodair, G. (2015). *Cognitive Biases in Social Anxiety: A Cross - Cultural Investigation*. (Doctoral Thesis), University of Southampton
- Al-Khodair, I. H., & Freeman, C. P. (1997). Social phobia in two cultures: cross cultural study of social phobia in Saudi Arabia and Scotland. *Saudi medical journal*, 18, 130-136.
- Bieling, P. J. & Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction?. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 52-69.
- Bassiony, M. M. (2005). Social anxiety disorder and depression in Saudi Arabia. *Depress Anxiety*, 21, 90-94.
- Baumgardner, A. H. & Brownlee, E. A. (1987). Strategic failure in social interaction: Evidence for expectancy disconfirmation processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 525.
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*, 41, 00022-3.
- Clark, D. M. (2005) 'A cognitive Perspective on Social Phobia'. In W. Ray, W. R. Crozicr & L. L. Alden (eds), *The Essential Handbook of Social Anxiety for Clinicians*. Chichester: Wiley.
- Clark, D. M. (2005). The assessment interview and getting started (Handout) Retrieved from [http://www.babcp.com/files/Branch/NorthWestWales/Handouts/Chap-6-\(social-manual\)-DC.pdf](http://www.babcp.com/files/Branch/NorthWestWales/Handouts/Chap-6-(social-manual)-DC.pdf).
- Chaleby, K. (1987). Social phobia in Saudis. *Soc Psychiatry*, 22, 167-170.
- Chaleby, K., & Raslan, A. (1990). Delineation of social phobia in Saudia Arabians. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 25, 324-327.
- Dinnel, D. L., Kleinknecht, R. A., & Tanaka-Matsumi, J. (2002). A cross-cultural comparison of social phobia symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 75-84.
- Dwairy, M. (2006). *Counseling and psychotherapy with Arabs and Muslims: A culturally sensitive approach*. Teachers College Press.
- Dwairy, M. (2009). Culture analysis and metaphor psychotherapy with Arab-Muslim clients. *J Clin Psychol*, 65, 199-209.
- El-Tantawy, A. M., Raya, Y. M., Al-Yahya, A. H., & Zaki, A. S. M. K. (2010). Social Phobia Among Patients Attending the Outpatient Clinics of Buraydah Mental Health Hospital, Al-Gassim, KSA. *Current Psychiatry*, 17, 35-43.
- Ghazwani, J. Y., Khalil, S. N., & Ahmed, R. A. (2016). Social anxiety disorder in Saudi adolescent boys: Prevalence, subtypes, and parenting style as a risk factor. *Journal of family & community medicine*, 23, 25.
- Gelban, K. S. (2009). Prevalence of psychological symptoms in Saudi secondary school girls in Abha, Saudi Arabia. *Annals of Saudi medicine*, 29, 275.
- Gilbert, P. (2001). Evolution and social anxiety. The role of attraction, social competition, and social

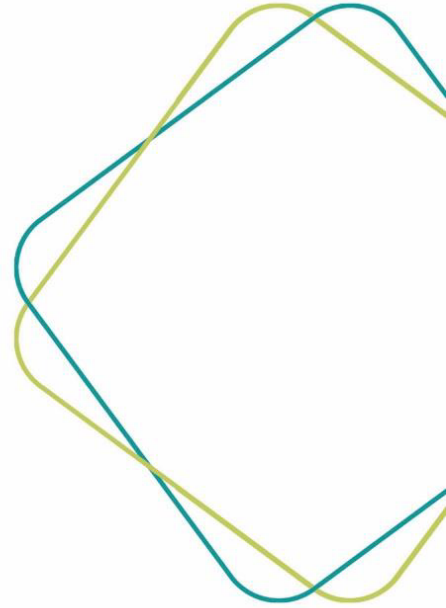
- hierarchies. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 723-751.
- Ghazwani, J. Y., Khalil, S. N., & Ahmed, R. A. (2016). Social anxiety disorder in Saudi adolescent boys: Prevalence, subtypes, and parenting style as a risk factor. *Journal of family & community medicine*, 23, 25.
- Greist, J. H., Kobak, K. A., Jefferson, J. W., Katzelnick, D. J., & Chene, R. L. (1995) The clinical interview. In R. G. Heimberg, M. R. Leibowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford Publications.
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Huppert, J. D. (2009). Anxiety disorders and depression comorbidity. *Anxiety*, 35, 65.
- Heiser, N. A., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (2003). Shyness: Relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behaviour research and therapy*, 41, 209-221.
- Heimberg, R. G., Brozovich, F. A. & Rapee, R. M. (2010). A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder: Update and extension. *Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives*, 2, 395-422.
- Heimberg, R. G., Hofmann, S. G., Liebowitz, M. R., Schneier, F. R., Smits, J. A., Stein, M. B.,... & Craske, M. G. (2014). Social anxiety disorder in DSM-5. *Depression & anxiety*, 31, 472-479.
- Heinrichs, N., Rapee, R. M., Alden, L. A., Bogels, S., Hofmann, S. G., Oh, K. J. & Sakano, Y. (2006). Cultural differences in perceived social norms and social anxiety. *Behav Res Ther*, 44(8), 1187-1197. doi: 10.1016/j.brat.2005.09.006.
- Herbert, J. D., Rheingold, A. A. & Brandsma, L. L. (2010). Assessment of social anxiety and social phobia. *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives*, 24-64.
- Hackmann, A., Bennett-Levy, J. & Holmes, E. A. (2011). *Oxford guide to imagery in cognitive therapy*. Oxford university press.
- Kirmayer, L. J. (1997). *Culture and anxiety: a clinical and research agenda. Cultural issues in the treatment of anxiety*. New York: Guilford, 225-251.
- Kashdan, T. B. & Roberts, J. E. (2011). Comorbid social anxiety disorder in clients with depressive disorders: Predicting changes in depressive symptoms, therapeutic relationships, and focus of attention in group treatment. *Behaviour research and therapy*, 49, 875-884.
- Liebowitz, M. R. (1987). *Social phobia*. In *Anxiety* (Vol. 22, pp. 141-173). Karger Publishers.
- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of personality and social psychology*, 35, 63-78.
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological review*, 98, 224.
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (2010). Cultures and selves: A cycle of mutual constitution. *Perspectives on Psychological Science*, 5, 420-430.
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Mahfouz, A. A., Al-Gelban, K. S., Al Amri, H., Khan, M. Y., Abdelmoneim, I., Daffalla, A. A.,... & Mohammed, A. A. (2009). Adolescents' mental health in Abha city, southwestern Saudi Arabia. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 39, 169-177.
- Macneil, C. A., Hasty, M. K., Conus, P., & Berk, M. (2012). Is diagnosis enough to guide interventions in mental health? Using case formulation in clinical practice. *BMC medicine*, 10, 111.
- Moscovitch, D. A. (2009). What is the core fear in social phobia? A new model to facilitate individualized case conceptualization and treatment. *Cogn Behav Pract*, 16, 123-134.
- Morris, Eric (2017). So long to SUDs: *Exposure is not about fear reduction... it's about new learning and flexibility*. Retrieved from <http://drericmorris.com/2017/01/13/nosuds/>
- Naeem, F. Swelam, M. Kingdon, D. (2012). Introduction: CBT and the culture, In *Cognitive behaviour therapy in Non- Western Cultures*.
- Pomerantz, A. M. (2011). *Clinical psychology: Science, practice, and culture*. Sage Publications.
- Rettew, D. C. (2000). Avoidant personality disorder, generalized social phobia, and shyness: Putting the personality back into personality disorders. *Harvard review of psychiatry*, 8, 283-297.
- Rapee, R. M. & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. *Clin Psychol Rev*, 24, 737-767. doi: 10.1016/j.cpr.2004.06.004.

- Rapee, R. M. & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour research and therapy*, 35, 741-756.
- Rapee, R. M. (1995). Descriptive psychopathology of social phobia. *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*, 41-66.
- Rajender, G., Malhotra, S., Kanwal, K., & Choudhary, D. (2009). Too Shy to be Shy Current Update on Social Anxiety Disorder. *Delhi Psychiatry Journal*, 12, 61-66.
- Richards, A. T. (2017). Social Anxiety Fact Sheet: *What is Social Anxiety Disorder? Symptoms, Treatment, Prevalence, Medications, Insight, Prognosis*. Retrieved from <http://socialphobia.org/social-anxiety-disorder-definition-symptoms-treatment-therapy-medications-insight-prognosis>.
- Schreier, S. S., Heinrichs, N., Alden, L., Rapee, R. M., Hofmann, S. G., Chen, J.,... Bogels, S. (2010). Social anxiety and social norms in individualistic and collectivistic countries. *Depress Anxiety*, 27, 1128-1134. doi: 10.1002/da.20746.
- Stopa, L. (2009). Why is the self important in understanding and treating social phobia? *Cogn Behav Ther*, 38 Suppl 1, 48-54. doi: 10.1080/16506070902980737.
- Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist*, 53, 440.
- Triandis, H. C. (2004). The many dimensions of culture. *The Academy of Management Executive*, 18, 88-93.
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V. *J Abnorm Psychology*, 114, 522-536. doi: 10.1037/0021-843X.114.4.522
- Williams, M. W., Foo, K. H., & Haarhoff, B. (2006). Cultural considerations in using cognitive behaviour therapy with Chinese people: A case study of an elderly Chinese woman with generalised anxiety disorder. *New Zealand Journal of Psychology*, 35, 153.
- Weeks, J. W. Heimberg, R. G., & Rodebaugh, T. L. (2008). The Fear of Positive Evaluation Scale: assessing a proposed cognitive component of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 44-55. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.08.002.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Wild, J., & Clark, D. M. (2011). Imagery rescripting of early traumatic memories in social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 433-443.
- Zhao, G. (2005). Playing as adaptation? Layered selfhood and self-regard in cultural contexts. *Culture & Psychology*, 11, 5-27.

الفصل الثالث:

اضطراب الهلع
والخوف من
الأماكن المفتوحة

د. أحمد بن محمد الخلف



تمهيد

يعتبر اضطراب الهلع والخوف من الأماكن المفتوحة أحد اضطرابات القلق. وتشير الكثير من البحوث والدراسات لتدعيم فعالية هذا النوع من الاضطرابات والذي تم دراسته وبحثه بشكل جيد مقارنة ببقية اضطرابات القلق الأخرى. ويعرف اضطراب الهلع بوجود نوبات هلع متكررة وغير متوقعة، والتي هي فترات قصيرة تتميز بالخوف الشديد وعدم الراحة المرتبطة بمجموعة متنوعة من الأعراض الجسدية، بما في ذلك الخفقان، التعرق، الرجفة، ضيق في التنفس، آلام في الصدر، الدوخة، والخوف من الموت الوشيك أو الموت. تتطلب معايير التشخيص ما لا يقل عن شهر واحد من القلق أو القلق بشأن حدوث النوبات مرة أخرى أو تغيير في السلوكيات المتعلقة به. انتشار اضطراب الهلع تقريبا ٢-٣٪. ونوبات الهلع تتميز بأن لها بداية مفاجئة، وتتطور في غضون عشر دقائق وعادة ما تبقى آثارها على مدى ساعة، وأنها تحدث بطريقة غير متوقعة. قد تحدث عند البعض عند الاستيقاظ من النوم. وتواتر وشدة نوبات الهلع تختلف من شخص لآخر وتتراوح من مرة واحدة في الأسبوع إلى مرات متكررة من النوبات المنفصلة خلال أشهر. وعادة ما يكون حدوث النوبة الأولى خارج المنزل، وتبدأ حدوث النوبات في مرحلة متأخرة من المراهقة إلى مرحلة البلوغ المبكر. ومع مرور الوقت من حدوث نوبات الهلع قد يتطور إلى حدوث القلق العام والتجنب التدريجي للأماكن.

الخوف من الأماكن المكشوفة، والذي يحدث عادة في المرضى الذين يعانون من اضطراب الهلع، هو خوف غير عقلائي ولا يوجد له أي أسباب منطقية لحدوثه والتي قد يشعر الفرد بأنه محاصر أو غير قادر على الفرار. ويؤدي تكرار هذه الأعراض بالمرضى إلى التقييد التدريجي في نمط الحياة اجتماعيا أو حتى جغرافياً. لذلك في كثير من الأحيان نجد المرضى يشعرون بالحرج لأنهم لا يخرجون من المنزل ويعتمد على الآخرين من أفراد العائلة أو الأصدقاء لمساعدته في تلبية احتياجاته التي تتطلب منه الخروج من منزله. ومن هنا ينبغي على الممارسين المهنيين في علم النفس الإكلينيكي أو الطب النفسي التحري جيداً للتعرف على هذه المتلازمة عبر المتابعة والاستجواب المباشر.

والكشف المبكر عن اضطراب الهلع مهم جداً ليس فقط لأجل التكلفة العلاجية للمرض ولكن أيضاً لأنه كلما زادت مدة الإصابة بالمرض كانت النتائج العلاجية مضاعفة (Scheibe & Albus, 1996). العديد من الخصائص قد تضع الشخص على درجة

خطورة مرتفعة لتطور اضطراب الهلع لديه (مثل، المرأة، المراحل المبكرة من المراهقة، تاريخ عائلي بالإصابة باضطراب الهلع، التعرض لضغوطات حياتية مؤخراً). غالباً ما يبدأ اضطراب الهلع في المرحلة المبكرة من المراهقة، إلا أنها تصيب الكبار أيضاً، وفي كثير من الأحيان ما يتم إغفال أو التشخيص بشكل خاطئ لهذه الفئة، اضطرابات القلق في الكبار البالغين عادةً ما تشكل تحدياً في تشخيصها لأنهم غالباً ما يعانون من مشكلة صحية تتشابه في أعراضها مع اضطراب الهلع والتعرف عليهم وتشخيصهم أمر في غاية الأهمية لتقديم العلاج الفعال لهم والتقليل من اشغال مرافق الرعاية الصحية.

نسب انتشاره وحدوثه

وفقاً لإحصائيات المعهد الوطني للصحة العقلية National Institute of Mental Health وتتراوح تقديرات انتشاره مدى الحياة لدى البالغين من ٢٪ إلى ٦٪. منها ٤٤.٨٪ تصنف على أنها حالات "شديدة". اضطراب الهلع غالباً ما يتصاحب مع اضطرابات المزاج، ويحتمل أن تكون بشكل مركز في بداية نوبات الهلع. ومعدل حدوث الاكتئاب الشديد في اضطراب الهلع قد تكون مرتفعة وتتراوح إلى ٥٠-٦٠٪ (Noyes & Hoehn, 1998). وتشمل الاضطرابات النفسية الأخرى التي تحدث أعراض مشتركة مع الاضطرابات النفسية الأخرى مثل اضطراب الوسواس القهري، والرهاب الاجتماعي أو الرهاب المحدد أو الخوف من الأماكن المفتوحة.

وهناك أيضاً حالات طبية تتشارك مع اضطراب الهلع، مثل مرض الانسداد الرئوي المزمن، متلازمة القولون العصبي، الصداع النصفي (Lee, Hening, & Allen, 2008). واحتمال إصابة مرضى الهلع بمرض الشريان التاجي قد تصل إلى الضعف. وينتشر اضطراب الهلع بنسبة ٣٠٪ لدى الذين يعانون من الأم في الصدر.

ويرتبط الربو بزيادة قدرها أربعة أضعاف بخطر الإصابة باضطراب الهلع، والأشخاص الذين يعانون من اضطراب الهلع هم ستة أضعاف أولئك الذين يعانون من اضطرابات القلق (Hasler & Kleinbaum, 2005). المرضى الذين يعانون من اضطراب الهلع يمكن أن يكون لديهم الصداع النصفي ١٢.٧٪، صداع التوتر ٥.٥٪، والصداع النصفي والتوتر معاً ١٤.٢٪ (Beghi, Allais, & Cortelli, 2007). معدل انتشار اضطرابات الهلع لدى الأشخاص المصابين بالصرع هو ٦.٦٪ (Tellez-Zenteno & Wiebe, 2007).

ما يقرب من ١٠-٢٠٪ من المرضى الذين يعانون من اضطراب القلق تعاطي الكحول وغيرها من المخدرات، ونحو ١٠-٤٠٪ من مدمني الكحول لديهم اضطراب الهلع (Cox, Swinson & Endler, 1990). بالنسبة للأمهات الحوامل مع اضطراب الهلع خلال فترة الحمل هم أكثر عرضة للولادة قبل الأوان والتأثير على وزن المولود بأن يكون أقل من الوزن المثالي (Chen & Lee, 2010).

جدول ١: مقارنة الانتشار لاضطراب الهلع مع اضطرابات القلق الأخرى

الاضطراب	نسبة الانتشار	نسبة الإناث إلى الذكور	بداية الاضطراب	نسبة المصابين الذين حصلوا على العلاج
الهلع	٢.٣٪	٢:٥	١٥-٣٥ سنة	٥٤.٤٪
القلق العام	٤٪	١:٢	٢٠-٠ سنة	٢٧٪
خوف محدد	٩٪	١:٢	غير محدد	١٢٪
الرهاب الاجتماعي	٨٪	٢:٣	١٠-٢٠ سنة	٢١٪
الوسواس القهري	٢٪	١:١	٤-٢٥ سنة	٤١.٣٪

المصادر: Ingersoll & Burns, 2001; APA, 2000, 1994; Kessler et al., 1999, 1994; Regier et al., 1993; Blazer et al., 1991; Davidson et al., 1991; Eaton et al., 1991

المعايير التشخيصية لاضطراب الهلع

يشير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية إلى نوبة الهلع Panic Attack باعتباره فترة منفصلة من الخوف أو الانزعاج بما في ذلك أربعة أو أكثر من الأعراض الجسدية والذهنية التالية: (١) خفقان، أو تسارع معدل ضربات القلب. (٢) التعرق. (٣) الارتجاف. (٤) ضيق في التنفس أو اختناق الأحاسيس. (٥) مشاعر الاختناق؛ (٦) ألم في الصدر أو عدم الإرتياح؛ (٧) الغثيان أو ألم في البطن. (٨) الدوخة، وعدم الثبات، والدوار، أو حالة من الضعف. (٩) مشاعر البعد أو الانفصال عن الواقع أو عن الذات (إضفاء الطابع الشخصي). (١٠) الإحساس بالخدر أو التمثل. (١١) قشعريرة. (١٢) الخوف من الجنون أو فقدان السيطرة. و (١٣) الخوف من الموت. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن تحدث نوبات الهلع فجأة ولا تتجاوز العشر دقائق. تختلف أعراض نوبة الهلع من شخص لآخر، وبعض الأحاسيس قد تزج بعض الأفراد أكثر من غيرها. الأفراد الذين يحاولوا تجنب مواقف القلق أو المواقف التي تشكل ضغط عالٍ سوف يكونوا

عرضة لتكرار حدوث النوبة لديهم وبشكل أكبر لدى الأفراد الذين عاشوا تجربة الأعراض الجسدية أثناء حدوث النوبة والتي تشكل تهديداً لهم والتي قد تؤدي إلى مستويات مختلفة من الخوف من الأماكن المكشوفة.

التشخيص التفريقي

يتم تشخيص اضطراب الهلع بعد استبعاد مسببات طبية لحدوث النوبات. وهناك مجموعة متنوعة من أمراض القلب والأوعية الدموية والجهاز التنفسي والغدد الصماء، والأمراض العصبية يمكن أن تصاحب القلق كشكوى رئيسية. المرضى الذين يعانون من اضطراب الهلع غالباً ما يتم التركيز على أعراض محددة. مثلاً ٢٠٪ من المرضى الذين يعانون من إغماء كشكوى طبية أولية لديهم يكون تشخيصهم الأولي اضطراب المزاج، والقلق، أو اضطراب تعاطي المخدرات، والأكثر شيوعاً هو اضطراب الهلع. التشخيص التفريقي لاضطراب الهلع معقد بسبب ارتفاع معدل الأعراض المشتركة مع الحالات النفسية الأخرى، وخاصة تعاطي الكحول وإساءة استخدام البنزوديازيبين، والتي يستخدمها المرضى في البداية في محاولة للعلاج الذاتي. كما أن نحو ٧٥٪ من مرضى اضطرابات الهلع سوف تنطبق عليهم معايير الاكتئاب الشديد في مرحلة ما من مرضهم.

عندما يكون التاريخ المرضي غير محدد، يجب أن يتم التأكد من الفحص البدني والمخبري لاستبعاد حالات القلق الناجمة عن الاضطرابات الطبية مثل ورم القواتم Pheochromocytoma، الانسمام الدرقي Thyrotoxicosis، أو نقص السكر في الدم Hypoglycemia. مخطط القلب Electrocardiogram and Echocardiogram قد يكشف بعض الحالات القلبية الوعائية المرتبطة بالهلع مثل عدم انتظام دقات القلب و هبوط الصمام التاجي. وتشير بعض الدراسات إلى أن التشخيص الأولي لاضطراب الهلع في ٤٣٪ من المرضى الذين يعانون من آلام في الصدر والذين لديهم فحص سليم لتصوير الأوعية التاجية و ٩٪ من جميع المرضى المفحوصين أظهر فحصهم القلبي غير سليم. كما تم تشخيص اضطراب الهلع في العديد من المرضى الذين يشار إليهم في اختبار وظائف الرئة أو مع أعراض متلازمة القولون العصبي.

اضطراب الهلع والاضطرابات الأخرى

اضطراب القلق الاجتماعي: اقترح الباحثون أن ٢٣٪ من المصابين باضطرابات الهلع والخوف المرضى مصابون باضطراب القلق الاجتماعي (Brown, Campbell, Lehman,)

(Grisham, & Mancill, 2001). من التعقيدات التي تواجه خلال التشخيص أيضاً أن المريض المصاب باضطرابات الهلع والرهاب الاجتماعي كليهما يشكوان من الخوف من أشياء معينة مما يمكن تشخيصهم بالرهاب المرضي أو الرهاب الاجتماعي (مثل الخوف من الازدحام، الأماكن العامة، الحفلات، الاجتماعات). بالإضافة أن المرضى في كل الحالات يقلقوا من تعرضهم للاحراج إذا ما اصابوا بنوبة هلع أمام الناس. والأشخاص المصابون بالرهاب الاجتماعي لديهم القابلية للإصابة بأعراض الهلع فقط في المناسبات الاجتماعية بينما الأشخاص المصابون باضطرابات الهلع والخوف المرضي يكونوا قلقين برودة فعل المجتمع على نوبات الهلع التي يصابون بها أما الأشخاص المصابون بالرهاب الاجتماعي فيكونوا قلقين بشكل أكبر من تعرضهم للاحراج بسبب تصرف يقوموا به مثل (التحدث بشيء غير لائق و ارتكاب الأخطاء، أو أن يكون مظهره غير مناسب، القلق بخصوص التعرض لنوبات هلع غالباً محدود بتلك الأعراض التي يمكن ملاحظتها (مثل احمرار الوجنتين، التعرق، رجفان اليدين، ورجفان الصوت).

اضطرابات القلق العام: الأشخاص المصابون باضطراب القلق العام غالباً يقلقون أنفسهم إلى أن يصابوا بنوبة هلع. و ٧٥٪ من المرضى الشيء الرئيسي في تشخيصهم أنهم يعانون من نوبات قلق تدخلهم في هلع (Barlow, 2004). تقييم طبيعية ومحتوى القلق مهم وضروري للتفريق بين اضطرابات الهلع واضطراب القلق العام. الأشخاص الذين يصفون قلقهم تجاه عملهم ولباقتهم وصحتهم وشؤونهم العائلية غالباً ما يعانون من اضطراب القلق العام. إذا كان القلق محدوداً فقط على تأثير نوبات الهلع على قدرتهم على العمل وعلى صحتهم وعلاقتهم فعالياً يتم تشخيصهم باضطرابات الهلع. إذا كانت نوبات الهلع دائماً مسبقة بقلق وهذا القلق ليس محصوراً فقط على أعراض الهلع فيمكن تشخيصهم باضطراب القلق العام. وعند تشخيص اضطراب القلق العام فعلى المعالج أن يتأكد من وجود القلق وأن هذا القلق ليس له علاقة بأعراض نوبة الهلع أو الخوف المرضي. كلا التشخيصين يمكن أن يتواجدا إذا ما تواجدا أعراض كلا منهما.

الخوف المحدد: الأشخاص المشخصون بالخوف من أشياء محدده غالباً ما يكونوا قلقين من نوبات الهلع. ولكن الخوف الأكبر يكون من شيء أو موقف معين. المصابون باضطرابات الهلع والخوف المرضي يمروا بتجربة نوبات الهلع بدون أن يكون من سبب محدد أو موقف معين. غالباً ما يكون هناك تشابه بين الخوف المرضي والخوف من شيء معين مثل (قيادة السيارة، والسفر بالطائرات، استخدام المصاعد) وهي تجعل الشخص يمر بنوبات هلع غير متوقعة ومن المهم عمل التقييم اللازم. كما يمكن

التفريق بينهما بالسؤال عن العواقب المتوقعة مثل الخوف من الطيران بسبب التخوف من سقوط الطائرة وتحطمها في الخوف المحدد، أما في نوبات الهلع والخوف المرضي فإنه يكون الإصابة بنوبة الهلع وعدم القدرة على الهروب من الطائرة.

الوسواس القهري: الأشخاص المصابون بالوسواس القهري أيضاً يصابوا بنوبات هلع أو بتجنب لمواقف معينة استجابةً للوسواس (مثل الأشياء الملوثة، أو الهلع أثناء المشي في شارع مزدحم بعد تردد الأفكار). نوبات الهلع تحدث استجابة لمواقف معينة و محفز داخلي. في كلا الحالتين من الممكن أن تكون مرتبطة بالقلق أكثر من الهلع أو عدم الراحة الجسدية ولكن على الاغلب تكون هذه العلامة البارزة للمرضى المصابين باضطرابات الهلع والخوف المرضي أكثر من المرضى المصابين بالوسواس القهري.

اضطراب ما بعد الصدمة: مثل اضطرابات القلق الأخرى، الأشخاص المصابون باضطراب ما بعد الصدمة يعانون أيضاً من نوبات هلع، وأعراض الهلع تُستثار بذكرات لصدمة معينة (Wald & Taylor, 2008). كلا التشخيصين من الممكن أن يكونا مناسبين، تقييم الحالة المرضية للأشخاص المصابين باضطراب ما بعد الصدمة عامل مهم لعلاج المريض واستعادة نشاطه. وجد كل من (June, Vives, Testa, & Marchione, 1998) أن من بين الأشخاص المصابين باضطراب القلق والخوف المرضي لديهم متغيرات لها علاقة بالصدمة مثل (تاريخ التجربة الصادمة، نوع الصدمة، العمر أثناء حدوث الصدمة، المسؤولية عن الصدمة، وجود الدعم المجتمعي، مستوى العنف)، كان لها أثر توقعي في الاستجابة للعلاج السلوكي والوظيفي للأشخاص المصابين باضطراب القلق والخوف المرضي.

التوهم المرضي: يتميز المصاب بـ (التوهم المرضي) أو توهم المرض بالانهماك والتفكير بإصابته بأمراض خطيرة. الأشخاص المصابين باضطراب الهلع والخوف من الأماكن المفتوحة يظهر لديهم مخاوف كبيرة من الإصابة بأمراض تهدد حياتهم (أمراض القلب والأوعية الدموية، أورام الدماغ...إلخ). المعتقدات المشابهة في التوهم المرضي قد لا تعني بالضرورة تشخيص مباشر بمرض التوهم المرضي الأساسي Hypochondriasis، ولكن قد تكون متعلقة أو عاكسة للأحاسيس الداخلية بالقلق. يمكن التفريق بين اضطراب الهلع و التوهم المرضي على أساس محتوى معتقدات المريض. الشخص المصاب بالهلع عادة ما يسيء فهم وتفسير أحاسيس الجسم اللاإرادية (مثل معدل نبضات القلب، صعوبة التنفس، الدوار) مما يؤدي إلى معتقدات خاطئة حول خطورة هذه

الأعراض. الذين يعانون من التوهيم المرضي نادرا ما يركزون على الأعراض اللاإرادية، لكن بدلاً من ذلك يسيئون تفسير الأعراض الجسدية الأخرى (مثل النتوءات، اضطرابات الجلد، الصداع) كمؤشر لأمراض جسدية. بالإضافة إلى أن درجة القناعة تختلف بين المرضى. الأشخاص المصابين بالتوهيم المرضي لديهم اعتقادات راسخة أنهم بالفعل مصابين بأمراض خطيرة وأنه في الغالب ما يتم طمأنتهم من قبل المعالجين بشكل مؤقت، في حين أن المصابين بالهلع يعترفوا بأنهم ليس لديهم أمراض خطيرة، خصوصاً عندما لا يكونوا في وسط نوبة الهلع.

اضطرابات الشخصية: ما يقرب من ٤٠ إلى ٦٥٪ من المرضى الذين يعانون من اضطراب الهلع والخوف من الأماكن المفتوحة لديهم تشخيص أحد اضطرابات الشخصية (Brooks, Baltazar, & Munjack, 1989). وأكثر اضطرابات الشخصية شيوعاً هي اضطراب الشخصية الانطوائية، الاعتمادية، والمسرحية (Chambless, Renneberg, 1992). وُجد جدل فيما يتعلق بآثار علاج اضطراب الهلع والخوف من الأماكن المفتوحة في الأفراد الذين لديهم اضطرابات الشخصية المرضية. هناك بعض الأدلة على أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات شخصية قد تتحسن حالة الهلع لديهم ببطء أكثر من الأفراد الذين لا يعانون من أحد اضطرابات الشخصية المرضية (Marchand, Goyer, Dupuis, & Mainguy, 1998). واتضح من النتائج أنهم يستجيبوا للعلاج الذهني على المدى القصير، وكان وجود اضطراب في الشخصية مؤشراً سلبياً، في حين أن عدم وجود اضطراب في الشخصية مؤشراً إيجابياً على التحسن وتطور الحالة للأفضل.

خطر الانتحار: المرضى الذين يعانون من اضطراب الهلع يعانون في كثير من الأحيان من المخاوف حول الموت، ليس من غير المألوف بالنسبة لهم أن يكونوا في غرف الطوارئ اعتقاداً منهم بأنهم في نوبة قلبية. بسبب الخوف الشديد من الموت، لذا من الغريب أن نرى أن المرضى الذين يعانون من اضطراب الهلع والخوف من الأماكن المفتوحة أقل عرضة للانتحار. وتقييم خطر الانتحار في الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الهلع مهم بسبب انخفاض كبير في جودة نوعية الحياة والأداء اليومي لديهم مع احتمال ارتفاع معدلات الاضطرابات المصاحبة. في المسح الوطني للاضطرابات المصاحبة لـ ٥٨٧٧ من البالغين الذين تتراوح أعمارهم ١٥-٥٤ عاماً، وجدت (Goodwin & Roy-Byrne, 2006) على مدى الحياة أن نوبات الهلع و اضطراب الهلع ارتبطت مع زيادة التفكير في الانتحار. وهذا يجعلنا نؤكد تماماً على ضرورة التقييم النفسي للانتحار وأخذه بعين

الإعتبار ولا نكتفي بالتخمين لتقييم المريض وإنما باتخاذ الإجراء المباشر واللازم للتأكيد من عدم وجود خطورة لحدوث الانتحار بعمل تقييم خطورة الانتحار لكل مريض.

ولا ننسى هنا بأن العوامل الثقافية تلعب دوراً مهماً أيضاً في عملية التشخيص والأبحاث والدراسات تدعم الاختلافات الثقافية في كيفية وصف الأشخاص للأعراض المرتبطة بقلقهم والتي لها انعكاسات هامة على كل من التقييم والعلاج. وقد لا يكون كافياً للمعالجين أن يسألوا الأسئلة المعيارية التي وُضعت للثقافات الغربية عن نوبات و اضطرابات الهلع في الثقافات العربية مثلاً. ونحن بحاجة إلى أن نأخذ بعين الإعتبار محتوى ومفهوم الثقافات المختلفة، و الأفكار المختلفة، و الأنواع الفرعية لأعراض الهلع (مثل: نوبة، ألم)، و مؤشرات الهلع (مثل: الدوخة عند الوقوف، تغيرات في درجة الحرارة) (Hinton, Nathan, Bird, & Park, 2002). وينبغي للممارس الإكلينيكي تقييم ما إذا كان رد فعل الخوف غير متوقع فعلاً، أم أنه يحدث استجابة للضغوطات المحيطة في الواقع.

المسببات

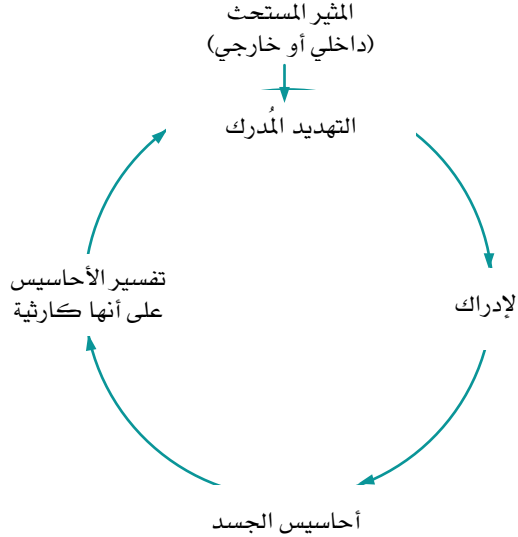
مسببات اضطراب الهلع غير معروفة ولكن يبدو أن لها استعداد وراثي، وتغير وفقاً لتغيير الإستجابة اللاإرادي، والتعلم الاجتماعي. اضطراب الهلع يظهر بشكل واضح في التاريخ العائلي. والاضطراب يظهر في ٣٠-٤٥٪ من التوائم. بالإضافة إلى وجود دراسات مرتبطة بالجانب الفسيولوجي ولكن في هذا الفصل سوف يتم التركيز على الجانب النفسي في مسببات حدوث اضطراب الهلع. وتشير النظرية الذهنية إلى أن المرضى الذين يعانون من اضطراب الهلع لديهم حساسية عالية للإشارات الذاتية اللاإرادية Internal Autonomic Cues (مثلاً عدم انتظام دقات القلب Tachycardia).

ويعتبر ديفيد كلارك David Clark من أفضل الذين كتبوا في تفسير مسببات حدوث اضطراب الهلع. ويشير النموذج الذهني لاضطراب الهلع (Clark, 1988, 1986) إلى أن نوبات الهلع التي هي من خصائص الاضطراب تنتج عن التفسير الخاطئ الكارثي لبعض الأحاسيس الجسدية. الأحاسيس التي يساء تفسيرها هي أساساً تلك التي تشارك في ردود فعل القلق العادي (مثل حدوث الخفقان، وضيق في التنفس، والدوخة) ولكن تشمل أيضاً بعض الأحاسيس الأخرى. التفسير الخاطئ الكارثي ينطوي على إدراك هذه الأحاسيس بأنها أكثر خطورة مما هي عليه في الواقع وعلى

وجه الخصوص، تفسير الأحاسيس كمؤشر على حدوث وشيك للكوارث الجسدية أو العقلية Physical or Mental Disaster. مثلاً، إدراك شعور طفيف من ضيق التنفس كدليل على الوقوع الوشيك في هبوط في عملية التنفس مما يترتب على ذلك حدوث الموت، أو حدوث ضيق في الصدر وتزايد حدوث نبضات القلب كدليل على نوبة قلبية وشيكة، وإدراك الإحساس بالنبض في الجبهة كدليل على نزيف في الدماغ.

وتظهر السلسلة المقترحة للأحداث التي تحدث في نوبات الهلع في الشكل ١. ويمكن للمثيرات الخارجية (مثل مخزون الخبرات السابقة للمرضى الذين يعانون من اضطراب الهلع والخوف من الأماكن المفتوحة) والمثيرات الداخلية (الأحاسيس الجسدية، والأفكار، والصور) أنها تثير نوبات الهلع. التسلسل الذي يتوج في النوبة يبدأ مع التحفيز بتفسير على أنها علامة على اقتراب خطر وشيك. هذا التفسير ينتج حالة من التخوف، الذي يرتبط مع مجموعة واسعة من الأحاسيس الجسدية. إذا تم تفسير هذه الأحاسيس المنتجة للقلق بطريقة كارثية (مثل مؤشرات الجنون الوشيك، والإغماء، والموت، وفقدان السيطرة)، تحدث زيادة أخرى في المخاوف، مما ينتج عنه المزيد من الأحاسيس الجسدية، مما يؤدي إلى حلقة مفرغة تؤدي إلى نوبة الهلع.

شكل ١: مقترح ديفيد كلارك David Clark في تصور حدوث نوبة الهلع.



أنواع نوبة الهلع

يقدم النموذج الذهني تفسيراً لكل من نوبات الهلع التي تسبقها فترة من القلق المرتفع. وفي النوبات التي يسبقها القلق المتزايد، والأحاسيس التي يساء تفسيرها في البداية غالباً ما تكون نتيجة للقلق السابق، والذي بدوره يرجع إلى توقع نوبة أو بعض الأحداث المثيرة للقلق التي لا علاقة له بحدوث نوبات الهلع (مثل القلق بشأن حدوث أزمة مالية). في النوبات التي لا يسبقها القلق المتزايد، تنشأ الأحاسيس الخاطئة في البداية عن حالة عاطفية مختلفة (مثل الغضب) أو أحداث غير ضارة مثل (التنفس، والخفقان)، وشرب الكثير من القهوة (خفقان)، أو الوقوف بسرعة بعد الجلوس (الدوخة). في مثل هذه النوبات يفشل المرضى في كثير من الأحيان في التمييز بين الأحاسيس الجسدية والتي تثير الهلع والذعر لاحقاً والتي ينظروا إليها على أنها ليست له سبباً واضحاً أو مباشراً لحدوث أعراض الهلع أو نوبة الهلع.

وهذا أمر مفهوم نظراً لمعتقدات المرضى حول معنى النوبة. مثلاً إذا كان المريض يعتقد أن هناك أعراض غير طبيعية في قلبه، فإنه من غير المرجح أن ينظر إلى حالة الخفقان التي تؤدي إلى حدوث نوبة أنها أمر مختلف عن حدوث النوبة ذاتها. بدلاً من ذلك، فمن المرجح أن ينظر إلى كلا الجانبين من نفس الشيء - حدوث الأزمة القلبية أو الوشوك في حدوثها.

النوبات الليلية

ويمكن أيضاً تطبيق هذا النوع من التفسيرات لوقوع نوبات تلقائية ليلية، التي يستيقظ فيها المريض في حالة من الهلع (Clark 1989; Barlow & Craske; p 75, 1988). وقد أظهرت دراسات النوم (Oswald, 1966) أننا نراقب العالم الخارجي لأصوات كبيرة بينما نحن نسترسل في حالة النوم وتحصل حالة الانزعاج وانقطاع النوم بسبب هذه الأصوات. ويقترح النموذج الذهني أننا نراقب أيضاً بيئتنا الداخلية لأحداث هامة. هناك العديد من التغييرات الجسدية التي تحدث أثناء النوم. الشخص الذي يشعر بالقلق إزاء قلبه قد يكون لنوبة هلع ناجمة عن خفقان أو زيادة صعوبة في التنفس ويتم اكتشافها مما يؤدي إلى حدوث حالة الهلع.

ومن المرجح أن تحدث التفسيرات الخاطئة عندما لا يكون لدى الفرد تفسير مباشر متاح مما يسهل الوصول إليه. لذا نلاحظ بشكل مثير أن نوبات الهلع الليلية أقل

احتمالاً في مرحلة النوم (حركة النوم السريعة REM) (Uhde & Mellman, 1990) التي يكون فيها حدوث الأحلام. تفاصيل أحداث الحلم (مثل حلم بأن حيوان مفترس يطارد المريض) غالباً ما توفر تفسيراً واضحاً للأحاسيس الجسدية، وبالتالي جعل التفسير الخاطئ أقل احتمالاً. وقد قدم (Craske & Freed, 1995) دعماً تجريبياً للتفسيرات النفسية للهلع الليلي.

النوبة الأولى مقابل النوبات اللاحقة

عند تطبيق النموذج الذهني على المرضى فإنه من المفيد في كثير من الأحيان التمييز بين نوبة الهلع الأولى والتطور اللاحق من النوبات المتكررة واضطراب الهلع. وتشير الدراسات الاستقصائية المجتمعية (Brown Campbell, Lehman, Grisham & Mancill, 2001) أن 28% من عامة المجتمع سيواجهون نوبات من الهلع غير متوقعة أحياناً في حياتهم. ومن غير المحتمل أن يكون هناك تفسير واحد لهذه النوبات اللاإرادية الشائعة نسبياً، ولكن أحياناً. ويمكن أن تؤدي أحداث الحياة الشديدة، والتغيرات الهرمونية، والإصابة بالمرض، وتعاطي الكافيين، والمخدرات، ومجموعة متنوعة من الظروف الطبية العابرة، إلى حدوث تغيرات ذاتية في بعض الأحيان.

ويفترض النموذج الذهني أن الأفراد أكثر عرضة لتطور حالة نادرة من نوبات الهلع المتكررة واضطراب الهلع (حوالي 3-5% من عامة المجتمع (Clark, 1994) إذا كانوا يميلوا إلى تفسير هذه الأحداث اللاإرادية بطريقة كارثية. ويمكن أن يكون مثل هذا النزوع نتيجة لتجارب التعلم التي تسبق وقوع النوبة الأولى (أو قد ينشأ كنتيجة للطريقة التي يتبعها المرضى أو الأطباء (مثلاً من خلال إنذار شخصاً ما على أن النوبة قد تشير إلى حالة قاتلة محتملة).

اضطراب الهلع وتجنب الخوف من الأماكن المكشوفة

هناك نسبة كبيرة من مرضى اضطرابات الهلع تتطور بسبب تجنب الخوف من الأماكن المفتوحة. ويشير النموذج الذهني إلى أنه من المرجح أن يحدث تجنب الخوف من الأماكن المفتوحة بشكل خاص إذا وقعت النوبات الأولية بعيداً عن المنزل في الحالات التي قد يكون من الصعب فيها الحصول على المساعدة. واتساقاً مع هذا المقترح، ذكر (Craske & Barlow, 1988) أن المرضى الذين يعانون من اضطراب الهلع والخوف من الأماكن المفتوحة يميلوا إلى أن يكونوا أكثر عرضة لنوبات الهلع الأولى عند الخروج من المنزل بمفردهم؛ بالمقارنة مع المرضى الذين يعانون من اضطراب الهلع

وليس الخوف من الأماكن المفتوحة يميلوا إلى تطوير حدوث النوبة الأولى بصحبة أحد الأفراد داخل المنزل. وعلى الرغم من أن سوء تفسير نوبة الهلع المتعلقة بالأحاسيس من حيث حدوث الكوارث الجسدية (مثل النوبات القلبية، الاحتراق) يبدو أنها من خصائص جميع مرضى اضطراب الهلع (Clark, 1997)، ومرضى اضطراب الهلع الذين يعانون من الخوف من الأماكن المفتوحة هم أكثر عرضة للقلق بشأن العواقب الاجتماعية الناتجة من حدوث النوبة من أولئك الذين تم تشخيصهم فقط باضطراب الهلع بدون الخوف من الأماكن المفتوحة (Amering, Katschnig, Berger, Windhabe, Baischer, & Dantendorfer, 1997). لقد كان هناك جدل حول مدى حدوث الخوف من الأماكن المفتوحة في غياب حدوث نوبات الهلع في التاريخ المرضي للحالة (Hofmann, 1993; Meuret, Rosenfield, Suvak, Barlow, Gorman, Shear, & Woods, 1993). ويرى كلين وكلين (Klein and Klein, 1989) أن "الخوف من الأماكن المفتوحة يسبقه دائماً الهلع العفوي Spontaneous Panics. وأشارت دراسة وبائية (Wittchen & Essau, 1991) أن الخوف من الأماكن المغلقة دون الهلع هو شائع جداً في المجتمع ولكن أكثر ندرة من المؤسسات الصحية لأن وجود نوبات الهلع يرتبط بشكل خاص بسلوك البحث عن العلاج.

العوامل التي تمنع التغيير الذهني في غياب العلاج

وقد وفرت الدراسات البحثية التي أجريت مع مرضى اضطرابات الهلع (Clark, 1996) الدعم لتأكيد النموذج الذهني أن نوبات الهلع المتكررة تحدث لأن المرضى قد شوهوا المعتقدات حول بعض الأحاسيس الجسدية التي ارتبطت حدوثها في النوبة. وهنا يجب أن نسأل ما الذي يضمن بقاء أو استمرار المعتقدات السلبية؟ وقد أشار سيلجمان Seligman (1988) إلى أن العديد من مرضى اضطراب الهلع ما زالوا يحافظوا على المعتقدات المشوهة حول أحاسيسهم الجسدية على الرغم من التجارب العديدة التي يبدو أنها تتناقض مع معتقداتهم الخفية. مثلاً، المرضى الذين يشعرون بالقلق من أنهم قد يعانون من أزمة قلبية خلال نوبة الهلع قد يستمروا في هذا الاعتقاد على الرغم من وجود الآلاف من النوبات التي لم تسبب لهم الموت وزيارات متكررة إلى أقسام الطوارئ حيث أنهم في حالة طبيعية من الناحية الجسدية. قد يكون هذا الثبات محيراً. لماذا مرضى اضطراب الهلع غير مقتنعين مع عدم حدوث أي أضرار جسدية حقيقية مع تكرار نوبة الهلع؟ وقد تم تسليط الضوء من الباحثين في النظرية الذهنية (Salkovskis, 1988; Ehlers &

1988; Clark, 1989; Margraf) على عمليتين يبدو أنهما تحافظان على المعتقدات المشوهة للمرضى.

تعزيز الحس الداخلي

نتيجة للمعتقدات حول الخطورة لأحاسيس محددة يفرض مرضى اضطرابات الهلع بشكل حساس جداً ويضخموا تلك الأحاسيس إلى أن تأخذ طابعاً غير منطقياً، وتجدهم بشكل متكرر ينشغلوا بالبحث عن دلائل تشير إلى أن هناك شيئاً سيئاً سوف يحدث. هذا التركيز والاهتمام الداخلي يسمح لهم أن تلاحظ الأحاسيس التي هي موجودة في الجميع ولكن معظم الناس لا يدركوها إلا جزئياً. عندما تلاحظ أن الأحاسيس تؤخذ كدليل على وجود بعض الاضطرابات الجسدية أو العقلية الخطيرة. وبهذه الطريقة، يتم إنشاء وتأسيس أدلة بشكل شخصي لدعم المعتقدات الخاطئة. مثلاً (أنا أعلم أن الدكتور يقول أن التحليل الطبي سليم، ولكن لدي أحاسيس أن هناك شيئاً غير مريح وأنه لا بد من وجود شيء مقلق).

سلوكيات البحث عن الأمان

اقترح (Salkovskis, 1991, 1988) أن مرضى اضطرابات الهلع ينخرطوا في مجموعة واسعة من السلوكيات التي تهدف إلى منع الكوارث التي يخشوا الوقوع فيها (مثل الخوف من الموت، وفقدان السيطرة على بعض المواقف). وبما أن المخاوف غير واقعية، فإن السلوكيات (التي وصفها سالكوفسكي بـ "سلوكيات البحث عن الأمان") لها نتيجة أنها تحافظ على معتقدات المرضى السلبية لأن عدم وقوع الكارثة يمكن أن يعزى إلى الانخراط في سلوك البحث عن الأمان Safety-Seeking Behaviours، بدلا من حقيقة أن الكارثة لم تكن قد وقعت في أي حال. إن تجنب أو الهرب من مواقف الخوف (المواصلات العامة، الحشود) التي هي شائعة في اضطراب الهلع مع الخوف من الأماكن المفتوحة هو مثال كلاسيكي لسلوك البحث عن الأمان. ومع ذلك يقول سالكوفسكي أنه حتى عندما لا يهرب المرضى من حالة مخيفة، فإنها تشارك دائماً في سلوكيات البحث عن الأمان أثناء نوبة الهلع.

ومن الأمثلة الأكثر شيوعاً: المحاولة الحادة والشديدة للسيطرة على الأفكار مع وجود خشية الإصابة بالجنون بسبب نوبة الهلع أو مثل المشي مع أرجل متخشبة مع وجود شعور بالدوار والخوف مما يؤدي إلى حالة الضعف الجسدي. واستمرار الرقابة الصارمة على السلوكيات التي تؤدي إلى فقدان السيطرة تمنع المرضى من اكتشاف أن الأحاسيس

التي يواجهونها في نوبات الهلع بأنها ليست خطيرة كما يعتقدون. وبالإضافة إلى ذلك، فإن بعض السلوكيات لها نتيجة مؤسفة لأنها تضخم الإحساس بالخوف. مثلاً: محاولة استبعاد الأفكار المزعجة من العقل يمكن أن تجعلها أكثر عرضة للوقوع في نوبة الهلع (Wegner, 1989)؛ المشي مع أرجل متخشبة أو جامدة يجعل الناس يشعرون بعدم الارتياح وعدم الاستقرار؛ والتنفس بسرعة أكبر وعمق (فرط التنفس) يجعل بعض الناس يشعرون أكثر بضيق في التنفس. بالإضافة إلى استخدام سلوكيات البحث عن الأمان خلال نوبة الهلع، وكثير من المرضى أيضاً ينخرط في سلوكيات البحث عن الأمان ما بين النوبات المتكررة. مثلاً يمكن للمريض الذي يشعر بالقلق من وجود نوبة قلبية يبدأ بمحاولة تجنب ما يراه هو بأنه سوف يعرضه للإجهاد مثل تجنب ممارسة الجنس حينما يشعر بالتعب، وتجنب الوجبات الثقيلة والحد بشكل كبير من ممارسة الرياضة. وبالمثل، فإن الشخص الذي يشعر بالقلق من أن القلق الشديد يمكن أن يشغل الذهن إلى حد الجنون أو الموت قد يؤدي لتجنب أي أحداث ضاغطة. وتماشياً مع اقتراح سالكوفسكيس، أكدت الأبحاث اللاحقة أن السلوكيات التي تسعى إلى تحقيق الأمان منتشرة اضطراب الهلع (Salkovskis, Clark & Gelder, 1996) وتلعب دوراً في الحفاظ على المعتقدات السلبية للمرضى (Salkovskis, Clark, Hackmann, Wells & Gelder, 1999).

طرق العلاج

ويركز النموذج الذهني في اضطراب الهلع على إمكانية معالجته بشكل فعال من خلال تصحيح المعتقدات السلبية للمرضى حول أحاسيسهم المتعلقة بالهلع. شكّل كلارك، سالكوفسكيس وزملاؤه شكلاً متخصصاً من العلاج الذهني الذي يحاول تحقيق هذا الهدف في أواخر الثمانينيات/أوائل التسعينات وهذا العلاج له ثلاثة أهداف رئيسية:

- مساعدة المرضى على تحديد التفسيرات الخاطئة الكارثية من نوبة الهلع ذات الصلة بالأحاسيس الجسدية.
- توليد تفسيرات بديلة غير كارثية لأحاسيس جسدية. وعادة ما يكون التفسير البديل هو النموذج الذهني.
- اختبار صحة التفسيرات الكارثية وغير الكارثية من خلال المناقشة والتجارب السلوكية. في اضطرابات الهلع، والتجارب السلوكية ذات أهمية خاصة.

يتم استخدام مجموعة واسعة من تقنيات المناقشة والتجارب السلوكية في العلاج. وفي حقيقة الأمر أن استخدام مثل هذه التقنيات يتطلب تداخلاً واثقاناً عالي جداً لتطبيقها في الجلسة العلاجية من أجل الوصول إلى أفضل النتائج.

التقييم

ترتبط عادة نوبات الهلع والخوف من الأماكن المفتوحة مع بعضها البعض، لذا ينبغي تقييم كلا السمتين أثناء الفحص النفسي. التقييم الشامل Comprehensive Assessment قد يكون له أهمية كبيرة لفهم أكبر وأعمق للظاهرة ومسبباتها. مثلاً هناك أدلة على وجود تباين كبير في أنواع وتكرار وشدة وحدة الأعراض والتجنب الناتج من الخوف في اضطراب الهلع (Barlo, 2004). وقد اقترح العديد من الباحثين أن اضطرابات الهلع قد تنقسم إلى أنواع فرعية على أساس نوع الأعراض. ومع ذلك، فقد وصفت مثل هذه الدراسات وركزت على مجموعات مختلفة من الأعراض، واتفقت فقط على مجموعة من الأعراض التي تميز المرضى الذين يعانون من أعراض الجهاز التنفسي باعتبارها متفردة ونوع فرعي متميز (Clark, 1996). وبالإضافة إلى ذلك، فإن استخدام التدابير التي تستهدف مجموعات مختلفة من الأعراض قد يساعد في تقييم وتحديد الأنواع الفرعية. إن إجراء مزيد من التحريات في الأنماط الفرعية ومجموعات من الأعراض في التقييم الشامل يمكن أن يساعد فقط في تطوير علاجات أفضل، وتصور واضح وصياغة بشكل مفهوم عن نوبة الهلع.

وخلال التقييم النفسي لاضطراب الهلع يمكن أن يكون من خلال عمل مقابلة منتظمة أو شبه منتظمة أو الاختبارات السلوكية والاستبيانات الذاتية وسجلات المراقبة الذاتية أو التقييمات النفسية الأخرى. كل من هذه الاستراتيجيات سوف يساعد في فهم جوانب محددة للحالة وكلها يمكن أن تكون مفيدة لبناء خطة علاجية وذات دلالة جيدة لمتابعة الجلسات العلاجية لعمل التقييم المستمر.

الأدوات المستخدمة في التقييم

سوف تقدم مجموعة من الأدوات والآليات المستخدمة في التقييم النفسي والتي تساعد في عمل التقييم الشامل لجوانب اضطراب الهلع مع تزويد لمحة عامة عن تلك الأدوات وللحصول على التفاصيل بشكل أكبر انظر (Antony, Orsillo, & Roemer, 2001).

مقابلات التشخيص السريري التي يديرها المعالج

Clinician-Administered Diagnostic Interviews

يصف هذا القسم نوعين من المقابلات التشخيصية الأكثر شيوعاً التي يديرها المعالج والتي تشمل أقساماً لتشخيص اضطراب الهلع والخوف من الأماكن المفتوحة بالإضافة إلى حالة القلق، والمزاج، والاضطرابات النفسية الأخرى.

قائمة مقابلة اضطرابات القلق

Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV

هذه القائمة تحدد بشكل منظم لعمل مقابلة المريض من أجل التحقق من اضطرابات القلق (Brown, Di Nardo & Barlow, 1994) هو إجراء مقابلة تشخيصية تدار من قبل المعالج وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي لفحص اضطراب القلق والاضطرابات ذات الصلة. وتساهم هذه القائمة بشكل مفيد في فهم الجوانب المرضية وتساعد أيضاً في تأسيس خطة علاجية هادفة ومحددة.

المقابلة السريرية المنظمة

Structured Clinical Interview for DSM-IV

المقابلة السريرية المنظمة (Brown, Di Nardo & Barlow, 1996) هي أداة تشخيصية شائعة الاستخدام للاضطرابات التي تم تصنيفها وفقاً للدليل الإحصائي للمعايير التشخيصية للجمعية النفسية الأمريكية للطب النفسي وتحتوي هذه المقابلة قواعد أساسية تساعد في اتخاذ القرار لإجراء التشخيص المناسب. علماً بأنها لا تتضمن أسئلة مفصلة حول بعض اضطرابات القلق التي تعتبر ذات صلة باضطراب الهلع. ويتراوح مستوى الموثوقية ما بين المتوسطة إلى العالي في استخدام هذه المقابلة (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996).

مقاييس تقييم المعالجين والتقييم الذاتي لاضطراب الهلع والخوف من الأماكن المفتوحة

Self-Rated and Clinician-Rated Measures for Panic Disorder and Agoraphobia

وقد أثبت عدد من الأدوات سواءً التقرير الذاتي للمرضى أنفسهم أو عن طريق تقييم المعالجين أنها مفيدة في تقييم اضطراب الهلع والخوف من الأماكن المفتوحة. في حين أن المقابلات الأكثر شمولية التي ذكرها مسبقاً تهدف إلى إنشاء تشخيص تداير أخرى مفيدة في تأكيد التشخيص الأولي، وتوفير المعلومات عن المظاهر المرتبطة بها، أو تقييم شدة الاضطراب. ويعرض الجدول التالي ملخصاً للأدوات التي يتم استخدامها في تقييم اضطراب الهلع والخوف من الأماكن المفتوحة سواءً التي يتم استخدامها من المرضى

أنفسهم أو عن طريق المعالجين مع وصف موجز لكل أداة وعدد البنود والوقت التقريبي لإنجازه.

جدول ٢: أدوات التقييم النفسي لاضطراب الهلع والخوف من الأماكن المفتوحة.

الوقت بالدقيقة	عن طريق المعالجين أم المرضى	عدد البنود	ماذا تقيس؟	الأداة
Measures of Panic Frequency and Severity مقاييس تكرار نوبة الهلع وشدتها				
٢٠ - ٣٠	المعالج	—	ظاهرة الهلع وطرق التغلب	استبيان نوبة الهلع Panic Attack Questionnaire-IV (PAQ-IV; Norton et al., 2008)
١٠ - ٥	كليهما	٧	شدة التشخيص	مقياس شدة اضطراب الهلع Panic Disorder Severity Scale (PDSS; Shear et al., 1997)
١٠ - ٥	كليهما	١٣	شدة التشخيص	مقياس الهلع والخوف من الأماكن المفتوحة Panic and Agoraphobia Scale (PAS; Bandelow et al. (1995)
١٠	المعالج	٥	شدة التشخيص	مقياس الأعراض المرتبطة بالهلع Panic Associated Symptom Scale (PASS; Argyle et al., 1991)
Cognitive Measures مقاييس ذهنية				
٥	ذاتي	١٤	تكرار الكوارث الذهنية	استبيان المخاوف الذهنية Agoraphobic Cognitions Questionnaire
١٠ - ٥	ذاتي	٢٦	أفكار الاكتئاب والقلق	مقياس قائمة القلق المدرك Cognitions Checklist-Anxiety Scale (CCL-A; Taylor et al., 1997)
١٠ - ٢٠	ذاتي	٥٠	الأفكار الكارثية حول الأحاسيس الجسدية والتفاعلات الشخصية	استبيان المدركات الكارثية المعدل Catastrophic Cognitions Questionnaire— Modified (CCQ-M; Khawaja, Oei, & Baglioni, 1994)
٢٠ - ٣٠	ذاتي	٤٠	توقع الهلع، العواقب المتوقعة من الهلع والقدرة على التعامل مع الهلع	قائمة تقييم الهلع Panic Appraisal Inventory (PAI; Feske & de Beurs, 1997)

٢٠-١٠	ذاتي	٤٢	معتقدات حول اضطراب الهلع	قائمة معتقدات الهلع Panic Belief Inventory (PBI; Greenberg, 1988)
Measures of Perceived Control مقاييس السيطرة المدركة				
١٥-١٠	ذاتي	٣٠	التحكم المدرک للأحداث المرتبطة بالقلق	استبيان التحكم بالقلق Anxiety Control Questionnaire (ACQ2; Rapee et al., 1996)
Measures of Sensation-Focused Fear and Vigilance مقاييس الخوف المرتبط من التركيز على الأحاسيس				
١٠-٥	ذاتي	١٦	القلق الناتج عن الخوف من الأعراض	قائمة حساسية القلق Anxiety Sensitivity Index (ASI; Reiss et al., 1986)
٣٠-٢٠	ذاتي	١٤	الإحساس الجسدي للهلع الناتج من مثير داخلي أم خارجي	استبيان الأحاسيس الجسدية Body Sensations Questionnaire (BSQ; Chambless et al., 1984)
Measures of Panic-Related Avoidance مقاييس تجنب الهلع ذات الصلة				
١٠-٥	ذاتي	٢٧	الحس الداخلي، الجانب الاجتماعي وتجنب المواقف	استبيان ألباني للهلع والخوف Albany Panic and Phobia Questionnaire (APPQ; Rapee et al., 1995)
١٠-٥	ذاتي	١٥	تجنب المواقف المرتبطة بالخوف من الأماكن المفتوحة والرهاب الاجتماعي	استبيان الخوف Fear Questionnaire (FQ; Marks & Mathews, 1979)
١٥-١٠	المعالج	١٣	الخوف من الأماكن المفتوحة	مقياس تقييم تجنب الخوف Phobic Avoidance Rating Scale (PARS; Hoffart, Friis, & Martinsen, 1989)

معايير التشخيص

يجب تحقق أربعة أعراض على الأقل بشكل مفاجئ وتصل إلى شدتها خلال عشر دقائق:

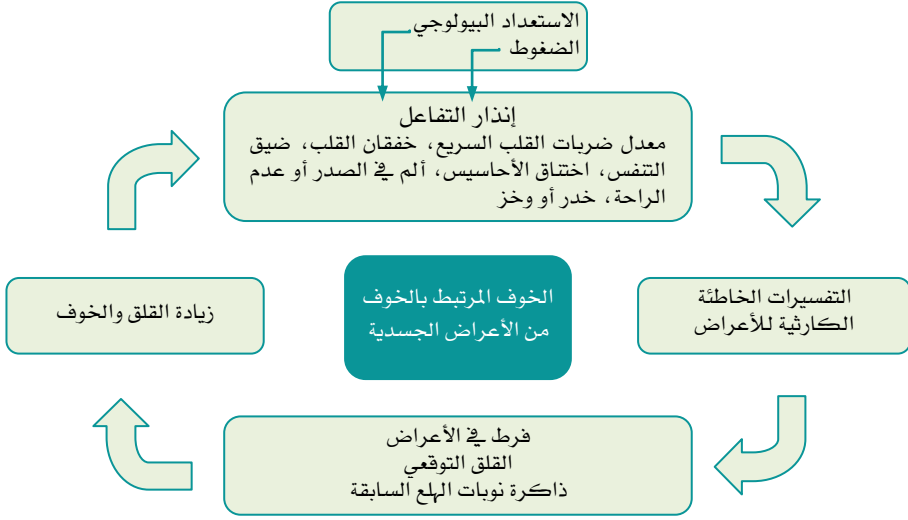
- التعرق.
 - ألم في الصدر.
 - شعور بالصدمة.
 - الإحساس بالخدر.
 - الارتعاد أو الارتعاش.
 - قيئ أو آلام في البطن.
 - فقدان الشعور بالذات، عدم الواقعية.
 - الإحساس بالقشعريرة أو اندفاع الدم الحار.
 - إحساسات بانقطاع التنفس أو ضيق النفس.
 - خفقان سريع للقلب، أو تسارع في النبضات.
 - الشعور بالدوار وعدم الثبات وخفة في الرأس أو إغماء.
 - الخوف من فقدان التحكم في النفس أو التعرض للجنون.
- مؤشرات تشخيصية:** لكي يكون التشخيص أكيداً يجب أن تحدث عدة نوبات شديدة (٣ - ٤ نوبات) خلال شهر:

- في ظروف تخلو من خطر موضوعي.
- لا ينبغي أن تقتصر النوبات على مواقف معروفة أو قابلة للتنبؤ بها.
- يجب أن توجد فترات خالية نسبياً من القلق بين النوبات.

صياغة الحالة: العناصر الأساسية في صياغة الحالة:

- تصف كل الأعراض والاضطرابات والمشاكل التي يعاني منها المريض.
- تقترح فرضية حول آلية سبب حدوث الاضطراب.
- تحديد وتقدير المهيئات الحالية للاضطراب والمشكلة.
- تبين الأسباب الأساسية التي ارتبطت بآليات حدوث الاضطراب.

شكل ٢: الصياغة الذهنية لاضطراب الهلع



الخطة العلاجية

لبناء خطة علاجية متوافقة مع صياغة الحالة ينبغي تقييم جميع مسببات الحالة والظروف التي ساعدت في استمرار تكرار نوبات الهلع، حيث نتأكد متى تحدث نوبة الهلع؟ ولماذا؟ ويتم تقدير شدة وحدة الأعراض لذا ينبغي أن تكون الخطة العلاجية واضحة المعالم في تحديدها ويتم مناقشتها مع المريض لضمان الوصول إلى حالة اتفاق نضمن فيها تضافر جهود المعالج مع المريض من أجل الوصول إلى تحقيق الأهداف المرجوة والتي تم الاتفاق عليها في رسم الخطة العلاجية. علماً بأن هذه الخطة العلاجية تخضع للمقابلة بشكل أسبوعي ويتراوح عدد الجلسات ما بين ٥ إلى ١٥ جلسة.

جدول ٣: مزايا وعيوب التدخلات العلاجية المختلفة لاضطراب الهلع

العيوب	المزايا	الطريقة العلاجية
تأخر في بداية ظهور نتائج العلاج مع وجود الآثار الجانبية للعلاج	تكلفة منخفضة (بشكل عام)؛ علاج الاكتئاب المرضي واضطرابات القلق. متوفر بشكل جرعة مرة واحدة يوميا	مضادات الاكتئاب Antidepressants-SSRIs

الآثار الجانبية للدواء. الانسحاب والاعتماد؛ قد تتداخل مع التعرض لنوبة الهلع. متعددة الجرعات اليومية	بداية سريعة، وجيد التحمل، تكلفة منخفضة	البنزوديازيبين Benzodiazepines
التكلفة العالية؛ الالتزام بالوقت؛ محدودية الوصول إلى المعالجين الخبراء	الفائدة على المدى الطويل، والوقاية من الانتكاس. آمنة في حالات الحمل؛ آمن لأولئك الذين لديهم تاريخ من اضطراب ثنائي القطب واستخدام المخدرات	العلاج الذهني السلوكي Cognitive-behavioral therapy CBT
أعلى تكلفة؛ الالتزام بالوقت؛ محدودية الوصول إلى المعالجين الخبراء؛ الأعراض الجانبية للدواء.	بداية سريعة لفعالية العلاج؛ علاج الاضطرابات المرضية المصاحبة	العلاج المشترك (الدوائي والنفسي) Combination medication and CBT

التدخلات العلاجية

من أكثر التدخلات العلاجية التي لاقت الكثير من البحث العلمي والتي تستند على الكثير من البراهين في علاج ومتابعة حالات اضطراب الهلع هو العلاج الذهني السلوكي وحينما نتحدث عن العناصر الأساسية في التدخل العلاجي وفقاً للعلاج الذهني السلوكي لعلاج اضطراب الهلع. التثقيف والتعليم النفسي حول طبيعة نوبات الهلع والاضطرابات المصاحبة أو الأعراض المتكررة الحدوث أثناء نوبات الهلع وكيفية حدوثها بشكل واضح وجلي متلائم مع فهم المريض لحالته. والتدخلات الذهنية التي تستهدف أنماط التفكير الكارثي والإفراط في تقدير احتمال النتائج السلبية أو الكارثية. أيضاً يتم استخدام التعرض لاستهداف المخاوف الأساسية التي تساعد على ديمومة الأعراض وتكون سبباً واضحاً في استمرار دورة الهلع، وخاصة التعرض للأحاسيس الداخلية المخيفة والحالات ذات الصلة.

قد يختلف الباحثون والإكلينيكون عن درجة النظر إلى استراتيجية التعرض مقابل التدخلات الإدراكية على أنها مركزية للعلاج، ولكن استخدام كلا التدخلين أمر

شائع. على سبيل المثال، في العلاجات الذهنية المكثفة قد لا يزال التأكيد على التعرض كوسيلة لمساعدة الأفراد على تغيير تفسيراتهم لأعراض الهلع أو لحالات الخوف من الأماكن المفتوحة (SalkovskisK, Clark, Hackmann, Wells, & Gelder, 1999).

العلاج الذهني السلوكي

محتويات العلاج الذهني السلوكي Cognitive Behavioural Therapy التي سيتم طرحها في هذا الجانب يتم دمجها في البرنامج العلاجي بحيث كل مفردة من هذه المحتويات تأخذ جلسة علاجية مخصصة.

الإجراءات العلاجية

التعليم والتثقيف

يبدأ العلاج بالتثقيف حول طبيعة اضطراب الهلع، وأسباب الذعر والقلق، وطرق الهلع والقلق تدوم من خلال حلقات التغذية الراجعة بين أنظمة الاستجابة الجسدية والذهنية والسلوكية. وتقدم وصفاً محدداً للحالة الفسيولوجية و النفسية للاستجابة أثناء نوبة الهلع في الإقدام أو الإحجام، فضلاً عن شرح للقيمة التكيفية للتغيرات الفسيولوجية المختلفة التي تحدث أثناء الهلع والقلق.

والغرض من هذا التعليم هو تصحيح التشويهات الشائعة والمفاهيم الخاطئة حول أعراض الهلع (مثل المعتقدات المتعلقة بالجنون أو الموت أو فقدان السيطرة) التي تساهم في توطين حالة الهلع والقلق. يتم التأكيد على قيمة البقاء على قيد الحياة بسبب ردود الفعل والتي تحصل لنا خلال (نوبات الهلع) في جميع الأوقات.

كما يساعد تعليم المريض على أن يميز بين حالة القلق ومشاعر الخوف / الهلع، سواء من الناحية النظرية أو من حيث أساليب الاستجابة الثلاثة (الذاتية، الفسيولوجية، والسلوكية). هذا التمييز هو محور نموذج اضطراب الهلع. وينظر إلى القلق على أنه حالة استعداد للتهديد مستقبلاً، في حين أن الذعر هو مشاعر إقدام-إحجام fight-flight التي يعتبر تهديده قريب الحدوث. يتميز الهلع أو الخوف بـ (١) الإدراك أو الوعي من خطر وشيك، (٢) التفريغ الذاتي المفاجئ، و (٣) سلوك إقدام إحجام.

ويتسم القلق (١) بالإدراك أو الوعي بالتهديد في المستقبل، (٢) التوتر المزمن، و(٣) الحذر، وتجنب، وانخفاض الأداء.

المراقبة الذاتية

تعتبر المراقبة الذاتية Self-Monitoring أساساً لنموذج عالم الشخصية Personal Scientist Model للعلاج الذهني السلوكي. يتم تقديم المراقبة الذاتية كوسيلة لتعزيز الوعي الذاتي الموضوعي وزيادة الدقة في المراقبة الذاتية. وهنا يطلب من المرضى الاحتفاظ بنوعين على الأقل من السجلات. أولاً، وهو سجل نوبة الهلع Panic Attack Record ويتم انجازه والمتابعة المستمرة من خلاله بعد حدوث كل نوبة هلع؛ هذا السجل يوفر وصفاً للأسباب، وأقصى حدث مزعج، والأعراض، والأفكار، والسلوكيات. والطريقة الثانية، سجل المزاج اليومي Mood Record Daily، يتم انجازه في نهاية كل يوم لتسجيل مستويات عامة أو متوسطة من القلق والاكتئاب، وتبنيه المريض لتوثيق أي حدث آخر مرتبط بالحالة المزاجية له. بالإضافة إلى أن المرضى يحتفظوا بسجل يومي من الأنشطة أو المواقف والأحداث التي تم تجنبها.

تكرار التدريب على التنفس

إعادة تدريب التنفس Breathing Retraining هو عنصر مركزي في وقت مبكر في تقدم علاج نوبة الهلع السيطرة عليها، لأن العديد من مرضى الهلع وصف أعراض فرط التنفس بأنها مشابهة جداً لأعراض نوبة الهلع. والجدير بالذكر أن تقرير أعراض فرط التنفس لا يمثل دوماً الحالة الفسيولوجية لفرط التنفس: إذ أن ٥٠٪ فقط أو أقل من المرضى يظهرون انخفاض فعلي في كمية ثاني أكسيد الكربون في الشهيقي والزفير خلال نوبة الهلع (Hibbert & Pilsbury, 1989). حيث يبقى قيمة التدريب على التنفس قيد البحث والتساؤل وتحتاج المزيد من البحوث.

في التصورات المبكرة كانت نوبات الهلع المرتبطة بالضغط الناتجة من التغيرات في التنفس أو الخوف لأن المرضى يدركوا على أنه تهديد أو محفز للخوف (Clark, 1986). أظهرت العديد من الدراسات تأثير إيجابي على إعادة تدريب التنفس (Mueser, 2009). ويتم عمل إعادة التدريب ستة دورات كل أسبوعين لإعادة تدريب التنفس والتخفيف التدريجي خفضت نوبات الهلع من ١٠ إلى ٤ نوبات في الأسبوع، ولكنها لم تكن أكثر فعالية من التدريب على السيطرة على الأعراض عن طريق التنفس في كيس أو تحديد الضغوطات على الحياة وطريقة حل المشكلات.

الاسترخاء التطبيقي

يعتبر الاسترخاء التطبيقي Applied Relaxation شكل من أشكال الاسترخاء المعروفة باسم الاسترخاء التطبيقي أظهرت نتائج جيدة كعلاج لنوبات الهلع. الاسترخاء التطبيقي يستلزم تدريب المرضى في استرخاء العضلات التدريجي progressive muscle relaxation حتى أنهم يصبحوا ماهرين في الاسترخاء للسيطرة على أعراض نوبة الهلع، وبعد ذلك يتم استخدام هذه المهارة مع التعرض لأحداث مثيرة لنوبة الهلع والتي تم تحديدها بشكل هرمي.

إعادة الهيكلة الذهنية

إعادة الهيكلة الذهنية Cognitive Restructuring في البداية، والعلاج الذهني لاضطراب الهلع والخوف من الأماكن المفتوحة لم يستهدف مباشرة خطأ تقييم الأحاسيس الجسدية واقعياً، ولكن بدلاً من ذلك عزز التصريحات الذاتية في حالات إثارة القلق (Feldman, Giardino, & Lehrer, 2000). ويستخدم هذا المصطلح للإشارة إلى النماذج العلاجية التي تحاول تعديل العوامل الذهنية، فعندما نلاحظ السلوكيات الناتجة من حالة الهلع نجد أنها وصف للتفكير الغير عقلاني أو الغير واقعي فعلاً. ومن هذا المنطلق يعتبر العلاج على أنه تأسيس عملية تعلم داخلية تشمل إعادة تنظيم مدركات المريض وإعادة ترتيب أفكاره المرتبطة بالأحداث والمثيرات التي تعايش معها مسبقاً وكون من خلالها مخزون الذاكرة التي يستند عليه في تنشيط نوبة الهلع. ومن ضمن الاستراتيجيات المتبعة في هذه الأسلوب:

- تحديد الطبيعة الخاصة بطريقة التفكير الغير عقلاني ثم مساعدة المريض على تفهم واستيعاب الآثار السلبية لهذا النمط من التفكير.
- يتم التدريب على استبدال أنماط التفكير الغير عقلاني بأنماط عقلانية.
- تدريب على آلية الضبط الذاتي.

خطوات إعادة البناء الذهني بما يلي:

- التبرير المنطقي لعملية العلاج: توعية المريض بأسباب نوبة الهلع، والتعرف على الأفكار السلبية لديه، ومقارنتها مع الأفكار الإيجابية البديلة لها.

- تحديد أفكار المريض المرتبطة بالموقف الضاغط، أي التعرف على أفكار المريض قبل وأثناء وبعد نوبة الهلع من خلال المراقبة الذاتية.
- الانتقال من التركيز على الأفكار السلبية، إلى التركيز على الأفكار الإيجابية، ونمذجة بعض المواقف أمام المريض من خلال الخبرة الخاصة التي اكتسبها المريض من خلال نوبات الهلع السابقة.
- التعزيز الإيجابي على أي تقدم يحرزه المريض حتى لو كان طفيفاً من أجل تعزيز إعادة الهيكلة الذهنية للمريض.

التعرض

التعرض Exposure هو مرحلة حاسمة من العلاج وبمجرد أن تبدأ يكون هو التركيز الرئيسي للجلسات العلاجية وكذلك بين الواجبات المنزلية في الجلسة العلاجية، لأن ممارسة التعرض بشكل محدود يعتبر ذو فائدة ضعيفة وربما تكون ضارة. تم تصميم التعرض لكي نضمن تعرض المريض إلى الموقف الضاغط أو المسبب لحالة الهلع أو التعرض للمواقف التي يخشى المريض الوقوع فيها والتي حصلت له خبرات سابقة من خلال نوبات الهلع المتكررة التي حصلت له في الماضي. لكن ينبغي وضع خطة واضحة لهذه التقنية العلاجية من قبل المعالج ويتم التأكد تماماً من إتقانها بشكل جيد لتفادي بعض المخاطر التي قد تقع أثناء حدوث النوبة وكيفية التعامل معها. كما أنه ينبغي التدرج في عملية التعرض وفقاً لخبرات المريض في مواجهته لنوبات الهلع.

الجلسات العلاجية وإنهاء العلاج

كما ذكرنا سابقاً أن عدد الجلسات العلاجية يتراوح ما بين 5 إلى 15 جلسة علاجية بمعدل جلسة واحدة كل اسبوع، ويتم تقرير عدد الجلسات العلاجية بعد التقييم الشامل للمريض لتحديد مدى كثافة وشدة الاضطراب وأين تكمن احتياجاته الفعلية. ينبغي أن تبدأ الجلسات العلاجية بعد التقييم الشامل من الفريق العلاجي. وفي حال وصف الطبيب النفسي له العلاج الدوائي فعادة ما يبدأ الجلسات مع المعالج النفسي بعد بدأ التدخل الدوائي بأسبوعين. ومن العلاجات النفسية التي ينصح بها في اضطراب الهلع والذي يعتبر ذو فعالية عالية هو العلاج الذهني السلوكي.

كما توصي الجمعية الأمريكية للطب النفسي بمعالجة المرضى الذين يعانون من اضطراب الهلع عندما تتسبب الأعراض في اختلال وظيفي (على سبيل المثال، العمل، والأسرة، والأنشطة الاجتماعية، والأنشطة الترفيهية) أو ضائقة كبيرة. وينبغي وضع خطة مناسبة لكل فرد بما يتلائم مع صياغة الحالة. وتشمل أهداف العلاج ما يلي:

- الحد من وتيرة وشدة نوبات الهلع.
- الحد من القلق الاستباقي وتجنب الأماكن المفتوحة.
- علاج الاضطرابات النفسية المصاحبة التي حدثت مع اضطراب الهلع.
- تحقيق الشفاء من الأعراض التي يعاني منها المريض.
- العودة إلى مستوى الأداء الوظيفي السابق للمريض.

مثال على خطة علاجية:

تمت إحالة علياء إلى علم النفس الإكلينيكي من عيادة الطبيب النفسي بسبب القلق المزمن، والإجهاد، وغيرها من أعراض تشبه الهلع. قام طبيبها بتشخيصها باضطراب الهلع ووصف الدواء لتقليل أعراض قلقها ونوبات الهلع. ذكرت علياء أن نوبات الهلع تؤثر على عملها بشكل عام ومشاعر تقديرها لنفسها سلبية. وهي تأمل أن يساعدها العلاج في التحسن والشعور بالهدوء والسيطرة على أعراضها.

الشكوى: صعوبة التعامل مع التوتر والقلق، ونوبات الهلع. تعاني من انخفاض تقدير الذات.

الهدف ١: ستطور علياء طرقاً للتعامل مع نوبات القلق والذعر بحيث لا تؤثر هذه الأعراض على أدائها، كما يتم رصد تطورها من خلال تتبع تقاريرها الذاتية لنوبات الهلع والقلق.

الهدف ١ أ: سوف تتابع علياء أعراضها باستخدام سجل المزاج والقلق.

الهدف رقم ١ ب: ستواصل علياء المتابعة مع خطة الوصفة الدوائية التي تم وصفها من الطبيب النفسي.

الهدف ١ ج: سوف تتعلم وتتعرف علياء على أعراضها وتتعرف على مثيرات النوبة من خلال رصد تجاربها باستخدام سجل نوبات الهلع.

الهدف ١ د: سوف تتعلم علياء على استراتيجيات المواجهة للحد من مشاعر التوتر والقلق.

التدخلات/الاستراتيجيات:

العلاج الفردي لمعرفة الأعراض الجسدية للهلع والقلق، وتقنيات إدارة الضغوط، ومهارات الاسترخاء، بما في ذلك تمارين التنفس العميق، استرخاء العضلات التدريجي، والتخيل.

سيتم تزويد علياء بالواجبات المنزلية بين الجلسات العلاجية والتأكد من أنها تتمكن من ممارسة تقنيات الاسترخاء وتتبع حالة المزاج، والقلق، والمشيرات المسببة لنوبة الهلع، والأعراض.

إدارة التدخل الدوائي:

الهدف ٢: تدريب علياء على تحسين تقديرها الذاتي، ويقاس من خلال الحصول على درجة أعلى على أداة تقييم الثقة بالنفس.

الهدف ٢أ: سوف تتعلم علياء عن الآثار الصحية السلبية لإنخفاض تقدير الذات، بما في ذلك العوامل المساهمة المحتملة لضعف تقدير الذات.

الهدف ٢ ب: سوف تتعلم علياء تحديد واستبدال أفكارها السلبية والمعتقدات التي جعلتها تشعر بالفشل والتي تساهم في إثارة وازدياد أعراضها.

الهدف ٢ج: ستبدأ علياء التواصل مع صديقاتها بطرق مختلفة للتغلب على مشاعر العزلة والقيام ببعض الأنشطة التفاعلية للمساهمة في رفع الثقة بالنفس وتقييم الذات.

التدخلات/الاستراتيجيات:

العلاج الفردي للحصول على فهم أفضل للشكوى التي تعاني منها علياء مثل احترام الذات، والتعرف على التشوهات الذهنية لديها، وتصبح على دراية في إعادة الهيكلة الذهنية، لعب الأدوار والتفاعلات الاجتماعية، والحصول على موارد لدعم اجتماعي إضافي.

العلاج الجمعي لبناء المهارات الاجتماعية وتدعيم الدافعية لديها، والعمل على تقليل مشاعر العزلة وتعزيز الصورة الذاتية.

الواجبات المنزلية لمواصلة تحسين تقدير الذات خارج جلسات العلاج.

أهداف الواجبات المنزلية:

- تحديد التغيرات في شدة نوبة الهلع.
 - تحديد الأفكار أو التجارب التي تؤدي إلى نوبة الهلع.
 - ملاحظة تعزيز ردود الفعل من الآخرين إلى تجربة نوبة الهلع.
 - تتبع فعالية استراتيجيات الهروب من نوبة الهلع.
- الإطار الزمني: ٣ أشهر (للاطلاع انظر المصدر: Jongsma, Peterson, & Bruce, 2006).

الخطة العلاجية لاضطراب الهلع

تحديد معالم الخطة العلاجية يرجع بشكل أساسي لدور المعالج في تقييم كل حالة حسب شدة الأعراض آخذاً بعين الاعتبار الجوانب النفسية والاجتماعية والوراثية من أجل بناء خطة متماسكة تهدف إلى تخفيف معاناة المريض. وفيما يلي سنورد وصف للجلسات العلاجية وفقاً للعلاج الذهني السلوكي.

يعتبر العلاج الذهني السلوكي شكل من أشكال العلاج النفسي الذي يدمج المكونات السلوكية التقليدية مع الاستراتيجيات الموجهة ذهنياً. على الرغم من أن هناك العديد من الاختلافات في العلاجات الأخرى فإن العلاج الذهني السلوكي عادة ما يكون موجز، ويركز على المشكلة، وموجه نحو المريض مع التركيز على تغيير السلوكيات والإدراكات التي قد تعمل على الحفاظ على الأعراض الحالية. وفي هذا الصدد قد يتناقض ذلك مع الأشكال التقليدية للعلاج النفسي (مثل العلاج النفسي التحليلي) الذي يؤكد على إبراز التبصر في المتغيرات السببية التي قد تكون قد أدت إلى المشاكل الحالية. ومن العوامل الشائعة الأخرى في نماذج العلاج الذهني السلوكي استخدام التقنيات التي قامت على مبادئ التعلم الأساسية ومبادئ العلوم الذهنية؛ التركيز على التفاعل بين المشاعر والأفكار والسلوكيات و استخدام الواجبات المنزلية لتسهيل تعميم المهارات؛ والتقييم التجريبي لفحص مدى فاعلية بعض التقنيات العلاجية المستخدمة في العلاج الذهني السلوكي (Antony, 2005).

من أكثر التقنيات شيوعاً في العلاج الذهني السلوكي استخدام تقنية العلاج بالتعرض Therapy Exposure ، وخاصة في علاج اضطرابات القلق. تعمل تقنية العلاج بالتعرض على

افتراض أنه من خلال التفاعل المتكرر للمواقف والأحاسيس لنوبة الهلع فإن المشاعر السلبية المرتبطة بتلك المواقف تتناقص وتتلاشى تدريجياً. وبعبارة أخرى (مواجهة الشخص لمخاوفه) مراراً وتكراراً يساعد في تخفيف شدة القلق. ويؤكد معظم الباحثين على التعود على المثيرات المسببة لنوبة الهلع ودورها في فعالية تقنية التعرض. يمكن إجراء العلاج بالتعرض بعدة طرق واستخدام مجموعة متنوعة من التقنيات المرتبطة بها. وهناك أسلوبان شائعان يستخدمان في علاج التعرض للمرضى هما أسلوب الغمر Flooding وأسلوب التعرض التدريجي Graduated Exposure.

ونتذكر في بناء الخطة العلاجية أن اضطراب الهلع له ارتباط وثيق مع اضطراب الاكتئاب الجسيم (Biederman et al., 1997; Essau et al., 1999; Last & Strauss, 1989). وجد إيساو وزملاؤه (Essau and colleagues (1999) أن ٨٠٪ من عينة مجتمعية من المراهقين الذين تم تشخيصهم باضطراب الهلع كان لديهم اكتئاب جسيم مصاحب. ومن الاضطرابات النفسية الأخرى الشائعة والمصاحبة لاضطراب الهلع مثل اضطراب القلق العام ٥٠٪، اضطراب قلق الانفصال ٢١.٤٪، والاضطراب ثنائي القطب ١٩٪ (Diler et al, 2004).

مآل الحالة

تشير الكثير من البراهين على أنه لو تركت حالة اضطراب الهلع بدون علاج فإن الأعراض قد تمتد وتستمر مع مرور الوقت (Biederman et al., 1997; Keller et al., 1994; Wittchen, Reed, & Kessler, 1998; Yonkers et al., 1998). وكما لوحظ سابقاً قد يؤدي اضطراب الهلع في الطفولة إلى مخاطر عالية بتكرار الإصابة بالاكتئاب، وقد يكون للاكتئاب في مرحلة المراهقة عواقب وخيمة ويؤثر على مستوى الأداء الوظيفي في المستقبل (Pine et al., 1998). أفاد ويسمان وشركاه (Weissman and associates (1999) عن تضرر بليغ في مرحلة البلوغ ما بين ١٠-١٥ سنة للمصابين باضطراب الهلع. كما لاحظ بعض الباحثين وجود فشل دراسي لدى البالغين بسبب إصابتهم بالاكتئاب (Fleming, Offord, & Boyle, 1989) وعدم رضا زوجي لدى النساء في المستقبل (Gottlib, Lewinsohn, & Seeley, 1998) واحتمال تعاطي المواد المخدرة (Birmaher et al., 1996).

إن الهدف الأساسي للخطة العلاجية هو التأثير مباشرة على الأعراض الكارثية وتخفيف التجنب والأحاسيس الجسدية في نوبة الهلع. ويتم ذلك أولاً من خلال توفير معلومات دقيقة عن طبيعة استجابة المريض للمثيرات أثناء نوبة الهلع. ومن خلال توفير

هذه المعلومات، يتم تعليم المرضى على أن معاناتهم هي من "الأحاسيس" والطريقة الخاطئة من تفسيرها وليس من "الهلع"، وأن هذه الأحاسيس غير طبيعية وغير ضارة. ثانياً، العلاج يهدف إلى تعليم مجموعة من المهارات لتطوير التقييمات القائمة على البراهين فيما يتعلق بالأحاسيس الجسدية والمواقف المثيرة لنوبة الهلع. وفي نفس الوقت يتم توفير معلومات محددة عن آثار زيادة التنفس ودوره في نوبات الهلع، مع ممارسة عميقة ومتكررة لعملية التنفس. ولا ننسى أن جوهر العلاج ينطوي على تكرار التعرض إلى الأحاسيس الداخلية المخيفة والمواقف المثيرة لنوبة الهلع.

الأهداف العلاجية

الأهداف العامة لعلاج اضطراب الهلع هي التخفيف لثلاثة جوانب من الاضطراب التي تسهم في استمرار الأعراض وهي (١) الأعراض الغير منطقية، والقلق والأفكار حول الآثار أو العواقب المحتملة من نوبات الهلع أو الأحاسيس المرتبطة بها. (٢) ردود الفعل الناتجة من الخوف الذي حصل له ارتباط اشراطي، وخاصة أحاسيس الهلع. (٣) استخدام سلوكيات البحث عن الأمان بسبب المخاوف من نوبات الهلع أو الأحاسيس ذات الصلة.

يتم معالجة الأفكار المثيرة للقلق المرتبطة بالهلع والأحاسيس ذات الصلة بطريقتين. أولاً، يتم إعطاء المريض معلومات عن الوظائف والأسس الفسيولوجية للقلق والخوف والتغيير الجسدي لهذه الأحاسيس والأفكار. والغرض من ذلك هو تقديم تفسيرات موثوقة وغير مهددة للأحاسيس التي تحدث أثناء الهلع. ثانياً، يتم تعليم المريض على أساليب محددة لمواجهة الأفكار غير الواقعية حول احتمال وقوع نوبة الهلع. يتم التعامل مع ردود فعل الخوف بحيث تكون متكيفة و يتم شرح مفهوم تكييف الخوف للمريض.

معالم التدخل العلاجي:

أولاً: يجمع بين عناصر العلاج الذهني السلوكي (التعليم، وإعادة البناء الذهني، والحث) مع مساعدة المعالج والتعرض الموقفي. يتم تعليم المريض المهارات في شكل الدراسة الذاتية.

ثانياً: تعتبر مكثفة للغاية، ويجري إجراؤها بكاملها على مدى فترة ١٢ أسبوع (أو كبديل تعمل مدة ثمانية أيام متتالية (انظر جدول ٥)، على أن يكون المريض متعاون للعمل على إكمال اللازم بمفرده وفقاً لتوجيهات المعالج أو بمساعد أحد افراد

العائلة). يتم إجراء كل جلسة للحصول على قائمة التسلسل الهرمي للخوف من خلال التعرض الموقفي.

ثالثاً: التركيز الأساسي للعلاج حتى أثناء التعرض هو على المظاهر الجسدية التي تثير الخوف من القلق.

رابعاً: على النقيض من العلاجات التي تعالج الخوف والأعراض الجسدية ذات الصلة، يتم تعليم المريض على الحد من الإثارة (مثل بطء التنفس)، واستخدامها أثناء العلاج عموماً محظور. يتم التعامل مع إجراءات الحد من الإثارة بما في ذلك التحكم في التنفس بنفس الطريقة التي يتم بها التعامل مع جميع السلوكيات الأخرى المتعلقة بسلوكيات البحث عن الأمان. ويتم توجيه المرضى بعدم استخدامها أثناء إجراءات التعرض.

خامساً: يتم تشجيع المرضى على قبول المخاطر (مثلاً يتم التأكيد على البحث عن محفزات نوبات الهلع كوسيلة لجعلها أكثر قابلية للتنبؤ، وهو أمر شائع في العلاج الذهني السلوكي التقليدي).

سادساً: إن المهارات التي يجب أن يعمل بها المعالج مع المرضى في هذا العلاج تختلف عن العلاج الذهني السلوكي التقليدي أو التعرض التدريجي. مثلاً يجب بذل جهود كبيرة لتحفيز المرضى على إثارة خوفهم بمستوى أعلى والتخلي عن البحث عن سلوكيات الأمان والاستسلام لمشاعرهم.

جدول ٤: محتوى الجلسات العلاجية

المحتوى	الجلسات العلاجية
التثقيف النفسي (طبيعة القلق، ونموذج يوضح نوبات الهلع، واستجابة الإقدام والإحجام، والتفسير الفسيولوجي لزيادة التنفس)	٢-١
العلاج الذهني السلوكي (تحديد الأخطاء الذهنية مثل التفكير الكارثي واحتمال الإفراط في تقدير المواقف، ورصد الأفكار، وإعادة الهيكلة الذهنية)	٤-٣
التعرض الداخلي (سلسلة من تمارين حث الأعراض)	٥
التعرض المكثف مع مراقبة المعالج (بما في ذلك استخدام التسلسل الهرمي للتعجب والخوف، واستئصال سلوكيات البحث عن الأمان، والواجبات المنزلية المتعلقة بالتعرض)	١٠-٦
توليد المهارات والوقاية من الانتكاسة	١١

جدول ٥: محتوى الجلسات المكثفة لمدة ثمانية أيام متتالية

أيام العلاج	الجلسات العلاجية	محتوى الجلسات
٣-١	٥-١	العلاج الذهني السلوكي والتعرض الداخلي
٥-٤	٧-٦	التعرض الموقفي المكثف بمرافقة المعالج
٧-٦	١٠-٨	استمرار التعرض، المريض يعمل بشكل مستقل أو مع أفراد العائلة
٨	١١	توطيد المهارات ومنع الانتكاسة

عدد الجلسات العلاجية ومدة كل جلسة

هذا العلاج المقترح في ١١ جلسة علاجية والمفترض أن يتم انجازه خلال ١٢ اسبوع. والجلسة مصممة لتأخذ ما بين ٥٠ إلى ٦٠ دقيقة تقريباً، ولكن على المعالج أن يكون مرناً. جلسات التعرض تحتاج وقتاً أطول بالعادة.

الجلسة الأولى: مقدمة للعلاج.

المادة العلمية التي نحتاجها في إدارة الجلسة: نموذج اضطراب الهلع (وفقاً للعلاج الذهني السلوكي)، وقائمة الأهداف العلاجية للجلسة.

أهداف عامة:

- مراجعة مواد التقييم المسبق.
- مناقشة طبيعة القلق.
- تقديم فكرة عامة المكونات الثلاثة للقلق (الذهني، السلوكي، الجسدي).
- مناقشة النموذج الأساسي لنوبات الهلع.
- توفير نظرة عامة عن العلاج.
- مناقشة أهمية ومزايا الممارسة والرصد.
- وضع أهداف للعلاج.
- تعيين الواجبات المنزلية.
- اشراك اختياري للوالدين أو أحدهما أو احد أفراد العائلة (على أن يكون في جزء من الجلسة العلاجية مثلاً الخمس أو العشر دقائق الأخيرة من الجلسة العلاجية).

وينبغي أن نتأكد من معالجة ما يلي في بداية هذه الجلسة الأولى:

- تكرار نوبات الهلع (على سبيل المثال، كم عدد مرات نوبة الهلع التي تحدث في الأسبوع أو الشهر).
- الحالات التي من المرجح أن تحدث نوبة الهلع أو المواقف التي يتم تجنبها بسبب الهلع.
- تحديد الأعراض التي تم التعرض لها خلال نوبات الهلع والتي تشمل الأعراض الجسدية (مثل التنفس السريع تسارع نبضات القلب) والأعراض الذهنية (مثل المخاوف والمعتقدات العامة حول الهلع ونتائج الخوف) والأعراض السلوكية (مثل التجنب أو سلوكيات التهرب). ويتم التركيز على نوع أعراض نوبة الهلع التي يعتبرها المريض هي الأسوأ.

وهنا يتم تحديد بعض الجوانب المهمة من خلال الأسئلة التالية:

- ما لذي يحدث عادة قبل وقوع نوبة الهلع؟
- ما هو أول شيء تحسه جسدياً في نوبة الهلع؟
- ما هو أول شيء يأتي في تفكيرك في نوبة الهلع؟
- ما هي التصورات التي تأتي في ذهنك عندما تشعر بالهلع؟

الجلسة الثانية: التأثيرات الجسدية لنوبة الهلع والتنفس والوعي.

المادة العلمية التي نحتاجها في إدارة الجلسة: لا يوجد مادة نحتاج توفيرها في هذه الجلسة.

أهداف عامة:

- مراجعة القراءة المخصصة (شرح وفي عن طبيعة الاضطراب) والواجبات المنزلية.
- ناقش العنصر الفسيولوجي للقلق.
- إجراء ممارسة زيادة التنفس.
- مناقشة التغيرات الفسيولوجية لزيادة التنفس.
- إجراء ممارسة التنفس البطيء (اختياري).

• تعيين الواجبات المنزلية.

• إشراك اختياري للوالدين أو أحدهما أو أفراد العائلة.

الجلسة الثالثة: المكون الذهني للقلق (المبالغة والتفكير الكارثي).

المادة العلمية التي نحتاجها في إدارة الجلسة: سجل الأفكار السلبية الأوتوماتيكية.

أهداف عامة:

• مراجعة القراءة المخصصة والواجبات المنزلية.

• مناقشة المكون الذهني للقلق.

• تقديم فكرة عامة عن المبالغة في تقدير الأعراض.

• فكرة عامة عن التفكير الكارثي.

• ممارسة رصد القلق/والهلع المسببات والأفكار.

• تعيين الواجبات المنزلية.

• إشراك اختياري للوالدين أو أحدهما أو أفراد العائلة

الجلسة الرابعة: إعادة الهيكلة الذهنية (التفكير مثل المحقق).

المادة العلمية التي نحتاجها في إدارة الجلسة: نموذج التفكير كمحقق Thinking Like a

Detective form.

أهداف عامة:

• مراجعة القراءة المخصصة والواجبات المنزلية.

• تعليم المريض كيفية البدء في التفكير مثل المحقق.

• ممارسة المريض لمواجهة احتمال المبالغة.

• ممارسة المريض على مواجهة التفكير الكارثي.

• مناقشة المفاهيم الخاطئة المتعلقة بالقلق.

• تعيين الواجبات المنزلية.

- إشراك اختياري للوالدين أو أحدهما أو أفراد العائلة.

الجلسة الخامسة: التعرض الداخلي (عدم السماح للمشاعر الداخلية أن تفرغنا)

المادة العلمية التي نحتاجها في إدارة الجلسة: سجل المعالج للتعرض الداخلي، وكرسي للتدوير لممارسة تقنية التعرض.

أهداف عامة:

- مراجعة القراءة المخصصة والواجبات المنزلية.
- مراجعة فسيولوجية الجسم الناتجة من القلق.
- مراجعة نموذج نوبات الهلع.
- تقديم فكرة عامة عن مفهوم التعرض الداخلي.
- اشرح الأساس المنطقي للتعرض.
- إجراء تمارين حث الأعراض.
- تعيين الواجبات المنزلية.
- إشراك اختياري للوالدين أو أحدهما أو أفراد العائلة.

الجلسة السادسة: مقدمة للتعرض الموقفي.

المادة العلمية التي نحتاجها في إدارة الجلسة: ورقة أو لوحة لممارسة الرسم البياني للتعود، سجل التسلسل الهرمي للخوف والتجنب، وسجل المعالج لممارسة التعرض الموقفي.

أهداف عامة:

- مراجعة القراءة المخصصة والواجبات المنزلية.
- اشرح الأساس المنطقي للتعرض.
- التعامل مع مقاومة المريض للتعرض.
- استكمال التسلسل الهرمي للخوف والتجنب.
- إجراء التعرض الموقفي أثناء الجلسة.

- خطة للتعرض الموقفي.
- تعيين الواجبات المنزلية.
- إشراك اختياري للوالدين أو أحدهما أو أفراد العائلة.

الجلسة السابعة: سلوكيات الأمان والتعرض

المادة العلمية التي نحتاجها في إدارة الجلسة: نسخة من التسلسل الهرمي للخوف والتجنب للمريض، وسجل المعالج لممارسة التعرض الموقفي.

أهداف عامة:

- مراجعة القراءة المخصصة والواجبات المنزلية.
- مراجعة سلوكيات الأمان.
- ناقش الأساس المنطقي لتجنب سلوكيات البحث عن الأمانز
- قائمة بسلوكيات المريض أثناء نوبة الهلع.
- خطة للتعرض الموقفي.
- إجراء التعرض الموقفي.
- تعيين الواجبات المنزلية.
- إشراك اختياري للوالدين أو أحدهما أو أفراد العائلة.

الجلسات الثامنة، التاسعة، والعاشر: جلسات التعرض

المادة العلمية التي نحتاجها في إدارة الجلسة: نسخة من التسلسل الهرمي للخوف والتجنب للمريض، وسجل المعالج لممارسة التعرض الموقفي.

أهداف عامة:

- مراجعة التعرض كواجبات المنزلية.
- راجع نموذج التسلسل الهرمي للخوف والتجنب للمريض.
- مراجعة خطوات التعرض.

- مراجعة مدى تقدم المريض بعد التعرض.
- تحري الخلل في المشاعر المتطرفة وتعديلها.
- تعيين الواجبات المنزلية.
- إشراك اختياري للوالدين أو أحدهما أو أفراد العائلة.

الجلسة الحادية عشرة: الوقاية من الانتكاسة وانهاء العلاج

المادة العلمية التي نحتاجها في ادارة الجلسة: نسخة من التسلسل الهرمي للخوف والتجنب للمريض، نسخة فارغة من التسلسل الهرمي للخوف والتجنب للمريض، نسخة من نموذج أهداف للمريض، كيف تصبح معالج نفسك (خطوات موجزة تذكر المريض بكل ما تعلمه في الجلسات العلاجية)، عمل نموذج فيه قائمة بالخيارات المتاحة للمريض لمواجهة نوبة الهلع، والتخطيط للمستقبل.

أهداف عامة:

- مراجعة الواجبات المنزلية المتعلقة بالتعرض.
- إعادة تقييم نموذج التسلسل الهرمي للخوف والتجنب للمريض.
- إعادة النظر في أهداف العلاج والإنجازات.
- مساعدة المريض على وضع خطة الممارسة.
- تقييم مقدار التحسن.
- إعداد المريض لتذبذب الأعراض.
- خطة مستقبلية في حال زيادة الأعراض.
- إنهاء العلاج.
- إشراك اختياري للوالدين أو أحدهما أو أفراد العائلة.

تقييم المخرجات خلال وبعد العلاج

استكمال التقييم خلال العلاج يسمح للمعالج بقياس تأثير التدخل العلاجي ويقدم معلومات مهمة في اتخاذ قرارات عن اكمال العلاج بطريقه محدده أو تغيير المسار.

والتقييم المستمر لأسلوب المريض تجاه العلاج وحماسه لاستخدام تقنيات العلاج مفيد. التحفيز قد يتغير خلال فترة العلاج خصوصاً عندما تصبح تمارين التعرض أصعب، أو عندما يتحسن المريض بشكل ملحوظ وتصبح المشكلة ليست بصعوبتها التي كانت عليها في البداية.

يجب على المعالج تقييم الحالة وتقييم التقدم قبل العلاج وفي منتصف العلاج و بعد العلاج. قد يستفيد المرضى من تقييمات المتابعة (مثلاً كل ٣ أو ٦ أو ١٢ شهر) لمتابعة تقدمهم وللتأكد من الفائدة الناتجة من العلاج وضمان استمرارها. وإذا تم استخدام علاجات قصيرة المدى قد يفضل المعالج تقييم الحالة كل ٤ الى ٦ أسابيع بدلاً من منتصف العلاج. الإجراءات الصحيحة وهكذا تقييم قد تشمل استخدام بعض المقاييس المذكورة مسبقاً والتي تقيس شدة الأعراض وحدتها.

المتابعة والوقاية من الانتكاسة

تعليم المريض للدخول في تقييم ذاتي قد يكون مفيد لمنع الانتكاسة. يمكن تدريب المريض ليكون معالج نفسه، ولتقييم تقدمه خلال وبعد العلاج. إذا شعر المريض بعد انتهاء العلاج بأي زيادة في أعراض الهلع لديه فإن التقييم الذاتي المستمر قد يساعد في تعريف المشكلة بشكل مبكر ويساعد في استئناف العلاج قبل أن تسوء الأعراض مجدداً.

انتهاء العلاج

في نهاية الجلسة نهئى المريض على الإنتهاء من العلاج ونشيد به على إنجازاته ونتذكر كل الجهود التي بذلها. وتؤكد من إخبار المريض أنه كان من دواعي سرورك العمل معه، وأنه بكل تأكيد سوف يستمر بتعليمات الخطة العلاجية لإستمرار التحسن.

إذا كان المريض يسأل عن الذي يجب أن يعمل في حال واجه بعض المشاكل وأنه إذا كان يشعر بعدم القدرة على التعامل مع الوضع من تلقاء نفسه، فنخبره انه في موضع ترحيب للتواصل مع المعالج مجدداً. والتأكيد على تحفيز وتشجيع المريض بأنه يمكن التعامل مع أي موقف تقريباً إذا كان يثق في المهارات التي تعلمها. لقد حان الوقت الآن ليكون على قدر المسئولية في كيفية التعامل مع المواقف القادمة. قد تحتاج إلى جدولة بعض المكالمات الهاتفية للمتابعة والتحقق من تحسن المريض.

الرد على أي أسئلة أخرى حسب ما يقتضيه الموقف ومن ثم يأتي دور توديع المريض. وفي بعض الحالات يستطيع المعالج حسب ما يتناسب مع المريض أن يقوم مثلاً بعمل شهادة شجاعة أو شهادة إنجاز قبل ترك العيادة.

ونوجز هنا النقاط الأساسية التي يركز عليها أغلب البرامج العلاجية لاضطراب الهلع والتي تشمل ما يلي:

- التثقيف النفسي حول طبيعة اضطراب الهلع وماهي التغيرات الفسيولوجية التي تحدث أثناء النوبة.
- التدريب على التنفس والتحكم والسيطرة على زيادة التنفس أثناء النوبة.
- إعادة الهيكلة الذهنية لتحديد ومواجهة التصورات الخاطئة التي تهدد المريض أثناء النوبة.
- التدريب من خلال التعرض لمواقف واقعية للحد من الخوف من الأحاسيس الجسدية الغير مؤذية واقعياً.
- الوقاية من سلوكيات البحث عن الأمان والتي قد تساعد في استمرار نوبات الهلع والتجنب.

وقد تبين أن هذه البرامج تؤدي إلى تخفيف من شدة الأعراض وتساهم بشكل واضح في تحسين جودة الحياة لمرضى اضطرابات الهلع (Barlow, Gorman, Shear, & Woods, 1995; Telch, Schmidt, Jaimez, Jacquin, & Harrington, 2000). وقد أشارت بعض الدراسات أيضاً إلى أن برامج العلاج الذهني السلوكي قد تكون فعالة على وجه التحديد لأنها تقلل إلى حد كبير من الإنزعاج الشديد من الأحاسيس الجسدية الغير مؤذية أثناء نوبة الهلع (Smits, Powers, Cho, & Telch, 2004).

ملحق (١)

سجل المعالج لممارسة التعرض الموقفي

Therapist Record of Situational Exposure Practice

اسم المريض: _____

مدرج التقييم

٨ ٧ ٦ ٥ ٤ ٣ ٢ ١ ٠
شديد متوسط لا يوجد

التاريخ	الموقف	رقم التجربة	شدة الأحاسيس الجسدية (٨-٠)	الحد الأقصى للقلق (٨-٠)

سجل المعالج لممارسة التعرض الداخلي

Therapist Interoceptive Exposure Record

اسم المريض:

مدرج التقييم

٨ ٧ ٦ ٥ ٤ ٣ ٢ ١ ٠
شديد متوسط لا يوجد

مدى التشابه بالهلع الطبيعي (٨-٠)	شدة القلق (٨-٠)	شدة الأحاسيس (٨-٠)	الأحاسيس	التمرين
				هز الرأس من جانب إلى آخر لمدة ٣٠ ثانية
				وضع الرأس بين الركبتين لمدة ٣٠ ثانية ثم الوقوف مستقيم بسرعة
				الجري في المكان لمدة دقيقة
				حبس النفس لمدة ٣٠ ثانية
				شد عضلات الجسم لمدة دقيقة أو وضعية دفع الجدار قدر الإمكان
				التدوير في كرسي (بسرعة نسبياً) لمدة دقيقة
				زيادة سرعة التنفس لمدة دقيقة
				التنفس ببطء عبر منفذ صغير لمدة دقيقتين
				أخرى

ملحق (٣): نموذج التسلسل الهرمي للخوف والتجنب

Fear and Avoidance Hierarchy Form

ينبغي إستحداث تسلسل هرمي لمواقف الخوف والتجنب للمريض بمساعدة المعالج. بحيث يكون هناك عشرة مواقف يميل فيها المريض لتجنبها بسبب الخوف من حدوث نوبة الهلع. حيث أن لكل مريض لديه مواقفه الخاصة التي تثير لديه نوبة الهلع وبعد تسجيل العشرة مواقف بمساعدة المعالج بعد ذلك على المعالج الإحفاظاً بنسخة من هذه المواقف لإستخدامها في بعض الجلسات العلاجية أو الرجوع إليها عند الحاجة، علماً بأنه من الممكن أن يتم التعديل عليها في الجلسات الأولى كلما تتطلب الموقف.

ينبغي الأخذ بعين الإعتبار أن هذه المواقف قابلة للتطبيق وواقعية بحيث يمكن تطبيقها وممارستها أثناء العلاج لأنه سوف يتم ممارسة تلك المواقف بمساعدة المعالج أحياناً وبممارسة مستقلة للمريض في أحيان أخرى أو بمساعدة الوالدين أو أحد أفراد العائلة.

وينبغي للمريض أن يختار بعض المواقف في التسلسل الهرمي بحيث تكون أكثر فعالية وبكل سهولة. والهدف هو مساعدة المريض أن يطبق تلك المواقف التي يتجنبها بكل سهولة. وحين كتابة تلك المواقف ينبغي أن تكون مواجهتها الأكثر صعوبة لدى المريض حتى لو لم يتم مواجهة هذه المواقف مسبقاً. حتى لو تم ذكر المريض أنه لا يستطيع الدخول في تلك المواقف لأنه يتجنبها ويخاف الوقوع فيها تجنباً للوقوع في نوبة الهلع، والتأكيد على ضرورة أن هذه القائمة مستحدثة بمساعدة المعالج للمريض بحيث يكون لكل مريض قائمته الخاصة به.

ملحق (٤) نموذج التفكير كـمحقق

Thinking Like a Detective Form

بعد أن يتم توثيق الأخطاء الذهنية المشتركة التي يمكن أن تسهم في القلق الهلع. وتعلم المريض هذه الجلسة كيفية مواجهة تلك الأخطاء الذهنية التي تنطوي على (التفكير مثل المحقق). التفكير مثل المحقق ينطوي على دراسة المريض للحقائق والمواقف التي من حوله (كالمحقق) للحصول على فهم أفضل للاحتمال الواقعي أن شيء خطير قد يحدث ومدى قدرته على التعامل مع الموقف إذا حدث شيء مقلق. ويتبع المريض الخطوات التالية في عمل هذا النموذج:

خطوات التفكير مثل المحقق:

- علاج الأفكار كـفرضيات أو تخمينات بدلاً من أن تكون حقائق.
- السؤال والتقييم للحصول على الأدلة التي تدعم وتدحض التنبؤ المحدد.
- استكشاف تفسيرات بديلة لحالة معينة أو موقف محدد.

أبلغ المريض أنه عندما تبدأ في التركيز على الأفكار المتعلقة بالهلع (مثل القلق بشأن نوبات الهلع المستقبلية والقدرة على التعامل معها)، قد تواجه زيادة في القلق لأن مثل هذه الأفكار مثيرة للقلق. هذا أمر طبيعي ومنتوق لأنه قد تم تجنب مثل هذه الأفكار لفترة طويلة من الزمن. طمأنة المريض أن عمله بدور المحقق في عملية التفكير سوف يساعده على أن اضمحل تلك الأفكار وأكثر وضوحاً وأقل إثارة للقلق، وأسهل للتغيير.

أيضاً، تذكير المريض أن استراتيجيات دور المحقق في التفكير هي تماماً مثل أي مهارة أخرى ويجب أن تمارس حتى يصبح بارعاً فيها ومن ثم يمكن تطبيقها في حالات الهلع والقلق.

- Amering, M., Katschnig, H., Berger, P., Windhaber, J., Baischer, W., & Dantendorfer, K. (1997). Embarrassment about the first panic attack predicts agoraphobia in panic disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 517-521.
- Antony, M. M. (2005). Five strategies for bridging the gap between research and clinical practice. *Behavior Therapist*, 28, 162-163.
- Antony, M. M., Orsillo, S. M., & Roemer, L. (Eds.). (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. New York: Plenum Press.
- Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869-879.
- Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. & Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 283, 2529-2536.
- Beghi, E., Allais, G., Cortelli, P., et al., (2007). Headache and anxiety-depressive disorder comorbidity: the HADAS study. *Neurol Sci*, 28, suppl 2.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Marrs, A., Moore, P., Barcia, J., Ablon, S., et al. (1997). Panic disorder and agoraphobia in consecutively referred children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 214-223.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., & Williamson, D. E. (1996). Depression in children and adolescents: Clinical features and pathogenesis. In K. I. Shulman, M. Tohen, & S. P. Kutcher (Eds.), *Mood disorders across the life span* (pp. 51-81). New York: Wiley.
- Brooks, R. B., Baltazar, P. L., & Munjack, D. J. (1989). Co-occurrence of personality disorders with panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: A review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 259-285.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-589.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. New York: Oxford University Press.
- Chambless, D. L., Renneberg, B., Goldstein, A., & Gracely, E. J. (1992). MCMI-diagnosed personality disorders among agoraphobic outpatients: Prevalence and relationship to severity and treatment outcome. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 193-211.
- Chen, Y. H., Lin, H. C., & Lee, H. C. (2010). Pregnancy outcomes among women with panic disorder – do panic attacks during pregnancy matter? *Journal of Affective Disorders*, 120, 258-262.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Clark, D. M. (1988). A cognitive model of panic. In S. J. Rachman & J. Maser (Eds.), *Panic: psychological perspectives*. Hillsdale: Erlbaum.
- Clark, D. M. (1996). Panic disorder: from theory to therapy. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 318-344). New York: Guilford.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., & Chalkley, A. J. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16, 23-30.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Breitholz, E., Westling, B. E., Ost, L. G., Koehler, K. A., et al. (1997). Misinterpretation of body sensations in panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 203-213.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Gelder, M. G., Koehler, C., Martin, M., Anastasiades, P., et al. (1988). Tests of a cognitive theory of panic. In I. Hand & H. U. Wittchen (Eds.), *Panic and phobias 2*. Berlin: Springer-Verlag.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P., & Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J., & Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 583-589.
- Cox, B. J., Norton, G. R., Swinson, R. P., & Endler, N. S. (1990). Substance abuse and panic-related anxiety: A critical review. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 385-393.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1988). A review of the relationship between panic and avoidance. *Clinical Psychology Review*, 8, 667-685.

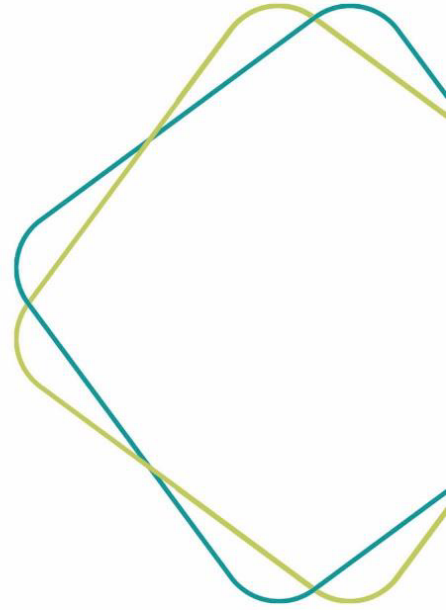
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1989). Nocturnal panic. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 160–167.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2006). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Craske, M. G., & Freed, S. (1995). Expectations about arousal and nocturnal panic. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 567–575.
- Diler, R. S., Birmaher, B., & Brent, D. A. (2004). Phenomenology of panic disorder in youth. *Depression and Anxiety*, 20, 39–43.
- Ehlers, A., & Margraf, J. (1989). The psychophysiological model of panic. In W. Emmelkamp, W. Everaerd, F. Kraaimaat & M. van Son (Eds.), *Fresh perspectives on anxiety disorders* (pp. 1-29). Amsterdam: Swets.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fleming, J. E., Oford, D. R., & Boyle, M. H. (1989). Prevalence of child-hood and adolescent depression in the community: Ontario child health study. *British Journal of Psychiatry*, 155, 647–654.
- Gelder, M. G. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 759-769.
- Goodwin, R. D., & Roy-Byrne, P. (2006). Panic and suicidal ideation and suicide attempts: Results from the National Comorbidity Study. *Depression and Anxiety*, 23, 124–132.
- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1998). Consequences of depression during adolescence: Marital status and marital functioning in early adulthood. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 686–690.
- Hasler, G., Gergen, P. J., Kleinbaum, D. G., Ajdacic, V., Gamma, A., Eich, D., et al. (2005). Asthma and panic in young adults: A 20-year prospective community study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 171, 1224–1230.
- Hibbert, G., & Pilsbury, D. (1989). Hyperventilation: Is it a cause of panic attacks? *British Journal of Psychiatry*, 155, 805–809.
- Hinton, D., Nathan, M., Bird, B., & Park, L. (2002). Panic probes and the identification of panic: A historical and cross-cultural perspective. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 26, 137–152.
- Hofmann, S. G., Meuret, A. E., Rosenfield, D., Suvak, M. K., Barlow, D. H., Gorman, J. M., et al. (2007). Preliminary evidence for cognitive mediation during cognitive-behavioral therapy of panic disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 75, 374–379.
- Jongsma, A. E., Peterson, L. M., & Bruce, T. J. (2006). *The Complete Adult Psychotherapy Treatment Planner*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Keller, M. B., Yonkers, K. A., & Warshaw, M. G. (1994). Remission and re-lapse in subjects with panic disorder and panic with agoraphobia: A prospective short interval naturalistic follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 290–296.
- Klein, D. F., & Klein, H. M. (1989). The nosology, genetics, and theory of spontaneous panic and phobia. In P. J. Tyrer (Ed.), *Psychopharmacology of Anxiety*. New York: Oxford University Press.
- Last, C. G., & Strauss, C. C. (1989). Panic disorder in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 87–95.
- Lee, H. B., Hening, W. A., Allen, R. P., Kalaydjian, A. E., Earley, C. J., Eaton, W. W., et al. (2008). Restless legs syndrome is associated with DSM-IV major depressive disorder and panic. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 20, 101-105.
- Marchand, A., Goyer, L. R., Dupuis, G., & Mainguy, N. (1998). Personality disorders and the outcome of cognitive-behavioral treatment of panic disorder with agoraphobia. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 30, 14–23.
- Mellman, T. A., & Uhde, T. W. (1990). Patients with frequent sleep panic: clinical findings and response to medication. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 513-516.
- Michelson, L., June, K., Vives, A., Testa, S., & Marchione, N. (1998). The role of trauma and dissociation in cognitive-behavioral psychotherapy outcome and maintenance of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1011–1050.
- Michelson, L., Mavissakalian, M., Marchione, K., Ulrich, R., Marchione, N., & Testa, S. (1990). Psychophysiological outcome of cognitive, behavioral, and psychophysiological-based treatments of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 127-139.

- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., & Rosenberg, H. J. (2009). *Treatment of posttraumatic stress disorder in special populations: A cognitive restructuring program*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Noyes, R., Jr., & Hoehn-Saric, R. (1998). *The anxiety disorders*. New York: Cambridge University Press.
- Oswald, I. (1966). *Sleep*. Harmondsworth, England: Penguin Books.
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorder in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 56–64.
- Salkovskis, P. M. (1988). Phenomenology, assessment and the cognitive model of panic. In S. J. Rachman & J. Maser (Eds.), *Panic: psychological perspectives*. New Jersey: Erlbaum.
- Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: a cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 6-19.
- Salkovskis, P. M., Clark, D. M., & Gelder, M. G. (1996). Cognition-behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 453-458.
- Salkovskis, P. M., Clark, D. M., Hackmann, A., Wells, A., & Gelder, M. (1999). An experimental investigation of the role of safety-seeking behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 559-574.
- Scheibe, G., & Albus, M. (1996). Predictors of outcome in panic disorder: A 5-year prospective follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 41, 111–116.
- Seligman, M. E. P. (1988). Competing theories of panic. In S. Rachman & J. D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological Perspectives* (pp. 321-330). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Smits, J. A. J., Powers, M. B., Cho, Y. R. & Telch, M. J. (2004). Mechanism of change in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Evidence for the fear of fear mediational hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 646–652.
- Telch, M. J., Lucas, J. A., Schmidt, N. B., Hanna, H. H., Jaimez, T. L., & Lucas, R. A. (1993). Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 279–287.
- Telch, M. J., Schmidt, N. B., Jaimez, T. L. N., Jacquin, K. M. & Harrington, P. J. (1995). Impact of cognitive-behavioral treatment on quality-of-life in panic disorder patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 823–830.
- Tellez-Zenteno, J. F., & Wiebe S. (2007). Psychiatric comorbidity in epilepsy: A population-based analysis. *Epilepsia*, 48, 2336-2344.
- Wald, J., & Taylor, S. (2008). Responses to interoceptive exposure in people with posttraumatic stress disorder (PTSD): A preliminary analysis of induced anxiety reactions and trauma memories and their relationship to anxiety sensitivity and PTSD symptom severity. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37, 90–100.
- Wegner, D. M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts: suppression, obsession, and the psychology of mental control*. New York: Viking.
- Wittchen, H. A., & Essau, C. A. (1991). The epidemiology of panic attacks, panic disorder and agoraphobia. In J. R. Walker, G. R. Norton & C. A. Ross (Eds.), *Panic disorder and agoraphobia* (pp. 103–149). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Wittchen, H., Reed, V., & Kessler, R. C. (1998). The relationship of agoraphobia and panic in a community sample of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1017–1024.

الفصل الرابع:

العلاج النفسي
لاضطرابات الأكل
لدى الكبار

د. مجدة السيد الكشكي



تمهيد

من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً بين الكبار هي الاضطرابات المرتبطة بالأكل والتغذية - حيث سيشار إليها باضطرابات الأكل في هذا الفصل-. يمكن تعريف اضطراب الأكل على أنه "اضطراب متواصل وشديد في عادات تناول الطعام يؤدي إلى ضعف في الصحة الجسدية وفي الأداء النفسي الاجتماعي" (Fairburn, 2001, p.1). تعاني الحالات المصابة بهذا الاضطراب من انشغال كبير بشكل أو وزن أجسامهم وبكميات الطعام التي يتم تناولها، بالإضافة إلى الاستهلاك غير المناسب وغير المنتظم للطعام. قد يشمل ذلك الامتناع القهري عن تناول الطعام أو تكرار تناوله بصورة قهرية بمواعيد غير منتظمة. كما يمكن أن تزيد كمية الطعام عن المطلوب لنمو الفرد وقد يصاحب ذلك محاولة المصاب التخلص من الطعام الزائد عن حاجة الجسم. بعض أنواع اضطرابات الأكل قد تسبب انخفاض كبير في وزن الجسم. عدم المعرفة المتخصصة والمفصلة بهذا الاضطراب قد تؤدي إلى تأخير تشخيصه والتدخل لعلاج، مما يسبب مشاكل صحية ونفسية خطيرة.

نسب انتشار حدوث اضطرابات الأكل لدى الكبار

تشير الدراسات إلى معدلات انتشار مرتفعة لاضطرابات الأكل بين الشباب وطلبة الجامعات وخاصة الإناث (الزغاليل، ٢٠٠٩). كما يلاحظ انتشاره بصورة أوسع بين أفراد الطبقة الغنية والمتوسطة من المجتمع. بالرغم من أنه معروف تاريخياً أن اضطرابات الأكل تنتشر بمعدل أعلى بالدول الغربية، إلا أن الكثير من الدراسات الحديثة تشير إلى زيادة معدل انتشاره في مناطق العالم المختلفة ويشمل ذلك دول العالم العربي وآسيا (Pike, Hoek & Dunne, 2014). تبلغ النسبة العالمية لانتشار اضطراب فقدان الشهية العصبي (Anorexia Nervosa) ٠.٢١٪ واضطراب نهم الأكل (Binge Eating Disorder) ٢.٢٢٪ (Le, Barendregt, Hay & Mihalopoulos, 2017).

تصنيفات اضطرابات الأكل لدى الكبار

تم تحديد الأنواع التالية لاضطرابات الأكل لدى الكبار في تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في إصداره الخامس في ثلاثة أنواع رئيسية (American Psychiatric Association (APA), 2013):

١. اضطراب فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa:

هو اضطراب نفسي قد يكون له آثار جسدية مدمرة. يرتبط بهذا الاضطراب انخفاض غير طبيعي لوزن الجسم، وخوف المصاب الشديد من كسب الوزن وعدم قبوله لوزن جسمه. الشخص المصاب باضطراب فقدان الشهية العصبي يعطي أولية كبيرة جدا لوزنه وشكله وذلك يؤدي لتصرفات وأفعال غالبا ما تسبب تشويش الأنشطة الحياتية للمصاب. لمنع الزيادة في وزن الجسم أو الاستمرار في فقدانه، يُقيد الشخص المصاب بصورة كبيرة تناوله للطعام ويمكن أن يلجأ للتقيؤ للتحكم في السعرات الحرارية الداخلة للجسم بعد الأكل.

٢. اضطراب الشره العصبي Bulimia Nervosa:

هو اضطراب قد يسبب تناول المصاب لكميات كبيرة من الطعام بصورة سرية ثم يحاول تخليص الجسم منها بطريقة غير صحية بالتقيؤ المتعمد أو التمارين الرياضية المفرطة أو استخدام طرق أخرى لتحقيق ذلك (مثلاً، استخدام المليينات ومدرات البول). الشخص المصاب باضطراب الشره العصبي منشغل بشكل كبير بوزن جسمه وشكله، وقد يشعر الذنب والقلق واحتقار الذات بسبب عيوب جسدية هو يتصور وجودها.

٣. اضطراب نهم الطعام Binge Eating Disorder:

الشخص المصاب بهذا الاضطراب يتناول باستمرار الطعام بشكل زائد، حيث يتم تناول كميات كبيرة من الطعام والشراب خلال فترات زمنية قصيرة بالرغم من عدم الشعور بالجوع. خلافاً للاضطرابات المذكورة أعلاه، لا يصاحب اضطراب نهم الطعام سلوك قهري تعويضي للأكل الزائد كالتقيؤ. العديد من المصابين بهذا الاضطراب يعانون من الوزن الزائد أو البدانة.

من الجدير ذكره، أن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في إصداره الرابع (APA, 2000)، كان يشمل "اضطراب الأكل غير المحددة" وتم استبداله في النسخة الخامسة الحالية باضطراب نهم الطعام.

أما التصنيف الدولي العاشر للأمراض (World Health Organization, 2000) الصادر عن منظمة الصحة العالمية، فبالإضافة لاضطراب فقدان الشهية العصبي واضطراب الشره العصبي، يحدد نوعين آخرين لاضطرابات الأكل وهما: نوع مرتبط

باضطرابات نفسية والنوع الآخر محدد على أنه اضطرابات أكل أخرى.

أعراض اضطرابات الأكل لدى الكبار

هناك العديد من الأعراض الجوهرية المشتركة لأنواع اضطرابات الأكل المختلفة ويشمل ذلك عدم الارتياح والانشغال بشكل و وزن الجسم، ومشاكل مرتبطة بتقدير الذات (Polivy & Herman, 2002). يحدد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في إصداره الخامس (APA, 2013) أعراض خاصة لكل اضطراب كما يلي:

• أعراض اضطراب فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa:

يعاني الشخص المصاب باضطراب فقدان الشهية العصبي من تقييد مستمر للطاقة اللازمة للجسم مما يؤدي إلى انخفاض وزن الجسم بصورة كبيرة. كما يشعر المصاب بالخوف الشديد من كسب الوزن أو الإصابة بالسمنة، وقد يشمل ذلك تصرفات تعطل كسب الوزن بالرغم من انخفاض وزن الجسم الشديد. كما يؤدي هذا الاضطراب إلى خلل في كيفية الشعور بالجسم، والتأثير الغير مبرر لشكل ووزن الجسم على تقييم النفس، وكذلك عدم القدرة على إدراك خطورة وزن الجسم المنخفض.

• أعراض اضطراب الشره العصبي Bulimia Nervosa:

تشمل أعراض هذا الاضطراب نوبات متكررة يتم فيها تناول كميات كبيرة من الطعام. تتسم هذه النوبات بالحدوث في فترات زمنية متقطعة -مثلاً، خلال أي ساعتين من اليوم-، كما أن كمية الطعام التي يتم تناولها أكبر بكثير من ما يتناوله الشخص العادي خلال نفس الفترة الزمنية وفي نفس الظروف. يشعر المصاب بعدم السيطرة خلال الأكل ويشمل ذلك عدم القدرة على التوقف عن الأكل أو التحكم في نوعية أو كمية الأكل. يظهر سلوك تعويضي قهري عند المصاب لمنع كسب الوزن، وقد يشمل ذلك التقيؤ المتعمد، أو سوء استخدام المسهلات ومدرات البول وغيرها من الأدوية، أو الصوم عن الطعام، أو التمارين الرياضية القاسية والمبالغ فيها. من الأعراض الأخرى الدالة استمرار حدوث حالة الأكل الشره مرة واحدة على الأقل بالمتوسط في كل أسبوع ولمدة ثلاثة شهور. وكذلك يعتمد تقييم الذات للشخص المصاب على شكل ووزن جسمه.

• أعراض اضطراب نهم الطعام Binge Eating Disorder:

يشارك هذا الاضطراب في أعراضه مع اضطراب الشره العصبي في نوبات الطعام المتكررة في فترات زمنية متقطعة والتي تشمل تناول كميات كبيرة من الطعام. حيث يتناول الشخص المصاب الطعام بسرعة أكبر من الطبيعي حتى الشعور بالشبع المسبب لعدم الارتياح، بالرغم من عدم الشعور بالجوع. كما قد يفضل المصاب الأكل بمفرده لخجله من كمية الطعام التي يقوم باستهلاكها، بالإضافة إلى إمكانية شعور المصاب باحتقار النفس والاكتئاب ولوم النفس. لا يصاحب هذا الاضطراب سلوك تعويضي قهري لخفض الوزن كما في اضطراب الشره العصبي.

مسببات اضطرابات الأكل لدى الكبار

يمكن تصنيف العوامل المسببة لاضطرابات الأكل لدى الكبار إلى عوامل نفسية وعضوية (جينية) واجتماعية (أبو سيف، ٢٠١١). تعتبر العوامل النفسية من أهم مسببات الاضطراب، حيث أن الضغط النفسي والقلق والسعي إلى المثالية والكمال تؤدي إلى سلوكيات مرتبطة باضطرابات الأكل. كما أن المصاب باضطراب الأكل عادة ما يحاول أن يعبر عن نفسه وأفكاره ومشاعره بإتباعه سلوكيات أكل خاطئة. وتعتبر العلاقات الأسرية المضطربة وعادات الأكل الأسرية الخاطئة عوامل مهمة للإصابة. كذلك، فإن العرف المجتمعي السائد بتفضيل الرشاقة وربطها بالنجاح والتميز والجمال له أثر في تطور الإصابة باضطراب الأكل.

وسائل الوقاية

إن زيادة معدلات انتشار اضطرابات الأكل وآثارها السلبية الكبيرة وتكلفة علاجها يعزز أهمية استخدام وسائل وقائية لتجنب الإصابة. وفي هذا تشير الدراسات إلى فعالية برامج الوقاية في مراحل المراهقة المتأخرة وللبالغين الصغار. كما أن هناك نتائج واعدة لاستخدام برامج الوزن الصحية في الحد من الإصابة بهذه الاضطرابات. ويعتبر استخدام الثقافة الإعلامية Media Literacy من أهم الطرق الوقائية لاضطرابات الأكل والتي يُتوقع نجاحها. كما أن التدخلات النفسية بما فيها العلاج الذهني السلوكي Cognitive Behavioural Therapy يمكن أن تقلل من مخاطر الإصابة بهذا النوع من الاضطرابات النفسية (Le, Barendregt, Hay, & Mihalopoulos, 2017).

طرق العلاج

يمكن اتباع العديد من الطرق العلاجية لحالات اضطرابات الأكل والتي تعتمد على منهجيات مختلفة. أحد الجوانب المهمة للعلاج هي إدارة الصحة الجسدية لمكافحة آثار هذه الاضطرابات البدنية. كما أن التدخل العلاجي بهدف الإدارة الغذائية يعتبر ضروري في بعض حالات اضطرابات الأكل. يتم أحياناً الاعتماد على العلاج الدوائي بمضادات الاكتئاب للتعامل مع الاصابات بالاضطراب. لكن، يعتبر العلاج النفسي من أكثر طرق العلاج شيوعاً وفعالية وعادة ما يصاحب كل طرق العلاج الأخرى.

هناك العديد من نماذج العلاج النفسي المبرهنة Evidence-Based Psychotherapy التي يمكن اتباعها للتعامل مع حالات اضطراب الأكل وتشمل:

- العلاج الذهني السلوكي Cognitive Behavioral Therapy (Straebl, Cooper & Fairburn, 2010).
 - العلاج الذهني السلوكي المعزز Enhanced Cognitive Behavioral Therapy (Fairburn et al., 2015).
 - العلاج العائلي Family-Based Approach (Lock, 2011).
 - العلاج النفسي المعتمد على التفاعل بين شخصي Interpersonal Psychotherapy (Murphy, Straebl, Basden, Cooper & Fairburn, 2012).
- سيتم مناقشة هذه التدخلات العلاجية النفسية بالتفصيل لاحقاً في هذا الفصل.

تقييم اضطرابات الأكل لدى الكبار

قبل إجراء تقييم اضطرابات الأكل أو اتخاذ قرار في إحالة الأشخاص الذين يشتبه إصابتهم باضطراب الأكل لإجراء تقييم، فإنه يجب الأخذ في الاعتبار وجود مجموعة من الأعراض أهمها: وزن عالي أو منخفض جداً مقارنة بما هو طبيعي لهذا العمر، فقد سريع للوزن، اتباع حمية شديدة، تبليغ أفراد العائلة عن تغير في سلوك الأكل لدى الفرد، الانسحاب الاجتماعي وخصوصاً من الفعاليات التي تشتمل على الأكل، مرض ذهني، مخاوف مرتبطة بالوزن وشكل الجسم، اضطرابات غير مبررة في الحيض أو الغدد الصماء أو الجهاز الهضمي، ضعف الدورة الدموية، الشحوب، ممارسة الرياضة المفرطة استخدام المسهلات ومدرات البول، التقيؤ العمد، نقص سكر الدم وتآكل الأسنان.

طرق التقييم:

في السنوات القليلة الماضية، تم تطوير العديد من الأدوات لتقييم أعراض وسلوكيات الأشخاص الذين يشتبه بإصابتهم باضطرابات الأكل، حيث تساعد هذه الأدوات في تشخيص ومتابعة هذه الحالات. تعتبر المقابلات واستبيانات التقرير الذاتي من أدوات التقييم الرئيسية. تعتمد آلية اختيار الأداة على التجهيزات السريرية المتوفرة، والوقت متاح بالإضافة إلى طبيعة تدريب الفئة المُقيمة. سيتم استعراض أهم الأدوات المستخدمة حالياً.

المقابلات

تكون المقابلات شبه منظمة Semi Structured Interviews، ويعتبر فحص اضطرابات الأكل وتقييم اضطراب الأكل Eating Disorder Assessment for DSM-5 من أشهر اختبارات تقييم اضطرابات الطعام والتي تعتمد على استبيانات، تم تصميمها وفقاً لمعايير تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في نسخته الخامسة (APA, 2013). يعتبر فحص اضطرابات الأكل "المعيار الذهبي" لتقييم هذا النوع من الاضطرابات للكبار. يتم عمل التقييم على مدار ٢٨ يوماً متواصلة لتحديد شدة اضطراب الأكل ثم يتم مقارنة مجموع النقاط النهائي ببيانات معيارية - يوفرها الاستبيان- تتناسب مع العمر. يتم استخدام هذا الفحص في معظم الدراسات العلاجية. الإصدار الحالي لهذا الفحص هو (17.0 D) وتمت ترجمته إلى عدة لغات. (للاطلاع على تفاصيل هذا الاختبار يمكن الرجوع إلى Fairburn, Cooper, & O'Connor, 2014)

أما اختبار تقييم اضطراب الأكل، فيتكون من استبيان يهدف إلى تقييم اضطرابات الأكل والتي تشمل اضطراب فقد الشهية العصبي، واضطراب الشره العصبي، واضطراب نهم الأكل بالإضافة إلى اضطرابات الأكل الأخرى. يتم استخدام هذا الاختبار من قبل الأطباء الذين لديهم خبرة في مجال تشخيص اضطرابات الأكل. حيث يتم من خلاله جمع معلومات عن مدى تكرار سلوكيات الأكل، مثل عدد المرات التي تم فيها تناول الطعام بنهم خلال الأسبوع السابق، وما إذا كان هذا التكرار ثابت على مدى الأشهر الثلاثة السابقة. وفي حال عدم ثبات التكرار، فيأى حد يكون مختلفاً. يتم تحليل استبيان تقييم اضطراب الأكل باستخدام خوارزمية محوسبة تقوم باختيار الأسئلة اللاحقة بناءً على الأجوبة التي اعطيت للأسئلة التي سبقتها. يتميز هذا الاختبار بالقصر نسبياً ويختلف عدد الأسئلة من شخص لآخر وفقاً لطبيعة الأجوبة.

أثبتت الدراسات النفسية السابقة وجود اتفاق بين تشخيص فحص اضطراب الأكل وتشخيص تقييم اضطراب الأكل إلا أن الأخير يتميز عن فحص اضطراب الأكل وعن المقابلات التشخيصية الغير منظمة الأخرى بأنه يتطلب حد أدنى من التدريب للذي يقوم بالتقييم بالإضافة إلى أنه لا يشكل عبئاً على الأشخاص الذين يتم تقييمهم. لا يشمل تقييم اضطراب الأكل تقييم للخصائص النفسية المرتبطة باضطرابات الأكل مثل الانشغال بصورة الجسم.

١. مقاييس التقييم Rating Scales

توجد مجموعة من مقاييس التقييم التي تستخدم بهدف تحديد ما إذا كان الشخص يعاني من اضطراب الأكل أو لا. في هذا النوع من المقاييس يتم تشخيص الحالة وفقاً لمجموع النقاط النهائي بعد تعبئة الردود من الأشخاص الذين يشتهه بوجود اضطراب أكل لديهم، وفقاً لآلية محددة مسبقاً. من المقاييس المستخدمة بشكل واسع في هذا المجال مقياس الأكل بشراهة Binge Eating Scale والذي قام بتطويره جورمالي وآخرون (Gromely, Black, Daston & Rardin, 1982). يتكون هذا المقياس من استبيان يتألف من ستة عشر بند، تهدف إلى تحديد وجود سلوك الأكل بشراهة والذي يدل بدوره على وجود اضطراب الأكل، خصوصاً عند الأشخاص الذين يعانون من السمعة المفرطة. تستند أسئلة الاستبانة على الخصائص السلوكية -على سبيل المثال، كمية الطعام المستهلكة- والاستجابة الانفعالية والذهنية (Celio, Wilfley,) (Crow, Mitchell, & Walsh 2004).

وكل سؤال له ٣ إلى ٤ إجابات منفصلة، وتُعطى قيمة عددية لكل إجابة. يتراوح مجموع نطاق النقاط النهائي من صفر إلى ٤٦، بحيث تكون النتيجة كالتالي:

• غير نهم، أقل من ١٧.

• متوسط النهم، ١٨-٢٦.

• نهم شديد، ٢٧ وأكبر.

يوضح الجدول التالي عينة من أسئلة نموذج مقياس جورمالي، والذي يمكن إجراؤه إلكترونياً باستخدام هذا الرابط: <https://psychology-tools.com/binge-eating-scale>

جدول (١): عينة من أسئلة نموذج مقياس جورمالي لاضطراب الأكل بشراهة

١	لا أشعر بالوعي الذاتي تجاه وزني أو حجم جسمي عندما أكون مع الآخرين أشعر بالقلق إزاء كيف أبدو في نظر الآخرين، ولكن هذا لا يجعلني أشعر بخيبة أمل مع نفسي. أشعر بالوعي الذاتي تجاه مظهري ووزني، مما يجعلني أشعر بخيبة أمل مع نفسي. أشعر بوعي ذاتي كبير تجاه وزني وكثيراً ما أشعر بالعار الشديد والاشمئزاز من نفسي، مما يجعلني أحاول تجنب التواصل الاجتماعي مع الآخرين
٢	ليس لدي أي صعوبة في تناول الطعام ببطء بالطريقة الصحيحة. على الرغم من أنني ألتهم الطعام إلا أنني لا ينتهي بي المطاف بالشعور بأنني ممتلئ بسبب تناول الكثير في بعض الأحيان، أميل إلى تناول الطعام بسرعة وبعد ذلك، أشعر بأنني ممتلئ بشكل غير مريح لدي عادة بلع الطعام دون مضغه مما يجعلني أشعر بأنني ممتلئ بشكل غير مريح لأنني قد أكلت كثيراً
٣	أشعر بأنني قادر أن أسيطر على رغبتني في تناول الطعام عندما أريد أشعر بالفشل تجاه قدرتي على التحكم في تناول الطعام أكثر من الشخص العادي أشعر بفقد القدرة تماماً عندما يتعلق الأمر بالسيطرة على رغبتني في تناول الطعام لأنني أشعر بالعجز التام عن السيطرة على تناول الطعام، فإني أشعر باليأس تجاه المحاولة للسيطرة
٤	ليس لدي عادة الأكل عندما أشعر الملل أقوم بالأكل أحياناً عندما أشعر بالملل، لكن غالباً ما أستطيع إشغال نفسي والبعد عن التفكير في الأكل لدي عادة منتظمة في الأكل عند الشعور بالملل، لكن أحياناً ما أستطيع إشغال نفسي والبعد عن التفكير في الأكل لدي عادة قوية في الأكل عند الشعور بالملل، ولا شيء يساعدني في تغيير هذه العادة
٥	أكون جائع فعلياً عندما أتناول شيئاً أحياناً أتناول الطعام بشكل اندفاعي من غير الشعور الفعلي بالجوع لدي عادة تناول الطعام الذي لا أحبه فقط لإشباع شعور الجوع، بالرغم من أنني فعلياً لا أشعر بالجوع بالرغم من عدم الشعور الفعلي بالجوع، أشعر بالجوع في فمي والذي لا يمكن إشباعه إلا بتناول الطعام. قد اضطر لاحقاً لبصق الاكل من فمي حتى لا أكسب وزن

٢. أدوات التقرير الذاتي Self-Report

تقيس استبيانات التقرير الذاتي أعراض وسلوكيات اضطرابات الأكل. على عكس المقابلات، فإن هذه الأداة تعتبر اقتصادية، تحتاج إلى وقت قليل ويمكن تطبيقها على مجموعة كبيرة من الأشخاص في نفس الوقت (Mairs & Nicholls, 2017). إلا أن هذه

الأداة تتطلب دقة متناهية فيما يتعلق بتعريف المفاهيم وتفسيرها. كما أنه يجب الأخذ في الاعتبار خصائص الاستبيان النفسية والتي تشمل: الصدق، الثبات، والحساسية والخصوصية بهدف اختيار الاستبيان الأكثر ملاءمة لأهداف التقييم، خلال المرحلة التشخيصية الأولية وأيضاً خلال مرحلة العلاج. كما تشمل هذه الأداة استبيانات لقياس الخصائص المرتبطة باضطرابات الأكل والتي تشمل الانشغال بصورة الجسم، الاستهلاك الغذائي، والاعتلال المشترك (الاكتئاب، القلق وما إلى ذلك).

يعتبر اختبار اتجاهات الأكل Eating Attitudes Test والذي طوره ديفيد غارنر Garner and Garfinkel (1979) من أكثر استبيانات التقرير الذاتي استخداماً لتقييم اضطراب الأكل عند المراهقين والبالغين. يتألف الاستبيان من ٢٦ بند تقيس الأعراض والخصائص المرتبطة باضطرابات الطعام. كما يستخدم هذا الاستبيان لتقييم الأشخاص المعرضين بشكل أكبر للإصابة لاضطرابات الأكل مثل الرياضيين. أثبت فحص اختبار اتجاهات الأكل فعاليتها في الكشف عن فقدان الشهية العصبي في العديد من الحالات.

يمكن إجراء هذا الاختبار بشكل فردي أو جماعي، بحيث يتم إدارته من قبل مختصين، وذلك لتحديد ما إذا كانت الحالة تستدعي إحالتها إلى أخصائي تقييم اضطرابات الأكل. يعتبر هذا الفحص مثالي للاستخدام في مراكز اللياقة البدنية، وعيادات العقم، وعيادات الصحة النفسية.

للاطلاع على تفاصيل هذا الاختبار يمكن الرجوع إلى (Garner & Garfinkel, 1979)

ومن أدوات التقرير الذاتي الأخرى التي تستخدم في هذا المجال قائمة اضطرابات الأكل Eating Disorder Inventory، والتي قام بتطويرها غارنر وآخرون Garner, Olmstead and Polivy (1983)، ثم قام لاحقاً بإجراء تعديلات عليها على مرحلتين ونشر إصدارين هما الثاني والثالث، التي نشرتها شركة التقييم النفسي Psychological Assessment Resources.

قائمة اضطرابات الأكل، عبارة عن استبيان تقرير ذاتي، متعدد المستويات ويتألف من ٦٤ سؤالاً. صمم هذا الاستبيان لتقييم وجود اضطراب فقدان الشهية العصبي، اضطراب الشره العصبي واضطراب نهم الطعام، بالإضافة إلى السمات النفسية والسلوكية المشتركة بين هذه الاضطرابات.

يتوزع الـ ٦٤ سؤال على ٨ أبعاد فرعية لقياس التالي: المحرك وراء النحافة، الشره المرضي، عدم الرضا عن الجسم، عدم الفعالية (عدم الشعور بالأمان والتفاهة)، السعي للكمالية، عدم الثقة بالأشخاص، الوعي الإستقبالي (قدرة الشخص على التمييز بين الجوع والشبع) ومخاوف النضج (الخوف من مواجهة متطلبات حياة البالغين) (Garner, Olmstead, & Polivy, 1983).

معايير التشخيص

وفقاً لمعايير تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في إصداره الخامس (APA, 2013)، فإنه لتشخيص إصابة الشخص بأحد اضطرابات الأكل، لا بد أن يظهر عليه أعراض معينة، يتم استعراضها لكل اضطراب على حدة في الجزئية التالية.

أعراض إصابة الشخص باضطراب فقدان الشهية العصبي:

- وضع قيود مستمرة على كمية الطاقة المستهلكة من قبل الشخص، بحيث تكون أقل من الحد الأدنى لما يتناسب مع العمر والجنس والصحة البدنية. مما يؤدي إلى انخفاض كبير في وزن الجسم.
- الخوف الشديد من اكتساب الوزن أو من أن يصبح الشخص بديناً.
- نهج سلوك مستمر يمنع اكتساب الوزن، على الرغم من أن وزن الشخص يكون منخفض بشكل ملحوظ.
- التأثير غير المبرر للوزن وشكل الجسم على التقييم الذاتي، أو الافتقار المستمر للاعتراف بخطورة وزن الجسم المنخفض الحالي.

أعراض إصابة الشخص باضطراب الشره العصبي:

- نوبات متكررة للأكل بنهم، والتي تتميز بما يلي:
 - تناول كميات طعام كبيرة في فترات زمنية منفصلة (على سبيل المثال في غضون أي ساعتين)، أكبر من الكمية التي قد يستهلكها شخص طبيعي وفي ظروف مماثلة.
 - شعور بعدم السيطرة على تناول الطعام خلال هذه النوبات -على سبيل المثال

الشعور بعدم القدرة على التوقف عن تناول الطعام أو التحكم في ما يأكل أو الكمية التي يأكلها-.

- السلوك المتكرر التعويضي الغير المناسب لمنع زيادة الوزن، مثل القيء العمد، استخدام المسهلات، مدرات البول أو غيرها من الأدوية، الصوم وممارسة الرياضة بشكل مفرط.
- حدوث النوبات المتكررة للأكل بنهم والسلوك المتكرر التعويضي الغير المناسب، بالمتوسط، مرة واحدة في الأسبوع لمدة ثلاثة أشهر على الأقل.
- يتأثر التقييم الذاتي بشكل غير ملائم بشكل الجسم والوزن.
- لا يحدث الاضطراب خلال نوبات فقدان الشهية العصبي حصراً.

أعراض إصابة الشخص باضطراب نهم الأكل:

- نوبات متكرر للأكل بنهم، والتي تتميز بما يلي:
 - تناول كميات طعام كبيرة في فترات زمنية منفصلة -على سبيل المثال في غضون أي ساعتين- أكبر من الكمية التي قد يستهلكها شخص طبيعي وفي ظروف مماثلة.
 - شعور بعدم السيطرة على تناول الطعام خلال هذه النوبات -على سبيل المثال الشعور بعدم القدرة على التوقف عن تناول الطعام أو التحكم في ما يأكل أو الكمية التي يأكلها-.
- ترتبط نوبات الاكل بنهم بثلاثة أو أكثر من التالي:
 - تناول الطعام بسرعة أكبر بكثير من المعتاد.
 - تناول الطعام حتى الشعور بالامتلاء بشكل غير مريح.
 - تناول كميات كبيرة من الطعام عند عدم الشعور الفعلي بالجوع.
 - تناول الطعام على انفراد بسبب الشعور بالحرج من كمية الطعام المستهلكة.
 - الشعور بالاشمئزاز من النفس، الاكتئاب أو الشعور بالذنب بعد الأكل.
- تكدر ملحوظ متعلق بتناول الطعام بنهم.

- حدوث نوبات تناول الطعام بنهم، بالمتوسط، مرة واحدة في الأسبوع على الأقل لمدة ثلاثة أشهر.
- اضطراب الأكل بنهم لا يرتبط مع السلوك المتكرر التعويضي الغير المناسب، كما هو الحال في اضطراب الشره العصبي الشره المرضي العصبي لمنع زيادة الوزن.

صياغة الحالة ورسم خطة العلاج

العلاج الذهني السلوكي لاضطرابات الأكل (Fairburn et. al., 2015) هو العلاج المعتمد تجريبياً، حيث أظهرت العديد من الدراسات البحثية فعاليته لعلاج اضطرابات الأكل (Byrne, Fursland, Allen, & Watson, 2011). حيث يشمل تدخل علاجي منظم له سقف زمني ثابت، يبدأ بتقييم الحالة سريرياً، ثم تتم صياغة الحالة وفقاً لتقدم المريض خلال فترة العلاج. يهدف هذا العلاج بشكل أساسي إلى إشراك المريض في العلاج والحفاظ على علاقة علاجية فعالة.

يعتبر تحديد المخططات الذهنية (الأفكار) التي تساهم في اضطراب الأكل، عنصر مهم جداً لصياغة الحالة (Murphy et al., 2010). على سبيل المثال، فإن الغالبية العظمى من المصابين باضطراب الأكل لديهم مخاوف مرتبطة بالوزن وصورة الجسم. بالتالي تصبح التقييمات الذاتية السلبية تلقائية لديهم وذلك سعياً وراء الحصول على المثالية، مما يؤدي إلى المزيد من أعراض اضطراب الأكل.

بعد تحديد هذه المخططات الذهنية يتم الشروع في التدخلات العلاجية. تشمل المراحل الأولى لهذه التدخلات "صياغة" الحالة، والتي تكون على شكل رسم بياني مرئي للعمليات التي تساهم في اضطراب الأكل لدى المريض (Murphy et al., 2010). هذه العملية تسمح للمريض أن يلاحظ ويفهم بصرياً السلوكيات الضارة التي تسهم في تفاقم مشكلة اضطراب الأكل التي يعاني منها.

التدخلات العلاجية

هناك العديد من الطرق العلاجية لاضطرابات الأكل لدى الكبار، حيث يتم عادةً اتباع منهجية متعددة التخصصات قد تحتاج مشاركة أخصائيين نفسيين و أخصائي تغذية واجتماع. أحد الجوانب العلاجية للاضطراب تشمل إدارة الصحة الجسدية Physical Health Management، نظراً للمشاكل الكبيرة التي يسببها هذا النوع من

الاضطرابات على صحة الجسد والتي قد تؤدي إلى الوفاة -على سبيل المثال، فقر الدم، واضطرابات القلب، وهشاشة العظام، ومشاكل الكلية-.

جانب آخر من التدخلات العلاجية يعنى بالإدارة الغذائية Management Nutritional اللازمة لاستخدام نظام غذائي متوازن في التعامل مع حالات اضطراب الأكل. كذلك، فإن تقديم الاستشارة الغذائية يساعد في تحديد مخاوف المصاب من الأكل، وتوضيح عواقب عادات الأكل الخاطئة. التثقيف بالقيمة الغذائية للأطعمة المختلفة قد يكون ضرورياً لمساعدة المصاب باضطرابات الأكل الذي فقد القدرة على اتباع عادات الأكل الصحية.

كما يمكن استخدام التدخل الدوائي في علاج اضطرابات الأكل ويشمل ذلك مضادات الاكتئاب مثل زولوفت، وبروزاك، وأروبكس، وباكسيل. حيث تشير الأبحاث (Steffen, Roerig, Mitchell & Uppala, 2006) إلى فعالية مضادات الاكتئاب في تقليص دورة الأكل الزائد والسلوك التعويضي للتخلص منه في حالات اضطراب الشره العصبي. كما أن هذا النوع من الأدوية يمكن أن يؤدي إلى استقرار حالة استعادة الوزن للمصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي. تجدر الإشارة إلى أن مضادات الاكتئاب قد تسبب أعراض جانبية بمستويات شدة متفاوتة، ومنها الغثيان، والقلق، وفقدان أو زيادة في الشهية، والطفح الجلدي، والكوابيس، وتغيرات في ضغط الدم.

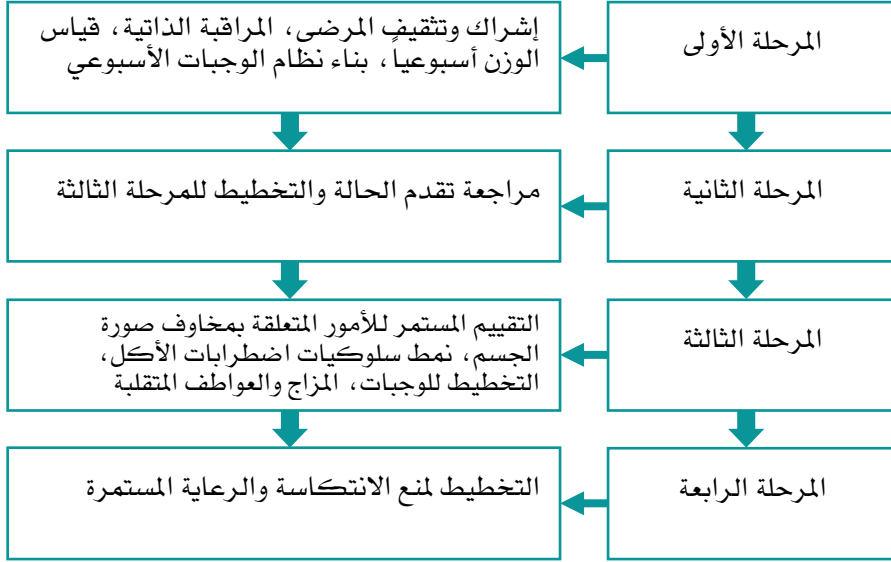
يعتبر العلاج النفسي Psychotherapy من أهم أنواع التدخلات العلاجية لاضطرابات الأكل لدى الكبار والذي عادةً ما يصاحب أي من التدخلات العلاجية المذكورة سابقاً. يهدف العلاج النفسي إلى تحديد الضغوط النفسية التي تساهم في حدوث اضطراب الأكل، وتمكين المصاب من إدراك قدراته الذاتية للتغلب على صعوبات اضطراب الأكل الذي يعاني منه. هناك العديد من النماذج التي يمكن اتباعها في العلاج النفسي لحالات اضطراب الأكل لدى الكبار وتشمل:

العلاج الذهني السلوكي

يعتبر العلاج الذهني السلوكي Cognitive Behavioral Therapy من أكثر نماذج العلاج النفسي شيوعاً لاضطرابات الأكل (Murphy, Straebl, Cooper & Fairburn, 2010). نظراً للتوافق بين المشاعر والأفكار، فإن العلاج الذهني السلوكي يشجع المصاب على إعادة تقييم أفكاره وسلوكياته الحالية المشوشة، والذي يؤدي عادةً إلى بروز سلوكيات صحيحة لدى الشخص المصاب.

يهدف العلاج الذهني السلوكي أيضاً إلى تغيير نظرة المصاب الخاصة بالأكل وبنفسه. يتم ذلك بتحديد الأفكار الأساسية المسببة لسلوك الأكل المضطرب وتحفيز طرق أكثر إيجابية في التفكير. من أنماط التفكير السلبية التي يتعامل معها العلاج الذهني السلوكي: تضخيم أهمية الأحداث، ونسب الخطأ (عدم إدراك العلاقة بين السبب والنتيجة)، وأسلوب تفكير الكل أو لا شيء (Waller, 2016).

قدم فيربيرن وزملاؤه Fairburn et. al., (2015) نموذج مُعزز للعلاج الذهني السلوكي Enhanced Cognitive Behavioral Therapy، ويتكون من أربعة مراحل كما هو موضح في شكل (1). سيتم نقاش استخدام هذا النموذج العلاجي بالتفصيل لاحقاً في هذا الفصل.



شكل (1) نموذج العلاج الذهني السلوكي المُعزز لاضطرابات الأكل (انظر: Fairburn et. al., 2015).

العلاج الأسري

الفكرة الأساسية لهذه الطريقة في العلاج أن التغييرات في البيئة الأسرية سينتج عنه الحد من سلوكيات اضطرابات الأكل (Lock, 2011). يساهم أفراد العائلة المقيمين في نفس منزل المصاب في التدخل العلاجي، وقد يشمل ذلك الزوج/ة والأولاد بالإضافة إلى

الأقارب من الدرجة الثانية. يعتمد نجاح البرنامج العلاجي على التزام أفراد الأسرة بالحضور والمساهمة في الجلسات العلاجية، حيث يتم تشجيع الأسرة كوحدة واحدة على تطوير طرق صحية للتعامل مع اضطرابات الأكل.

يشمل العلاج الأسري لاضطرابات الأكل تناول القضايا الأسرية التي قد تكون مسببة لاضطراب الأكل مثل الخلافات الأسرية، ومشاكل التواصل الأسري، وصعوبة التعبير الشعوري، والعنف الجسدي.

العلاج النفسي البين شخصي

يستخدم العلاج النفسي البين شخصي Interpersonal Psychotherapy بنجاح لحالات اضطراب الأكل وخاصة اضطراب الشره العصبي ونهم الأكل. يتم تناول مشاكل التفاعل البين شخصي التي يواجهها المصاب والتي تعتبر من العوامل المهمة المسببة لاضطرابات الأكل (Murphy, Straebl, Basden, Cooper & Fairburn, 2012).

يشمل برنامج العلاج عادةً ثلاث مراحل أساسية تستمر عادةً لمدة من ١٦ - ٢٠ أسبوع. يقوم أخصائي العلاج باستكشاف تاريخ حالة الاضطراب وعلاقات المصاب قبل وبعد الإصابة، بالإضافة إلى الأحداث المهمة في حياة المصاب وقضايا احترام الذات والاكتماب. ومن ثم يتم تحديد مجالات المشاكل في حياة المصاب والعمل على تطوير حلول لها. والتي تشمل الكتابة، والصراع مع الآخرين على الأدوار، والتنقل بين الأدوار، والمهارات التفاعلية.

الإجراءات العلاجية وإدارة الجلسات العلاجية

سيتم في هذا الجزء من الفصل استعراض نماذج برامج علاجية تستخدم على نطاق واسع في علاج اضطرابات الأكل. تم اختيار برنامج لكل نوع من اضطرابات الأكل الثلاثة التي تصيب الكبار. سيتم استعراض الإجراءات العلاجية الخاصة بكل برنامج ونقاش هيكلية الجلسات العلاجية وأهدافها وأنشطتها.

البرامج العلاجية التي سيتم مناقشتها هي كما يلي:

١. نموذج مادوسلي لعلاج اضطراب فقدان الشهية العصبي لدى الكبار - نموذج مانترا (Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA).
٢. برنامج كوبر وفاربيرن (Cooper & Fairburn, 2009) العلاجي للكبار المصابين

باضطراب الشره العصبي اعتماداً على إرشادات المعهد الوطني البريطاني للتميز الصحي والاكلينيكي (Nice, 2004).

٣. برنامج جمعية علم النفس الاكلينيكي الأمريكية Society of Clinical Psychology, 2015 لعلاج اضطراب نهم الطعام لدى الكبار.

أولاً: نموذج مادوسلي لعلاج اضطراب فقدان الشهية العصبي - نموذج مانترا:

تم تطوير نموذج مانترا لعلاج اضطراب فقدان الشهية لدى الكبار في مجلس البحث العلمي الطبي البريطاني، يعتمد على العلاج الذهني السلوكي والتفاعلي الشخصي (Schmidt, Wade & Treasure, 2014). يشمل البرنامج العلاجي لنموذج مانترا ٢٠-٤٠ جلسة فردية أسبوعية حسب شدة الحالة، تليها ٤ أو ٥ جلسات متابعة شهرية.

يتكون هذا النموذج من مجموعة مراحل موضحة في جدول (١) ويعتمد في تنفيذه على المقابلات التحفيزية التي تشجع على التأمل والتعاون مع وجود المشاعر الدافئة والمتعاطفة. يقوم الأخصائي خلال المقابلات بتوجيه المصاب للتغيير في اتجاه عادات الأمل الصحية وكسب الوزن.

جدول (٢) وحدات نموذج مادوسلي لعلاج اضطراب فقدان الشهية العصبي لدى الكبار - نموذج مانترا.

اسم ورقم الوحدة	المحتوى
الوحدة ١ البدء	استكشاف الحافز والاستعداد للتغيير، تخيل المستقبل باضطراب فقدان الشهية العصبي وبدونه، استرجاع الماضي قبل الإصابة بالاضطراب، تحديد أثر الاضطراب في حياة المصاب، استكشاف القيم الشخصية وتأثير اضطراب فقدان الشهية العصبي عليها.
الوحدة ٢ العمل مع الدعم	تحديد أشخاص مرشحون للدعم، فهم منظور الآخرين، تحديد التفاعلات المفيدة وغير المفيدة مع الآخرين، التخطيط لإشراك الآخرين.
الوحدة ٣ التغذية	تقييم الخطر الطبي وتقييم الآخرين للخطر والقدرة على التغيير، السرعات الحرارية اليومية اللازمة لكسب الوزن، الثقيف حول عواقب الوصول إلى حالات الجوع الشديد، ماذا يمكن أن يأكل المصاب (وتحديد الأطعمة الصحية)، دعم الصحة الغذائية ووضع خطة تغيير غذائية.

تشمل هذه الوحدة إعطاء الفرصة للمصاب لتحديد تصور لحالته من حيث كيفية التطور والاستمرارية.	الوحدة ٤ اضطرابي - فقدان الشهية العصبي (لماذا؟، ماذا؟ وكيف؟)
تحديد نقاط القلق والطموح، كيف يمكن وضع أهداف ذكية (محددة، قابلة للقياس، قابلة للإنجاز، واقعية، وملموسة)، باستخدام التجارب السلوكية لتحقيق الأهداف.	الوحدة ٥ الأهداف والتجارب
التفكير في كيفية التفكير: هل أنا أركز بصورة مفرطة بالتفاصيل على حساب الصورة العامة؟ هل أجد صعوبة بأن أكون مرناً وأنتقل بين أفكار وقواعد ومهام ومناظير مختلفة؟ ما هو تأثير نمط التفكير على حياتي؟ التوازن بين السرعة والدقة، تأثير القلق من ارتكاب الأخطاء، ماذا يعني نمطك في التفكير لك؟ كيف تستغل نمط تفكيرك لأقصى درجة، لتعزيز التفكير في الصورة العامة والمرونة الذهنية وحل المشاكل، والقناعات بما هو جيد.	الوحدة ٦ استكشاف أنماط التفكير
ما هي المشاعر ولماذا هم جزء منا؟ المشاعر في سياق العلاقات وأشكالها، أن تصبح خبيراً في مشاعرك: الاستماع إلى مشاعرك، تحديد معتقداتك عن المشاعر، وتعلم التعبير عن المشاعر والاحتياجات بصورة مناسبة. تعلم إدارة المشاعر المبالغ فيها والغامرة. الحالات الشعورية للآخرين: تعلم رؤية العالم من منظور الآخرين لتحديد صورة عامة أكثر اتزاناً عن العلاقات البينية المشدودة. تطوير التعاطف الذاتي.	الوحدة ٧ العقل الاجتماعي والانفعالي
اضطراب فقدان الشهية العصبي والهوية، أفضل حالاتي الذاتية، من أحترم، تطوير هوية جديدة خارج نطاق الاضطراب، من سيساعدني في التطور؟ التدريب على الحياة بهوية جديدة.	الوحدة ٨ الهوية
التفكير في كيفية المحافظة على المكاسب، ماذا يمكن فعله أيضاً وما هي العقبات، أدوات المحافظة على الحالة الجيدة، إدارة الأفكار والمشاعر والسلوكيات الصعبة خلال فترة التعافي، تطوير شعارات للحياة الأكبر.	الوحدة ٩ التقدم للأمام

Schmidt, Wade & Treasure, 2014

لتكملة جدول (١) وحدات نموذج مادوسلي لعلاج اضطراب فقدان الشهية العصبي لدى الكبار - نموذج مانترا يرجي الرجوع إلى (Schmidt, Wade & Treasure, 2014).

جلسات البرنامج وأهدافها ومحتواها:

الجلسات من الأولى إلى الرابعة: المرحلة المبكرة:

تشمل تناول المعتقدات الداعمة للإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي وتكوين حافز التغيير. يمكن زيادة عدد الجلسات المخصصة لهذه المرحلة في حالات الإصابة الشديدة. هدف هذه المجموعة المبكرة من الجلسات هو استكشاف خلفيات المصاب واهتماماته قبل الإصابة وتحديد اتجاهاته وآماله المستقبلية، وأثر الاضطراب على ذلك. من المعتقدات المرتبطة بالاضطراب التي يتم التعامل معها، "فقدان الشهية العصبي يُخدر مشاعري"، و"يجعلني في أمان"، و"يساعدني في التعبير عن قلقي". من المهم في هذه المرحلة المبكرة من العلاج تشكيك المصاب بمعتقدات الاضطراب ومساعدته في بناء الحافز للتغيير. من التمارين المستخدمة في ذلك، قواعد الاستعداد للتحفيز، ومجموعة من تمارين الكتابة العلاجية التي تساعد في تحليل والتشكيك في قيمة اضطراب فقدان الشهية العصبي في حياة المصاب -على سبيل المثال، رسائل للاضطراب كصديق أو عدو، رسائل لتخيل الحياة بالاضطراب أو بدونه، والرجوع بالذكريات إلى ما قبل الإصابة-. إجراء هذه التمارين التحفيزية يساعد في تكوين مقاربة علاجية يبدأ المصاب من خلالها التشكيك في دور اضطراب فقدان الشهية العصبي بحياته وأثره على أهدافه الحياتية وآماله.

يعمل الأخصائي في الجلسات العلاجية الأولى على إخراج المصاب من حالة العزلة التي يسببها اضطراب فقدان الشهية العصبي، والذي يؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي وتدمير العلاقات الإنسانية. كما هو موضح في جدول (1)، فإن الدعم من الآخرين من الوحدات الأساسية في نموذج مانترا. حيث يُطلب من المصاب تعبئة استبيان لمساعدته في تحديد الأشخاص في دوائره الاجتماعية، الذين يمكن أن يدعموه في التغلب على الاضطراب. يمكن دعوة هؤلاء الأشخاص الداعمين لبعض الجلسات العلاجية ويزيد الاعتماد عليهم كلما كانت الحالة أكثر شدة.

من الأهداف الأساسية لنموذج مانترا هو دعم المصاب في كسب الوزن وتشجيعه على التغذية السليمة. مستوى تناول هذا الجانب الغذائي في الجلسات المبكرة للعلاج يعتمد على استعداد المصاب للتعامل معه.

يتم عمل تقييم للخطر الطبي المرتبط بالإصابة وإشراك المصاب في نتائجه. يُطلب من المصاب التفكير في مدى قدرتهم على مراعاة حاجاتهم الغذائية وباستقلالية عن

الآخرين، ثم يقوم المصاب بمقارنة تقييمه مع تقييم الأشخاص الآخرين والمتخصصين. يقيس الأخصائي المٌعالج وزن المصاب عند بداية كل جلسة علاجية، لتقييم المخاطر الصحية والسير الآمن للبرنامج العلاجي، وإدارة مخاوف المصاب من كسب الوزن. يتم مناقشة قيمة الوزن المُقاس مع المصاب في كل جلسة. يُنصح المصاب بعدم قياس الوزن بين الجلسات لعدم تعزيز المخاوف الخاصة بكسب الوزن. يتم تثقيف المصاب بحاجة جسمه اليومية للطاقة وذلك للمحافظة على وزن الجسم السليم، بالإضافة إلى إعلامه بتبعات الجوع الشديد على الدماغ. يتلقى المصاب معلومات عن ما يمكن تناوله من طعام بصورة يومية وماهية الأكل الصحي. يتم تثقيف المصاب بهذه الخطط الغذائية في إطار التفكير الأوسع بالصحة الأفضل التي تؤدي إلى حياة أفضل.

الجلسات من الخامسة إلى الثامنة: الصياغة والتخطيط للعلاج:

يتم في هذه المرحلة العلاجية صياغة الحالة وتطوير خطة العلاج وأهدافها. يشمل ذلك، الفهم الجيد لل صعوبات الحالية في إطار التجارب السابقة و البيئة الحالية، والاتفاق على أهداف العلاج والخطط اللازمة للتغيير. بعض الحالات تجد صعوبة في تحديد الأهداف بما يخص الوزن والتغذية، خاصة إذا قاموا بمحاولة ذلك مرات عديدة سابقا. لذلك، تسبق مرحلة تحديد الأهداف التعرف على صعوبات وآمال المصاب ومن ثم تحديد الأهداف الذكية اللازمة للعلاج.

الجلسات التاسعة إلى الثامنة عشرة: العمل من أجل التغيير:

الأمر الأساسي في هذه الجلسات هو العمل من أجل تغيير دائم. يتم ذلك من خلال التركيز على جانب التغذية حسب الحاجة وتنفيذ وحدات نموذج مانترا السادسة (استكشاف أنماط التفكير) والسابعة (العقل الاجتماعي والشعوري)، الموضحة في جدول (١). من خلال العمل على النمط الفكري، يتم تشجيع المصاب على تناول عمليات التفكير التي يتبعها وأثرها على حياته بدلا من المحتوى الذي يتم التفكير فيه. يتسم نمط التفكير الشائع في إصابات اضطراب فقدان الشهية العصبي بالتركيز المفرط في التفاصيل وعدم الاهتمام بالصورة العامة، وكذلك عدم المرونة الفكرية كما تم التوضيح سابقا. يتم إجراء تقييم نفسي عصبي للمصاب لتحديد مرونته الفكرية في القدرة على الانتقال في التفكير بين مهام مختلفة، والقدرة على التفكير الشمولي، ومعيارية مستوى التفكير. العديد من المصابين بالاضطراب

يُظهرون نمط "كل شيء أو لا شيء" في التفكير. يقوم المصاب بإجراء مجموعة من التمارين لمساعدته في استكشاف نمطه الفكري وأثره على مجالات حياته المختلفة.

من الآثار السلوكية لنمط التفكير شعور المصاب بضرورة الإنجاز المثالي لكل المهام وتجنب الأخطاء مهما كان ذلك مكافئاً. لذلك، يتم مناقشة المفاضلة بين السرعة والدقة في المهام التي يقوموا بها، والذي يؤدي للنقاش عن المعايير الشخصية وهل يمكن تحديدها بسقف مرتفع وكذلك عن نظرة المصاب لارتكاب الأخطاء. يحاول الأخصائي المعالج تعزيز أنماط التفكير الجيدة وسلوك "جيد بصورة كافية" بدلا من المثالية.

يتم أيضاً في هذه المجموعة من الجلسات تناول العقل الاجتماعي والشعوري. تشير الدراسات إلى أن المصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي يواجهوا صعوبات شعورية واجتماعية خفية، ولتحديدها، يُجرى تمرين يسمى "أجزاء الخفية" حيث يكتب المصاب أشياء تخصه لا يراها أو لا يعرفها الآخرين. عادةً ما يخفي المصاب مشاعر الوحدة، وفقد أو هجر الأشخاص القريبين منه. كما يتم إخفاء الاحتياجات والرغبات. يتم تثقيف المصاب عن ماهية المشاعر وأهميتها وكيفية التعامل مع المشاعر الصعبة، بالإضافة إلى الرفق بالنفس.

الجلسات من التاسعة عشرة إلى الرابعة والعشرين: مخصصة لإنهاء العلاج ومنع الانتكاسة أو رجوع الاضطراب.

المتابعة:

هذه المرحلة تعنى بإنهاء العلاج وأثره على المصاب، ويشمل ذلك استراتيجيات منع رجوع الإصابة. يقوم المصاب بكتابة رسائل وداع يشرح فيها ما تم إنجازه خلال الفترة العلاجية والمطلوب استكمال متابعته في المستقبل. جلسات المتابعة تتضمن تعزيز بعض التعيينات المفيدة التي تم إنجازها خلال فترة العلاج، وقد يشمل ذلك في بعض الحالات بناء هوية جديدة مغايرة لاضطراب فقدان الشهية العصبي.

ثانياً: برنامج كوبر وفارييرن العلاجي للكبار المصابين باضطراب الشره العصبي

تتاول العديد من الباحثين والمتخصصين النفسيين البرامج العلاجية لاضطراب الشره العصبي. تحدد دراسة للمعهد الوطني للتميز الصحي والاكلينيكي National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (Nice, 2004) مجموعة من

الإرشادات لعلاج اضطراب الشره العصبي لدى الكبار، حيث تشير إلى أهمية العلاج الذهني السلوكي في التعامل مع هذا النوع من الاضطراب. قام كوبر وفاربيرن (Cooper & Fairburn, 2009) بتكوين برنامج علاجي للكبار المصابين باضطراب الشره العصبي اعتماداً على إرشادات المعهد الوطني للتميز الصحي والاكلينيكي البريطاني (Nice, 2004). يشمل البرنامج العلاجي ثلاث خطوات رئيسية كما يلي:

الخطوة الأولى:

تشمل هذه الخطوة الابتدائية استخدام مضادات الاكتئاب. بالإضافة لذلك، يمكن تشجيع المصاب على المساعدة الذاتية بقراءة الكتب الخاصة بإدارة حالة اضطراب الشره العصبي، بتوجيه من الأخصائي المعالج.

الخطوة الثانية:

تعتمد هذه الخطوة على العلاج الذهني السلوكي المعزز (Fairburn et. al., 2015)، وذلك لأن معظم مشاكل اضطراب الشره العصبي لها أصول نفسية، حيث يعتمد المصاب بصورة كاملة في تقييمه لنفسه على شكله ووزنه. كما أن السمات الأساسية للاضطراب مسيبتها نفسية، كالنظام الغذائي والتقيؤ المتعمد وسوء استخدام السهلات والتمارين الرياضية المفرطة. هناك نوعان من العلاج الذهني السلوكي المعزز:

- النوع المركز، والذي يتناول بصورة حصرية الجانب النفسي من اضطراب الشره العصبي.
 - النوع العام، حيث يتناول بالإضافة للجوانب النفسية ثلاث معوقات تغيير يتم مواجهتها في بعض الحالات وهي: المثالية و تقدير الذات المتدني وصعوبات التواصل الشخصي.
- يشمل هذا البرنامج العلاجي أربعة خطوات أساسية، كما هو موضح في إطار (1)، حيث يتم تنفيذها خلال فترة ٤-٥ شهور وتشمل ٢٠ جلسة علاجية فردية.

الخطوة الثالثة:

في حال فشل البرنامج الذهني السلوكي المعزز، يمكن توجيه المصاب للإقامة خلال النهار في المستشفى أو أن يقيم فيها بصورة كاملة، ويعتمد ذلك على شدة حالة الاكتئاب أو الضعف الصحي للجسد. لكن، يجب أن يُنظر لهذه الخطوة على أنها مؤقتة وتؤسس لمرحلة علاجية جديدة خارج المستشفى. قد يُلاحظ تحسن مُضلل للحالة تأثراً ببيئة المستشفى ويجب أن لا يكون ذلك سبباً لخروج المصاب المبكر من

المستشفى.

إطار (١) العناصر الأساسية لعلاج اضطراب الشره العصبي بالعلاج الذهني السلوكي المعزز.

المرحلة الأولى	المرحلة الثالثة
<p>اشراك المصاب بالعلاج والتغيير. جلستين أسبوعيا لمدة ٤ أسابيع وتشمل الإجراءات التالية: تكوين صياغة للعمليات المسببة للاضطراب بالتشاور مع المصاب. التقييم في الوقت الحقيقي للأكل والسلوكيات ذات العلاقة بالاضطراب والتثقيف بضوابط الوزن وتغيراته، والتعقيدات الجسدية المترتبة على التقيؤ المتعمد والاستخدام الخاطئ للمسهلات للتحكم في الوزن. قياس الوزن أسبوعيا. وضع نمط للأكل المنتظم. إشراك الأشخاص الآخرين المؤثرين في العلاج إذا كان ذلك مناسباً.</p>	<p>تشمل ثمانية جلسات أسبوعية وتتناول الآليات الأساسية التي تسبب الاضطراب: التقييم المفرط للوزن: يتم تثقيف المصاب بتبعات ذلك، العمل على تقليل وتجنب الفحص الغير مفيد للجسم، تغيير الأفكار السلبية مثل الشعور بالسمنة، تطوير مجالات التقييم الذاتي المهمشة، استكشاف أصول التقييم الذاتي المفرط. ضبط النظام الغذائي: الإرشادات المرنة لقواعد الغذاء. تغييرات الأكل بسبب أحداث ضاغطة: تطوير مهارات حل المشكلات للتغلب على هذه الأحداث، وتطوير المهارات لقبول وتعديل الأمزجة الحادة.</p>
المرحلة الثانية	المرحلة الرابعة
<p>وهي مرحلة انتقالية وعادة ما تتكون من جلستين (واحدة أسبوعيا) وتشمل العناصر التالية: المراجعة المشتركة للتقدم في العلاج. تحديد معوقات التغيير. تعديل صياغة الحالة حسب الحاجة. التخطيط للمرحلة الثالثة.</p>	<p>التأكد من التقدم الذي تم إحرازه خلال العلاج وتقليل خطر رجوع الإصابة (الانتكاسة) (replase). تشمل هذه المرحلة ثلاث جلسات (جلسة كل أسبوعين)، بالإضافة إلى جلسة مراجعة بعد ٢٠ أسبوع من انتهاء الفترة العلاجية. يتم تناول التالي في الثلاث جلسات: التثقيف بالتوقعات الواقعية، تكوين خطة قصيرة الأمد للشهور التي تلي فترة العلاج، تكوين خطة طويلة الأمد لتقليل احتمال عودة الإصابة في المستقبل.</p>

انظر: Cooper & Faiburn, 2009

ثالثاً: برنامج جمعية علم النفس الاكلينيكي الأمريكية لعلاج اضطراب نهم الطعام لدى الكبار:

يعتمد هذا البرنامج على العلاج الذهني السلوكي لاضطراب نهم الطعام، بالإضافة إلى طرق تعليمية ونفسية أخرى. يتكون البرنامج من ١٤ جلسة علاجية تتم في فترة ١٤ أسبوع. الجلسات الإثني عشر الأولى تكون أسبوعية، والجلستين الأخيرتين يفصل بينهما أسبوعين. يراعي البرنامج الصعوبات التي يواجهها المصاب باضطراب نهم الطعام من حيث العزلة الاجتماعية وعدم التواصل الشعوري مع العائلة والأصدقاء. حيث يتم اتباع نظام صحي داعم للمصاب لتعليمه الطرق المختلفة للاعتناء بالصحة الجسدية والجوانب الشعورية.

الجلسة الأولى: ما هو اضطراب نهم الطعام

حيث يتم تعريف المصاب بالسمات الاكلينيكية للاضطراب، والعوامل الأساسية المسببة له. يقوم أخصائي العلاج بمناقشة المصاب بالتغيرات المتوقعة عند تغيير سلوكيات الأكل. حيث ستكون هذه التغيرات محدودة عند بعض الحالات ولكن ممكن أن تكون مزعجة لحالات أخرى. قد يواجه المصاب تغييرات فكرية وشعورية، حيث أنه يلجأ للأكل بنهم لتعطيل الأفكار والمشاعر السيئة التي يعاني منها. الحد من الأكل الزائد خلال العلاج يمكن أن يوقف التأثير التخديري لهذه السلوكيات. قد يصبح المصاب متأثر بصورة أكبر بالمشاعر المؤلمة، والغضب، والفقدان، والحزن، والقلق. ستتلاشى هذه الأفكار والمشاعر السيئة مع تعلم التدخلات الصحية لاستبدالهم.

يتم مناقشة المصاب بشعور الغموض والقلق الذي قد يواجهه خلال فترة العلاج، حيث يتم تذكير المصاب بأهمية تعلم مهارات جديدة خاصة بالتحكم في العوامل التي تؤدي إلى عادات الأكل غير الصحية، بالإضافة إلى تعلم اتباع نظام تحكم مرن بسلوك الأكل و المحافظة على وزن صحي للجسم. يُناقش المصاب في أعمال يمكن أن يقوم فيها كبداية للأكل بنهم، على سبيل المثال، الاتصال بصديق، والمشي، وقراءة محتوى إيجابي، وترتيب الغرفة.

الجلسة الثانية: المثيرات والنتائج ١

يتم مناقشة المصاب في العلاقة بين المثيرات وردود الأفعال (الاستجابة)، ومن ثم تحديد المثيرات التي تسبب سلوك الأكل الزائد عند المصاب. يتم تصنيف المثيرات إلى:

- اجتماعية: كالوحدة والملل، والمناسبات والتأثر بأكل الآخرين الزائد.
- ظرفية: كإعلانات التلفاز والجرائد، والمرور بجانب المخبز أو مطعم الوجبات السريعة.
- فسيولوجية-غذائية: الشعور بالجوع أو الإرهاق.
- ذهنية: الذاكرة والصورة الذهنية.

بالإضافة لتصنيف المثيرات، يتم تصنيف النتائج المترتبة عليها، حيث يُعلم المصاب النتائج الإيجابية (والحفاظ عليها) والسلبية (المطلوب تغييرها) لاتباعه عادات الأكل غير الصحية. يتم تدريب المصاب على كسر العلاقة بين المثيرات واضطراب نهم الطعام. حيث يُناقش المصاب في اتباع استراتيجيات مختلفة والتي تشمل تجنب المثيرات المسببة لعادة الأكل الزائد أو تقييد التعرض لها و تعزيز المثيرات التي تؤدي إلى السلوك الغذائي المطلوب. يتم تدريب المصاب على مكافأة نفسه مادياً أو معنوياً عند النجاح في إدارة سلوكه الغذائي بوجود المثيرات.

الجلسة الثالثة: المثيرات والنتائج ٢

حيث يتم التركيز على الجوع كمؤثر أو مثير أساسي يؤدي إلى نوبات الأكل بنهم. حيث أن كثير من الإصابات تشير إلى أن حدوث نوبات الأكل الزائد عادةً ما تحدث بعد فترات اتباع نظام غذائي شديد ومُقيّد للأكل. المصاب باضطراب نهم الأكل عادةً ما يصف دورة مضرّة يقع فيها: اتباع نظام غذائي لخفض الوزن، ثم الأكل بنهم، ثم الشعور بالندم، ثم محاولة تخفيض الوزن، ثم الأكل بنهم وهكذا. بالتالي، فإن من أهم العناصر المساعدة في التغلب على هذا الاضطراب هو الأكل بمستوى ثابت. يُنصح المصاب بكسر دورة الأكل الزائد والامتناع عن الأكل بالتشجيع على تناول ثلاث وجبات يومية، تحتوي أنواع مختلفة من الطعام. يتم تشجيع المصاب على التخطيط المكتوب للوجبات ومحتواها.

الجلسة الرابعة: الأفكار والمشاعر والسلوكيات

حيث يتم تعليم المصاب أن المثيرات لا تؤدي إلى نتائج سلوكية فقط ولكنها قد تؤثر على الأفكار والمشاعر، ويختلف هذا التأثير من شخص لآخر. بالتالي، إذا مر شخصين مثلاً من أمام المخبز، فإن الشخص الذي لا يعاني من اضطراب أكل قد لا يلاحظ المأكولات المعروضة، إلا أن الشخص المصاب ستتنباه مشاعر وأفكار ملحة

للأكل الزائد كنتيجة لهذا المؤثر. يجب إعلام المصاب بأن الأفكار والمشاعر أحياناً قد تكون "أوتوماتيكية"، أي لا يُعرف المؤثر المُسبب لها. قد يُناقش مع المصاب أسئلة عن رد فعله وأفكاره وشعوره عند حدوث مؤثرات معينة، مثلاً، ما هو رد فعلك وشعورك وأفكارك عند تناول قطعة إضافية من الكيك لم تكن في خطة الوجبات المحددة لك؟ يمكن استعراض طرق التفكير السلبية مع المصاب مثل التعميم الزائد والتفكير الكارثي والتقليل من الجوانب الإيجابية (Society of Clinical Psychology, 2015).

الجلسة الخامسة: إعادة هيكلة أو بناء أفكارك

حيث يقوم المصاب بتقييم أفكاره المرتبطة بالمشيرات من حيث الدقة والمنطقية. يتم توجيه المصاب بأن يسأل نفسه عن دقة أفكاره من خلال تحديد الأدلة على صحتها وأثرها والبدائل المختلفة لتفسيرها. الخطوة التالية هي تغيير الأفكار ومن ثم تقييم أثر هذا التغيير على المشاعر والسلوكيات.

الجلسة السادسة: المشيرات والسلاسل

حدوث سلوكيات الأكل بنهم لا تشمل فقط المشيرات والأفكار والمشاعر والسلوكيات والنتائج. قد يكون هناك سلسلة أكثر تعقيداً من العناصر التي تؤدي إلى سلوكيات هذا الاضطراب. مثلاً، المؤثر يؤدي إلى أفكار ومشاعر معينة والتي بدورها تصبح مؤثرات تؤدي إلى ردود أفعال أخرى وهكذا. حث المصاب على كتابة هذه السلاسل السلوكية مفيد جداً لفهم كيفية حدوث سلوك معين. مثلاً: انتهت من العشاء - أكل كمية كبيرة من الطعام، سأقيس وزني - أشعر بالقلق - أدخل المطبخ - سأكل أكثر لأنني أكلت كثيراً عند العشاء - أشعر بعد ذلك بالارتياح - فتح باب الثلاجة يريحني - بدأت بأكل الكيك - شعرت بداية بالارتياح ثم بالقلق - سيزيد وزني ٥ كيلو وهكذا. إن تحديد هذه السلاسل السلوكية هي الخطوة الأولى لكسرها وتجنب حدوث نوبات الأكل الزائد.

الجلسة السابعة: الاندفاع والتحكم الشخصي وتعزيز المزاج

حيث يتم تعليم المصاب استراتيجيات لتقليل الاندفاع الذي يؤدي إلى نوبات الأكل الزائد، بالإضافة إلى استراتيجيات التحكم بالنفس لإدارة سلوكيات الاضطراب. يشمل ذلك توجيه المصاب لتجنب الظروف الصعب إدارتها (مثلاً، الذهاب إلى مطعم بوفيه مفتوح)، وتأخير رد الفعل والتحدث مع النفس لتهدئتها والانشغال بأنشطة بديلة. يُطلب

من المصاب التمرن على أحد هذه الاستراتيجيات حتى موعد الجلسة القادمة. وحيث أن الاكتئاب والقلق والغضب عادةً ما تكون مؤثرات مسببة لنوبات الأكل الزائد، يتم مساعدة المصاب في إدارة مزاجه لتقليل من احتمالية حدوث نوبة الأكل. يتم توعية المصاب بأهمية الأحداث السعيدة وحثه على زيادة المشاركة فيها وتقييم تأثيرها.

الجلسة الثامنة: صورة الجسم

الطريقة التي يرى و يقيم الإنسان جسمه تمثل صورة الجسم. الشخص المصاب باضطراب نهم الطعام غالباً ما يكون غير مرتاح لشكل جسمه ووزنه، ويؤدي ذلك إلى مساهمة في دورة سلوكيات الأكل الزائد المضرة. يتم تشجيع المصاب على استكشاف أفكاره وسلوكياته ومشاعره اتجاه جسمه من خلال طرح مجموعة من الأسئلة. مثلاً، كم تقضي من الوقت بالتفكير في شكل جسمك (كم دقيقة في الساعة)؟ ما هو تأثير الثقافة والأسرة على صورتك الذهنية لجسمك؟ ماهي الأفكار السلبية التي تراودك حول شكل جسمك ووزنه؟ يتم مساعدة المصاب في التغلب على هذه الأفكار السلبية بإعادة هيكليتها بنفس الكيفية المتبعة في الجلسة الخامسة.

الجلسة التاسعة: تقدير الذات

يعتمد احترام الذات على تقييم الشخص لنفسه، وغالباً ما يُقيم المصاب باضطراب نهم الطعام نفسه بسلبية. يشمل ذلك تضخيم نقاط الضعف والتقليل من أهمية نقاط القوة. هذا المستوى المتدني من تقدير الذات يؤدي إلى تعزيز سلوكيات الأكل الزائد لدى المصاب ليشعر أنه أفضل أو ليعاقب نفسه. يتم استخدام الطرق السابق ذكرها لتقييم دقة الأفكار للتشكيك بأفكار احترام الذات المتدني واختبارها.

الجلسة العاشرة: إدارة الضغوط وحل المشكلات

حيث يتم نقاش المصاب بأن الضغط النفسي هو حالة طبيعية وضرورية في الحياة، وأن كيفية تعاملنا مع الأحداث الضاغطة يحدد إن كنا نتعرض للضغط بطريقة صحية أو غير صحية. يُزود المصاب بمعلومات تفيد في تقييم فهمه وقدرته على التعامل مع الضغط، وأثره عليه. يتم تدريب المصاب على إدارة الضغط النفسي من خلال مهارات حل المشاكل المسببة له، وكذلك إدارة طرق الرد على الضغوط المختلفة.

الجلسة الحادية عشر: الحزم

السلوك الحازم هو التعبير المسؤول عن الأفكار والمشاعر بدون المس بالحقوق الشخصية

أو حقوق الآخرين. يتم مناقشة أمثلة مع المصاب عن ردود الأفعال الحازمة والسلبية والعنيفة، كما يتم اقتراح مجموعة من الجمل التي تصف السلوك المسؤول، مثلاً: "ليس هناك مشكلة بالاختلاف مع الآخرين المعتزين بأنفسهم" و"عندما أدافع عن حقوقي، أُبين تقديري لِنفسي وأنال تقدير الآخرين (Society of Clinical Psychology, 2015).

الجلسة الثانية عشر: قضايا فقد الوزن

يتم تناول قضية تقبل النفس ومفهوم الوزن الصحي عند المصاب. يُعلم المصاب باستراتيجيات التسويق للشركات التجارية التي تحاول إقناع المستهلك بأن فقد الوزن ممكن باستخدام المنتج الصحيح، لكن الأبحاث تشير إلى أن وزن الجسم يتأثر بصورة كبيرة بالعوامل الوراثية. كما يتم مناقشة فوائد التمرينات الصحية المساعدة لحرق الدهون وتحسين المزاج وصحة الجسد. يُنصح المصاب بإتباع استراتيجيات محددة في أداء التمارين الرياضية، ويشمل ذلك التدرج وتسحين ظروف الأداء الرياضي وإتباع نظام المكافأة للتمرين الجيد. يتم تناول استراتيجيات تنظيم الأكل التي يتم فيها تجنب التقييد المفرط لتناول الطعام. كما يُنصح المصاب بتقليل كميات الدهون في النظام الغذائي والتفريق بين الجوع البيولوجي والجوع لسبب شعوري. أخيراً، يُوجه المصاب بأن لا يُجمد جميع أنشطته الحياتية في انتظار فقد الوزن.

الجلسة الثالثة عشر: منع الانتكاسة

الجزء الأول: التعرض لظروف وأطعمة خطيرة: يُناقش المصاب بأسباب رجوع الحالات لاضطراب نهم الطعام ويشمل ذلك عدم انتظام مواعيد وجبات الطعام والأحداث الضاغطة والمشاعر السلبية والأفكار الانهزامية. يُوجه المصاب لتحديد المشاكل والظروف والأفكار التي قد تساهم في رجوعه لسلوكيات الاضطراب. يتم مساعدة المصاب في وضع خطة لتجنب الرجوع لمعانة الاضطراب.

الجلسة الرابعة عشر: منع الانتكاسة

الجزء الثاني، تهدف هذه الجلسة إلى بناء قدرة المصاب على مواجهة ضغوط البيئة المحيطة الشديدة وغير المتوقعة بمستوى عالي من الثقة واحترام النفس. يشمل ذلك التأكد من فهم المصاب لآليات حل المشاكل وترتيب الأولويات في الحالات الصعبة. كما يتم التدريب على مهارات إدارة الضغوط والاسترخاء. يقوم الأخصائي المعالج بالتأكد من تقدير المصاب لأهمية التفكير المرن الذي تم تناوله في جلسات سابقة.

يُوجه المصاب لتكوين شبكة داعمة من الأشخاص من أفراد العائلة والأصدقاء حسب حاجته. كما يتم حث المصاب على تطوير أسلوب حياة صحي غير مرتبط بالطعام (Society of Clinical Psychology, 2015).

إنهاء العلاج

تقييم التقدم الناتج عن التدخل العلاجي لاضطرابات الأكل لدى الكبار يعتمد على مجموعة من المعايير والتي قد تشمل استعادة الوزن الصحي، ودرجة التخلص من السلوكيات السلبية المرتبطة باضطراب الأكل، والنظرة السلبية لوزن وشكل الجسم، بالإضافة إلى الأفكار والمشاعر والمثيرات النفسية المسببة لصعوبات الاضطراب.

يحدد المعهد الوطني للتميز الصحي والاكلينيكي البريطاني National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) مجموعة من المعايير الاكلينيكية التي يتم باستخدامها في تقييم تطور الحالة خلال العلاج، وبحث إمكانية إنهاء العلاج ووضع الخطة اللازمة لمنع عودة الإصابة. تشمل هذه المعايير:

- مؤشر كتلة الجسم عند بدء العلاج.
- أقل قيمة لمؤشر كتلة الجسم.
- الوزن المكتسب في الستة أسابيع الأولى من العلاج (لحالات اضطراب فقدان الشهية العصبي).
- الوزن المطلوب تحقيقه عند إنهاء العلاج.
- معدل تغيير الوزن في المنزل.
- فترة الإصابة بالاضطراب.
- معدل التقيؤ.
- التمارين الرياضية.
- المشاكل النفسية.

يعتبر إنهاء العلاج من أهم المراحل التي تهدف إلى التأكد من أن التغيرات الإيجابية التي حدثت خلال فترة العلاج ستستمر بعد إنجائه. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن تنتهي الفترة العلاجية بطريقة تقلل من احتمال عودة الإصابة بالاضطراب. لذلك نجد أن

الجلسات الأخيرة للبرامج العلاجية - ومنها ما تم مناقشته مسبقاً - تشمل مساعدة المصاب في تطوير الخطط اللازمة للحفاظ على التقدم المحرز وتعزيزه في الفترة التي تلي مرحلة العلاج. كما تشمل البرامج العلاجية عادةً جلسات متابعة بعد انتهاء الجلسات الأساسية قد تستمر لشهور (Nice, 2017).

المتابعة والوقاية من الانتكاسة

هناك الكثير من العوامل والمثيرات التي قد تؤدي إلى عودة الإصابة باضطراب الأكل بعد انتهاء فترة العلاج. الضغط النفسي، ومشاكل الأسرة والعمل هي أمثلة لمسببات الانتكاسة. للتقليل من احتمال ذلك، يقوم الأخصائي المعالج في المراحل الأخيرة من البرنامج العلاجي بمساعدة المصاب لوضع خطة لتجنب عودة الإصابة (الانتكاسة). تجدر الإشارة إلى أن البرامج العلاجية الثلاثة التي تم مناقشتها في هذا الفصل لعلاج الأنواع الثلاث لاضطرابات الأكل لدى الكبار، تشمل في مراحلها الأخيرة على أنشطة خاصة بالوقاية من عودة الإصابة - تم مناقشتها مسبقاً - فمثلاً، في برنامج جمعية علم النفس الاكلينيكي الأمريكية (Society of Clinical Psychology, 2015). لعلاج اضطراب نهم الطعام، تُخصص الجلستين الأخيرتين للعمل مع المصاب على تجهيز خطة لمنع عودة الإصابة والتي قد تشمل:

- تحديد الخطوات المفصلة التي سيتبعها الشخص عند الانتكاسة، مع التركيز على الأنشطة وكيفية تغيير الأفكار.
- تحديد أنواع الأطعمة "الخطرة" ويشمل ذلك شرح مفصل لها والسلوك السلبي للشخص عند التعامل معها والأفكار المتوقعة بعد تناولها.
- تحديد الخطة التي سيتم اتباعها في التعامل مع هذه الأطعمة والأفكار المرتبطة بها، بالإضافة إلى تقييم الخطة الموضوعية.
- تحديد الظروف الخطرة التي قد تؤدي إلى الانتكاسة (مثلاً، المناسبات الاجتماعية، زيارة مطعم معين).
- تحديد الأفكار المرتبطة بهذه الظروف ووضع خطة للتعامل معها وتقييم الخطة الموضوعية.
- وضع خطط لممارسة أنشطة صحية بديلة وبعيدة عن الأكل والطعام ويشمل ذلك الأنشطة التعليمية والاجتماعية والرياضية.

المراجع

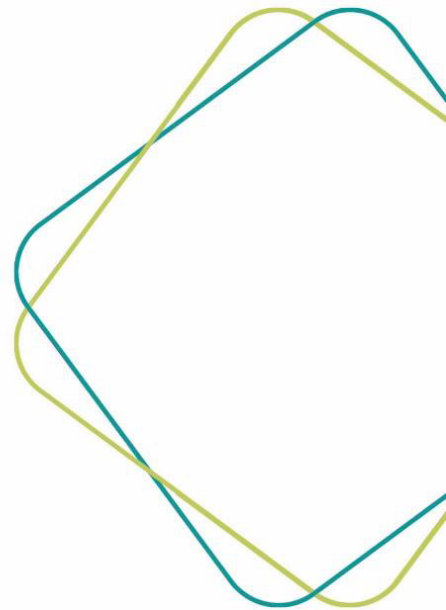
- الزغاليل، أحمد سليمان (٢٠٠٩). مشكلة اضطرابات الأكل عند طلبة الجامعة ومدى الاختلاف في اتجاهاتهم نحو ذلك تبعاً لبعض المتغيرات الديموغرافية. *مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد ١٠، ١٦٩-١٩٢*.
- أبو سيف، حسام أحمد محمد إسماعيل (٢٠١١). اضطرابات الأكل وعلاقتها بسلوك الاستهلاك والميل للعزلة لدى عينة من المراهقات. *دراسات نفسية، دار المنظومة، مجلد ٢١، ٣٨٥-٤٢١*.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) Washington, DC: Author.
- Byrne, S., Fursland A., Allen K., & Watson H. (2011). The Effectiveness of Enhanced Cognitive Behavioural Therapy for Eating Disorders: An Open Trial. *Behaviour Research and Theory, 49*, 219-226.
- Celio, A. A., Wilfley, D. E., Crow, S. J., Mitchell, J., & Walsh, B. T. (2004). A Comparison of the Bing Eating Scale, Questionnaire for Eating and Weight Pattern-Revised, and Eating Disorder Examination Questionnaire with Instructions with the Eating Disorder Examination in the Assessment of Binge Eating Disorder and its Symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 36*, 434-444.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. (2009). Management of Bulimia Nervosa and Other Binge Eating Problems. *Advances in Psychiatric Treatment, 15*, 129-136
- Fairburn, C. G. (2001). Eating Disorders. *Encyclopedia of Life Sciences*. doi: 10.1038/npg.els.0002302
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & O'Connor, M. (2014). Eating Disorder Examination. Retrieved from http://www.credo-oxford.com/pdfs/EDE_17.0D.pdf
- Fairburn, C. G., Straebl, S. B., Basden, S., Doll, H., Jones, R., Murphy, R., O'Connor, M. E., & Cooper, Z. (2015). A Transdiagnostic Comparison of Enhanced Cognitive Behaviour Therapy (CBT-E) and Interpersonal Psychotherapy in the Treatment of Eating Disorders. *Behaviour Research and Therapy, 70*, 64-71.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an Index of the Symptoms of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine, 9*, 273-279.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and Validation of a Multidimensional Eating Disorder Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 2*, 15-34.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The Assessment of Binge Eating Severity among Obese Persons. *Addictive Behaviors, 7*, 47-55.
- Le, L. K., Barendregt, J. J., Hay, P., & Mihalopoulos, C. (2017). Prevention of Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, To appear, doi: 10.1016/j.cpr.2017.02.001
- Lock, J. (2011). Evaluation of Family Treatment Models for Eating Disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 24*, 274-279.
- Mairs R., & Nicholls, D. (2017). Assessment and Treatment of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Archives of Disease in Childhood, 101*, 1168-1175.
- Murphy, R., Straebl, S., Basden, S., Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (2012). Interpersonal Psychotherapy for Eating Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 19*, 150-158.
- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive Behavioral Theory for Eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 33*, 611-627.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (Nice). (2004). *Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders*. UK.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (Nice). (2017). *Eating Disorders: Recognition and Treatment*. UK.
- Pike, K. M., Hoek, H. W. & Dunne, P. E. (2014). Cultural Trends and Eating Disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 6*, 436-442.

- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of Eating Disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Schmidt, U., Wade, T. D., & Treasure, J. L. (2014). The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA): Development, Key Features, and Preliminary Evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 28, 47-71.
- Society of Clinical Psychology. (2015). *Binge Eating Disorder Treatment. Cognitive Behavioral Therapy for Binge Eating Disorder*. Retrieved from: <https://www.div12.org/psychological-treatments/disorders/binge-eating-disorder/cognitive-behavioral-therapy-for-binge-eating-disorder/#treatment-manuals>
- Steffen, K. J., Roerig, J. L., Mitchell, J. E., & Uppala S. (2006). Emerging Drugs for Eating Disorder Treatment. *Expert Opinion on Emerging Drugs*, 11, 315-336.
- Waller, G., (2016). Recent Advances in Psychological Therapies for Eating Disorders. *F1000 Research*, 5.
- World Health Organization. (2010). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)*. World Health Organization

الفصل الخامس:

العلاج النفسي
لاضطراب الفصام

د. حنان بنت محمد الفايز



تمهيد

يعتبر الفصام من أكثر الاضطرابات الذهانية شيوعاً، حيث يظهر في جميع المجتمعات على اختلاف الزمان والمكان والثقافة. وهو مرض ذهاني حاد يتميز بمجموعة متنوعة من الأعراض مثل الغرابة في التفكير والإدراكات الحسية، واضطرابات في الوجدان والإرادة والسلوك، وقد يكون العرض الأكثر بروزاً لدى مريض الفصام هو فقدان الاتصال مع الواقع بشكل ملحوظ. تجدر الإشارة هنا إلى أن الفصام وإن كان له مظهراً متميزاً إلا أنه يتفاوت في ظهور أعراضه من مصاب لآخر. ويُعد هذا الاضطراب من الاضطرابات القديمة، وتم وصفه بعدة طرق، حتى بدأ كريبلين بأبحاثه حول هذا الاضطراب وسماه حينذاك بالخرف المبكر اعتقاداً منه بأنه يتميز بالخرف، ويبدأ في سن مبكرة. إلا أن بلويلر أول من استخدم مصطلح الفصام "سكيزوفرنيا" ومعنى الكلمة الحرفي مشتق من كلمتين "سكيز" معناها انقسام و"فرنيا" معناها العقل أي انقسام العقل. وعرف بلويلر الفصام بأنه مجموعة من الأعراض الذهانية التي تظهر على شكل مزمن لدى بعض المصابين وتظهر على شكل نوبات متكررة لدى البعض الآخر. ويختلف العلماء في تعريفهم للفصام، فالبعض لا يعتقد في شفاء مريض الفصام، وأن الحالات التي تشفى منه ما هي إلا حالات أخرى من الذهان، إلا أنه ظهرت توجهات حديثة تحارب هذه الوصمة (Zipursky, Reilly, & Murray, 2013; Strauss, 2014) مدعمة بنتائج دراسات حديثة تشير إلى نسب شفاء تصل إلى ٢٥-٦٥٪ (Rabinowitz et al., 2007; Davidson et al., 2008).

نسب الانتشار

لا يقتصر ظهور الفصام على مجتمعات معينة، فهو يظهر في جميع أنحاء العالم، وتصل نسبة انتشاره إلى ١٪ تقريباً في جميع المجتمعات، في حين تصل نسبة الإصابة (عدد الحالات الجديدة سنوياً) إلى ١,٥ لكل ١٠,٠٠٠ شخص (McGrath, Saha, Chant & Welham., 2008). وعادةً ما يصاب الشخص بالنوبة الأولى للفصام خلال فترة المراهقة والرشد المبكر، وتندر الإصابة بالنوبة الأولى خلال مرحلة الطفولة. كما يزيد معدل إصابة الذكور (١,٤٪) عن النساء (١٪) بشكل طفيف (Abel, Drake & Goldstein, 2010)، إلا أنه عادةً ما يصيب النساء بعمر متأخر (٢٥-٣٥) مقارنة بالذكور (١٨-٢٥)، مع ظهور حاد له مرةً أخرى عند اقتراب انقطاع الطمث لدى النساء. كما توجد بعض المؤشرات على أن مسار ومآل الفصام أسوأ لدى الذكور

من الإناث (Grossman, Harrow, Rosen, Faull & Strauss, 2008).

أعراض الفصام

تتنوع أعراض الفصام في ثلاث فئات رئيسية: الأعراض الإيجابية، الأعراض السلبية، والأعراض الذهنية.

الأعراض الإيجابية: المقصود بها الأعراض الذهانية التي لا نراها عند الأسوياء. والمقصود بكلمة إيجابية أنها أعراض تمت إضافتها للشخص بعد إصابته بالمرض. تم تقسيم الأعراض الإيجابية إلى مجموعتين هما: مجموعة الهلاوس والضلالات ومجموعة الأعراض الغير منتظمة كالكلام والسلوك الغير منتظم.

- **الهلاوس:** هي استجابات حسية واضحة دون وجود منبه، وهي قد تحدث في أي من الحواس الخمس إلا أن الهلاوس السمعية هي أكثرها انتشاراً لدى مريض الفصام. هذه الأصوات قد تكون ذات مصدر داخلي أي من داخل عقل المريض، أو ذات مصدر خارجي فتبدو حقيقية مثل شخص آخر يتحدث (Docherty et al., 2015). تأخذ هذه الأصوات طابعاً خاصاً بالتعليق على حركات المريض، أو تتحدث عنه بصيغة الغائب، أو تتحدث معه مباشرة وتقوم بمهاجمته أو إعطائه أوامر ليقوم بتنفيذها. أما أنواع الهلاوس الأخرى فقد تكون هلاوس بصرية، حيث يرى المريض أشخاصاً أو أشياء غير موجودة في الواقع، أو هلاوس شمعية حيث يشم المريض روائح كريهة تنبعث من حوله أو من نفسه، أو هلاوس لمسية كأن يقوم أحداً بلمس المصاب رغم عدم وجود أحد بالقرب منه.
- **الضلالات:** هي اعتقادات خاطئة يؤمن بها الفرد إيماناً راسخاً لا يحيد عنه رغم وجود الدليل على أن هذه المعتقدات غير صحيحة أو منطقية. وهي تأتي على عدة أنواع:
 - **ضلالات الاضطهاد:** يبدأ المريض هنا في الشكوى بأن الناس تتعقبه وتعامله معاملة سيئة، وأنه ضحية لمؤامرة للتخلص منه.
 - **ضلالات العظمة:** يؤمن المريض إيماناً راسخاً بأنه أذكى من الآخرين وأنه أوتي قوة خارقة، أو أنه رسول من الله.
 - **ضلالات الإشارة:** المريض هنا مقتنع بأن كل حركة تصدر ممن حوله وبعض الجمل المعينة، أو حتى النشرات الإخبارية إنما تصدر للإشارة والتلميح على تصرفاته.
 - **ضلالات التأثير/التحكم:** هنا يؤمن المريض بأنه تحت قوى داخلية أو خارجية تتحكم في تصرفاته.
- **الكلام الغير منتظم:** يعرف أيضاً بالاضطراب الشكلي في التفكير ويشير إلى وجود

مشاكل في تنظيم الأفكار ومشاكل في التحدث بطريقة يفهمها السامع. ويعتبر الخلل في الحديث إحدى الخصائص الرئيسية لمرض الفصام، وقد يظهر على شكل توقف مفاجئ للأفكار، إجابات لا علاقة لها بالأسئلة، والتحدث بشكل غير مفهوم، والخروج عن مسار الحديث.

- **السلوك المضطرب/غير المنتظم:** يشمل السلوكيات الفوضوية أو الطفولية أو السخيفة على سبيل المثال: تخزين الطعام، جمع القمامة، ارتداء ملابس غير مألوفة والتي لا تتفق مع المعايير الاجتماعية أو قد يعرض سلوك جنسي واضح (مثل الاستمراء العام) أو سلوك غير قابل للتنبؤ والتوقع (صراخ مفاجئ)، وقد يظهر على شكل جمود عضلي وهو الحفاظ على شكل جامد ومقاومة الجهود لتحريكه وجميعها تعيق الشخص عن ممارسة حياته اليومية بشكل جيد مثل صعوبات في أعداد وجبة أو المحافظة على النظافة.

الأعراض السلبية: يقصد بها غياب أو نقص في الوظائف الذهنية التي عادةً ما تكون موجودة لدى الشخص السليم فعلى سبيل المثال، يظهر على مريض الفصام تبلد عاطفي وتسطح في المشاعر ولا مبالاة. تتضمن الأعراض السلبية التالي:

- **انعدام الإرادة:** وتظهر على شكل فقدان الدافع أو الاهتمام وعدم القدرة على مواصلة الأنشطة الروتينية المعتادة أو الهوايات.

- **غياب الاختلاط الاجتماعي:** يعاني المصاب من مشاكل متعددة في العلاقات الاجتماعية، حيث يلاحظ قلة الأصدقاء، وضعف المهارات الاجتماعية، وعدم الاهتمام بالتواجد مع الآخرين أو بناء علاقات مع أسرهم أو أصدقائهم.

- **انعدام اللذة:** المقصود هو عدم ظهور الاستجابة المتوقعة تجاه المواقف السارة. هناك نمطان من التعبير عن السرور، أولاً: اللذة الاستهلاكية والمقصود بها مقدار اللذة التي يشعر بها الشخص خلال حدوث الأمر المبهج. وثانياً: اللذة المتوقعة وهي مقدار اللذة المتوقع حدوثها بسبب حدث مستقبلي. وأشارت إحدى الدراسات إلى أن النقص في اللذة لدى مرضى الفصام يظهر في اللذة المتوقعة وليس اللذة الاستهلاكية.

- **قلة التأثر العاطفي:** عدم القدرة على التعبير الظاهري عن العواطف، ويزداد حتى يصل إلى الجمود الانفعالي حيث يفقد الفرد القدرة على الاستجابات الانفعالية، وينعدم تجاوبه بالحنان والعطف مع الآخرين.

- **فقر التعبير اللفظي:** انخفاض حاد في مقدار الكلام، فالمصابون بمرض الفصام لا يتحدثون كثيراً وقد يجيب أحدهم على السؤال بكلمة أو كلمتين.

الأعراض الذهنية: تختلف شدة الأعراض الذهنية من مصاب للآخر، وهي لا تعتبر من المحكات التشخيصية لمرض الفصام، عادةً ما تبدأ قبل ظهور الأعراض الموجبة والسالبة للمرض. تشمل هذه الأعراض التالي:

- **ضعف في العمليات التنظيمية:** عدم القدرة على فهم المعلومات واستخدامها لاتخاذ قرارات.
- **مشاكل في التركيز والانتباه.**
- **ضعف في الذاكرة العاملة:** تشمل عدم القدرة على استخدام المعلومات مباشرة بعد تعلمها.
- **عدم وجود استبصار بالمرض.**

مسببات الفصام

على الرغم من العدد الكبير من الدراسات التي بحثت في أسباب مرض الفصام، إلا أنه حتى الآن لا نستطيع الجزم بسبب واحد لهذا المرض. من الواضح أن مرض الفصام هو نتيجة تفاعل معقد ما بين الجينات والبيئة.

العوامل الجينية: يتضح دور العوامل الجينية في ظهور مرض الفصام بسبب ظهوره في عوائل معينة. وهذا التصور مبني على عدد من الأدلة والدراسات والتي أشارت إلى أن معدل ظهور الفصام أعلى بين أقارب المصاب مقارنة بعموم السكان، وكل ما كانت درجة القرابة أكبر كل ما كان معدل الإصابة أعلى، حيث تصل نسبة إصابة أقارب الدرجة الأولى إلى ١٠٪ في حين تنخفض هذه النسبة إلى ٣٪ عند أقارب الدرجة الثانية (Butcher et al., 2015) ولمعرفة أهمية دور العوامل الوراثية لابد من استعراض دراسات التوائم والتبني.

- **دراسات التوائم:** بلغت نسبة الإصابة بالفصام ٢٨٪ بين التوائم المتطابقة و٦٪ بين التوائم الغير متطابقة، مما يشير إلى أن انخفاض عدد الجينات المشتركة من ١٠٠٪ إلى ٥٠٪ تقلل نسبة الإصابة بما يقارب من ٨٠٪ (Torrey et al., 1994). هذه الدراسة تشير لو أن الوراثة هي العامل الوحيد المتسبب للإصابة بالفصام لكأن نسبة الإصابة في التوائم المتطابقة ١٠٠٪. من الجدير بالذكر أن نسبة الإصابة بالفصام بين التوائم اختلفت بين الدراسات إلا أنها جميعاً كانت أقل من ١٠٠٪، ومن هنا نتوصل إلى استنتاج بأن مرض الفصام لا يورث، ولكن الذي يورث هو استعداد الشخص للإصابة بهذا المرض.

○ **دراسات التبني:** إحدى أشهر دراسات التبني هي دراسة هيستون (Heston, 1996)، حيث قارنت الدراسة ما بين ٤٧ طفلاً متبنياً ولدوا للأمهات مصابات بالفصام و٥٠ طفلاً متبنياً ولدوا للأمهات سليمات، ووجدت الدراسة أن المجموعة الضابطة لم يظهر لديها فصام مقارنة بـ ١.٦٦٪ من أطفال الأمهات المصابات بالفصام تم تشخيصه بالفصام لاحقاً في الحياة. وفي دراسة أخرى قارنت ما بين نسبة الإصابة بالفصام لدى الأبناء المتبنين للأمهات مصابات بالفصام (ن=١٦٤) والأبناء المتبنين للأمهات سليمات (ن=١٩٧). بلغت نسبة الإصابة بالفصام لدى المجموعة الأولى ٨.١٪ مقارنة بـ ٢.٣٪ لدى المجموعة الضابطة (Tienari et al., 2000).

العوامل النفسية: لا يبدو أن المصابين بالفصام يعانون ضغطاً نفسياً خلال حياتهم اليومية أكثر مما يصيب الأشخاص الغير مصابين بالفصام (Philips, Francey, Edward, et al., 2007) إلا أن المصابين بالفصام كانوا أكثر تجاوباً تجاه الضغوط اليومية (Walker et al., 2008)، وأشارت إحدى الدراسات إلى أن الضغط النفسي يؤدي إلى زيادة المزاج السلبي عند مرضى الفصام (MyiGermeys, Van oz, Schwartz, et al., 2001).

العوامل الاجتماعية والاقتصادية: أظهر عدد كبير من الدراسات وجود علاقة ما بين الفصام والطبقة الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة في عدد من الدول (Hollingshed & Redich., 1958) إلا أن اتجاه هذه العلاقة غير واضح حتى الآن فهل انخفاض المستوى الاجتماعي والاقتصادي يعتبر ضاغطاً بشكل كبير للأشخاص الذين لديهم نزعة إلى الإصابة بالفصام؟ وهي ما تعرف بالفرضية الاجتماعية الوراثية. أو بسبب وجود مرض الفصام لدى الشخص فإنه يؤثر على علاقاته مع الآخرين ويعيق قدرته على كسب معيشته فيؤدي إلى انخفاض في مستواه الاجتماعي الاقتصادي؟ وهو ما يعرف بفرضية الاختيار الاجتماعي.

العوامل الأسرية: سابقاً، كان يوجد هناك اعتقاد بأن الجو العائلي الذي ينشأ فيه الطفل يعتبر عاملاً في الإصابة بمرض الفصام. وظهر في الأدبيات النفسية مفهوم "الأم المصابة بالفصام" واستمر شائعاً حتى أواخر سبعينات القرن الماضي، وهو مصطلح يشير إلى الأم الباردة عاطفياً، والتي تفتقد لمشاعر الأمومة وتتبع مواقف تعسفية في التعامل مع أطفالها مما يسبب في ظهور الفصام لديهم، إلا أن الدراسات الضابطة لم تؤيد هذه النظرية ولا غيرها من النظريات التي كانت سائدة حينذاك والتي تلوم الأسر على ظهور مرض الفصام لدى أطفالهم إما بسبب المعاملة الوالدية القاسية والتسلطية والقهرية، أو المعاملة التي تتسم بالحماية الزائدة، أو المعاملة الوالدية التي تتسم

بالتذبذب وعدم الاستقرار (Bateson et al., 1963; Lidz, 1965) بل على العكس تعلمنا من الأبحاث السابقة أن الاضطرابات والصراعات الموجودة في الأسر التي تحتوي على مصاب بالفصام قد تكون ناتجة عن وجود هذا المصاب وليست مسببة لظهور الفصام لديه (Hirsh & Leff, 1975; Liem, 1974; Mishler & Waxler, 1968) لكن تجدر الإشارة هنا إلى الدور الذي تلعبه الأسرة في الانتكاسات التي يعاني منها المريض، حيث أثبتت الدراسات أن المريض بعد خروجه من المستشفى معرض للانتكاسة بشكل أكبر إذا كان عائد للحياة مع أسرته سواء الوالدين أو الزوج/الزوجة في حين تقل احتمالية الانتكاسة إذا كان يعيش بمفرده أو مع أشقائه (Brown et al., 1958). فسر براون هذه النتيجة بأن بيئة الأسرة تختلف في تعبيرها العاطفي، حيث تنقسم الأسر إلى مجموعتين: الأسر ذات التعبير العاطفي العالي وأسرة ذات تعبير عاطفي منخفض، وأظهرت الدراسات إلى أن ١٠٪ من المرضى الذين عادوا إلى الأسر ذات التعبير العاطفي المنخفض حدث لهم انتكاسة في حين ٥٨٪ من المرضى العائدين من المستشفى لأسر ذات تعبير عاطفي عالٍ عادوا مرة أخرى إلى المستشفى.

وسائل الوقاية

لا توجد حتى الآن طرق مؤكدة لمنع الإصابة بمرض الفصام، إلا أن العلاج المبكر قد يساعد في السيطرة على الأعراض قبل تفاقمها وحدوث مضاعفات. إلا أنه توجد بعض الإرشادات التي قد تفيد في تقليل احتمالية الإصابة بمرض الفصام خصوصاً في وجود تاريخ مرضى للفصام/الذهان في العائلة.

عدم تعاطي المخدرات والكحوليات: أثبتت عدد كبير من الدراسات على وجود ارتباط ما بين تناول الحشيش في المراهقة وظهور الفصام لاحقاً في حياة الفرد (Hall & Degenhardt, 2001; Anthony & Tien, 1990; Barbee et al., 1989).

تطوير المهارات الاجتماعية والمحافظة على عدد لو قليل من الصداقات الحميمة التي تساعد الشخص على مناقشة أموره من خلالها بحرية.

تجنب العزلة الاجتماعية: عدم البقاء وحيداً لفترات طويلة وحاوله قضاء الوقت مع الآخرين (Fone & Porkess, 2008).

تكوين توجهات إيجابية عن العالم المحيط والمواقف التي تواجه الشخص.

تعلم طريقة التعامل الجيدة مع القلق والمصاعب من خلال مناقشتها مع المقربين. كما أن ممارسة الرياضة بانتظام وقراءة الكتب التي تدور حول السيطرة على القلق من الممكن أن

تساعد في تحسين قدرة الشخص على مواجهة القلق والضغط في حياته.

البحث عن المساعدة الطبية المتخصصة في حال شعور الشخص بإدراكات حسية غير طبيعية أو أفكار غريبة.

طرق العلاج

تلعب الأدوية دور أساسي في علاج الفصام، ولكنها ليست المنهجية العلاجية الوحيدة المتاحة. حيث أثبتت الدراسات مؤخراً أن العلاج النفسي والاجتماعي إذا تم استخدامه جنباً إلى جنب مع العلاج الدوائي فيمكنه تحقيق تحسن ملحوظ لدى المصاب. سوف نقوم هنا بسرد أهم العلاجات النفسية التي تستخدم في علاج الفصام.

• العلاج الأسري

تمت الإشارة سابقاً في هذا الفصل إلى دور الأسر ذات التعبير العاطفي العالي في حدوث الانتكاسات لدى مريض الفصام. ومن خلال هذا التوجه تم تطوير عدة برامج للتدخل الأسري تدور فكرتها حول الحد من الانتكاسات من خلال تغيير جوانب العلاقة ما بين المريض وأفراد أسرته. وينطوي ذلك على النقاط التالية: تثقيف المريض وأسرته حول الفصام وأهمية العلاج الدوائي. تحسين طرق مواجهة وحل المشاكل التي تصادف كل من المريض وأسرته. وتحسين مهارات التواصل فيما بينهم. وتشير نتائج الدراسات في هذا المجال أن مرضى الفصام الذين يتلقون علاجاً أسرياً يظهرهم تحسناً إكلينيكياً كما تنخفض لديهم معدلات الانتكاسات.

• التدريب على المهارات الاجتماعية

حتى وإن استطاعت الأدوية التحكم في أعراض الفصام، فإن مريض الفصام غالباً ما يواجه مشاكل في تكوين والمحافظة على علاقاته، في إيجاد عمل والمحافظة عليه، في القدرة على الحياة بشكل مستقل وهذه جميعها تعرف بالنتائج الوظيفية للمرض وهي بخلاف النتائج الإكلينيكية للمرض والمقصود بها أعراض المرض. تحسين الجوانب الوظيفية لدى مريض الفصام أصبح الآن أحد التوجهات الحديثة عند الحديث عن علاج مرض الفصام وأحد الطرق المستخدمة لتحسينها هي من خلال تدريبه على المهارات الاجتماعية (Hooley, 2008). والتدريب على المهارات الاجتماعية سوف تساعد المريض على متابعة حياته اليومية بشكل أفضل. تتضمن هذه المهارات الاجتماعية النقاط التالية: المهارات الخاصة بالعمل. المهارات الخاصة بتكوين والمحافظة على

العلاقات. المهارات الخاصة بالرعاية الذاتية للشخص. والمهارات الخاصة بإدارة الأدوية والتعامل مع الأعراض.

يتم تقسيم المهارة الاجتماعية إلى مكونات صغيرة قابلة للتعلم والتدريب، فعلى سبيل المثال، مهارات المحادثة يتم تقسيمها إلى مكونات أصغر تشمل التواصل البصري، التحدث بصوت معتدل وبنبرة طبيعية، أخذ أدوار أثناء المحادثة وهكذا. يتعلم المريض هذه المهارات من خلال لعب الأدوار ومن ثم نقل ما تعلمه إلى البيئة الحقيقية للمريض مع الاستفادة من التغذية الراجعة والتصحيح من قبل المعالج (Bellack & Mueser, 1993, 2008). أشارت الدراسات الحديثة إلى أن علاج مرضى الفصام من خلال تدريبهم على المهارات الاجتماعية يساعدهم فعلاً على اكتساب مهارات جديدة، كما تساعدهم في الشعور بالثقة والتوكيدية بشكل أكبر. بالإضافة إلى وجود تحسن عام في أدائهم الاجتماعي. كما لوحظ أن المرضى الذين يتلقون تدريباً على المهارات الاجتماعية تقل احتمالية الانتكاسة لديهم (Pfammatter et al., 2006; Kurtz & Mueser, 2008).

• العلاج الذهني

كما هو معروف فإن المشاكل الذهنية تترافق مع الفصام، ويدرك الباحثون أن هذه المشاكل الذهنية تعيق المريض من تفاعله مع مجتمعه بشكل جيد، وبسبب هذا الأمر فإنه تم تكريس الجهود لتطوير الأدوية التي تحسن من الأداء الذهني لدى مريض الفصام (Nuechterlein et al., 2008). كما يحاول الباحثون مساعدة المرضى على تحسين جزء من العجز العصبي الذهني لديهم مثل مشاكل الذاكرة، الانتباه والتركيز، سوء التخطيط والتنفيذ، ومن ثم تعميم هذا التحسن على مهارات المحادثة، والرعاية الذاتية، ومهارات العمل وهكذا. إجمالاً، إن نتائج الدراسات تدعو إلى التفاؤل حيث أنه يبدو أن التدريب على العلاج الذهني يساعد المريض فعلاً على تحسين الانتباه والتركيز لديه ما يظهر تحسن في أدائهم الاجتماعي (Pfammatter et al., 2006; Wykes et al., 2007).

• العلاج الذهني السلوكي

يستخدم العلاج الذهني السلوكي على نطاق واسع مع اضطرابات المزاج والقلق وغيرها، وحتى وقت قريب نسبياً لم ينظر في استخدامها مع مرضى الفصام بسبب العجز الذهني الكبير لدى المرضى. إلا أن بريطانيا بادرت في استخدام هذه المنهجية لعلاج مرضى الفصام حيث كان الهدف هو التقليل من آثار الأعراض الموجبة للمرض والحد من الانتكاسات وتقليل العجز الاجتماعي بالإضافة إلى الوصول الي طبيعة

الضلالات والهلاوس عبر البحث في الأدلة التي تدعم أو تنفي وجودها وإخضاعها للواقع. وعلى الرغم من أن نتائج الدراسات مشجعة إلا أن فعالية العلاج الذهني السلوكي لعلاج الفصام ما زالت مثار جدال، حيث أشارت إحدى الدراسات الحديثة الي عدم فعاليتها مع الاعراض السلبية للفصام (Tandon et al., 2010). كما أشار تحليل جمعي حديث بأن العلاج الذهني السلوكي لا يختلف عن اي تدخل نفسي آخر خصوصاً الإرشاد النفسي (Lynch et al., 2010).

التصنيف الفئوي

يعتبر الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM-5، والتصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 هما من أكثر وأحدث النظم التصنيفية الرئيسية استخداماً. ويعتبر الفصام جزء من الفصل الوارد في الدليل التشخيصي في إصداره الخامس تحت عنوان " الفصام الطيفي والاضطرابات الذهانية " حيث يضم الفصل عدد آخر من الاضطرابات مثل: الاضطراب الفصامي العاطفي، اضطراب الضلالة، الاضطراب فصامي الشكل، والاضطراب الذهاني الخفيف.

معايير تشخيص الفصام

المعايير المستخدمة حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، هي:

- معيار (أ)** تواجد اثنين - أو أكثر- مما يلي على أن يستمر كل منهما لفترة معتبرة من الزمن خلال شهر - أو أقل إذا عولجت بنجاح- بشرط أن يكون أحدهما على الأقل (1) أو (2) أو (3).
- (1) ضلالات، (2) هلاوس، (3) حديث غير منتظم، (4) سلوك غير منتظم، (5) أعراض سلبية.
- معيار (ب)** تأثر واضح وعجز في الوصول للمستوى المحقق قبل النوبة في مجال أو أكثر من مجالات الأداء الوظيفي مثل العمل أو العلاقات الشخصية أو الرعاية الذاتية.
- معيار (ج)** تستمر الأعراض لمدة 6 أشهر على الأقل، ينبغي أن تتضمن فترة الستة أشهر هذه شهراً - أو أقل إذا عولجت بنجاح - من أعراض معيار (أ) وهي ما تعرف بالطور النشط، أما الطور المتبقي فيكفي ظهور الأعراض السلبية أو اثنين من أعراض معيار (أ) ولكن بصورة مخففة.
- معيار (د)** استبعاد كل من الفصام الوجداني والاضطراب الاكتئابي واضطراب ثنائي القطب مع أعراض ذهانية.
- معيار (هـ)** لا يعزى المرض لتأثيرات فسيولوجية لسوء استخدام مواد/ عقاقير أو بسبب حالة طبية عامة.
- معيار (و)** إذا كان هناك تاريخ لاضطراب طيف التوحد أو اضطراب التواصل في الطفولة،

فالتشخيص الاضائي للفصام لا يوضع إلا إذا كانت الضلالات والهلاوس بارزة. بالإضافة إلى استمرار ظهور الأعراض الأخرى المطلوبة للفصام مدة شهر - أو أقل إذا عولجت بنجاح -.

تختلف معايير تشخيص الفصام في الدليل التشخيصي الخامس إلى حد ما عن المعايير الموجودة في الدليل التشخيصي الرابع المعدل ولعل من أهم التغييرات هو إلغاء التصنيفات الفرعية لمرض الفصام مثل: الفصام البارنوي، الفصام الغير منتظم، الفصام التخشيبي، الفصام الغير متميز.

أما المعايير المستخدمة لتشخيص الفصام في التصنيف الدولي العاشر للأمراض فهي على النحو التالي:

واحد على الأقل من الأعراض والعلامات المذكورة في فقرة (١) أو اثنين على الأقل من الأعراض والعلامات المذكورة في فقرة (٢) على أن تظهر هذه الأعراض أغلب الوقت خلال نوبة الذهان بحيث تستمر شهراً على الأقل (أو معظم الأيام في بعض الحالات).

(١) واحد على الأقل من التالي:

- صدى الأفكار، غرس الأفكار أو سحبها، أو إشاعة الأفكار.
- ضلالات التحكم والتأثير والسيطرة، تحديداً فيما يخص التحكم في حركة الجسم والأطراف، أو أفكار وسلوكيات وأحاسيس محددة؛ إدراك وهمي.
- هلاوس سمعية تقوم بالتعليق على سلوكيات الشخص، أو تقوم بالتناقش، أو أنواع أخرى من الهلاوس الصوتية والتي تخرج من بعض أجزاء الجسم.
- ضلالات مستمرة وثابتة من أنواع أخرى غير متسقة مع الثقافة ومستحيلة (مثل القدرة على التحكم في الطقس، أو القدرة على التواصل مع كائنات غير بشرية).

(٢) اثنين على الأقل من التالي:

- هلاوس مستمرة -أياً كان النوع- تحدث يومياً لمدة شهر على الأقل، مصحوبة بضلالات- قد تكون عابرة أو لم تتشكل بشكل كامل- بدون محتوى عاطفي واضح، أو قد يصاحبها أفكار متكررة مبالغ في قيمتها.
- توقفات في مجرى التفكير مؤدية إلى عدم الاتساق في الحديث.
- سلوكيات تخشبية مثل أخذ وضعيات معينة لفترة من الزمن أو المرونة الشمعية.
- أعراض سلبية مثل اللامبالاة الملحوظة، ندرة الحديث، ضعف أو عدم تناسق الاستجابات العاطفية -على أن لا يكون ذلك نتيجة اكتئاب أو تناول عقاقير-.

التصنيف البعدي Dimensional Classification

على الرغم من الانتشار الواسع لأنظمة التصنيف بسبب سهولة فهمها واستخدامها إلا

أنه ما زال هناك جدل حول صدق وثبات المعايير التشخيصية المعتمد عليها. حيث اشارت إحدى الدراسات إلى انخفاض قيم كبا لتلك المعايير بشكل لا يمكن الوثوق به (Kirk & Kutchins, 1994). وفيما يخص الفصام فإن التداخل ما بينه وبين الاضطرابات الذهانية الأخرى فيما يتعلق بالعوامل المهيئة للإصابة، والأعراض الظاهرة والتأثير العلاجي، جميعها يشكك في مدى صدق هذه المعايير (Murray et al., 2005; Allardyce et al., 2007). لذا تم اقتراح التصنيف البعدي كبديل لهذه الأنظمة التصنيفية التي تستخدم التنظيم الفئوي (Regier, 2007).

المقصود بالأبعاد هنا "هي مجموعة الأعراض التي يتزامن ظهورها مع بعض بدرجة تتجاوز كون ذلك مجرد صدفة" ويمكن التحقق من ذلك من خلال استخدام التحليل العاملي الاستكشافي (Allardyce et al., 2007). وعلى الرغم من أن نظام الأبعاد يسمح لنا بتصور واضح عن الأعراض الموجودة لدى الشخص إلا أنه يركز على الوصف أكثر من التشخيص، كما يظل عدد ومحتوى الأبعاد قضية جدلية.

لا يوجد اتفاق نهائي حول عدد الأبعاد للفصام حيث اقترحت بعض الدراسات ثلاثة أبعاد للفصام وهي (الإيجابية - السلبية - الغير منتظمة) (Murphy et al., 1994; Andresen, 1987; Liddle, 1995)، واقترح البعض الآخر الأبعاد الخمسة للفصام لتعكس ظهور المرض عند المصاب بشكل أوضح (Peralta & Cuesta, 2001). إلا أن محتوى الأبعاد الخمسة اختلف من دراسة للأخرى لعدة أسباب من أهمها أن بعض العينات شملت مرضى الذهان بشكل عام ومن ضمنهم مرضى الفصام إلا أن أهم الأبعاد الخمسة المستخرجة للفصام كانت:

- البارنويا، الأعراض السلبية، الأعراض الفوضوية (الغير منتظمة)، ضلالات من الدرجة الأولى، الهلوس (Cardno et al., 1996).
- الهوس، الاكتئاب، الاعراض السلبية، الأعراض الإيجابية، والاعراض الفوضوية (Van Os et al., 1999).
- هوس، اكتئاب، تشوه الواقع، أعراض فوضوية، أعراض سلبية (Dikeos et al., 2006).
- هوس، أعراض فوضوية، اكتئاب، ضلالات، هلوس سمعية (Allardyce et al., 2007).

صياغة الحالة

تطورت النماذج النفسية المستخدمة حالياً في صياغة الحالة عبر السنوات الماضية، متأثرة بالتقدم العلمي في علم الأعصاب وعلم النفس وعلم الاجتماع وغيرها من

التخصصات. ومع ذلك فإن كثيراً ما تتدخل ذاتية المعالج في تفسير كثير من البيانات المستخدمة مما يترك مجالاً لتفسيرات مختلفة لا تستند فقط على النظريات العلمية بل تتداخل معها مجموعة من العوامل الأخرى، ولهذا فإننا نرى عدة نماذج لصياغة الحالة حيث يميل البعض لاستخدام تركيبة ديناميكية نفسية في حين يفضل آخرون صياغة الحالة وفق التوجه الذهني السلوكي. من النماذج الواعدة في صياغة الحالة النموذج الطبي الحيوي والنموذج الحيوي النفسي الاجتماعي (Sturmet, 2010).

النموذج الطبي الحيوي Biomedical Model

يفترض هذا النموذج أن خلا ما في وظائف الدماغ هو المسؤول عن ظهور المرض النفسي. وبما أن هذا المنظور هو المستخدم في العديد من مجالات الطب الأخرى، فإنه يجذب العديد من الأطباء النفسيين خصوصاً بعد دعمه بمجموعة واسعة ومتزايدة من المعلومات العلمية التي تصف بيولوجيا الاضطرابات النفسية بالإضافة إلى النجاح النسبي للأدوية النفسية. إلا أنه واجه عدداً من الانتقادات مثل محدوديته وعدم اعترافه بتأثير العوامل الاجتماعية والثقافية على ظهور الأمراض النفسية. كما وصف أيضاً بأنه "نموذج للعجز" حيث يركز فقط على مرض الفرد عوضاً عن صياغة حالة شاملة لنقاط قوة ومكانة الفرد في المجتمع فضلاً عن نقاط ضعفه.

النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي Biopsychosocial Model

تمت الإشارة إلى النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي في أوائل ١٩٧٠ من قبل جورج انجيل والذي كان يرى أن المنهج الطبي الحيوي ضروري لفهم الاضطرابات النفسية ولكن هناك حاجة لنظام أكثر شمولاً وتكاملاً لفهم الاضطرابات النفسية. وسرعان ما أصبح هذا النموذج مقبولاً في أوساط الطب النفسي حيث يفترض هذا النموذج فهم المريض من خلال النظر في العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في وقت واحد مثل عوامل النمو والعوامل الثقافية والأسرية والدينية والقانونية والجنسية والتعليمية وغيرها من العوامل. أيضاً واجه هذا النموذج بعض الانتقادات لعل أهمها هو ذاتية المعالج والتي تتضح في ميله لانتقاء واختيار المعلومات التي تدعم تشخيص أو علاج معين.

نموذج لصياغة الحالة

على الرغم من وجود بعض الفروق في صياغة الحالات إلا أن هناك نقاط رئيسية يجب أن تشملها أي صياغة:

- **تحديد المشكلة:** وهذه لا تعني فقط وضع التشخيص بل يتعداه لسرد جميع المشكلات التي يعاني منها الشخص سواء من وجهة نظر الشخص أو المعالج فعلى سبيل المثال: عدم قدرته على الإحتفاظ بوظيفة، عدم تمكنه من تكوين علاقات جديدة وهكذا. كل ما كان هناك تحديد ووضوح لجميع الصعوبات والمشكلات التي يواجهها المريض كل ما كان التدخل العلاجي أكثر دقة.
- **العوامل المهيئة للإصابة بالمرض:** والمقصود بذلك العوامل التي تعرض الشخص لخطر الإصابة بالمرض النفسي، وهي تشمل النقاط التالية:
 - المساهمات البيولوجية (إصابات الدماغ العضوية، صعوبات الولادة).
 - الإستعداد الوراثي (وجود تاريخ أسري من الأمراض النفسية).
 - العوامل البيئية (الوضع الاجتماعي والاقتصادي - الصدمات النفسية).
 - العوامل النفسية والشخصية (المعتقدات الأساسية، العوامل الشخصية).
- **العوامل المفجرة للإصابة بالمرض:** وتشمل هنا أحداث هامة سبقت ظهور المرض مثل تعاطي المخدرات، أو ضغوطات شخصية أو قانونية أو مهنية أو بدنية أو مالية.
- **العوامل المعززة لإستمرارية المرض:** تشمل العوامل التي تساعد على استمرارية المشاكل الحالية، على سبيل المثال استمرار تعاطي المخدرات وتكرار الأنماط السلوكية (سلوكيات التجنب، سلوكيات الأمان) والأنماط الذهنية (الانتباه الانتقائي، أخطاء في الذاكرة).
- **العوامل الوقائية/الإيجابية:** تنطوي على تحديد نقاط القوة أو الدعم الذي قد يخفف من تأثير الاضطراب. ويمكن أن تشمل الدعم الاجتماعي، المهارات، الاهتمامات وبعض الخصائص الشخصية

التدخلات العلاجية

ينظر أساساً إلى الفصام كاضطراب مزمن لا شفاء منه (Kraepelin, 1971)، إلا أن كل من حركة التعافي Recovery Movement والدراسات التجريبية تعملان ضد هذه الوصمة (Strauss, 2014; Zipursky et al., 2013). حيث أكدت على قدرة المريض على التغلب على حالات القصور الناتجة من الاضطراب وإكمال حياته بشكل مستقل وذو معنى على الرغم من تشخيصه بالفصام (Amering & Schmolke, 2009). وتعد ثورة التعافي المبدأ التوجيهي للسياسة الصحية في العديد من البلدان في مجال تعزيز الصحة والرعاية النفسية ويدعم ذلك نتائج عدة دراسات سريرية أشارت إلى معدلات تعافي عالية بشكل

غير متوقع تصل إلى ٢٥٪-٥٦٪ (Davidson et al., 2008). ومع ذلك لا يوجد حتى الآن تعريف موحد لمصطلح التعافي حيث تأثرت فكرة التعافي بوجهات نظر مختلفة. في الأدبيات العلمية، يعتمد مفهوم التعافي على تخفيف الأعراض وإعادة تحقيق مستوى أداء سابق للمرض (Nasrallah et al., 2005)، وفيما يخص الفصام تم وضع معايير للتعافي منه متمثلة في الحد من الأعراض النفسية خلال فترة ستة أشهر إلا أن مفهوم التعافي يذهب إلى أبعد من مجرد تخفيف الأعراض حيث أن مستوى الشخص في الأداء النفسي الاجتماعي مستقل نسبياً عن الأعراض الفعلية (Green et al., 2000; Ventura et al., 2011). فعلى سبيل المثال قد يعاني شخص مصاب بالفصام من أعراض ذهانية ولكن مع ذلك يكون قادراً على التعامل مع ظروف الحياة اليومية. مفهوم التعافي الوظيفي يأخذ هذا بعين الاعتبار فهو يتطلب بالإضافة إلى تخفيف الأعراض إلى اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لحياة بشكل مستقل وبالتالي مستوى كاف من الأداء النفسي الاجتماعي (Leucht & Lasser, 2006; Van Os et al., 2006). التعافي الذاتي من ناحية أخرى لا يمثل نتيجة بل يجسد عملية التغلب على العواقب الشخصية والاجتماعية للمرض لذا تحتاج التعاريف الخاصة بالتعافي إلى أخذ الخبرات الشخصية للمتضررين من الاضطراب في الحسبان مثل الدافعية، الكفاءة الذاتية، المسؤولية الشخصية والقدرة على الصمود بالإضافة إلى استبصار الفرد بموارده الذهنية وضعفه (Amering & Schmolke, 2009) وبالتالي فإن التصور الذاتي لمرضى الفصام فيما يتعلق بمواردهم الذهنية وضعفهم غالباً ما يختلف عن نتائج الاختبار العصبي النفسي (Medalia & Thysen, 2008). كما أثبتت الدوافع الذاتية أيضاً أنها عامل مهم يؤثر فيما إذا كان المريض يستفيد من برنامج العلاج أم لا (Roder et al., 2006).

السمة المميزة للفصام هي الأعراض الإيجابية (الضلالات والهلاوس)، وعلى الرغم من قدرة الأدوية على السيطرة على حدة هذه الأعراض إلا أنه من الدارج استمرارها وعودتها عند حدوث الانتكاسات. كما تقتصر فعالية الأدوية لبعض المرضى في جعلهم أقل قلقاً وتوتراً فيما يخص الضلالات تحديداً وتسمح لهم بتجاهلها وممارسة حياتهم العائلية والاجتماعية. كما يصف بعض المرضى أن الهلاوس السمعية أصبحت أكثر هدوءاً وأقل تواتراً مع الأدوية ومع ذلك فإن ثلث المصابين بالفصام أشاروا إلى استمرارية الأعراض الإيجابية على الرغم من مواظبتهم على تناول الأدوية. هذه الأعراض تسبب توتر وضيق للمصاب وتؤثر بشكل كبير على جودة ونوعية حياته.

العلاج الذهني السلوكي للفصام

على الرغم من عدم وجود نموذج موحد للعلاج الذهني السلوكي للفصام إلا أن النماذج المختلفة تتشارك بالعديد من الخصائص. هذه البروتوكولات تتشابه في كثير من أساليبها مع النماذج المستخدمة في علاج القلق والاكتئاب. إلا أن النماذج الخاصة بالفصام تحتوي على تعديلات خاصة تتناسب مع العجز الحاصل لدى الفرد نتيجة أعراض الفصام فضلاً عن التحديات الناتجة من العمل مع مريض الذهان.

الشكل التالي يوضح نموذج عام للعلاج الذهني السلوكي لمرض الفصام



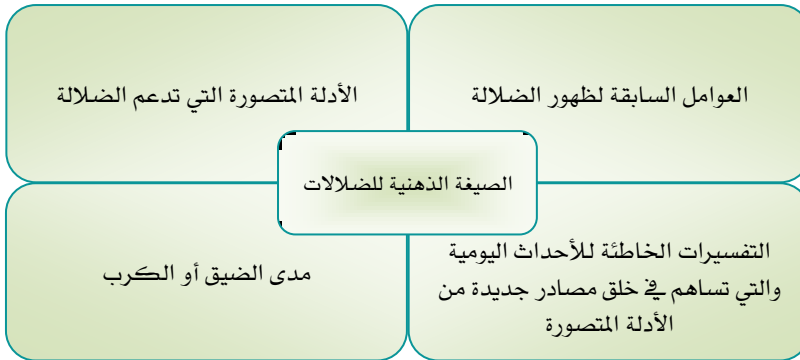
عند الحديث عن العلاجات النفسية لمرضى الفصام، من المهم التركيز على علاج أعراض محددة للمرض عوضاً عن البحث عن علاج للفصام بشكل كامل وشامل، وذلك عائد لطبيعة مرض الفصام، فهو مرض وإن كان متميزاً في أعراضه إلا أنه متفاوت في ظهور هذه الأعراض من مصاب إلى الآخر.

سوف يتناول المنهج الذهني السلوكي أربع فئات رئيسية لأعراض الفصام وهي: الضلالات - الهلاوس - الأعراض السلبية - اضطراب التفكير، بحيث نوضح الصيغة الذهنية لكل عرض من هذه الأعراض ومن ثم نوضح المخطط العلاجي لكل عرض على حدة.

أولاً: الضلالات

الضلالات هي إحدى الخصائص المميزة للفصام واضطراب الضلالة، واستناداً على الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، تم تعريف الضلالة بأنها اعتقاد خاطئ لا يستند على الواقع الخارجي، يؤمن بها المريض إيماناً راسخاً يستحيل إقناعه منطقياً بعدم صحتها. ولا يمكن فهمه من خلال ثقافة الفرد أو المجتمع الذي ينتمي إليه.

الصيغة الذهنية للضلالات: يستند العلاج الذهني الخاص بالضلالات على صيغة ذهنية محددة كما هي ظاهرة في الشكل التالي حيث تركز في البداية على فهم العوامل السابقة لظهور الضلالة بالإضافة إلى الأدلة المتصورة التي تدعم الضلالة، أيضاً تركز على التفسيرات الخاطئة للأحداث اليومية والتي تساهم في خلق مصادر جديدة من الأدلة المتصورة وتحدد مدى الضيق والكرب.



يتناول العلاج الذهني أيضاً المخطوطات الإدراكية الأساسية الموجودة لدى الشخص والتي تجعله عرضة للانتكاسات وتكرار ظهور الضلالات. بالإضافة إلى ذلك يهدف

العلاج إلى الحد من الاستجابات السلوكية الغير تكيفية مثل الانسحاب، سلوكيات التجنب، وغيرها من سلوكيات الأمان. إجمالاً يهدف العلاج إلى الحد من قوة ورسوخ الضلالة وتقليل انزعاج وانشغال المريض بها مع مساعدة المريض بتحقيق أداء أفضل في حياته.

من المهم قبل التدخل العلاجي، عمل تقييم شامل للضلالات، وتحديد متى ظهرت، والأدلة الهامة التي تدعمها، والأدلة التي كانت سابقاً تدعمها ولكن تم التخلي عنها، وتقييم التأثير الحالي للضلالة على أداء المريض من خلال استراتيجيات موحدة وإجراء تقييم وظيفي. كما يهدف المعالج إلى تقييم مساهمات النمو بما في ذلك تجارب الحياة المبكرة والتي حدثت قبل ظهور الضلالة حيث أن هناك افتراض يقول أن الضلالة تنشأ من المعتقدات الذاتية الأساسية -الغير وهمية- عند الشخص.

الخطّة المتبعة في تقييم وعلاج الضلالات

التقييم

- تقييم الأعراض/الإدراك: تفصيل الضلالات، تقييم التشوّهات الذهنية، دراسة الاستجابات الانفعالية والسلوكية للتفسيرات الضلالات، التحقق من الأدلة الأساسية التي تدعم الضلالات، تقييم المخطوطات الذهنية الكامنة وراء المعتقدات والتفسيرات الوهمية.
- إجراء تقييم وظيفي: تحديد مشيرات الضلالات، تحديد تقييمات ضلالات محددة، وتقييم الاستجابات الانفعالية والسلوكية لتقييمات الضلالات.
- وضع صياغة للحالة: توليف العوامل البعيدة والقريبة والتي ساهمت في تكوين واستمرار هذه الضلالات: العوامل المهيئة، العوامل المفجرة، العوامل المعززة، عوامل الوقاية.

العلاج

- توفير تثقيف وتطبيع نفسي: المشاركة بالمفاهيم الذهنية لل صعوبات الحالية، تطبيع المعتقدات الوهمية.
- تعريف المريض بالنموذج الذهني: مساعدة المريض على الوعي بالتفاعل ما بين أفكاره ومشاعره وسلوكياته وعلاقتها بالتفسيرات الوهمية، اختبار وتصحيح التفسيرات الوهمية.
- تطبيق المناهج الذهنية السلوكية: استراتيجيات البحث عن الأدلة التي تدعم الضلالات، بناء معتقدات بديلة، استهداف المعتقدات الأساسية غير وهمية، توحيد المعتقدات البديلة،

استخدام التجارب السلوكية.

تقييم الضلالات

• تقييم الأعراض/الإدراك

عادةً ما يبدأ تقييم الضلالات خلال الجلسات الأولى من العلاج من خلال أسئلة غير مباشرة حول المشاكل الحالية. يأتي بعض المرضى للمعالج وهم على استعداد لمناقشة مشاكلهم الصعبة بما في ذلك الضلالات، إلا أن العديد من المرضى يأتون للجلسات دون فهم واضح لماذا تمت إحالتهم للمعالج مع عدم وجود استبصار داخلي بحالتهم. ليس من العادة أن يبدأ العلاج بمناقشة الضلالات إلا إذا كان المريض يطلب هذا التركيز. ولأن العلاقة العلاجية تعتبر أساسية لنجاح علاج الضلالات، يجب على المعالج تأجيل التدخل المباشر مع الضلالات حتى يقوم بإجراء تقييم شامل وتكوين علاقة علاجية قوية (Rector et al., 2002). يبدأ المعالج بمرحلة التقييم من خلال الاستماع إلى وصف المريض لظروفه، ومشاكله الحالية، والأعراض الظاهرة مع تحديد المجالات التي يبدو أنها تثير الاضطراب لدى المريض. يهدف المعالج خلال هذه الجلسات على اضعاف طابع منفتح متقبل وغير نقدي حول ما يعاني منه المريض حتى يستطيع بناء علاقة قوية مع المريض تمكنه من تحديد مجالات الضيق (Kingdon & Turkington, 1994). يقوم المعالج بعدها بتعريف المريض بالنموذج الذهني، حيث يسلط الضوء على العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات كاستجابة للتجارب والمشاكل المتصورة الخارجية والداخلية على السواء.

مثال: مريض يعاني من ضلالة الاضطهاد لمدة ثلاث سنوات، في الجلسات الأولى من العلاج، لم يناقش المعالج هذه الضلالة بل كان مهتماً أكثر بمناقشة مشاكل السكن لديه. حيث كان يعيش في سكن مشترك وكان ينزعج من صوت الموسيقى الصاخبة وعدد الزوار الكبير. استخدم المعالج هذه المعلومات كفرصة لفهم أفضل حول ما هي الجوانب في هذه التجارب التي كانت تسبب إشكالية لدى المريض ومن ثم تحديد تقييماته ومعتقداته واستجاباته السلوكية لهذه المشاكل.

أظهر المعالج أثناء الجلسات تعاطف ودفء وتقدير وتفهم لحالة "الاحباط" التي شعر بها المريض خلال تلك الأوقات كذلك "للضيق" الذي أثاره "عدم احترام" الآخرين له. استخدم هذا الموضوع كفرصة مبكرة لكل من المعالج والمريض للتعاون في حل المشاكل مثل التفكير في عدد من الخيارات الجديدة للحد من الضوضاء (مثل

استخدام سدادات للأذن، اشتراط إغلاق التلفاز في ساعة محددة) وأيضاً للتعامل مع الزوار (مثل وضع جدول للزوار..الخ). ومع ازدياد الثقة بينهما، ينتقل المعالج إلى التركيز بشكل أكبر حول المعتقدات الضلالية. على سبيل المثال، يستطيع المعالج استخدام موضوع "عدم الاحترام" من قبل الآخرين كمدخل للمعتقدات الضلالية.

• تفصيل الضلالات

هناك عدد من الطرق لمناقشة المعتقدات الضلالية أو الوهمية. بعض المرضى يفضلون مناقشة معتقداتهم الوهمية منذ البداية، في حين يتردد البعض الآخر. قد يكون من الأفضل السماح للمريض بمناقشة مشاكل حياته بشكل عام وملاحظة المعتقدات الوهمية وهي تظهر خلال المناقشة المفتوحة. إذا كان لدى المريض عدة ضلالات فغالباً سوف يميل المريض لمناقشة أشدها إزعاجاً وألماً له. أما إذا كان المعالج في موقف الاختيار للبدء بأحدها فمن الأفضل اختيار أقلها إزعاجاً للمريض.

عادةً ما يتم تناول الأسئلة الخاصة بمضمون الضلالات ومدتها والضيق الناجم عنها في المقابلات التشخيصية الأولى التي يقوم بها الطبيب النفسي والذي بناء عليها يتم تقييم شدة وأثر هذه الضلالات على حياة المريض أما في جلسات العلاج الذهني السلوكي فيتم التركيز على إجراء تقييم أكثر تعمقاً للمعتقدات الضلالية سواء السابقة أو الحالية لاسيما إذا تم تحديدها من ضمن قائمة المشاكل. الهدف من ذلك هو جمع أكبر قدر من المعلومات لفهم متى ظهرت الضلالات وكيف تطورت بناء على تجارب الحياة السلبية والضغوط السابقة لظهورها مثل القلق والخوف.

من المهم أيضاً فهم السياق الخاص بتطور المعتقدات الضلالية، حيث عادةً ما تتطور الضلالات ببطء مع مرور الوقت لذا قد يكون من الصعب تحديد الحوادث ذات الصلة بموضوع الضلالات، وإن كان بعض المرضى يتذكر أحداث الحياة التي كانت مفجرة لظهور الضلالات. من الممكن استخدام أسئلة على النحو التالي:

"ماذا كان يحدث في ذلك الوقت من حياتك عندما بدأت تشعر (بالخوف، الغضب، التوتر..الخ)؟"

أو "هل حدث لك شيئاً أقتنعك حقاً بانك (قادر على إنهاء العالم على سبيل المثال)؟"

• التشوهات الذهنية

يقيم المعالج وجود وتكرار التشوهات الذهنية العامة ذات الصلة بالتفسير الخاطئ

للأحداث الجارية خصوصاً لبعض المواقف المحددة التي تستثير سوء الفهم لدى المريض وتدعم ظهور الضلالات لديه. من أنواع التشوهات الذهنية فكرة "الكل أو لا شيء"، و"التجريد الانتقائي" و"التفكير الكارثي" وجميعها لها دور في التفسير الخاطئ للمواقف. وعليه، فإن المعالج يهدف إلى تحديد التفسيرات الخاصة التي تعكس التشوهات الإدراكية الداخلية والخارجية وذلك للحد من التشوهات الذهنية التي تغذي المبالغة في تقدير أن التفسير الوهمي (الضلالي) هو الصحيح، كما يسعى المعالج أيضاً لمعالجة التشوهات الذهنية المتعلقة بالنتائج المتصورة من الضلالات.

مثال: عند علاج مريض لديه قلق عام، من الدارج تحديد العواقب من خلال سؤاله مثلاً: "ما هو أسوأ شيء ممكن أن يحدث إذا فقدت بالفعل وظيفتك؟".

أما في حالة شخص يعاني من ضلالة الاضطهاد ويعتقد أنه معرض للأذى من مجموعة من الأشخاص على سبيل المثال. هنا المعالج لن يسأل المريض "ما هو أسوأ شيء ممكن أن يحدث من تعرض الأشخاص لك؟" لأنه سوف يبدو وكأنه يعتقد حقا أن المريض يتعرض للاضطهاد من قبل هؤلاء الأشخاص. بدلا من ذلك، فإن الاستراتيجية البديلة هي استخلاص العواقب السلبية المتصورة من خلال اقتراح فكرة عكسية، على سبيل المثال يقول المعالج "إذا علمت - عن طريق الصدفة - أن هؤلاء الأشخاص لا يتعقبونك ولا يريدون إيذائك، كيف يمكن أن يغير هذا الأمر الوضع بالنسبة إليك؟" عادةً يكون في الإجابة تحديد للعواقب السلبية الحالية التي من الممكن تحسينها، على سبيل المثال "سوف أتمكن من مغادرة بيتي والذهاب إلى المركز التجاري أو سوف أتناول الطعام في الخارج أو سوف يمكنني التمتع بحياتي خارج المنزل" وهذه الامور هي التي سوف تصبح محور العلاج.

• التحقق من الأدلة التي تدعم الضلالات

على المعالج تحديد كافة الضلالات الموجودة حالياً لدى المريض والضلالات السابقة التي لم يعد لها وجود، حيث يهدف المعالج لفهم العلاقة المتبادلة ما بين الضلالات.

يقوم المعالج - عند النظر في كل ضلالة - بتحديد: (أ) متى نشأت الضلالة؟، (ب) ما هو السياق السابق لظهورها؟، (ج) ما هو أثرها الفوري على حياة المريض؟، (د) ما هي الأحداث والخبرات التي استخدمت كدليل لدعم هذه الضلالات؟. من المهم أيضاً وضع درجة قوة كل اعتقاد ضلالي والنظر لكل دليل يدعمه سواء بشكل مباشر أو غير مباشر.

بعض المرضى قادرين على التعبير بوضوح عن طبيعة معتقداتهم والأحداث الحرجة التي دعمت وأكدت أفكارهم الضلالية والوهمية، في حين أن البعض الآخر أقل قدرة على القيام بذلك. فاذا أظهر المريض صعوبة في استدعاء المعلومات أو صعوبة في مناقشة الضلالات، فمن المهم التقدم بحذر مع هذه الحالات.

• تقييم المعتقدات الكامنة وراء المعتقدات والتفسيرات الضلالية

من الضروري أن يحدد المعالج المعتقدات الذاتية وغيرها من المعتقدات الموجودة لدى المريض والتي قد تشكل موضوع للضلالية. المحتوى الغريب للضلالية ممكن أن يفهم بشكل أوضح من سياق حياة المريض. ويبدو أن الضلالات تستند إلى مخطوطات ذهنية مشوهة تشكلت تدريجياً مع مرور الوقت، بدءاً من مرحلة المراهقة أو حتى الطفولة في بعض الحالات. فهم الاتجاهات والمعتقدات المختلفة عند المريض يوفر أدلة مباشرة لمضمون ومحتوى الضلالات التي لديه. على سبيل المثال، تظهر ضلالات العظمة كتعويض عن شعور الشخص بالوحدة أو عدم الجدارة أو العجز، حيث نجد أن العديد من المرضى الذين يعانون من ضلالات العظمة مروا بأزمات حياة سابقة تتميز بشعور من الفشل وانعدام القيمة وبعدها تبدأ أفكار الشهرة والعظمة في الظهور. كما لوحظ من ناحية أخرى، فإن السوابق القريبة من ظهور ضلالات البارنويا لدى المريض تشمل خوفه من الانتقام بسبب فعله شيء أساء لشخص آخر أو مجموعة أخرى (Beck & Rector, 2002).

يمكن تقييم المعتقدات الأساسية الكامنة وراء الضلالات أثناء مرحلة التقييم السريرية، وذلك من خلال استخدام الاسئلة السقراطية والتي من الممكن أن تكشف عن التمدد المستمر للمعتقدات الأساسية المتضمنة في الضلالات كما هو موضح في المثال التالي:

المعالج: سوزان، هل يمكن أن تتخيلين للحظة بأنك لست تلك الشاعرة الحائزة على جائزة. كيف سوف يكون شعورك؟

المريضة: سوف أشعر بالفراغ.. لم أستطع رفع اسم عائلتي.

المعالج: حسناً، وان كان هذا الأمر فعلاً صحيح.. ماذا سوف يعني لك؟

المريضة: معناه أنني لن أحصل على القبول من الآخرين.

المعالج: وماذا يعني عدم حصولك على القبول من قبل الآخرين؟

المريضة: بأنني لا قيمة لي.

كما ذكرنا سابقاً فإن معالجة المعتقدات الضلالية تستهدف أيضاً تتبع بشكل مباشر للمعتقدات الأساسية (الغير ضلالية). لذا فمن المهم خلال مرحلة التقييم جمع المعلومات وصياغة طبيعة المعتقدات الأساسية للمريض. في بحث سابق تم استخدام مقياس الاتجاه الوظيفي Dysfunctional Attitude Scale لقياس السلوكيات المختلفة وأظهرت النتائج أن المخاوف الشخصية المرتفعة (مثل المؤثرات الاجتماعية) تميل الارتباط بشكل كبير بزيادة الشكوك وضلالات البارنويا لدى الشخص (Rector, 2004). لذا قد يكون من المهم استكمال التقييم السريري للكشف عن دور السلوكيات والمعتقدات المختلفة في تطور ونشوء المعتقدات الضلالية من خلال مقاييس مثل مقياس الاتجاه الوظيفي.

• إجراء تقييم وظيفي

يتيح التقييم الوظيفي فحصاً أعمق للظروف التي أدت إلى ظهور تفسيرات ضلالية والعوامل الأساسية التي ساهمت في استمرارية ظهور الاضطرابات الناجمة عن المعتقدات الضلالية مثل التشوهات الإدراكية ومشاكل الانتباه واليقظة، والاستجابات السلوكية التي تركز على التجنب والانسحاب أو المواجهة. وتجدر الإشارة أيضاً إلى ظهور لبعض سلوكيات الأمان عند بعض المرضى - وإن كانت أقل شيوعاً من ظهور سلوكيات التجنب والانسحاب- كما هو موضح في المثال التالي:

مثال: مريض يعاني من ضلالية ذبوع الأفكار ويعتقد أن بإمكان الآخرين سرقة قدرته على الاستمتاع. حين يمر بجانب شخص غريب في الشارع ويخطر في باله أن هذا الشخص قد يحاول سرقة سعادته، يقوم بالإعلان عن ملذاته له بقوله "أنا أحب الموسيقى ومشاهدة الأفلام". ففي اعتقاده أن من خلال إعلانه ذلك للشخص فسوف يمنعه من سحب متعته منه.

• التعرف على مشيرات الضلالات

غالباً ما تختلف المعتقدات الضلالية من حيث كثرتها والضيق الذي تسببه بناء على وجود أو عدم وجود محفزات معينة. فعلى سبيل المثال، المريض الذي يعاني من ضلالية البارنويا يعاني باستمرار من مخاوف وعدم ثقة بالآخرين رغماً من أن سياقات محددة فقط - مثل أشخاص محددین، حشود كبيرة من الناس، أماكن العمل... الخ - تؤدي إلى تفسيرات ضلالية كاملة وما يصاحبها من ضيق.

خلال مرحلة التقييم من العلاج الذهني، يثير المعالج المواقف التي تم تفسيرها مؤخراً على أنها داعمة للمعتقدات الضلالية. عادةً ما يكون من الأسهل التركيز على المحفزات التي حدثت في الأسبوع الماضي.

إذا كان المريض يجد صعوبة في تحديد المواقف المعينة التي أدت إلى التفسيرات الضلالية، فمن الأفضل في الجلسات الأولى التركيز على تثقيف المريض حول الانفعالات المختلفة من خلال جعله يراقب مزاجه بشكل يومي. ينصب التركيز هنا على فهم تقييم المريض للأحداث والخبرات. الهدف في العلاج الذهني للاضطرابات الانفعالية هو التعرف وتحديد الأفكار التلقائية السلبية، وبالمثل في تقييم الضلالات، فإن المعالج يهدف إلى تحديد الأفكار التلقائية للضلالات، والتفسيرات الخاطئة، وتشوهات التجارب الحالية بسبب وجود المعتقدات الضلالية.

من المفيد خلال الجلسات تعبئة سجل عن الاختلالات الوظيفية فيما يتعلق بالظروف السابقة المفعلة للضلالات (على سبيل المثال: جمع المعلومات المتعلقة بطبيعة الموقف، المزاج الذي أحدثه الموقف والأفكار التلقائية -الضلالات- التي تكونت بسببه). يوفر هذا التقييم الوظيفي فرصة لجمع معلومات مفصلة عن المثيرات الظرفية، والتفسيرات الضلالية والاستجابات الانفعالية والسلوكية والاعاقات الوظيفية التي سببتها الضلالات

صياغة الحالة

العمل على تكوين تصور ذهني يوفر إطاراً لفهم مساهمة العوامل الماضية والحالية في تطوير واستمرار الضلالات لدى المريض. وحيث أن تكوين التشوهات الذهنية يبدأ في مرحلة مبكرة من حياة الإنسان (المراهقة أو حتى في الطفولة)، فمن المهم تقييم تجارب الحياة البعيدة التي كان لها دور في تشكيل التنظيم الذهني للشخص. وينبغي أن تؤدي صياغة الحالة إلى وضع فرضيات أولية حول دور العوامل البيئية البعيدة في كل من تفعيل الضلالات، محتوى ومضمون الضلالات، بالإضافة إلى مميزات وصفات المواقف، والأحداث والخبرات - الداخلية والخارجية- التي من المرجح أن تكون مهمة للشخص. الجانب الأخير من مرحلة التقييم هو الاتفاق على أهداف محددة ذات أولوية في العلاج. يكون لدى المرضى درجات متفاوتة من الاستبصار حول معتقداتهم الضلالية من المهم قبل البدء في استهداف الضلالات التأكد من النقاط التالية:

- مساعدة المريض على إدراك دور الضلالات في صعوبات الحياة والضييق الذي يعاني منه.
- التأكد من استعداد المريض وقبوله لتعلم التعامل بشكل أفضل مع الضلالات.

علاج الضلالات

يركز العلاج الذهني للضلالات على: إضعاف قناعة المريض بالضلالية، الحد من

تغلغلها، تقليل الضيق الناجم عنها والذي يؤدي إلى معاناة شخصية وإعاقات وظيفية، المرضى الذين لديهم عدة ضلالات مع مستويات متفاوتة من الضيق الناجم عنها، من الأفضل البدء بالضلالات الأضعف والأقل تأثيراً. ومع ذلك، في كثير من الحالات قد يرغب المريض بشكل واضح البدء في اعتقاد ضلالي معين يكون هو الأكثر مركزية بالنسبة له.

الخطر في تقييم البدء في علاج ضلالة قوية بالنسبة للمريض هو اعتبار المريض لأي محاولة لمناقشتها كنوع من التهديد والذي قد يؤدي إلى ردات فعل غير مرغوبة (Brehm, 1960) والذي بدوره قد يؤدي إلى تعزيز وتقوية اقتناع المريض بهذا الاعتقاد الضلالي عوضاً عن إضعافه. الهدف هو العمل على أدلة المعتقد الضلالي عوضاً عن مواجهته. بغض النظر عما إذا كان هذا الاعتقاد مركزياً أو هامشياً، أولياً أو ثانوياً فإن الهدف الأولي هو العمل مع الأدلة الأكثر هامشية عوضاً عن الأساسية والمركزية وذلك توفير فرصة لاستجواب المعتقدات المشحونة عاطفياً بدرجة أقل في المقام الأول. في حين أن الهدف الرئيسي هو إضعاف المعتقدات الضلالية من خلال خلق وجهات نظر بديلة عن الأحداث والخبرات التي تم اتخاذها لدعم المعتقدات الضلالية، إلا أنه هناك العديد من الجوانب الأخرى في المعتقدات الضلالية التي يجب معالجتها. كما هو مبين في النهج الذهني، تتضمن المعتقدات الضلالية مواضيع معتقدات غير ذهانية. قد تعكس هذه المعتقدات الغير ذهانية مواضيع اجتماعية وثقافية معينة تتعلق بقبول المعتقدات الخارقة أو التكنولوجية أو الدينية. على سبيل المثال:

مثال (١): وجد أن المرضى الذين لديهم ضلالات دينية حول قيام الجن والشياطين بتلبسهم أساساً توجد هذه المعتقدات ضمن معتقداتهم الدينية الخاصة.

مثال (٢): المريض الذي يعتقد بأن أفكاره يتم بثها عن طريق شريحة رادار في دماغه من المرجح أن يكون لديه معتقدات كامنة غير ذهانية حول الجوانب الوظيفية للتكنولوجيا - على سبيل المثال، أجهزة الكمبيوتر، والمعدات الرقمية، والأقراص الشمسية - والتي توفر أساساً للمعتقدات الضلالية.

بالإضافة إلى التشكيك في الأدلة الداعمة للمعتقدات الضلالية، على المعالج توخي الحذر عند معالجة المعتقدات الاجتماعية والثقافية والدينية الأساسية التي تتبناها نفس الجماعات التي ينتمي إليها المريض، لأن ذلك قد يؤثر سلباً على هويته أو دوره في هذه

المجموعات إذا تغيرت معتقداته.

• التعليم النفسي والتطبيع

الهدف الأول من التدخل والحد من الضيق المرتبط بالمعتقدات الضلالية هو تسليط الضوء على أهمية العوامل الطرفية والشخصية في تطوير واستمرار الضلالات. يطور المريض فهماً أوسع وأشمل للعوامل ذات الصلة ليس فقط للحد من الضيق الناجم عنها ولكن أيضاً لتقليل احتمالية الانتكاسة. ويشكل تقاسم المفاهيم الذهنية هو الخطوة الأولى في تطبيع الضلالات.

ليس من الضروري مشاركة جميع جوانب تصور الحالة مع المريض بل فقط الجوانب ذات الصلة لمساعدة المريض على فهم الصعوبات من خلال منظور الإجهاد والتوتر. أغلب المرضى يأتون للعلاج مع تصور داخلي على تجاربهم بأنها "غريبة"، "مجنونة"، "مخيفة"... الخ، بالإضافة إلى تشخيص الفصام الذي يعكس "جنون" و"خطورة" وكون الشخص "عبئاً على المجتمع". أحد الأهداف الهامة في إضفاء الطابع الإنساني على هذه التجارب أو تطبيعها من خلال اظهار استمراريتهما بتجارب عادية. فمثلاً دور التوتر والاجهاد في إثارة الهلوس والمعتقدات الضلالية (Kingdon & Turkington, 1994). على سبيل المثال بعض الظروف تؤدي إلى تطور طبيعي للأعراض الذهانية، بما في ذلك الحرمان من النوم، والحالات الصادمة مثل الاعتداء الجنسي والجسدي الشديد والحالات العضوية مثل التسمم بالكحول والمخدرات أو أعراضهم الانسحابية وغيرها.

جانب آخر من نهج التطبيع هو تسليط الضوء على كون تجارب المرضى موجودة في المجتمع، حيث أن غالبية الناس أشاروا بأنهم سمعوا صوت جرس الباب يطرق - رغم عدم حدوث ذلك- أثناء انتظارهم لقدم شخص، أو سمعوا مجموعة من الناس تتحدث عندهم عندما لم يكونوا في الواقع يتحدثون عنهم. صحيح أن هذه الخبرات أقصر في المدة وتؤدي إلى ضيق أقل مما هو موجود لدى المرضى المصابين بالضلالات، إلا أن هذه التجارب من سوء فهم الموقف والشعور بالضيق هي بالواقع تحدث للجميع.

• تعريف المريض بالنموذج الذهني

المرحلة الثانية من من العلاج هو تعريف وتهيئة المريض للنموذج الذهني من خلال مساعدته على تكوين وعي بخصوص التفاعل ما بين أفكاره وانفعالاته وسلوكه من خلال تعبئة نموذج سجل الأفكار والقيام بالواجبات المنزلية. من خلال "الاكتشاف

الموجه" يقوم المعالج بمساعدة المريض على تحديد التشوهات الذهنية الموجودة لديه. فكما أن هناك ميل لدى الشخص المصاب بالاكتئاب إلى المبالغة في التعميم أو ميل الشخص المصاب بالقلق للتفكير الكارثي للأمور، فإن التشوهات الذهنية تساعد المريض على المحافظة على شعوره بالتهديد الشخصي.

يظهر في التفكير الضلالي عدداً من التشوهات الذهنية، بما في ذلك التحيز المتمركز حول الذات - ينسب كل شيء إلى ذاته- والتحيز الخارجي - تنسب جميع الأعراض والأحاسيس الداخلية إلى عوامل خارجية- والتحيز المعتمد - ينسب فيه المرضى النوايا الخبيثة والمعادية لسلوك الآخرين- (Beck & Rector, 2002). علاوة على ذلك، فإن الاكتشاف الموجه يضع الأساس لمزيد من الاستكشاف المباشر للتشوهات الذهنية والتقييمات الخاطئة والمعتقدات المختلة المرتبطة بالأعراض الإيجابية والسلبية.

• التوجه الذهني السلوكي

بالإضافة إلى الاستراتيجيات اللفظية، يهدف المعالج الذهني إلى تغيير التفكير الضلالي من خلال إعداد اختبارات سلوكية لتقييم دقة التفسيرات المختلفة. كما هو موضح في المثال التالي:

مثال: أحد المرضى يعاني من ضلاله البارنويا لمدة تسع سنوات وتتمثل في أن أي مجموعة يصل عددها لعشرين شخص أو أكثر، فمن المرجح أن تصبح عنيفة وتحاول مهاجمة المريض. فكلما رأى المريض مجموعة كبيرة من الأشخاص قام بالهرب والاختباء منهم. ركز العلاج على توجيه المريض للتركيز حول فرضيته التي تتناول مجموعة من عشرين شخص أو أكثر ومراقبة سلوكهم. في البداية، كان هذا يعني مشاهدة المجموعات في التلفزيون والأفلام والانتقال منها إلى مراقبة سلوك مجموعة كبيرة من مسافة آمنة (مشاهدة رياضة معينة). النظر في هذه الأدلة فيما يتعلق بالمعتقد الضلالي توفر ما يكفي من التغيير للسماح للمريض للبدء في الدخول - بمساعدة المعالج- للتجمعات التي تضم أعداد كبيرة من الناس.

ثانياً: الهلاوس

ما بين ٤ - ٢٥٪ من عموم السكان ذكروا بأنه كان لديهم هلاوس سمعية في مرحلة من مراحل حياتهم (Johns et al., 2002) ومعظمهم لا يعتبرون مرضى نفسيين. كما أشارت دراسة أن ما نسبته ٣٩٪ من الأشخاص الذين لديهم هلاوس سمعية لا يتلقون أي

نوع من أنواع العلاج (Romme & Escher, 1989). وفي نفس الوقت فإن الهلاوس السمعية هي أكثر عرض شائع من أعراض مرض الفصام، حيث يحدث عند ٧٣٪ من المرضى المشخصين بالفصام (WHO, 2004).

• التوجهات النفسية لتقليل الهلاوس

المحاولات المبكرة للتحكم بالهلاوس كانت من خلال المنهج السلوكي وكانت تهدف إلى تشتيت انتباه المصاب عن الهلاوس إلا أنه كان يعيها أنها كانت ذات تأثير مؤقت فقط. كما هدفت هذه العلاجات أيضاً إلى تقليل والحد من القلق المرتبط مع الهلاوس على الرغم من نتائج الدراسات أشارت إلى أن القلق ليس دائماً نتيجة لوجود الهلاوس بل في أحياناً يكون هو مسبب لظهور الهلاوس. وارتبط القلق الاجتماعي تحديداً مع زيادة في الهلاوس السمعية ولوحظ أنه عند السيطرة على القلق في المواقف الاجتماعية تنخفض الهلاوس السمعية.

كما وصف العلاج الجماعي للمرضى الذين يعانون من الهلاوس بالعديد من المزايا، حيث يتعلم المرضى من بعضهم البعض، ويكتسبون استراتيجيات جديدة للتعامل مع الهلاوس من خلال تبادل الخبرات والطرق للتصدي للهلاوس وإعاقتها، كما يدركون أنهم ليسوا وحدهم مما يقلل من احساسهم بالخوف والضييق والعزلة. أيضاً يخفف العلاج الجماعي من وصمة العار ويساعدهم على اكتساب شعور بالسيطرة والسلطة (Meddings et al., 2004).

أما التوجهات العلاجية الحديثة للتحكم في الهلاوس فهي متماشية مع الاهتمام الحالي في العلوم الذهنية، حيث أن النظريات الحديثة تشير إلى وجود علاقة ما بين الدماغ وسماع الهلاوس.

الخطة المتبعة في تقييم وعلاج الهلاوس السمعية

التقييم

- تقييم الأعراض/الإدراك: الخصائص الفيزيائية للهلاوس، تكرار وشدة الهلاوس، المعتقدات حول الهلاوس.
- إجراء تقييم وظيفي: رصد الهلاوس، تحديد مثيرات الهلاوس، تقييم الإستجابات الانفعالية والسلوكية للهلاوس، تحديد السوابق التاريخية لتطور الهلاوس والمعتقدات التي تفسرها عبر الزمن.
- صياغة الحالة: تحديد العوامل الذهنية التي تساهم في تحديد محتوى الهلاوس، وتساهم

في تكون المعتقدات حول معنى وأسباب ونتائج هذه الأصوات

العلاج

- توفير التعليم والتثقيف النفسي: تثقيف المريض بنموذج قابلية التأثر بالضغوط ودوره في الإصابة بالهلاوس.
- تعليم المريض النموذج الذهني: توعية المريض بدور معتقداته في تكوين الضيق حيال هذه الهلاوس.
- تطبيق المنهج الذهني السلوكي: تطبيق استراتيجيات سلوكية، استهداف محتوى الهلاوس، استهداف الضلالات الخاصة بالهلاوس، استهداف المعتقدات الذاتية للتقييم الذاتي الخاصة بالهلاوس، واستهداف سلوكيات الأمان.

تقييم الهلاوس

- تقييم الأعراض/الإدراك

الخصائص الفيزيائية للهلاوس: يعتبر مقياس تقييم أعراض الذهان Psychotic Symptom Rating Scale (Haddock et al., 1999) مقياس ذو ثبات وصدق جيد لقياس الهلاوس (والضلالات أيضاً)، حيث يقوم بالإجابة عن الأسئلة المتعلقة بالخصائص الفيزيائية للهلاوس، مدى الضيق التي تسببها والمعتقدات التي يحملها الشخص بخصوص هذه الهلاوس. وهو من أكثر المقاييس الذي يقدم إجابات غنية بالتفاصيل مقارنة بباقي المقاييس المتوفرة حالياً. ونظراً لأنه مقياس قصير نسبياً، فإننا نشجع بقوة استخدامه لقياس شدة الهلاوس وقياس مدى التقدم المحرز في جميع مراحل العلاج. هناك أيضاً مقياس التقدير الذاتي Topography of Voices Rating Scale (Hustig & Hafner, 1990) والذي يمكن أن يستخدمه المعالجون بسهولة في مرحلة التقييم الأولى، فضلاً عن التقييم الوظيفي، بالنظر إلى أنه يقيس جوانب مثل التردد والوضوح والضيق وتشدت الأصوات على مدى الأيام القليلة السابقة. وبالإضافة إلى استخدام تدابير موحدة للتقرير الذاتي يديرها الطبيب، يقوم المعالج أيضاً بتقييم مفتوح للخصائص الفيزيائية للهلاوس.

- تقييم المعتقدات حول الهلاوس

من العناصر الأساسية في المنهج الذهني لعلاج الهلاوس هو تحديد والحد من المعتقدات الخاطئة حول الهلاوس. يعتبر استبيان المعتقدات حول الأصوات-المراجع Beliefs about Voices Questionnaire-Revised (Chadwick, Lees, & Birchwood, 2000) مقياس ممتاز ذو ثبات وصدق جيد ويستخدم لتقييم معتقدات المريض حول معنى والغرض من هذه الهلاوس حيث يتضمن فقرات مثل "هذه الهلاوس تعاقبني على أخطاء ارتكبتها في

الماضي"، "هذه الهلاوس تريد أن تضرنني". ونظراً لأن هدف العلاج الذهني ليس تقليل وتيرة الهلاوس لدى المريض بل تصحيح المعتقدات السلبية وتقييمات المريض للهلاوس وبالتالي من الممكن استخدام هذا المقياس لقياس تقدم المريض في تفسير الهلاوس التي يسمعها.

• إجراء تقييم وظيفي

يحاول المعالج الذهني الوصول إلى المضمون الحرفي لما تقوله الهلاوس، يقوم عادةً بعض المرضى بالإبلاغ عن سماع هلاوس ذات مقطع صوتي واحد مثل "غبي"، "مغفل"، "فاشل"، أو من عدة مقاطع صوتية مثل "أنت بلا قيمة" وما شابه ذلك. أحياناً تكون الهلاوس على شكل أسئلة، فبدأ المريض يومه بسؤال مثل "هل أنت متأكد أنك نفس الشخص الذي تعتقده؟". أحياناً تكون الهلاوس عبارة عن تعليقات مستمرة على تصرفات المريض أو تأتي على شكل أوامر توجه المريض لأنشطة معينة سواء أنشطة بسيطة مثل "التقط تلك الملابس" إلى أوامر أشد خطورة وعنف. كجزء من التقييم الوظيفي يطلب من المريض مراقبة المحتوى الصوتي بين الجلسات من خلال كتابة سجلات أسبوعية للنشاط الصوتي.

جدول (١): التقييم الوظيفي للنشاط الصوتي

التاريخ:.....

في العمود الأول قم بكتابة ماذا كنت تقوم به حين سماعك للهلاوس، في العمود الثاني قم بتسجيل محتوى الأصوات التي سمعتها، في العمود الثالث سجل مدى ارتفاع هذه الأصوات من (٠-١٠)، في العمود الرابع قيم مدى انزعاجك وضيقك من هذه الأصوات من (٠-١٠)، في العمود الخامس سجل انفعالك عند سماعك للأصوات، في العمود الأخير سجل ما هي الطريقة التي استخدمتها للتعامل مع هذه الأصوات.

الوقت	ماذا كنت تفعل؟	ماذا كانت تقول الأصوات؟	ما مدى علو الأصوات؟	ما مدى ضيقك وقتها؟	ماذا كنت تشعر في تلك اللحظة؟	كيف تعاملت معها؟
٩-٨						
١٠-٩						
١١-١٠						
١٢-١١						
١-١٢						
٢-١						
٣-٢						

كما هو مبين في الجدول أعلاه، يسجل المرضى ما كانوا يفعلونه عندما بدأت الأصوات. غالباً ما يكون المرضى غير مدركين للعوامل المحددة التي تنشط ظهور الهلاوس. غالباً ما تتضمن هذه المحفزات سياقات أو مواقف تمثل تهديداً للمريض من ضمنها العزلة، التواجد ضمن جماعات كبيرة، الصراعات ما بين الأفراد، الضغوط الناشئة من أداء معين، وكذلك استخدام المخدرات والكحول. كما تنشأ أيضاً الهلاوس من مثيرات داخلية المنشأ مثل الحالات الانفعالية السلبية، البارنويا، التعب، الوحدة فضلاً عن مثيرات داخلية محددة مرتبطة بالضلالات. وعند رصد تواتر ومدة الأصوات، من المهم تحديد إذا كانت هناك عوامل ظرفية محددة لها علاقة بتقليل وتيرة الأصوات. حيث أنه من الشائع ظهور الأصوات أثناء عزلة الشخص وتوقفها أثناء المشاركة في حديث مع الآخرين. كما أن تحديد مجموعة كاملة من عوامل التعويض المحتملة هي مقدمة لتعليم المريض كيفية استخدامها في العلاج. أخيراً يقيم المعالج ردود فعل المريض العاطفية والسلوكية على الأصوات، تكرار الانتقادات والشتائم والأوامر وغيرها من التعليقات الهجومية غالباً ما تؤدي الي شعور بالحزن واليأس والغضب والعجز. قد تشمل ردود الفعل السلوكية للمرضى الصراخ على الأصوات مع / أو الهروب من المواقف بغرض إنهاء ظهور الأصوات. على الرغم من أن ردة الفعل الأولية للمريض تجاه الأصوات هي صدمة وذهول، إلا أنه مع الوقت يكون علاقة شخصية معها (Benjamin, 1989).

إن معتقدات المريض حول الأصوات التي يسمعها تحدد ردة فعله العاطفية والسلوكية. على سبيل المثال، لو كان المريض يرى أن هذه الأصوات خيرة فعلى الأرجح سوف تولد مشاعر إيجابية لدى المريض ويتفاعل معها. في حين لو كان المريض يرى أن هذه الأصوات حاقدة فغالباً ما تولد مشاعر سلبية ومقاومة لدى المريض.

أثناء التقييم الوظيفي، يقوم المعالج بجمع المعلومات التي تساعد على:

١. تحديد المواقف التي تحفز ظهور الهلاوس مثل: التعب، العزلة، الضغوطات.
٢. تحديد مدى وعي المريض بهذه المواقف المحفزة لظهور الهلاوس.
٣. تحديد الإستجابات العاطفية التي تظهر لدى المريض نتيجة هذه الأصوات. المرضى لديهم عدد لا يحصى من ردود الفعل المتنوعة تجاه الهلاوس، بما في ذلك الصراخ والجدال معها إلى الإستماع إليها ومشاركتها والتعاون معها. إجمالاً يمكن تصنيف ردات فعل المريض السلوكية للأصوات في فئتين إما إنها سلوكيات مقاومة أو تفاعلية. اللامبالاة هي استجابة غير نمطية لوجود الأصوات (Chadwick et al., 1996).

٤. يهدف المعالج إلى إستخلاص جميع المعتقدات لدى المريض حول الهلاوس. على سبيل المثال ما هو مصدر هذه الأصوات التي يسمعها المريض (الله، الشيطان، أقارب متوفين...الخ). من الممكن أن تتراوح المعتقدات حول الهلاوس من ضلالات غريبة إلى مألوقة. ومصادر الأصوات قد تنتمي إلى أشخاص معروفين، أو مجهولين، أو متوفين أو آلات خارقة للطبيعة.

تلقي رسائل مباشرة من الله أو الأنبياء قد يدفع الشخص للإبتعاد عن الآخرين، ويرافقها مشاعر من الإثارة والقوة. يهدف المعالج إلى إستخلاص الكيفية التي يشعر بها المريض إذا لم تكن الأصوات موجودة كطريقة للكشف عن مشاعره الكامنة وراء شعوره بالوحدة وعدم الكفاية حيث أن هذه الأصوات قد توفر للمريض حماية تعويضية. يسعى المعالج إلى التعرف على جميع المعتقدات والأدلة التي تدعمها لدى المريض. من المهم إدراك أن المحتوى الصوتي والمعتقدات حول الأصوات قد تكون متعارضة مع بعضها البعض. خلال مرحلة التقييم، ينتقل التركيز من رصد الخصائص الفيزيائية للأصوات إلى مناقشة المعتقدات التي تدور حول الهلاوس. يمكن للمعالج هنا تقديم ورقة مراقبة ثانية كواجب منزلي والتي تتيح للمريض رصد قائمة التقييمات/ المعتقدات المرتبطة بالهلاوس.

جدول (٢): رصد قائمة التقييمات/ المعتقدات المرتبطة بالهلاوس

الموقف	الهلاوس	تفسير الصوت/ الاعتقاد	الانفعال	السلوك
مشاهدة التلفاز	"أنت لست من تظن أنه أنت"	"أنا لست إنسانا حقيقيا" "أنا أفقد عقلي"	خوف يأس	التفكير جدياً لاكتشاف حقيقة نفسي
ركوب الباص	"أنت أحمق"	يستمر أخي في معاقبتي	غضب حنق	الصراخ على الصوت أسكت
أثناء الذهاب لموعد الطبيب	"أنت ساقطة"	"ينتقدوني لاني واثقة من نفسي" "يريدون تحجيمي"	خوف غضب إستياء	تراجع عن الذهاب للموعد والإنعزال
الحياسة بهدوء	"أنت عديم الفائدة وضعيف"	"يشعرون بالخزي لأخطائي"	إحباط عجز	التوقف وعدم إكمال الحياسة

• تحديد السوابق التاريخية لتطور الهلاوس والمعتقدات التي تفسرها عبر الزمن

- كما هو الحال في تقييم الضلالات، يهدف المعالج على التعرف على ظروف الحياة البعيدة والقريبة المحيطة ببداية ظهور الهلاوس، مثل:
- ما هي الظروف التي حدثت للمريض قبل ظهور الهلاوس؟
 - ما هو المضمون الدقيق للهلاوس؟
 - ما هي معتقدات المريض حول هذه الهلاوس؟
 - كيف تعبر هذه المعتقدات عن مخاوف، اهتمامات، خيالات المريض.
- لهم أفضل لمثيرات ومحفزات الهلاوس عند المريض، لأبد أن يقيم المعالج نمط النشاط الصوتي عبر الزمن، موضحاً كل من فترات النشاط والسكون في وتيرة الهلاوس، كما يقوم بتسجيل أي تغيرات في معتقدات المريض حول ما هية هذه الهلاوس.

علاج الهلاوس

• التعليم والتثقيف

يختلف المرضى في درجة رغبتهم في معرفة تفسير لظهور الأصوات. بعض المرضى يعتبر الهلاوس السمعية جزء من طبيعة اصابتهم بالفصام، حيث أن الجزء المبكر من عملية التثقيف النفسي يدور حول توعية المريض بدور قابلية التأثر بالضغوط في توليد الذهان والهلاوس. ومن هذا المنطلق يمكن فهم أن عوامل التأثر بالضغوط قد تعتمد على عدد من المتغيرات فقد تكون بيولوجية (مثل الوراثة) أو نفسية (مثل خبرات النمو) أو اجتماعية (مثل العزلة والتهميش) والتي تكون منطقية وقابلة للفهم والاستيعاب من المريض.

إن دور الأحداث الصادمة، والخسارة، وتحديات الحياة (مثل السفر للدراسة) هي محفزات أساسية ومهمة يمكن مناقشتها فيما يتعلق ببداية ظهور الأصوات. بعض النقاط الأساسية التي يمكن مناقشتها مع المريض هي:

- ٥٠٪ من السكان يسمعون أصواتاً في مرحلة من مراحل حياتهم.
- تظهر الدراسات التي أجريت على طلبة الجامعات ارتفاعاً في نسبة سماع الهلاوس يصل إلى ٣٠-٤٠٪.
- يمكن أن ينتج من التعذيب والحبس الإنفرادي سماع الهلاوس.
- فقدان أحد أفراد الأسرة يمكن أن يؤدي إلى ظهور الهلاوس أثناء الفجيرة.
- يسمع بعض الأشخاص الذين يعانون من الضيق وبعض الاضطرابات النفسية هلاوس وأصوات (رصدت عند بعض مرضى الاكتئاب الذهاني، اضطراب ثنائي القطب،

واضطراب ما بعد الصدمة).

يهدف التعليم والتثقيف النفسي لجميع الأدلة التي تدعم تفسيرات بديلة للهلاوس، والتي تعتبر مفتاح أساسي للعلاج الناجح كما يهدف العلاج مساعدة المرضى على تحديد والتعرف على المسببات الظرفية خلف ظهور الهلاوس. مثيرات الهلاوس الخاصة بكل مريض سوف تكون أوضح من خلال عملية التقييم وتعبئة قوائم الرصد الذاتي ما بين الجلسات، ولكن خلال مرحلة التثقيف والتعليم النفسي من الممكن مناقشة محفزات ومثيرات الهلاوس المألوفة مثل: استخدام الكحول والمخدرات (مثل عقار الهلوسة LSD، كوكايين)، الأعراض الإنسحابية لشرب الكحول، قلة عدد ساعات النوم، القلق، الحزن، الإرتياب والشكوك، التعب، الصراعات مع الآخرين، ومشاهدة التلفاز.

التعرف على العوامل النفسية التي تساهم في استمرارية ظهور الهلاوس تعتبر جزء من عملية التعليم النفسي. على سبيل المثال، باستطاعة المعالج تفسير دور التوقع (مثال: سماع الهاتف يرن أثناء انتظار مكالمة) واعتقاد أن أفكار الفرد تخص الآخرين (مثل التحيز الخارجي) وذلك كوسيلة للحد من وصمة العار المرتبطة بالهلاوس وكنقطة إنطلاق لتهيئة الفرد للمنهج الذهني. كما يمكن للمعالج مناقشة دور التشوهات الذهنية في تفسير المواقف بشكل خاطئ (مثال: الاستنتاج الفوري لألم في الصدر أنه علامة على نوبة قلبية).

• تعليم المريض نموذج العلاج الذهني

خلال مرحلة التعليم والتثقيف النفسي، يهدف المعالج إلى مساعدة المريض على فهم كيف ترتبط الأفكار والمشاعر والسلوكيات خلال تجارب الحياة. معظم المرضى يأتون للعبادة وهم يعانون من مشاكل متنوعة، لذا يستطيع المعالج البدء باستخدام فنية سجل الأفكار ليس فقط لتعليم المريض النموذج الذهني ولكن أيضاً محاولة لتخفيف الضيق من خلال إعادة الهيكلة الذهنية وتعتبر كذلك تمهيد قبل الوصول إلى المعتقدات الأكثر صلابة التي تدور حول الهلاوس. خلال هذه المرحلة، يتعلم المريض كيف يتعرف على التشوهات الذهنية، والنظر للأدلة البديلة للوصول إلى إستنتاجات أكثر توازناً، والنظر في إيجابيات وسلبيات المعتقدات التي يؤمن بها. يمكن استخدام قائمة من التشوهات الذهنية لمساعدة المريض على فهم دور التشوهات الذهنية، ولكن من المهم استخدام هذه المنهجية بالتعاون مع المريض وعدم تحدي

المريض واستجوابه. التوقيت الدقيق لاستهداف الهلاوس يعتمد بشكل كبير على موقعها من قائمة مشكلات المريض.

المنهج الذهني السلوكي لعلاج الهلاوس السمعية

• استراتيجيات سلوكية بسيطة

نقطة انطلاق بسيطة لمساعدة المريض للتعامل مع الهلاوس هو بناء مجموعة من استراتيجيات التكيف الموجودة أساساً (Tarrier, 1992). الكثير من المرضى يستخدم استراتيجيات خاصة للتعامل مع الهلاوس والتي تتفاوت في درجة نجاحها. على سبيل المثال، يقوم العديد من المرضى بعزل أنفسهم عندما يسمعون أصواتا. في حين يستخدم البعض الآخر أنواعا من المعدات السمعية (مثل سدادات الأذن، أجهزة الراديو/الموسيقى المتحركة (مثل: iPod وغيرها). بالإضافة إلى تكرار استخدام استراتيجيات التكيف المستخدمة بالفعل من قبل المريض لتعزيز فعاليتها، يمكن للمعالج ادخال استراتيجيات سلوكية إضافية فعلى سبيل المثال إن لم يكن المريض قد حاول بالفعل استخدام سدادات الأذن أو أجهزة الراديو المتحركة فمن السهل البدء في ذلك. وعلى الرغم من أنه يوفر ارتياح قصير المدى فقط إلا أن العديد من المرضى ذكروا بحدوث انخفاض فوري في تواتر/ ارتفاع الأصوات مع سدادات الأذن، بل إن البعض أبلغ عن آثار طويلة المدى ربما بسبب شعور الفرد بأنه مسيطر على الهلاوس. من المستحسن أن يقوم المريض باستخدام سدادات الأذن في كل أذن وتحديد أيهما أكثر فعالية. وإذا كان المريض في مكان آمن مثل المنزل أو مكان لا يكون خطرا عليه القيام بذلك فبإمكانه ارتدائها في كلا الأذنين. وعلاوة على ذلك، فإن غالبية المرضى ذكروا بفعالية استخدام أجهزة iPod ويمكن توجيه المرضى لضبط مستوى الصوت ليتناسب مع ارتفاع درجة الهلاوس. كما أن استخدام فنيات صرف الانتباه تعتبر فعالة لزيادة السيطرة على الهلاوس، أساساً كل نشاط يحول الانتباه بعيداً عن الأصوات يكون فعالاً مثل مشاهدة التلفاز، أو الإستماع إلى الموسيقى، أو إجراء محادثة أو قراءة كتاب أو تشغيل لعبة (فيديو)، بالإضافة إلى أن الأنشطة التي تتطلب مجهود أكبر مثل ممارسة الرياضة، والمشي يمكن أن يقلل من النشاط الصوتي بشكل كبير.

ولأن معظم المرضى يعانون من الهلاوس خلال شعورهم بالقلق فإن السلوكيات التي تقلل من حدة القلق قد تؤدي إلى إضعاف نشاط الهلاوس مثل أخذ حمام، القراءة بهدوء، تطبيق استراتيجيات الإسترخاء. كما أن هناك أدلة كثيرة لاستخدام الكلام

أو النشاط الصوتي المنخفض للحد من الهلاوس (Carter, Mackinnon, & Copolov, 1996). التمتمة أو الطنين على سبيل المثال من الممكن أن يكون فعال بشكل جيد، حيث يطلب من المريض البدء باصدار طنين عند بداية ظهور الأصوات أو التحدث مع نفسه أو الغناء بصوت منخفض وهادئ.

فنية سلوكية أخرى هي استخدام "وقت مستقطع للهلاوس" وهي عبارة عن فترة من الزمن يمكن للمريض أن يقضيها مع الهلاوس بحيث يركز على الخصائص الفيزيائية للصوت، وموقع الأصوات، ومحتواها المحدد على أن يلتزم بعدم الاهتمام بها في أوقات أخرى من اليوم. هذه الفنية شبيهة بتعيين "وقت مستقطع للقلق" للمرضى الذين يعانون من القلق المفرط. تحديد وقت معين للتركيز/عدم التركيز على عمليات إدراكية داخلية تعزز فكرة السيطرة عليها لدى المريض مع الوقت. قد تكون الأصوات مؤلمة جدا لبعض المرضى للتركيز عليها بشكل كامل خلال الوقت المستقطع لها، لذا فهناك استراتيجية لضمان منهج آمن وهو استخدام مقياس التصنيفات الذاتية للضيق Subjective Units of Distress Scale، وهو مقياس متدرج من (٠-١٠٠) ووضع حد متفق عليه يتم عنده انهاء الوقت المستقطع للهلاوس. على سبيل المثال، إذا كان القلق الناتج من التركيز على الهلاوس يتجاوز مستوى مريح (مثلا ٧٠٪) فيجب على المريض إنهاء منهجية التركيز على الهلاوس. ومع ذلك، كما هو الحال عندما يتم استخدام هذه الاستراتيجية مع الصعوبات الانفعالية الأخرى، بمجرد طلب مراقبة الذات للأصوات والهلاوس يؤدي إلى انخفاض تواترها والضيق الناتج عنها. الخطوة الأخيرة التي يجب أخذها في الاعتبار خلال استخدام هذه الفنية هي الطلب من المريض مراقبة العلاقة ما بين أفكاره ومحتوى الأصوات من خلال تسجيل ملاحظاته في سجلين أحدهما خاص بالأفكار السلبية التلقائية والثاني خاص بمحتويات الهلاوس (المضمون). أخيراً، لأن بعض المرضى يعانون من ظهور الهلاوس خلال ظروف توفر كثير من التحفيز - على سبيل المثال، أماكن صاخبة- فاستراتيجية سلوكية أخرى للتعامل هو اتخاذ المريض خطوات لإبعاد نفسه من سياقات مثل هذه.

• استهداف محتوى الأصوات

بغض النظر عن المعتقدات حول الهلاوس، فإن الكثير من المرضى يشعرون بالأسى الشديد من محتوى الأصوات والتي كثيراً ما تكون مهينة، مخزية وناقدة. محتوى الأصوات يمكن أن يعكس مخاوف أو أحداث الحياة الهامة أو ذكريات من الماضي،

محتوى الأصوات يمكن أن يكون وهمي/ ضلالي (على سبيل المثال: أنت ابن للشيطان) أو غير وهمي -على سبيل المثال: أنت أحرق-. الهدف هنا هو تقليل تأثير هذه الهلاوس، لذا قد لا تؤدي الاستراتيجية المستخدمة إلى إيقاف الهلاوس ولكنها قد تقلل من شعور المريض بالضيق والتوتر والخوف بسببها. عادةً ما يقل تكرار ظهور الهلاوس بعد التدخلات الذهنية. الاستراتيجية تركز على التشكيك في دقة المحتوى الصوتي، تماماً كما يتم من تشكيك واختبار وتصحيح للأفكار السلبية لدى الشخص من خلال الحوار السقراطي. وذلك لأن محتوى الهلاوس يعتبر دليل على المعتقدات التي عقدت حولها. إذا تم تعريف المريض بالمنهج الذهني سابقاً واستخدم بالفعل سجل الأفكار كجزء من واجباته المنزلية، فإن استخدامه هنا سوف يكون سلس. إلا أن سجل الأفكار سوف يتم تعديله لاستخدامه مع الهلاوس بحيث يسجل المريض ما تقوله الأصوات حرفياً ومن ثم يفحص الأدلة التي تؤيد وتعارض محتوى الأصوات كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (٣): سجل الأفكار الخاصة بالهلاوس

الموقف	محتوى الهلاوس	الانفعال	الأدلة التي تدعم	الأدلة التي تعارض
خياطة دميمة ولكنها غير متقنة الصنع	على مستوى الأفكار "لا أستطيع القيام بأي شيء، أنا فاشل" على مستوى الهلاوس "أنت لا تجيد فعل أي شيء، أنت فاشل بلا قيمة"	حزن ٧٠٪	"شكل الدميمة سيء، حجم البطن غير متناسق مع باقي الجسم" "قمت بعمل الكثير من الأخطاء"	"هذه محاولتي الأولى" "قمت بعمل الباترون بنفسني" "قد تبدو أفضل عند الإنتهاء منها" "أنا دائماً أرغب بفعل الأمور بشكل صحيح من المرة الأولى"

يتضح من المثال السابق أن المحفز لظهور الهلاوس هو تصور المريض عن نفسه أنه ضعيف في أداء مهمة الخياطة. أفكار المريض الأولية الناقدة لنفسه تحولت إلى هلاوس ناقدة. يبدأ المعالج بمساعدة المريض على تحديد التشوهات الذهنية في محتوى الأصوات التي يسمعها. فكرة: "لا تقوم بعمل أي شيء صحيح" يعكس التفكير المتطرف أسود أو أبيض، فكرة: "أنت فاشل بلا قيمة" يعكس الوصمة. بعد ذلك،

يسأل المعالج ما هي الأدلة التي لديك وتدعم التصريحات التي ذكرتها الأصوات؟ مع الممارسة المتكررة يصبح المريض واعي بالتشوهات الذهنية في محتويات الأصوات والهلاوس ويصبح قادر على توليد وجهات نظر بديلة.

• التعامل مع التهديدات والأوامر

قد يكون محتوى الأصوات مخيفاً فعلى سبيل المثال فإن الأصوات سوف تؤذيه جسدياً إذا لم ينفذ ما يطلب منه أو سوف يقومون بجعل المريض يؤذي نفسه بنفسه.

على المعالج اتباع الخطوات التالية:

- تحديد التهديدات التي تصدرها الأصوات.
- تقييم درجة اقتناع المريض في قدرة الأصوات في جعل الأحداث تقع.
- البدء في تقييم الأدلة الداعمة للعواقب المتصورة من عصيان الأوامر.
- تسليط الضوء على مزايا عدم طاعة الأصوات ومساوئ طاعتها.

من المهم إدراك أن معظم الأوامر سوف تكون جزءاً لا يتجزأ من المعتقدات الوهمية حول قوة وأصل تلك الأصوات. وبالتالي، قد يتطلب الحد من تهديد محتوى الأصوات اهتماماً فورياً بالمعتقدات الوهمية المحيطة بالأصوات، خصوصاً فيما يتعلق بقوة هذه الأصوات. قد يشعر بعض المرضى بالخوف من التشكيك في صحة الأصوات لاعتقادهم بأن الأصوات سوف تعاقبهم. بالنسبة لهؤلاء المرضى، من الأفضل أن نبدأ باستهداف المعتقدات حول الأصوات بدلاً من محتوى الأصوات الفعلي.

بعد تحديد ماذا تطلب الأصوات من الشخص القيام به، على المعالج معرفة كيف يتعامل المريض مع هذه الأوامر؟ أو ما هي الاستراتيجيات التي يستخدمها المريض لمقاومة تنفيذ هذه الأوامر؟ الخطوة التالية هي تقييم الأدلة التي يتخذها المريض لدعم قوة الأصوات في إلحاق أذى بدني فيه أو في غيره. وأخيراً، من المهم أن يساعد المعالج المريض تحديد مجموعة من المساويء والعيوب الناتجة من طاعة التهديدات (على سبيل المثال: الندم، التتويم في المستشفى، العواقب القانونية المحتملة، الأذى والمعاناة...الخ) وكذلك تقييم أي مزايا ناتجة (على سبيل المثال: تقليل الضيق، راحة البال...الخ). هذا التحول الذهني سوف يساعد المريض على تذكر مساوئ اتباع أوامر الأصوات أثناء حدوث الأصوات. من المهم أيضاً أن يكون لدى المريض خطة للتكيف السلوكي والتي تشمل سلوكيات بديلة -على سبيل المثال: الاتصال بأحد، مشاهدة التلفاز...الخ-. يطلب من المريض رصد جميع نجاحاته في عدم إطاعة الأوامر كوسيلة لتطوير كفاءته

الذاتية حول عدم الامتثال للأصوات وبمجرد جمع الأدلة الكاملة للتساؤل عن مدى صحة هذه الأصوات، لا بد من تسجيلها لتسهيل الوصول إليها " كبطاقة تكيف" بحيث يمكن للمريض الرجوع إليها في المرة التالية التي تنشط فيها الأصوات ويبدأ شعوره بالضيق.

• استهداف المعتقدات الغير وهمية حول الأصوات

من الشائع أن توجد لدى المريض معتقدات وهمية وغير وهمية بخصوص الأصوات والهلاوس التي يسمعها. على المعالج تشجيع المريض على التحدث عن جميع المعتقدات التي تخص الأصوات التي يسمعها سواء كانت معتقداته الحالية أو السابقة من الممكن البدء على النحو التالي: "ما رأيك في الأصوات عندما بدأت أول مرة؟" أو "ما رأيك في الأصوات التي تسمعها الآن؟". قد يكون تكون لدى المعالج فكرة حول بعض معتقدات المريض بعد استخدام استبيان المعتقدات حول الأصوات، إلا أنه يتوجب عليه أن يسأل أسئلة أكثر تحديداً ودقة عن تصورات المريض عن مصدر الصوت (مثال: هل يمكنك التعرف على الصوت؟ هل تعرف من هو؟)، عن أسباب ظهور الصوت (مثال: ما هو تفسيرك لسماع هذه الأصوات؟)، عن مدى الخطر (مثال: هل تخيفك هذه الأصوات؟)، عن عواقب هذه الأصوات (مثال: هل تشعر بالقلق حيال تأثر حياتك إذا استمرت في سماع هذه الأصوات؟). إن مدى تقييم المريض للنشاط الصوتي كدليل على خطر وشيك يرتبط بمستوى الضيق الناجم عن هذه الأصوات (Baker & Morrison, 1998).

عادةً ما تركز المعتقدات الغير وهمية الخاصة بالهلاوس والأصوات على الآثار المترتبة من سماع هذه الأصوات، على سبيل المثال (مؤشر على الجنون، فقدان السيطرة، الانتكاسة، واحتمالية التويم في المستشفى).

مثال: إحدى المريضات تعتقد أن سماعها للهلاوس هو علامة على أنها سوف تفقد عقلها وتدخل المستشفى. حيث كان أول ظهور للهلاوس منذ سبع سنوات، وأدت تجربة سماعها للهلاوس المتكررة والمزعجة إلى دخولها للمستشفى وإقامتها لمدة طويلة فيها. وبعد خروجها من المستشفى استمر سماعها للهلاوس بشكل متكرر ودوري وعلى الرغم من أنها تسبب الضيق والألم للمريضة إلا أنها لم تؤدي إلى تدهور ملحوظ أو مستمر في حالتها ولم تؤدي إلى إدخالها للمستشفى ثانية. كانت المنهجية المتبعة مع هذه المريضة هو تحديد واختبار مخاوفها بشأن هذه الأصوات من خلال النظر إلى الأدلة. على الرغم من أن سماع الأصوات قد يؤدي إلى تدهور ملحوظ لدى المريض إلا أنه لم يحدث خلال السبع

سنوات الماضية. وبعد النظر في الأدلة قام المعالج بمراجعة التشوهات الذهنية الموجودة لدى المريضة مثل القفز إلى الاستنتاجات، التفكير الكارثي، والتفكير العاطفي. أخيراً أظهر المعالج تعاطفه ودعمه للألم والخوف المرتبط بدخول المستشفى. ساعد هذا المريضة في استخدام استراتيجيات التكيف في كل مرة تظهر فيها الأصوات بحيث تستخدمها للتخلص من الخوف من فقدان السيطرة على نفسها والدخول للمستشفى. ومن المفارقات أن الحد والتقليل من الخوف المرتبط بالأصوات يؤدي إلى إضعاف وتوهين الأصوات مما يؤدي إلى سيطرة أكبر عليها.

• استهداف المعتقدات الوهمية حول الأصوات

على الرغم من وجود بعض المرضى الذين لا يوجد لديهم أي معتقدات أو تفسيرات خاصة بالأصوات التي يسمعونها، فإن غالبية المرضى لديهم معتقدات قاموا بتطويرها كمحاولة لفهم الأصوات وتقليل القلق المرتبط بها. ذكر بعض الباحثين أن المعتقدات الوهمية (الضلالية) التي تفسر الهلوس قد يكون لها أثر على ردة فعل المريض السلوكية والانفعالية أكثر من أثر محتوى الهلوس نفسها (Chadwick et al., 1996). غالباً ما يعتبر المريض محتوى الأصوات دليل يدعم اعتقاداته الوهمية المتصورة حول الأصوات، والتي بدورها تزيد من أهمية الأصوات.

غالباً ما تعكس المعتقدات الوهمية مصدر هذه الأصوات -على سبيل المثال: الله، الشيطان، أقارب متوفين..الخ- وقوة وسيطرة هذه الأصوات. الضيق الناجم من هذه الأصوات ليس بسبب ما يقال فقط، بل بسبب مصدرها المتصور من قبل المريض. على سبيل المثال، المريض الذي يسمع أصواتاً تقول " أنت ابن للشيطان" هو أكثر عرضة للإحباط إذا كان ينظر إلى أن مصدر الصوت هو الشيطان نفسه. على هذا النحو، فإن توليد تفسيرات بديلة عن مصدر الأصوات ممكن أن يقلل كثيراً من الضيق الناجم عنها. أما في الحالات التي يكون مصدر الأصوات المتصور ذا أثر إيجابي على المريض على سبيل المثال اعتقاد أن الصوت هو صوت الله، أو أحد الأقارب المتوفين أو صديق قديم فقد يختار المعالج عدم استهداف المعتقدات الوهمية حول مصدر هذه الأصوات في ضوء هذه الفوائد. ومع ذلك لا بد من سؤال المريض ما هو شعوره لو لم تكن هذه الأصوات موجودة؟ وذلك كوسيلة للكشف عن المشاعر الكامنة من الوحدة والعجز التي يشعر بها والتي قد توفر هذه الأصوات حماية تعويضية له منها.

أحد مصادر الأصوات الشائعة هي خبرة الصدمات السابقة. فكما أن الأحداث

الصادمة تؤدي بالأشخاص إلى إعادة المرور بالخبرة من خلال الذكريات واسترجاع الماضي فإن ٥٠٪ من موضوعات المحتوى الصوتي للهلاوس والمعتقدات التي تفسره تعود إلى خبرة المريض مع الصدمة السابقة (Hardy et al., 2005)، يقوم المعالج تطبيع تفسير المريض للصوت وذلك من خلال مناقشة دور الضيق النفسي الشديد والذكريات المؤلمة، تتبعها محاولات لفهم تفسيرات المريض للأصوات، ومحاولة تطبيع خبرة سماع الأصوات. حيث يبدأ المعالج بتساؤلات لطيفة لاستخراج وجهات نظر بديله حول الأصوات. أولاً يسأل المعالج المريض مباشرة إن كان قد نظر سابقاً في تفسيرات بديلة للأصوات التي يسمعا؟ ثم من خلال الأسئلة السقراطية يحاول المعالج التشكيك في مصدر الأصوات لمساعدة المريض الوصول إلى إستنتاج مفاده أنه على الرغم من أن المعتقد مفهوم إلا إنه خاطئ وتوجد تفسيرات بديلة أكثر صحة. إن تكوين تجارب سلوكية لاختبار التفسيرات الوهمية والغير وهمية قد يساعد بشكل خاص في خلق تفسيرات بديلة أقل إيلاًماً.

مثال: يعتقد أحد المرضى أن جيرانه يتآمرون عليه لإخراجه من شقته وأنه يسمعه يتحدثون إليه يومياً. حيث أن الجيران عندما يعودون لمنزلهم بعد العمل ويصعدون الدرج فإن أصوات صرير الدرج تستثير النشاط الصوتي لدى المريض. تم سؤاله أثناء الجلسة كيف يعرف أن هذه الأصوات هي أصوات جيرانه؟ أجاب إلى التشابه الملحوظ بين الأصوات "تبدو تماماً مثل أصوات جيراني". ولتوليد نفسيرات بديلة يقوم المعالج بسؤال المريض "هل هناك تفسيرات أخرى محتملة؟"، "هل سبق أن سمعت صوت صرير الدرج ولم تسمع أصواتهم؟"، "هل سبق أن سمعت صوت صرير الدرج ثم الأصوات التي كنت تعتقد أنها لجيرانك ثم نظرت خارجاً ولم تجد أنها لجيرانك؟ إن تكرر حدوث هذا هل سوف يغير وجهة نظركم عن مصدر هذه الأصوات؟".

• استهداف المعتقدات الذاتية حول التقييم الذاتي للمعتقدات المرتبطة بالهلاوس

إن الافتراض الأساسي للنموذج الذهني للهلاوس هو أن المخطوطات تنشطها أحداث متشابهة، تؤدي إلى أفكار آلية سلبية، تقييمات ذاتية، وأمر ذاتية، انتقادات ذاتية مثل ما يحدث في الاكتئاب مثلاً، إلا أنها تصبح إدراكية على شكل هلاوس عند الأشخاص الذين يعانون من الذهان. بالإضافة إلي استهداف المحتوى الصوتي للهلاوس والمعتقدات الوهمية والغير وهمية التي تفسرها، من المهم ان يحدد المعالج المعتقدات الأساسية الكامنة التي تشكل موضوعات المحتوى الصوتي والمعتقدات حول الأصوات.

على سبيل المثال، درجة الاعتقاد حول قوة وسيطرة الأصوات المتصورة تبدو في كثير من الأحيان موازية لدرجة المريض المتصوره حول عجزه وحساسيته.

• استهداف سلوكيات الأمان

غالباً ما يشارك المرضى الذين يسمعون أصوات في سلوكيات تهدف إلى التقليل من تنشيط الأصوات وذلك للتقليل من النتائج السلبية المتصورة لسماع الأصوات و/أو لإسترضاء مصدر الأصوات المتصور. كل ذلك يعرف بسلوكيات الأمان (Morrison, 2001). لسوء الحظ فإن الجهد المبذول لتجنب أو تحييد الأصوات يؤدي إلى تقليل مشاركة المريض في الأنشطة الاجتماعية وترك الشخص أكثر عزلة والتي بدورها ممكن زن تؤدي إلى زيادة في النشاط الصوتي. هذه الحلقة المفرغة تساعد في استمرارية الهلاوس ولا تسمح للمريض بتجربة طرق بديلة أكثر تكيفا للتعامل مع هذه الأصوات. كما أنها تعيق وجود تجارب من شأنها أن تؤدي إلى أدلة تعارض بعض المعتقدات حول الأصوات. كما هو الحال في علاج اضطراب الهلع، الرهاب الاجتماعي، وغيرها من اضطرابات القلق، فعلى المعالج تحديد قائمة كاملة من سلوكيات الأمان التي يلجأ اليها المريض إما لمنع تنشيط الصوت أو استمراره. وبالمثل فإن المعالج يحدد سلوكيات الأمان المحددة التي يستخدمها المريض لتحديد معتقداته الوهمية -الضلالات- الخاصة بالهلاوس ومن ثم يقوم بترتيب سلوكيات الأمان في تسلسل هرمي على أساس القلق المتصور الذي يمكن أن يترتب إذا تم التخلص من السلوك. بعد ذلك يهدف المعالج إلى مساعدة المريض على تطوير استراتيجيات تكيف أكثر فعالية بحيث تقلل من سلوكيات الأمان بشكل منتظم. وكما هو الحال في علاج القلق والرهاب الاجتماعي من الأفضل البدء في السلوكيات الأمان التي تستثير قلق بسيط إلى متوسط قبل الوصول إلى سلوكيات الأمان التي تستثير درجات عالية من القلق. ولأن سلوكيات التجنب والأمان ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالتقييمات والمعتقدات الذهنية المتعلقة بالأصوات فإن تقليلها لا بد أن يحدث بالتزامن مع عمليات إعادة الهيكلة الذهنية. فعلى سبيل المثال: إذا كان التركيز على محتوى الأصوات، فعلى المعالج أيضاً معالجة سلوكيات التجنب والأمان المتعلقة بمحتوى الأصوات. وبالمثل، فإن استهداف سلوكيات التجنب والأمان الخاصة بالمعتقدات المتعلقة بالهلاوس سوف يتزامن مع استهداف المعتقدات لتغييرها.

ثالثاً: الأعراض السلبية

التصور الذهني للأعراض السلبية: هناك تقدم كبير في فهم الأعراض السلبية والتي تعتبر من الأعراض الثابتة في الفصام (Earnst & Kring, 1997) حيث أشار عدد كبير من دراسات التحليل العاملي على وجود بعد الأعراض السلبية في مختلف الثقافات بالإضافة إلى بعدي الأعراض الذهانية والغير منتظمة (Andreasen et al., 1995) فضلاً عن ذلك فإن للأعراض السلبية أسبقية في الظهور على المريض مقارنة بالأعراض الأخرى (Cannon, Tarrant, Huttunen, & Jones, 2003) مما جعل عدداً من الباحثين يميلون إلى اعتبار الأعراض السلبية أعراض أولية وليست ثانوية وذلك تماشياً لما نادى به كل من بلولير وكربلين (Hafner, 2003). كما يميل العجز الذهني للإرتباط مع الأعراض السلبية أكثر من الأعراض الذهانية والغير منتظمة (Verdoux & van Os, 2002).

• العلاج الذهني للأعراض السلبية

قديمًا، فسرت السمات الرئيسية للأعراض السلبية مثل انعدام الإرادة، الجمود الانفعالي وفقر الكلام وعدم التواصل الاجتماعي بأنها "عجز" يعاني منه المريض ولا يمكن تحسينه بالعلاجات النفسية. ومع ذلك، نحن نعلم أن الأعراض السلبية تزيد وتقص عند غالبية المرضى الذين يعانون منها. فالمثيرات الداخلية (مثل سماع الهلاوس) والخارجية (مثل دخول المستشفيات) ارتبطت مع زيادة هذه الأعراض في حين ارتبطت الأحداث الداخلية (مثل انخفاض اليأس) والخارجية (مثل الحصول على وظيفة بدوام جزئي) مع نقص هذه الأعراض. هذا يشير إلى أن العلاجات النفسية يمكن أن تساهم في الحد من الأعراض السلبية من خلال مساعدة المرضى على التعرف والحد من المثيرات التي تثيرها وتعليمهم آليات واستراتيجيات للتعامل مع المثيرات بعد وقوعها لتخفيف أثرها.

الخطّة المتبعة في تقييم وعلاج الأعراض السلبية

التقييم

- تقييم الأعراض: الآثار الجانبية للأدوية النفسية. مثيرات بيئية عالية التحفيز للحواس/منخفضة التحفيز للحواس. أعراض سلبية نتيجة لاضطرابات المزاج والقلق. أعراض سلبية نتيجة للأعراض الإيجابية. وتقييم تشخيصي.
- إجراء تقييم وظيفي: تقييم المعتقدات والتقييمات المرتبطة بالأعراض السلبية. وتقييم

استمرارية/ عدم استمرارية الأعراض السلبية عبر الوقت.

- وضع صياغة للحالة: التركيز على أثر إختلال المعتقدات والتقييمات السلبية في ظهور واستمرار الأعراض السلبية.

العلاج

- توفير التثقيف النفسي: تصور عن الحساسية تجاه الضغوط وأثرها في تكوين الأعراض السلبية. صياغة الأعراض السلبية للمريض كرد فعل للتهديدات والضغوط.
- التنشئة الاجتماعية للمريض من خلال النموذج الذهني: تطور الوعي بالتفاعل ما بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات.
- تطبيق منهج العلاج الذهني السلوكي: استهداف الأعراض السلبية الثانوية. استهداف الأعراض السلبية الأولية. استهداف التوقعات المنخفضة للمتعة. استهداف التوقعات المنخفضة للنجاح. استهداف تأثير الوصمة. واستهداف تصور ضعف الموارد.

تقييم الأعراض السلبية

- البيئات العائلية/ المنخفضة التحفيز للحواس

يلجأ بعض المرضى إلى الانسحاب والعزلة كوسيلة للتغلب على الضوضاء والصخب الناتج عن البيئة. ففي بيئة المعيشة يتعرض الشخص للضوضاء من خلال أجراس الهاتف وأجهزة التلفاز والمذياع والتكييف والأصوات المتداخلة من حوله عن طريق المحادثات الجانبية وغلقت وفتح الأبواب. بالإضافة إلى أن فض الإشتباكات قد يؤدي وظيفة وقائية في المنازل التي يكثر فيها النزاع المتكرر والصراعات والتعبير العالي عن العاطفة. على النقيض فقد وصف الانسحاب والانعزال كاستجابة للبيئات المنخفضة لتحفيز الحواس على مدى عقود. يجب على المعالجين النظر في مدى وجود إفقار بيئي وارتباطه باللامبالاه والتسطيح الانفعالي وانخفاض الدافع.

- الأعراض السلبية نتيجة اضطرابات المزاج والقلق

ارتفاع معدلات الاكتئاب والقلق المصاحبة لمرض الفصام قد يعكس أحياناً ظهور انتقائي لبعض الأعراض السلبية. فعلى سبيل المثال، يمكن أن يؤدي الاكتئاب الموجود لدى المريض إلى اللامبالاة، والتسطح العاطفي، وانخفاض الدافع، والانسحاب الاجتماعي. وقد يصاحب القلق بعض سلوكيات التجنب فمثلاً الشخص الذي يعاني

من اضطراب الهلع قد يتحاشى الذهاب لمواعيده خوفاً من حدوث نوبة هلع أثناء ركوبه المصعد أو مغادرته المنزل. كما أن مصاب الفصام الذي لديه رهاب اجتماعي قد يتجنب التواصل البصري ويفشل في إقامة العلاقة الجيدة مع المعالج والتي قد يساء تفسيرها كعرض من الأعراض السلبية.

• الأعراض السلبية نتيجة الأعراض الإيجابية

عادةً ما تعكس الأعراض السلبية التي تظهر نتيجة الأعراض الإيجابية الحادة استراتيجيات تعويضية يقصد بها شكل من أشكال الحماية تجاه التهديد الشخصي/ الاجتماعي. فعلى سبيل المثال المريض الذي يعاني من ضلالات الاضطهاد وأن الحكومة تطارده يميل إلى البقاء طول اليوم في السرير لمنع الخوف الذي يصاحب اعتقاده بأنه مراقب من قبل الآخرين. وقد يظهر على مريض آخر لا مبالاة تجاه الأحداث السارة نتيجة وجود ضلالة أن الآخرين سوف يسرقون سعادته ومشاعره إذا قام بالتعبير عنها. أيضاً كثير من التفاعلات الاجتماعية تقوم بتثبيط الهلوس السمعية لدى المرضى فيفضلون عزل أنفسهم للتقليل من الخوف والارتباك الذي غالباً ما يصاحب هذه التجربة وفي أحيان أخرى يفضلون العزلة والانسحاب من أجل قضاء وقت أطول مع الهلوس.

• تقييم تشخيصي

هناك عدد من أدوات التقييم -تم ذكرها سابقاً- ذات ثبات وصدق جيد يستطيع المعالج استخدامها لتحديد وجود وشدة والتداخل ما بين الأعراض السلبية. مثل مقابلات تقييم الأعراض السلبية، ومقياس الأعراض الإيجابية والسلبية Positive and Negative Syndrome Scale ومقياس تقييم الأعراض السلبية Negative Syndrome Scale for the Assessment of Negative Symptoms. ومن المهم أن يتم التقييم السريري للأعراض السلبية قبل بدء العلاج لعدة أسباب:

- أفضل طريقة لمعرفة إن كان العلاج ناجح هو بقياس التغير قبل وبعد استخدام العلاج.
- لا يوجد لدى معظم المرضى استبصار بأن أعراضهم السلبية سبب أساسي للمشاكل التي يعانون منها فبالتالي لا يقومون بذكرها من ضمن المشكلات التي يواجهونها. لذا فعلى المعالج الحكم على هذه الأعراض وإضافتها إلى قائمة المشكلات التي يعاني منها المريض إن كانت فعلاً كذلك.

- يمكن للمريض ذكر مجموعة من المشاكل التي تعكس أعراض سلبية ولكن بسبب استخدامه للغة لا تعكس الأعراض الفعلية فإنه لا يتم رصدها، على سبيل المثال، قد يذكر المريض أنه لا يحب التحدث عن مشاكله مع الآخرين ولا يذكر أنه يميل لتقديم إجابات مختصرة وموجزة على الأسئلة المطروحة (فقر الكلام).

• التقييم الوظيفي

بالإضافة إلى استخدام التقييم التشخيصي فإن التقييم الشامل يتكون من فهم الخصائص الذهنية والسلوكية والظرفية المرتبطة بظهور الأعراض السلبية واستمرارها. نقطة الإنطلاق في التحليل الوظيفي هو تحديد درجة استبصار المريض بوجود هذه الأعراض السلبية لديه وأسبابها. أسئلة مثل "ماذا تريد أن تفعل؟"، "هل هناك أوقات تجد فيها صعوبة في التعبير عن نفسك لفظياً؟" تساعد على استخلاص مثيرات ومحفزات الأعراض السلبية لدى الشخص. شملت هذه المثيرات والمحفزات مواقف ينظر إليها كتهديد شخصي للفرد مثل التفاعلات الاجتماعية، مواقف تقييم الأداء، مواعيد مع المعالجين أو المهنيين، صراعات ومشاكل في العلاقات بين شخصية، والمواقف التي تتطلب جهداً كبيراً والتبؤيم في المستشفيات، وعلى عكس المحفزات الظرفية التي غالباً ما تظهر متزامنة مع ظهور القلق والاكتئاب، فإن الأعراض السلبية عادةً ما تستثار وتظهر نتيجة أحداث سلبية وقعت في أيام أو أسابيع أو شهور وأحياناً سنوات سابقة. قد تبدو الأعراض السلبية لبعض المرضى المزمنين أقل ارتباطاً مع المثيرات الظرفية المحددة ولا يتضح عليهم الاهتمام أو الإنزعاج منها وذلك بسبب تجنبهم وانسحابهم من هذه المواقف الظرفية.

كما يوفر التقييم الوظيفي فرصة لتقييم مجموعة من الأنشطة التي يشارك فيها المريض وتحديد الأنشطة والأهداف المفقودة. حيث يركز جزء من العلاج الذهني على مساعدة المرضى الذين لديهم مجموعة من الأنشطة على المحافظة على أهدافهم في مواجهة الانتكاسات والفشل وغيرها من التقييمات السلبية التي قد تدفعهم إلى الانسحاب الاجتماعي والعاطفي. كما يقوم بمساعدة المرضى الذين أظهرت انخفاضاً شديداً في إيجاد الدافع والسعي لتحقيق أهداف ذات معنى في الحياة من خلال إحياء أهداف قديمة أو خلق أهداف جديدة يمكن تحقيقها.

علاج الأعراض السلبية

• العلاج الذهني السلوكي: علاج الأعراض السلبية الثانوية

كما ذكرنا سابقاً، فإن الأعراض السلبية الثانوية التي تظهر نتيجة الضلالات أو الاعتقادات الخاصة بتفسير الهلاوس هي إما استراتيجيات تكيف الهدف منها هو تقليل التهديد المصاحب لهذه الأعراض، أو أنها سلوكيات لها معنى في سياق الضلالات الموجودة لديهم. شبيهه بسلوكيات التجنب والانسحاب الموجودة في اضطرابات القلق، فإن المرضى يبدأون بتحاشي المواقف التي تستثير مخاوفهم / الهلاوس. وبالاعتماد على عوامل أخرى، مثل الضغوط الحالية، قوة الضلالات، توفر الدعم الاجتماعي، فإن عدداً متزايداً من المواقف لديه إمكانية إثارة الخوف والتجنب لدى المريض. هذا التجنب للمواقف من شأنه أن يزيد من عزلة الشخص التي بدورها قد تكون أرض خصبة لمزيد من الضلالات والهلاوس، مما يؤدي إلى مزيد من الضيق، والانسحاب، وانخفاض الدافعية، وبالتالي يصبح المريض عالقا داخل حلقة مفرغة. لذا فإن الهدف من العلاج هو مساعدة المريض على تعلم استراتيجيات للخروج من هذه الحلقة المفرغة. وبصرف النظر عن محتوى الضلالات، فإن سلوكيات التجنب من المواقف التي تستثير الخوف قد تمتد لتشمل جميع السياقات الشخصية لبعض المرضى مما يؤدي إلى ضعف شديد في التواصل حتى مع أفراد الأسرة والمعالجين له وبالمثل فيما يخص الهلاوس فإن المريض يقوم بسلوكيات التجنب للحد من ظهور الهلاوس ولمنع استمرارها ولتجنب الخوف الناتج من تفسير هذه الهلاوس. عندما تكون الأعراض السلبية هي استراتيجيات للتكيف والتعامل مع الأعراض الإيجابية فيجب معالجتها جنباً إلى جنب مع العلاج الذهني السلوكي الموجه للأعراض الإيجابية.

علاج الأعراض السلبية الناتجة عن الضلالات والهلاوس هي مماثلة لعلاج اضطراب الهلع. حيث يقوم مريض الهلع بالتعرض لمواقف حقيقية للتغلب على سلوكيات التجنب والأمان التي يتبعها خصوصاً بعد أحراره تقدماً في تصور نوبات الهلع ذهنياً وقام بتطوير مهارات أولية للتعامل مع الضيق الناتج أثناء المواقف الصعبة. بالمثل، فإن المرضى الذين يعانون من أعراض سلبية ثانوية بإمكانهم الاستفادة من فنية التعرض بعد أن يكونوا قد أحرزوا تقدماً في تحديد واختبار وخلق تفسيرات بديلة للضلالات والهلاوس التي يعانون منها على المستوى الذهني. ويمكن الحد من الأعراض السلبية الثانوية من خلال وضع جدول هرمي متدرج للمواقف التي يخشاها المريض ويتجنبها. كما هو الحال مع

اضطرابات القلق، فإن التعرض هنا يبدأ من أخف المواقف إثارة للمخاوف والهلاوس ثم يتدرج إلى أشدها. الهدف الأساسي هنا هو تقليل تدريجي لاستراتيجيات التجنب العاطفية والاجتماعية والسلوكية.

هناك عدد من المراحل لفنية التعرض لعلاج الأعراض السلبية الثانوية:

١. إجراء تقرير عن التقدم الذي أحرزه المريض في التشكيك في صحة الضلالات وبناء تفسيرات بديلة وذلك قبل البدء في عملية التعرض.
٢. القيام بتدريب جيد على مقياس التقدير الذاتي للقلق وذلك قبل البدء في عملية التعرض مع تكوين شبكة أمان للمريض، تسمح له باللجوء إليها أثناء عملية التعرض في حال تجاوز خوفه الحد الأعلى من مستوى القلق المقبول.
٣. تسجيل التجربة وردة الفعل ازاء فنية التعرض في سجل الأفكار وذلك لتقييم التحسن فضلاً عن رصد المخاوف التي إثارها فنية التعرض.

• علاج الأعراض السلبية الأولية

في حين يركز علاج الأعراض السلبية الثانوية على الحد من الارتباط ما بين الأعراض السلبية والأفكار والخبرات التهديدية المرتبطة بالأعراض الإيجابية، فإن علاج الأعراض السلبية الأولية (ليست نتيجة للأعراض الإيجابية) يركز على خلق الدافع وإعادة الاندماج العاطفي مع أهداف الحياة ذات المغزى. عند علاج الاكتئاب، أحد العوامل المحفزة للمرضى هو توقعهم العودة إلى مستوياتهم السابقة من الأداء بعد تصحيح الأخطاء الذهنية والتثاقل السلوكي. إلا أن هذا ليس الحال عند علاج الأعراض السلبية، خصوصاً لدى المرضى الذين عانوا سنوات طويلة من المرض، فهدفنا هنا ليس استعادة مستوياتهم السابقة من الأداء الاجتماعي والمهني بل وضع أهداف جديدة ذات مغزى في سياق حياة المريض الحالية.

جداول الرضا والالتقان، التنشيط السلوكي، السعي لإنجاز المهام ذات المغزى جميعها مهمة في علاج الأعراض السلبية لكن أكثرها أهمية في التوجه الذهني لعلاج الأعراض السلبية هو تعزيز التنشيط السلوكي لتغيير التوقعات السلبية ومعتقدات الأداء والتي تمثل الحساسية للتفكك المزمن.

• علاج التوقعات المنخفضة للمتعة

المرضى الذين يعانون من أعراض سلبية بارزة عادةً ما يذكرون أنهم لا يجدون متعة في حياتهم، كما أنهم يتوقعون عدم استمتاعهم بالأنشطة إذا سنحت لهم الفرصة، فهم غالباً ما يقولون لأنفسهم "ما الفائدة من القيام بذلك؟" "إنها ليست مسلية كما كانت بالسابق" "هذا ممل". هذه التوقعات السلبية للمتعة المتوقعة تؤدي بالمرضى إلى تقويت الأحداث والفرص لأحداث ممتعة وتعزز الاعتقاد أن لا شيء في الحياة ممتع، رغم أننا نعلم من التجارب السريرية والأبحاث التجريبية أن هؤلاء المرضى إذا شاركوا في هذه الأنشطة سوف يشعرون بنفس المتعة التي يشعرونها الآخرون. لذا كان الهدف الرئيسي من العلاج هنا هو إنشاء قائمة محددة من الأنشطة الترفيهية والمتعة لدى المريض وادراجها بشكل متزايد في جدولته اليومي مما يقلل من وجود التوقعات السلبية لديه تجاه المتعة وبالتالي لا تصبح هذه التوقعات عائقاً أمام المشاركة في هذه الأنشطة. خطوات المنهجية الذهنية لعلاج التوقعات المنخفضة للمتعة مرتبة بالتسلسل التالي:

١. تحديد التشوّهات الذهنية الخاصة بإنخفاض درجة المتعة المتوقعة.
 ٢. العمل على الأدلة التي تدعم توقع إنخفاض المتعة.
 ٣. جدولة الأنشطة الممتعة.
 ٤. تسجيل درجة المتعة المحققة بعد المشاركة في الأنشطة.
 ٥. استخدام التغذية الراجعة وردات الفعل لتصحيح انخفاض توقعات المتعة.
- الكثير من المرضى يقولون أن لاشيء ممتع كما كان في السابق ولا شيء يستحق حتى المحاولة. فكرة (الكل أو لا شيء) ممكن أن تتبلور إلى الدرجة التي يؤكد فيها المريض أنه لا يوجد شيئاً على الإطلاق يمكن أن يجلب لهم المتعة. لذا من أهداف العلاج الأولية هو التغلب على فكرة (الكل أو لا شيء) من خلال إنشاء منظور متدرج عن المتعة.

مثال: عند سؤال مريض عن استمتاعه بمشاهدة مباراة كرة قدم منقولة على التلفاز.

المعالج: كم درجة المتعة التي شعرت بها أثناء مشاهدتك للمباراة، من (٠) لم تشعر بأي متعة وحتى (١٠٠) استمتعت جداً؟

المريض: (٠)... سابقاً كنت استمتع جداً بمشاهدة مباريات كرة القدم (١٠٠).

المعالج: أتساءل إن كنت أحياناً تتوقع حصولك على لا شيء من المتعة (٠) في حين أنك

تتمنى الحطول على كل المتعة (١٠٠)... هل هناك إمكانية أن نجد درجة وسطية ما بين الاثنين؟

المريض: لا، إني حقا لا أجد أيأ من المتعة فيما أقوم به، لو كانت هناك درجة وسطية من المتعة.. سوف أقبل بها.. ولا أمانع من القيام بالأنشطة.

من خلال تكرار الأسئلة الخاصة بتحديد مستوى التمتع بالأنشطة المختلفة، سوف يستطيع المعالج مساعدة المريض في رؤية المنطقة المتوسطة من المتعة المحققة. كما يطلب من المريض أيضاً مراقبة أنشطتهم وتسجيل تقييماتهم على المتعة المحققة ودرجة اتقانهم للأنشطة وذلك من أجل استخدامها لزيادة التعزيز من خلال وجهة النظر التي تقول "أن بعض الأنشطة تحقق على الأقل درجة من المتعة لذا فهي تستحق الاستمرارية".

بالإضافة إلى فكرة " الكل أو لا شيء"، عادةً ما يركز المريض على الجوانب السلبية للموقف عندما يطلب منهم المشاركة، وهذا بدوره يعمل على زيادة التوقع السلبي للموقف. يهدف المعالج على تحديد الانتباه الانتقائي للتفاصيل السلبية الموجود لدى المريض ومساعدته على رؤية الصورة الأكمل بجميع الاحتمالات الموجودة.

بعض المرضى قادرين على ذكر مجموعة من الأنشطة التي حققت لهم درجات متفاوتة من المتعة عند مناقشتهم أو مراجعة أنشطة الأسبوع الماضي. وبهذه الطريقة يستطيع المعالج أن يستخدم الأدلة المتراكمة للعمل على تفكيك الاعتقاد الموجود لدى المريض بأن لا شيء ممتع وبأن لا شيء يستحق المحاولة. إلا أن الأمر يزداد صعوبة مع بعض المرضى العاجزين عن رؤية اي متعة في أي نشاط يقومون به، والذي قد يكون سببه عدم تطبيق الأنشطة المقررة أو ضعف المتعة المحققة من قبل هذه الأنشطة، لذا على المعالج القيام بالتالي:

١. البحث عن الأدلة التي تساعد على الإستفادة من تقارير الرصد الذاتي للمريض أو من خلال الرجوع لملاحظاته حول أنشطة المريض الأخير وذلك لوضع منظور بديل.
٢. يقوم المعالج بالتركيز على الأنشطة والاهتمامات التي كانت ممتعة للمريض قبي السابق. ما هي الأنشطة التي كان يمارسها المريض سابقاً ولا يقوم بها حالياً؟ ما هو تحديداً الشيء الخاص بتلك الأنشطة والتي يجعلها ممتعة للمريض؟ وعلى أثرها يقوم المعالج بوضع مجموعة كاملة من الأنشطة التي كانت ممتعة سابقاً للمريض ومحاولة تحديد نشاط سهل من الممكن ادراجه في الوقت الحاضر.

مثال: مريض كان عضواً في فريق السباحة في المدرسة الثانوية، لكنه لم يعد يسبح منذ عشر سنوات. تم بناء حمام سباحة في الحي الذي يقطن به.

المعالج: ذكرت لي بأنك تحب السباحة جداً.

المريض: كان هذا في السابق.

المعالج: ما هو الشيء الذي كان يعجبك في السباحة؟

المريض: كنت أستيقظ وأذهب لحمام السباحة كل يوم صباحاً الساعة السابعة قبل الجميع. كنت أحب ذلك وكنت جيداً في ذلك أيضاً.

المعالج: عندما رأيت حمام السباحة الذي تم بناءه في الحي الأسبوع الماضي، هل فكرت بأنك ترغب في السباحة مجدداً؟

المريض: للحظات نعم، ولكن ما الفائدة من ذلك؟ لن تكون كما كانت في السابق.

المعالج: من ضمن جميع الأنشطة التي تناقشنا فيها يبدو لي أن السباحة هي أكثر ما تفتقده. ولكن عندما تفكر كيف كانت السباحة ممتعة لك في السابق وهذا لا يمكن تحقيقه الآن، فإنك لا تتحمس لتجربتها؟

المريض: صحيح.

المعالج: قد لا تكون السباحة ممتعة لك كما كانت في السابق، ولكن هل من الممكن أن تكون فيها درجة من المتعة، درجة أكثر من الصفر؟

المريض: من المحتمل.

المعالج: هذا صحيح. إذن هل بإمكانك تجربة ما إذا كانت السباحة ممتعة إلى حد ما لك؟

المريض: أنت تقصد أن أذهب إلى حمام السباحة الجديد وأجرب فيه السباحة؟

المعالج: صحيح.. ما رأيك؟

المريض: لا أستطيع الاستيقاظ مبكراً كما كنت أفعل في السابق.

المعالج: ما رأيك أن تقوم بالسباحة في فتره ما بعد الظهر؟

المريض: ولكن سوف تفوتني مباراة كرة القدم التي تعرض في هذا الوقت.

المعالج: ما رأيك بأن نجعل السباحة بعد انتهاء مباراة كرة القدم؟
المريض: حسناً.

المعالج: إذا وجدنا من خلال هذه التجربة أنك ما زلت تستمتع بالسباحة، هل هذا مهم لديك؟

المريض: قد يصبح بإمكانني تمضية الوقت بشكل أفضل.

قام المعالج بإدراج نشاط السباحة من ضمن الأنشطة المقررة على المريض، وطلب من المريض تقييم استمتاعه بالسباحة على مدرج خاص بالمتعة من (٠) إلى (١٠).

من المهم أيضاً رصد أي عوائق تعيق المريض عن ممارسة هذا النشاط ومحاولة إيجاد الحلول. من المثل السابق يتضح أن لو المعالج فقد ادرج السباحة من الأنشطة المقررة بدون مناقشة العوائق لاعتبر المريض أن القيام المبكر وتقوية المباراة أسباب لعدم قيامه بالسباحة.

قام المريض بالذهاب إلى حمام السباحة إلا أنه غادره بدون أن يسمح لأنه شعر بأن ملابس السباحة القديمة الخاصة به لم تعد مناسبة له وسوف يصبح شكله مضحكا. هذا العائق تمت مناقشته في الجلسة التالية وتم الاتفاق على شراء ملابس سباحة جديدة وإعادة المحاولة مرة أخرى.

بعد تجربة السباحة ذكر المريض "بأنها لم تعد ممتعة كما كانت في السابق" ولكن على متصل المتعة قام بإعطائها (٣) والتي تعتبر افضل من تقييم (٠) الذي عاده يقيم به فترة ما بعد الظهر حين لا يقوم بعمل أي شيء. وبالتالي أصبحت السباحة نشاط أسبوعي يقوم به المريض والذي أصبح يتطلع للقيام به لاستمتاعه به أكثر مما كان في المرة الأولى.

الهدف للعلاج هو بناء جداول أنشطة ممتعة للمريض بحيث يصبح جدول نشاط يومي ممتع هو هدف معقول لكثير من المرضى. وليس الغرض فقط هو زيادة الأنشطة لدى المريض بل تصحيح توقعاته المنخفضة تجاه المتعة. لذا من المهم أن يراقب ويسجل المريض استمتاعه خلال ممارسته للأنشطة بحيث يستخدم تقييمه الموضوعي لدرجه استمتاعه كتعويض لأي نقص في المتعة يحدث لاحقاً.

• علاج التوقعات المنخفضة للنجاح

مما يساهم في وجود النمط الانسحابي وانخفاض الدافعية لدى المريض هي توقعاته بأنه إذا ما دفع نفسه لتحقيق أهدافه فمن المرجح أن يفشل أو يحقق مستوى أدنى من المستوى المطلوب، فيصبح التخلي عن الأهداف استراتيجية لحماية الذات من مشاعر النقص والخزي والإهانة. ولأن أهداف العلاج تركز على تسخير الدوافع الذاتية، فإن أحد الأهداف الأولية للعلاج هو تقليل الضغوط الخارجية التي يشعر بها المريض سواء كانت من الأسرة أو الأصدقاء أو المعالجين أو من بيئة العمل.. الخ، الخطوة الأولى في هذه العملية هو تحديد المواضيع التي يشعرون أنهم تحت ضغط لأداء معين يتجاوز قدراتهم. قد تنطوي هذه المرحلة من العلاج على العمل مع مصادر الضغوط المتصورة. على سبيل المثال؛ العلاج الذهني المتمركز حول العائلة وذلك لمساعدة أسرة المريض لتكوين والمحافظة على توقعات واقعية ومنطقية حول دافعية المريض وعدم اعتبار أعراضه السلبية دليل على كسله وإهماله.

عند التقليل من الضغوط الخارجية، فإن العلاج يركز على مساعدة المريض على بناء وتحقيق أهداف واقعية وذات معنى. تتكون هذه المرحلة من مساعدة المريض على بناء أهداف بعيدة المدى ممكنة التحقيق وتستحق السعي خلفها بالإضافة إلى أهداف قصيرة المدى - أسبوعية- تكون عبارة عن خطوات لتحقيق الهدف البعيد المدى. يبالغ بعض المرضى في توقعاته حيال الأهداف التي يستطيع تحقيقها وبالتالي عند فشله سوف يزيد من إيمانه بأنه فاشل وغير قادر على النجاح وبالتالي يساهم في انسحابه لاحقاً، وعلى العكس هناك مرضى تخلوا تماماً عن وضع أي أهداف قادرين على تحقيقها. عند بناء هدف "واقعي" للمريض لا بد من النظر إلى تاريخ وماضي المريض، أدائه الحالي، المهارات الموجودة لديه، مقدار الدعم المحيط به، وعدد من العوامل الأخرى الخاصة بكل مريض.

بغض النظر عن طبيعة الأهداف المحددة فإن هدف المعالج:

١. توضيح أهمية تحديد الأهداف للمريض.
٢. تقسيم الهدف إلى خطوات أصغر يمكن تحقيقها والتحكم فيها.
٣. هيكلية وجدولة الخطوات الصغيرة للوصول إلى الهدف الأكبر.
٤. التعامل مع الحواجز والعقبات.
٥. التفاوض في حال وقوع انتكاسات.

كثير من المرضى لا يقتصون الفرض لأنهم يتوقعون الفشل ويرون أنفسهم عديمي الفائدة وغير أكفاء. من جهة فشل المريض في تحقيق بعض الأهداف نتيجة المرض لا بد من استيعابه من قبل المريض وفهمه جيداً والتسليم به. ومن الجهة الأخرى، فكرة أن كل شيء أو لا شيء لا بد أن يتم تصحيحها وأن يقوم بتقييم أدائه على متصل يوضح درجته عوضاً عن تصنيف نجاح أو فشل. يمكن تقليل ميل المريض إلى تقليل نجاحاته إلى الحد الأدنى من خلال متابعة أداء المرضى على أنشطتهم أسبوعياً بحيث يتم توضيح درجة الاتقان. كما يمكن علاج التشوهات الذهنية الخاصة بالتوقعات السلبية للنجاح مثل التعميم والمبالغة، الانتباه الانتقائي والتحيز الذهني من خلال مناقشة المريض أسبوعياً.

مثال: شاب في ٢٣ من عمره مشخص بالفصام منذ خمس سنوات، يقوم بمراجعة طبيبه بشكل منتظم إلا أنه لا يوجد لديه أي أنشطة أخرى يقوم بها. بعد مناقشات مع طبيبه تبين أن الشاب يرغب في العمل كمتطوع في أحد المحلات التجارية القريبة من منزله. قام بالتطوع قبل ثلاث سنوات في محل خضار، إلا أن هذا المحل قد أغلق الآن. عند مناقشة هذا الموضوع بشكل أكبر وضح الشاب أنه يخاف من ارتكاب الأخطاء والتي قد تسبب في إغلاق وخسارة المحل. كما أضاف " لم أعد أستطيع القيام بعمل جيد مثل السابق". قام المعالج بالتركيز حول احتمالية وعواقب ارتكابه للأخطاء، والتركيز على فكرة أن الجميع لديه ميل لارتكاب الأخطاء ونحن نتعلم من أخطائنا. كما قام المعالج بالتركيز على فكرة احتمالية خسارة وإغلاق المحل والخطوات التي يمكن أن يتخذها المريض وصاحب المحل لتلافيا لوقوع مثل هذه المشكلة مثل المراجعة اليومية لأدائه ومهامه. في الأخير تم وضع فكرة المريض التي تقول "أنه لم يعد يقوم بالعمل بشكل جيد" تحت الاختبار من خلال توليد أدلة تعارضها من أدائه السابق خاصة انه قام بالتطوع في محل خضار قبل ثلاث سنوات، وأن صاحب المحل قام بالتواصل معه وطلب منه العمل معه مجدداً. وهكذا قام المعالج بتقليل توقعات المريض السلبية تجاه نجاحه، إلا أن المريض أضاف حتى لو كنت أستطيع القيام بعمل تطوعي فإني لا أعرف كيف وأين أبدأ؟

يقوم المعالج هنا بمساعدة المريض في تحديد الخطوات الصغيرة التي تساعد على تحقيق هدفه بحيث تتضمن: ١- انشاء قائمة بالمحلات والمراكز الموجودة بالقرب من منزله، ٢- البحث عن أرقام هواتف هذه المحلات من خلال دليل الهاتف، ٣- تحديد أولوياته من هذه الخيارات، ٤- العمل على انشاء تعريف مناسب عن نفسه، ٥- جدولة أوقات

مناسبة لإجراء المكالمات، ٦- العمل وفق هذا التخطيط يعتبر جزء من المهمة. نظراً لعدم وجود ضمان بإيجاد العمل التطوعي الذي يبحث عنه إلا أن هذه الطريقة تساعد المريض على التعرف على الاحتمالات التطوعية الأخرى الموجودة والتي قد تستهويه (العناية بالحيوانات الأليفة مثلاً).

• استهداف تأثير الوصمة

إن الخزي والعار الذي يحيط بتشخيص الفصام، بالإضافة إلى الإدخال القسري للمستشفيات وتناول الأدوية المضادة للذهان، كل هذا لا يمكن التقليل من أثره. حيث تساهم وصمة الفصام في تكون واستمرار انفصال عاطفي واجتماعي عن المريض وذلك بسبب اعتبار مريض الفصام بأنه "شخص مجنون" أو "خطير وعنيف" أو بأنه مصاب بحالة نفسية ميؤوس منها. لذا فإن المريض يجد أدلة كثيرة تدعم تصوره بأن الآخرين يرون أنه مختلف وغير مرغوب فيه. على الرغم من أنه قد يكون من الصعب الحد من أثر الوصمة، إلا أن هناك عدد من الاستراتيجيات التي يمكن أن يستخدمها المعالجون للتقليل من أثرها، أولاً: يمكن تقليل أثر الوصمة من خلال تطبيع أعراض الذهان وتفسيرها بشكل واضح، ثانياً: المعتقدات الخاطئة التي يحملها المريض حول نفسه أو الآخرين غالباً ما تكون ردة فعل على تجارب الحياة السلبية، ويمكن فهم هذه المعتقدات في كثير من الحالات من خلال توضيحها كمضاعفات لتلك التجارب. ثالثاً: مساعدة المرضى على التواصل مع المرضى الآخرين وتكوين مجموعة دعم الأقران. رابعاً: يهدف العلاج الذهني إلى مساعدة المرضى على تحديد والتقليل من التوقعات السلبية المبالغ فيها والخاصة بالوصمة.

• استهداف ضعف المصادر

توضح الأدبيات التجريبية أن هناك علاقة بين انخفاض الموارد المعالجة الذهنية ووجود وشدة الأعراض السلبية في الفصام. يعاني المريض من مجموعة من الصعوبات المتعلقة بالانتباه، الذاكرة، والمهارات الخاصة بالتخطيط والتنظيم والتي تساهم بلا شك في صعوبة انجاز المهام اليومية. ومع ذلك، فإن وجهة النظر التي تقول أن قلة العلاج الذهني السلوكي يؤدي إلى تدهور الأعراض السلبية قد تم تحديده بسبب أن الأعراض السلبية تتقلب مع الوقت وغير ثابتة. قليل من المرضى لديهم تغيرات هيكلية. والأدلة الأولية تقول أن الأعراض السلبية تستجيب للعلاج الذهني السلوكي.

رابعاً: اضطراب التفكير

التصور الذهني لاضطراب التفكير

اضطراب التفكير هو على الأرجح من أعراض الفصام الأقل تناولا في مجال العلاج الذهني لمرض الفصام وبالتالي فإن علاج هذا النوع من الأعراض لا يتلقى الكثير من الاهتمام. بل على العكس، الكثير من الدراسات تستثني الحالات التي يظهر عليهم اضطرابات التفكير بشكل كبير بسبب تداخله في عملية العلاج الذي ينطوي على تواصل لفظي. وحتى عند إدراجهم في الدراسات لم تظهر أي دراسة حتى الآن تشير إلى آثار للعلاج الذهني على اضطرابات التفكير. وعلى الرغم من وجود بعض التقنيات المستخدمة خصيصا لاضطرابات التفكير إلا أنه لم يتم اختبارها منهجيا للتحقق من فعاليتها. هناك حاجة ماسة إلى دراسات لتقييم فائدة العلاج الذهني لأعراض اضطراب التفكير الموجود في مرض الفصام. وعلى الرغم من عدم وجود تجارب رسمية في هذا المجال، إلا أنه من المفيد معرفة الوضع الحالي من تقييم وعلاج لاضطراب التفكير، حيث أنه قد يكون عائقا للمريض مثل أعراض الفصام الأخرى مما يحد من التفاعلات الاجتماعية للمريض، والإنجاز المدرسي والتوظيف. علاوة على ذلك، يمكن لاضطراب التفكير أن يعيق استخدام العلاج الذهني لأعراض الفصام الأخرى وكذلك للاكتئاب أو القلق أو لبعض المشاكل الناتجة من الغضب. معالجة اضطراب التفكير يمكن أن يفتح باب علاج الأعراض الأخرى.

خطة التقييم والعلاج الذهني لاضطراب التفكير

التقييم

- تقييم الأعراض/الإدراك: تقييم التكرار والشدة عن طريق استخدام الأسئلة المفتوحة. تقييم التشوهات الذهنية المتعلقة باضطراب التفكير إذا كان المريض على وعي بها. وتقييم التشوهات الذهنية المتعلقة بالمواقف الضاغطة.
- القيام بتقييم وظيفي: التعرف على مثيرات ومحفزات حدوث أو تفاقم اضطراب التفكير. تقييم الاستجابات العاطفية والسلوكية كعواقب لاضطراب التفكير. تقييم الاعتقادات والتقييمات المرتبطة باضطراب التفكير، بما في ذلك المتعلقة بالضغوط الاجتماعية. تحديد الظروف السابقة لظهور اضطراب التفكير مثل ضغوط التنشئة الاجتماعية. وتقييم العوامل المحفزة لاضطراب التفكير.
- القيام بصياغة الحالة: دراسة العوامل بعيدة وقريبة المدى والتي ساهمت في ظهور أعراض

اضطراب التفكير (العوامل المسببة - العوامل المفجرة - العوامل المعززة - العوامل الوقائية). وتقييم المعتقدات الأساسية من خلال المنهجية الذهنية.

العلاج

- توفير التثقيف النفسي والتطبيع: التوعية بأعراض اضطراب التفكير. تثقيف المريض بنموذج الجهد-الضغط. وتطبيع اضطراب التفكير.
- تعريف المريض بالنموذج الذهني: توعية المريض بالتداخل ما بين الأحداث، الأفكار، الانفعالات والسلوكيات المتعلقة باضطراب التفكير.
- استخدام المنهجية الذهنية السلوكية: استخدام تقنيات توضيح التواصل في الجلسات. التعامل مع المواقف العصبية، بما في ذلك عواقب اضطراب التفكير. استهداف المعتقدات الأساسية المرتبطة بالضغط الاجتماعي. ومعالجة الأمور ذات الصلة بالتواصل في اضطراب التفكير.

تقييم اضطراب التفكير

• تقييم الأعراض والإدراك

هناك عدد محدود من المقاييس التي تسمح بتقييم طبيعة وشدة اضطراب التفكير. بعض الأدوات تقييم اضطراب التفكير كبند واحد على مقياس الفصام العام (على سبيل المثال: مقياس الأعراض السلبية والإيجابية). أما مقياس التفكير واللغة والتواصل ومقياس تقييم الأعراض الإيجابية بإمكانهما أن يميزا الأنواع الفرعية من اضطراب التفكير، والأخير يستخدم لتقييم الأعراض الإيجابية على نطاق واسع وهو قادر على تحديد شدة أنواع مختلفة من اضطراب التفكير.

بالإمكان تقييم اضطراب التفكير لدى المريض باستخدام/ بدون استخدام المقاييس وذلك من خلال الإستماع للمريض بعناية ودقة، لذا من الضروري استخدام الأسئلة المفتوحة مع المريض في وقت مبكر من المقابلات الأولية مثل سؤال "هل يمكن أن تخبرني قليلاً عن نفسك؟" والسماح له بإعطاء إجابات مطولة عوضاً عن استخدام الأسئلة المغلقة مع المريض. على المعالج الاعتماد على ملاحظاته الدقيقة حول سياق حديث المريض والذي يتضح فيه اضطراب التفكير.

مناقشة اضطراب التفكير مع المريض بشكل مباشر يتطلب تعليم المريض وتثقيفه حول ما هية اضطراب التفكير وكيفية ظهوره لديه. وهذه الخطوة تتطلب أساساً بناء

علاقة جيدة مع المريض قبل مناقشتها معه. كما هو الحال مع الأعراض الأخرى للفصام، نقطة البداية هي القضايا الأكثر إزعاجاً للمريض، ومن الممكن الربط ما بين القضايا المزعجة للمريض واضطراب التفكير الموجود لديه بشكل تدريجي من قبل المعالج. حيث قد تكون هذه المشاكل هي نتائج أو أسباب لاضطراب التفكير. قد يكون من الصعب تقييم الإدراك قبل وبعد ظهور اضطراب التفكير لما يتطلبه من وعي المريض بحدوث هذه الأعراض بالإضافة إلى أن الإدراك نفسه قد يكون مضطرب، لذا إلى أن يتكون لدى المريض فهم واضح لطبيعته اضطراب التفكير، فإن تقييم العمليات الإدراكية المتعلقة باضطراب التفكير سوف يعتمد على ملاحظات المعالج.

• إجراء تقييم وظيفي

كما هو الحال مع الأعراض الأخرى للفصام، يشمل التقييم الوظيفي التاريخ النمائي الشامل للفرد بالإضافة إلى معلومات حول التشوهات الذهنية الموجودة لديه. الأحداث السابقة، المحفزات والمثيرات الشائعة وسلوكيات الأمان المستخدمة، ردات الفعل الخاطئة، التفسيرات والمعتقدات الأساسية الموجودة لدى المريض، الاستجابات الذهنية والانفعالية والسلوكية للأعراض وعواقبها الاجتماعية والوظيفية.

يعد مستوى الإبصار بجميع هذه المكونات أحد عناصر التقييم الوظيفي. تستمد معلومات هذا التقييم من خلال أخذ تاريخ مفصل من المريض -وإن كان مسموحاً- من عائلته والمحيطين به. باقي المعلومات يتم الحصول عليها من خلال الجلسات الجارية. يحتاج المعالج هنا السؤال عن المواقف الحقيقية عوضاً عن طلب أمثلة من حالات انفعالية. فعلى سبيل المثال، إذا كان المعالج يعلم أن المريض يقضي إجازة نهاية الأسبوع مع والديه فيسأله في كل جلسة "كيف كانت عطلة نهاية الأسبوع؟ هل كانت مريحة أم مرهقة؟ ما هي الأفكار التي تتبادر إلى ذهنك... الخ".

كما هو الحال مع اضطرابات الاكتئاب والقلق، فقد تؤدي الأفكار التلقائية إلى ظهور أعراض من اضطرابات التفكير. من ضمنها التفكير الانهزامي فيما يخص الأداء الاجتماعي.

• صياغة الحالة

نقوم في صياغة الحالة بتجميع العوامل المختلفة سواء الماضية أو الحاضرة التي جمعت

في التقييم الوظيفي لصياغة قصة توضح كيف أثرت هذه العوامل في ظهور واستمرارية أعراض اضطراب التفكير.

كما هو الحال مع أعراض الفصام الأخرى فإن التاريخ المرضي لاضطراب التفكير سوف يساعد في صياغة الحالة. العوامل الجينية تلعب دور مهم ولكن على المعالج أيضاً البحث في أحداث الحياة سواء القريبة والبعيدة من بداية ظهور اضطراب التفكير.

يمكن تصنيف العوامل التي تؤثر على ظهور اضطراب التفكير إلى عوامل مهيئة، (على سبيل المثال: التاريخ العائلي للفصام، مضاعفات الولادة) وعوامل مفجرة، (على سبيل المثال: الرفض من قبل الآخرين سواء كان رفض حقيقي أو متخيل، ولادة أخ أصغر سناً) عوامل معززة (على سبيل المثال: العزلة الاجتماعية والمضايقات) وعوامل وقائية (مثل الدعم الاجتماعي الجيد من الأسرة والاهتمامات الشخصية).

وبما أنه من الصعب تحديد ما هي العوامل التي أدت إلى ظهور واستمرار الأعراض بشكل واضح، لذا من الأفضل جمع معلومات عامة عن الأحداث السابقة لظهور المرض بغض النظر إن كانت توجد أو لا توجد صلة بينها وبين الأعراض. تشمل هذه الأحداث خبرات التعليم المبكر والأحداث الصادمة -بما في ذلك تغيير مكان الإقامة بشكل متكرر، الضغوط المالية للأسرة، وفاة أحد أفراد أسرته، الاحتجاز في المدرسة... الخ-.

قد لا يظهر اضطراب التفكير بشكل مفاجئ لذا من المهم تقييم أي تغيرات في نمط الكلام (مثل التأتأة، اختلاق كلمات غير موجودة، استخدام كلمات ذات قافية واحدة، التمتمة إلى النفس) وإذا استطاعت الأبحاث تأكيد العلاقة ما بين اضطراب التفكير مع النفور الاجتماعي فيجب عندها دراسة علامات الخجل والعزلة الاجتماعية المبكرة.

بعد ظهور الأعراض، تظهر سلوكيات التكيف للتعامل سواء معها أو مع آثارها. بعض سلوكيات التكيف هذه تكون عزلة اجتماعية والتي بدورها قد تكون أيضاً من العوامل المعززة لاستمرار الأعراض وقد تكون علامة مبكرة لظهور أعراض اضطراب التفكير.. توقيت وتسلسل العوامل والأعراض المختلفة يمكن أن يساعد في فهم مالذي أدى إلى الآخر لكن يجب الانتباه بالأدوار المتعددة - سواء كمعززة، أو نتائج أو علامات مبكرة- لأي عامل من العوامل.

علاج اضطراب التفكير

يبدأ العلاج ببناء العلاقة والتقييم، قد تكون هناك حاجة سريعة لتعليم المريض استراتيجيات التكيف وذلك للحد من التوتر وملتابعة العلاج. ومن ثم يتم تقديم التعليم النفسي -بما في ذلك التطبيع- للحد من الوصمة وتحسين فهم المريض للأعراض. من الممكن تعريف المريض بالعلاج الذهني في جلسة واحدة عندما يكون المريض جاهزاً لذلك، ومن الممكن أن يتم ذلك بشكل تدريجي خلال عدد من الجلسات إلى أن تتضح الصورة الكاملة للعلاج لدى المريض. في حالة اضطراب التفكير، غالباً ما تكون هناك حاجة هناك حاجة إلى نهج سلوكية لتحقيق التواصل الواضح الذي تعتمد عليه المراحل الأخرى -التعليم النفسي، التطبيع، التهيئة للنموذج الذهني-. ولذلك، فإن ليس من الضروري اتباع نظام معين لترتيب مراحل العلاج، حيث أنه يتم تعديلها وفق الحالة الفردية لكل مريض.

• التعليم النفسي والتطبيع

كما هو الحال مع أعراض الفصام الأخرى فإن تثقيف المريض حول طبيعة وأسباب هذه الأعراض يمكن أن يساعد على إزالة الغموض منها ويحد من الوصمة المرتبطة بها. ومع ذلك فإن عدم استبصار المريض وفهمه بمرض الفصام سوف يعيق هذه العملية. وفي حالة اضطراب التفكير يعد الأمر أكثر صعوبة بسبب عدم وجود فكرة أن هناك أي شيء خاطئ من الأساس. ويبدو أن النقص في الاستبصار هنا أشد منه مع الأعراض الأخرى. فالمريض يستطيع اعتبار الهلوس بانها مشكلة، وعادةً لا يتم التعرف على الضلالات بانها ضلالات ولكن ينظر إلى موضوع الضلالات على أنه ذات صلة. قد لا يتعرف المريض على الأعراض السلبية مباشرة ولكن يمكنهم رؤية التأثيرات المباشرة لانعدام الإرادة مثلاً. العكس مع اضطراب التفكير -وكذلك التسطح الانفعالي وفقر الكلام- فالمريض عادةً لا يدرك هنا الأعراض ناهيك عن اعتبارها مشاكل.

يبدأ التعليم النفسي من خلال تقييم درجة استبصار المريض بوجود الأعراض. ونظراً للاحتمالية القوية بضعف استبصار المريض بوجود أعراض اضطراب التفكير فعلى المعالج البدء بتوضيح آثار وعواقب هذه الأعراض. فقد يكون المريض على علم بأن الآخرين لا يفهمون حديثه أو يتجنبونه. مع الوقت وبعد إقامة علاقة جيدة مع المريض يستطيع المعالج الإشارة إلى الأعراض عند حدوثها في الجلسات العلاجية. أحياناً من الضروري للمريض أن يسمع مقطع من كلام مضطرب حتى يكون يستطيع ملاحظة

المشكلة. يجب توخي الحذر عند تتقيف المريض حول المشاكل التي يتجاهلها. قد يؤدي الوعي بها أحياناً إلى الشعور بالإحراج أو القلق أو الاكتئاب أو الغضب. يتحسن اضطراب التفكير لدى بعض المرضى دون أن يكون لديهم علم أساساً بوجودها. لذلك فإن على المعالج وزن عواقب تحسين الاستبصار لدى كل مريض على حدة. كما هو الحال في جوانب أخرى من العلاج الذهني، المنهجية الفردية هي الأفضل، فإذا كان الاستبصار هو الهدف المناسب، أو إذا كان يحدث تلقائياً فعلى المعالج الاستعداد لردات الفعل الانفعالية.

بعد تحقيق الوعي والاستبصار بوجود الأعراض، يركز التعليم النفسي على تفسير الأعراض، مرة أخرى لابد للنظر لكل فرد على حدة. بعض المرضى لا يريدون ولا يستفيدون من تفسير الأعراض والبعض الآخر لديهم تفسير بالفعل للأعراض لذلك من المفيد تقييم هذا التفسير. بعض المرضى يربطون أعراضهم باصابتهم بمرض الفصام لذا يحتاج المعالج إلى استكشاف ماذا يعني الفصام لديهم لأنه بالنسبة للبعض قد يكون مجرد عبارة يسمعونها ولا يدركون ما هو معناها، هنا قد يعلم المعالج المريض ماذا يعني الفصام إذا كان وضع المريض يسمح بذلك. وبغض النظر إذا تم تعليم المريض ما هو الفصام أو لم يتعليمه، يمكن للمعالج أن يشرح له نموذج الضغوط والقابلية للتأثر بشكل عام. هناك عدة أسباب سواء بيولوجية أو نفسية أو اجتماعية تفسر قابلية الفرد للتأثر والتي قد تكون مفهومة للمرضى بدرجات مختلفة. يظهر أثر الضغوط على قابلية الفرد للتأثر من حيث بداية النوبة الأولى والتطور المبكر للأعراض (العوامل المهيئة) وظهورها الحالي (العوامل المفجرة). أكثر الأدلة التي تشير إلى العلاقة ما بين الضغوط وظهور الأعراض هي تلك التي تحدث أثناء الجلسات. وكلما تراكمت الأدلة كلما تطورت صياغة الحالة، وفي نهاية المطاف يقدم المعالج المفاهيم الفردية للمريض، إما ككل أو على شكل أجزاء اعتماداً على استعداد المريض. يتم مناقشة كذلك محفزات ومثيرات الأعراض، وتوقعات المريض، والتشوهات الذهنية. يمكن تحديد كذلك أي حالة انفعالية مرتبطة بظهور الأعراض وفحصها ذهنياً. بعد ربط كل من المواقف والإدراك والانفعالات وأعراض اضطراب التفكير، فإن وصمة العار المرتبطة بالأعراض وعواقبها تتخفف كل ما زاد فهم المريض لهذه العملية.

• تهيئة المريض للنموذج الذهني

إن إظهار الروابط ما بين المواقف الضاغطة وظهور أو تفاقم أعراض اضطراب التفكير -أو عواقبها، إذا كان الاستبصار ما زال ضعيف- هي غالباً ما تكون بداية تهيئة المريض للنموذج الذهني. يتم شرح كيف تعتبر المواقف ضاغطة بسبب السلوكيات، والتفسيرات، والتقدير والافتراضات والاعتقادات التي يحملها الفرد. تتم مناقشة حلقة النموذج الذهني التي عادةً ما تبدأ بمواقف تؤدي إلى إدراكات ذهنية بدورها تؤدي إلى انفعالات والتي بدورها تنتج أعراض اضطراب التفكير مع المريض في الجلسات. إذا كان المريض قادراً، فبإمكانه تعزيز هذه الذهنية من خلال كتابة سجلات الفكر الخاصة به كجزء من الواجبات المنزلية، وإلا تتم هذه العملية في الجلسة. وقد يكون أفضل استخدام الأحداث التي تقع خلال الجلسة بحيث يستطيع المريض تذكر الأفكار التلقائية، وانفعاله وردة الفعل التي تظهر على شكل أعراض اضطراب التفكير. قد يكون صعباً على المريض ملاحظة أعراض اضطراب التفكير بدون مساعدة المعالج أو أحد أفراد الأسرة.

• المنهجية السلوكية الذهنية

عند التحدث عن العلاج الذهني لمرض الفصام لا يوجد اتفاق على تقنيات محددة تستخدم مع أعراض اضطراب التفكير، ومع ذلك فإن التقنيات المذكورة في الأدبيات النفسية من شأنها أن تساعد المريض الغير مستبصر بوجود اضطراب التفكير لديه بأن يدرك صعوبة فهم الآخرين له بسبب طريقة كلامه وبالتالي كيف من الممكن تحسينها. أما إذا كان المريض على بينة بوجود اضطراب التفكير لديه فعلي المعالج البحث إن كان يستخدم أساساً أي استراتيجيات تعويضية والتي يمكن تعزيزها واستخدامها في المنهجية العلاجية.

• المنهج السلوكي

لعب الأدوار قد يساعد المرضى، حين يقوم المريض بلعب دور المستمع سوف يفهم أن طريقة تواصله غير مفهومة للآخرين (Kingdon & Turkington, 1994). تم دعم هذه التقنية من خلال بعض الدراسات التي وضحت أن المرضى قادرين على تفسير ما قاموا بالتعبير عنه بشكل مضطرب سابقاً (Harrow & Prosen, 1978) يتضمن ذلك إعطاء معاني للكلمات التي استحدثوها (Foudraine, 1974)، وتحسين طريقة التواصل بعد الاستماع لمحادثة مسجلة سابقاً (Sledger & Satel, 1989).

تقنية أخرى شبيهة وهي سؤال المريض مباشرة مالذي يعنيه عندما يكون هناك أجزاء من حديثه غير مفهوم (Nelson, 2005). من التقنيات الأخرى المستخدمة:

- قاعدة الخمس جمل، والتي يقوم فيها المعالج والمريض بحصر الحديث في خمس جمل فقط في كل مرة، وبالتالي تقل فرصة اضطراب الحديث كل ما قل طول المحادثة.
- أخذ فواصل راحة مدتها دقيقتان باستخدام التنفس العميق أو التحول لموضوع محايد عندما تستثير بعض المواضيع الشخص انفعالياً وبالتالي تظهر أعراض اضطراب التفكير.
- السؤال عن صعوبات التواصل مع الآخرين (Stolar Pinninti & Temple, 2005).

اقترح نيلسون استخدام الإجراء الذهني في المراحل المبكرة من الجلسات، وبعدها يتم استخدام الإستماع مع التعبيرات الغير لفظية من اهتمام وتعاطف عندما يتفاهم اضطراب التفكير لاحقاً في الجلسة. وكما هو متوقع، أبلغ المرضى نيلسون أن وضع الإستماع كان مفيداً (Nelson, 2005). اقتراح آخر كان من خلال طرح أسئلة " تخمين " قصيرة عندما تبدو بعض العناصر مهمة أو قريبة من الفهم. لكن يفضل السماح بلحظات استماع فقط إذا كان يبدو على المريض الإنزعاج من الاستجاب (Kingdon & Turkington, 2005).

خلال جلسات العلاج على المعالج إعادة تركيز المريض مرارا وتكرارا لموضوع الحديث وذلك لتحسين مهارة الانتباه، على سبيل المثال:

المعالج: ما هي الأمور الهامة التي حدثت منذ رأيك آخر مرة؟

المريض: اليوم يتخرج ابني من المدرسة، شعرت بالنشوة في شارع، شارع، شارع، منظر الشارع...

المعالج - مقاطعاً: أنت تقول أن ابنك يتخرج اليوم من المدرسة، كيف تشعر حيال ذلك؟

المريض: أشعر بالحزن، كان يجب أن أكون هناك. لكن زوجتي، القابلة، الطفل، براز الطفل، فضلات المنزل...

المعالج - مقاطعاً لإعادة تركيز المريض:- هل يمكنك أن تخبرني المزيد عن شعورك تجاه تخرج ابنك؟

من خلال إعادة تركيز المريض، فإن المعالج قادر على جعله يتحدث عن حزنه بسبب عدم حضوره حفل تخرج ولده. التعبير ومشاركة المشاعر يساعد المريض على تخفيف ألمه، وفي نفس الوقت يتدرب المريض على إعادة تركيزه. وبما أن الكثير من الناس

الذين يعانون من اضطراب التفكير لا يدركون صعوبات التواصل التي لديهم، لذا فإن الإشارة لأجزاء الحديث الغير مفهوم لديهم خلال الجلسة يمكن أن يسهل إدراك هذه المشكلة. يمكن تعزيز الدافعية للتغيير من خلال توضيح أن مشاكل التواصل هذه قد تتداخل مع علاقاته الشخصية.

• المنهج الذهني

بالنظر إلى أن الأشخاص المصابين بالفصام يظهرون عادةً أعراض من اضطراب التفكير عند مناقشة الأمور الشخصية المثيرة انفعالياً لهم، لذا فإن أحد الاقتراحات هو استخدام فنية تنظيم الانفعالات (Morrison, 2004) وفنية الحد من الضغوط والتوتر. بعبارة أخرى فإن العلاج الذهني للتعامل مع الاكتئاب والقلق ومشاكل الغضب يتم تعديلها واستخدامها مع مرضى الفصام. وكذلك فإن تحسين الآثار الانفعالية الناجمة من الهلوس والضلالات يساعد في تحسين تنظيم الحديث (التقنيات السلوكية لخفض التوتر مفيدة هنا أيضاً).

مثال: يظهر على مريض زيادة في أعراض اضطراب التفكير عند حضور والدته للجلسات معه خصوصاً عند تقديمها اقتراحات فيما يخص حياته مثل إن كان جاهزاً لقيادة السيارة مرة أخرى أو الانتقال للسكن في منزله. بحكم كون المريض في الأربعينات من عمره، فإنه يوجد لدى المريض أفكار تلقائية - تم التعبير عنها في جلسات سابقة - بأنه "لا يحق لأمي أن تخبرني بما يجب على القيام به" و"لا يحق لها التدخل في حياتي" و"إنها تحاول السيطرة على حياتي". عندما أوضحت والدته أنها تتدخل فقط بسبب انه يحتاج مساعدتها عندما يقع في المشاكل، أصبح أقل اضطراباً ولكنه ما زال ساخطاً. بعد التوضيح للمريض أن الهدف هو إعادة استقلاليته ولكن لا بد من المضي بوتيره معينة منعا انتقاله للإستقلالية بسرعة قبل الاستعداد الكافي لها وبالتالي حدوث انتكاسة وتدهور في وضعه. بعد شرح هذا للمريض تمكن من مواصلة الجلسات الأسرية والجلسات الفردية التي ركزت جزئياً على مساعدته على التعامل مع الغضب.

العلاج الذهني المستخدم مع اضطرابات التفكير عادةً ما يدرس المواقف التي تستثير الأعراض من خلال الأفكار التلقائية والافتراضات وردات الفعل العاطفية والسلوكية. يقوم المعالج عادةً باكتشاف الشبهات الذهنية لدى المريض ووجهات النظر البديلة مركزاً على المعتقدات الأساسية حول الذات والآخرين (العالم المحيط به) والمستقبل وإذا كان مناسباً، يقوم المعالج بتحدي تلك المعتقدات.

من الأفضل استخدام "الاستماع العاكس" لتلك الأجزاء التي فهمت بوضوح وذلك حتى يتلقى المريض تغذية راجعة إيجابية عن تواصل دقيق (ويمكن إجراء تصحيح إذا لم يتم فهم هذه الأجزاء بشكل صحيح). ويمكن بعد ذلك التركيز على البنود الغير متاسقة، من خلال أسئلة عامة مثل: مالذي تقصده بقولك...؟). من الممكن أن يتجاهل المعالج بعض الأمور المتعارضة والتي لا تهم ولكن يحرص على عدم استبعاد الأجزاء المهمة ذات الصلة الانفعالية بأعراض اضطراب التفكير.

ملخص الفصل

على الرغم من كون الأدلة التجريبية لدعم العلاج الذهني السلوكي للفصام كبيرة ومتنامية، إلا أن تطبيق هذه الفنيات يتطلب بعض الحذر وإجراء المزيد من الأبحاث بسبب وجود عدم تجانس بين مختلف بروتوكولات العلاج الذهني السلوكي المستخدمة في التجارب السريرية المنشورة. وعلى الرغم من أن معظم الباحثين يسلطون الضوء على التقنيات الذهنية الواردة في البروتوكولات، إلا أنه لا يتضح أهميتها بالنسبة للنتائج (Gaudiano, 2005). كما أشار بعض الباحثين إلى فعالية العلاج الذهني السلوكي لبعض الأعراض مثل خفض الهلوس وليس الضلالات (Tarrier et al., 2001). من الواضح أن هناك تطور في العلاجات الذهنية السلوكية للفصام بناء على الأبحاث التجريبية والخبرة السريرية المكتسبة من علاج هذه الفئة. حيث بدأت أنواع حديثة من العلاج بالظهور وهي تركز على تغيير استجابة المريض للأعراض الذهانية بدلا من محاولة تقليل الأعراض نفسها. على سبيل المثال، العلاج الذهني السلوكي والذي يركز على تحسين النتائج الوظيفية من خلال تعزيز استراتيجيات التكيف الفعالة للأعراض الذهانية من خلال التأكيد على فنيات الإدراك الذهني (Cather et al., 2005)، وعلاج القبول والالتزام والذي يعزز القبول الجذري للضائقة النفسية التي لا يمكن تجنبها مقابل تحقيق أهداف وإجراءات قيمة (Bach & Hayes, 2006).

المراجع

- Abel, K. M., Drake, R., & Goldstein, J. M. (2010). Sex differences in schizophrenia. *International review of psychiatry*, 22, 417-428.
- Allardyce, J., Suppes, T., & Van Os, J. (2007). Dimensions and the psychosis phenotype. *International journal of methods in psychiatric research*, 16(S1).
- Amering, M., & Schmolke, M. (2009). *Recovery in mental health: reshaping scientific and clinical responsibilities* (Vol. 7). New York: John Wiley & Sons.
- Andreasen, N. (1995). Symptoms, signs, and diagnosis of schizophrenia. *The Lancet*, 346, 477-481.
- Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70, 1129-1138.
- Baker, C., & Morrison, A. P. (1998). Metacognition, intrusive thoughts and auditory hallucinations. *Psychological Medicine*, 28, 1199-1208.
- Barbee, J. G., Clark, P. D., Crapanzano, M. S., Heintz, G. C., & Kehoe, C. E. (1989). Alcohol and substance abuse among schizophrenic patients presenting to an emergency psychiatric service. *The Journal of nervous and mental disease*, 177, 400-407.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. H. (1963). A note on the double bind—1962. *Family Process*, 2, 154-161.
- Beck, A. T., & Rector, N. A. (2002). Delusions: a cognitive perspective. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16, 455-468.
- Bellack, A. S., & Mueser, K. T. (1993). Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 317-336.
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S., & Agresta, J. (2013). *Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide*. Guilford Publications.
- Benjamin, L. S. (1989). Is chronicity a function of the relationship between the person and the auditory hallucination?. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 291.
- Brehm, J. W. (1960). A dissonance analysis of attitude-discrepant behavior. *Attitude organization and change*, 164-197.
- Brown, G. W., Carstairs, G. M., & Topping, G. (1958). Post-hospital adjustment of chronic mental patients. *The Lancet*, 272, 685-689.
- Butcher, J. N., Hookey, J. M., & Mineka, S. M. (2015). *Abnormal psychology*. New York: Pearson Higher.
- Cannon, M., Tarrant, C. J., Huttunen, M. O., & Jones, P. (2003). Childhood development and later schizophrenia: evidence from genetic high-risk and birth cohort studies. *The epidemiology of schizophrenia*, 100-124.
- Cardno, A. G., Jones, L. A., Murphy, K. C., Asherson, P., Scott, L. C., Williams, J.,... & McGuffin, P. (1996). Factor analysis of schizophrenic symptoms using the OPCRIT checklist. *Schizophrenia research*, 22, 233-239.
- Carter, D. M., Mackinnon, A., & Copolov, D. L. (1996). Patients' strategies for coping with auditory hallucinations. *The Journal of nervous and mental disease*, 184, 159-164.
- Cather, C., Penn, D., Otto, M. W., Yovel, I., Mueser, K. T., & Goff, D. C. (2005). A pilot study of functional Cognitive Behavioral Therapy (fCBT) for schizophrenia. *Schizophrenia research*, 74, 201-209.
- Chadwick, P. D., Birchwood, M. J., & Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. New York: John Wiley & Sons.
- Chadwick, P., Lees, S., & Birchwood, M. A. X. (2000). The revised beliefs about voices questionnaire (BAVQ-R). *The British Journal of Psychiatry*, 177, 229-232.
- Davidson, L., Schmutte, T., Dinzeo, T., & Andres-Hyman, R. (2008). Remission and recovery in schizophrenia: practitioner and patient perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 5-8.
- Degenhardt, L., & Hall, W. (2001). The association between psychosis and problematic drug use among Australian adults: findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological medicine*, 31, 659-668.
- Dikeos, D. G., Wickham, H., McDonald, C. O. L. M., Walshe, M., Sigmundsson, T., Bramon, E.,... & Sham, P. C. (2006). Distribution of symptom dimensions across Kraepelinian divisions. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 346-353.

- Docherty, N. M., Dinzeo, T. J., McCleery, A., Bell, E. K., Shakeel, M. K., & Moe, A. (2015). Internal versus external auditory hallucinations in schizophrenia: symptom and course correlates. *Cognitive neuropsychiatry*, 20, 187-197.
- Earnst, K. S., & Kring, A. M. (1997). Construct validity of negative symptoms: an empirical and conceptual review. *Clinical psychology review*, 17, 167-189.
- Fone, K. C., & Porkess, M. V. (2008). Behavioural and neurochemical effects of post-weaning social isolation in rodents-relevance to developmental neuropsychiatric disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32, 1087-1102.
- Foudraire, J. (1974). *Not made of wood: A psychiatrist discovers his own profession*. Quartet Books.
- Gaudio, B. A. (2005). Cognitive behavior therapies for psychotic disorders: Current empirical status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 33-50.
- Gaudio, B. A. (2006). The cognitive-behavioral treatment of schizophrenia: The state of the art and the evidence. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2, 1.
- Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"?
- Grossman, L. S., Harrow, M., Rosen, C., Faull, R., & Strauss, G. P. (2008). Sex differences in schizophrenia and other psychotic disorders: a 20-year longitudinal study of psychosis and recovery. *Comprehensive psychiatry*, 49, 523-529.
- Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N., & Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychological medicine*, 29, 879-889.
- Häfner, H. (2003). Course and outcome of schizophrenia. *Schizophrenia, Second Edition*, 101-141.
- Hardy, A., Fowler, D., Freeman, D., Smith, B., Steel, C., Evans, J.,... & Dunn, G. (2005). Trauma and hallucinatory experience in psychosis. *The Journal of nervous and mental disease*, 193, 501-507.
- Harrow, M., & Prosen, M. (1978). Intermingling and disordered logic as influences on schizophrenic 'thought disorders'. *Archives of General Psychiatry*, 35, 1213-1218.
- Heston, L. L. (1966). Psychiatric disorders in foster home reared children of schizophrenic mothers. *The British Journal of Psychiatry*, 112, 819-825.
- Hollingshead, A. B., & Redlich, F. C. (1986). Social class and mental illness. *Community Surveys of Psychiatric Disorders. Weissman, Myers, and Ross, eds*, 109-132.
- Hooley, J. M. (2008). Interpersonal Functioning. *Oxford textbook of psychopathology*, 333.
- Hustig, H. H., & Hafner, R. J. (1990). Persistent auditory hallucinations and their relationship to delusions and mood. *The Journal of nervous and mental disease*, 178, 264-267.
- Johns, L. C., Hemsley, D., & Kuipers, E. (2002). A comparison of auditory hallucinations in a psychiatric and non-psychiatric group. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 81-86.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. Guilford Press.
- Kirk, S. A., & Kutchins, H. (1994). The myth of the reliability of DSM. *The Journal of mind and behavior*, 71-86.
- Kraepelin, E. (1971). *Dementia praecox and paraphrenia*. Krieger Publishing Company.
- Kurtz, M. M., & Mueser, K. T. (2008). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia.
- Leucht, S., & Lasser, R. (2006). The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry*, 39, 161-170.
- Liddle, P. F. (1987). The symptoms of chronic schizophrenia. A re-examination of the positive-negative dichotomy. *The British Journal of Psychiatry*, 151, 145-151.
- Lidz, T., & Fleck, S. (1965). Family studies and a theory of schizophrenia. *Cancro, R.(Ed.), Annual Review of the Schizophrenic Syndrome*, 3, 386-402.
- Liem, J. H. (1974). Effects of verbal communications of parents and children: a comparison of normal and schizophrenic families. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42, 438.
- Lynch, D., Laws, K. R., & McKenna, P. J. (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychological medicine*, 40, 9-24.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiological reviews*, 30, 67-76.

- Medalia, A., & Thysen, J. (2008). Insight into neurocognitive dysfunction in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 1221-1230.
- Meddings, S., Walley, L., Collins, T., Tullett, F., McEwan, B., & Owen, K. (2004). Are hearing voices groups effective? A preliminary evaluation. *Unpublished manuscript, Sussex, UK*. Retrieved from: <http://www.intervoiceonline.org/wpcontent/uploads/2011/03/Voiceseval.pdf>.
- Mishler, E. G., & Waxler, N. E. (1968). Interaction in families: An experimental study of family processes and schizophrenia.
- Morrison, A. P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.
- Morrison, A., Renton, J., Dunn, H., Williams, S., & Bentall, R. (2004). *Cognitive therapy for psychosis: A formulation-based approach*. New York: Routledge.
- Murphy, B. M., Burke, J. G., Bray, J. C., Walsh, D., & Kendler, K. S. (1994). An analysis of the clinical features of familial schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 421-427.
- Murray, V., McKee, I., Miller, P. M., Young, D., Muir, W. J., Pelosi, A. J., & Blackwood, D. H. R. (2005). Dimensions and classes of psychosis in a population cohort: a four-class, four-dimension model of schizophrenia and affective psychoses. *Psychological medicine*, 35, 499-510.
- Myin-Germeys, I., van Os, J., Schwartz, J. E., Stone, A. A., & Delespaul, P. A. (2001). Emotional reactivity to daily life stress in psychosis. *Archives of general psychiatry*, 58, 1137-1144.
- Nasrallah, H. A., Targum, S. D., Tandon, R., McCombs, J. S., & Ross, R. (2005). Defining and measuring clinical effectiveness in the treatment of schizophrenia. *Psychiatric Services*, 56, 273-282.
- Nelson, H. E. (2005). *Cognitive-behavioural therapy with delusions and hallucinations: A practice manual*. Nelson Thornes.
- Nuechterlein, K. H., Green, M. F., Kern, R. S., Baade, L. E., Barch, D. M., Cohen, J. D.,... & Goldberg, T. (2008). The MATRICS Consensus Cognitive Battery, part 1: test selection, reliability, and validity. *American Journal of Psychiatry*, 165, 203-213.
- Peralta, V., & Cuesta, M. J. (2001). How many and which are the psychopathological dimensions in schizophrenia? Issues influencing their ascertainment. *Schizophrenia research*, 49, 269-285.
- Pfammatter, M., Junghan, U. M., & Brenner, H. D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia bulletin*, 32(suppl 1), S64-S80.
- Phillips, L. J., Francey, S. M., Edwards, J., & McMurray, N. (2007). Stress and psychosis: towards the development of new models of investigation. *Clinical psychology review*, 27, 307-317.
- Pinninti, N. R., Stolar, N., & Temple, S. (2005). 5-minute first aid for psychosis. Defuse crises; help patients solve problems with brief cognitive therapy. *Curr Psychiatry*, 4, 36-48.
- Rabinowitz, J., Levine, S. Z., Haim, R., & Häfner, H. (2007). The course of schizophrenia: progressive deterioration, amelioration or both?. *Schizophrenia research*, 91, 254-258.
- Rector, N. A. (2004). Dysfunctional attitudes and symptom expression in schizophrenia: differential associations with paranoid delusions and negative symptoms. *Journal of cognitive psychotherapy*, 18, 163-173.
- Rector, N. A., Seeman, M. V., & Segal, Z. V. (2002). The role of the therapeutic alliance in cognitive therapy for schizophrenia. In *annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Reno, NV*.
- Rector, N. A., Stolar, N., & Grant, P. (2011). *Schizophrenia: Cognitive theory, research, and therapy*. New York: Guilford Press.
- Regier, D. A. (2007). Dimensional approaches to psychiatric classification: refining the research agenda for DSM-V: an introduction. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(S1).
- Roder, V., Mueller, D. R., Mueser, K. T., & Brenner, H. D. (2006). Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective?. *Schizophrenia bulletin*, 32(suppl.1), S81-S93.
- Romme, M. A., & Escher, A. D. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia bulletin*, 15, 209.
- Satel, S. L., & Sledge, W. H. (1989). Audiotape playback as a technique in the treatment of schizophrenic patients. *The American journal of psychiatry*, 146, 1012.
- Strauss, J. (2014). Reconceptualizing schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 40(Suppl. 2), S97-S100.
- Sturme, P. (2010). Case formulation in forensic psychology. *Offence paralleling behaviour: A case formulation approach to offender assessment and intervention*, 25-51.
- Tandon, R., Nasrallah, H. A., & Keshavan, M. S. (2010). Schizophrenia, "Just the Facts" 5. Treatment and prevention Past, present, and future. *Schizophrenia research*, 122, 1-23.

- Tarrier, N. (1992). Psychological treatment of positive schizophrenic symptoms. In *Schizophrenia* (pp. 356-373). Springer US.
- Tarrier, N., Kinney, C., McCarthy, E., Wittkowski, A., Yusupoff, L., Gledhill, A.,... & Humphreys, L. (2001). Are some types of psychotic symptoms more responsive to cognitive-behaviour therapy?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 45-55.
- Tien, A. Y., & Anthony, J. C. (1990). Epidemiological analysis of alcohol and drug use as risk factors for psychotic experiences. *The Journal of nervous and mental disease*, 178, 473.
- Tienari, P. E. K. A., Wynne, L. C., Moring, J. U. H. A., Läksy, K. R. I. S. T. I. A. N., Nieminen, P. E. N. T. T. I., Sorri, A. N. N. E. L. I.,... & Saarento, O. (2000). Finnish adoptive family study: sample selection and adoptee DSM-III-R diagnoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 433-443.
- Usall, J., Ochoa, S., Araya, S., & Marquez, M. (2003). Gender differences and outcome in schizophrenia: a 2-year follow-up study in a large community sample. *European Psychiatry*, 18, 282-284.
- van Os, J., Gilvarry, C., Bale, R., Van Horn, E., Tattan, T., & White, I. (1999). A comparison of the utility of dimensional and categorical representations of psychosis. *Psychological medicine*, 29, 595-606.
- Van Os, J., Burns, T., Cavallaro, R., Leucht, S., Peuskens, J., Helldin, L.,... & Kane, J. M. (2006). Standardized remission criteria in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 91-95.
- Ventura, J., Subotnik, K. L., Guzik, L. H., Helleman, G. S., Gitlin, M. J., Wood, R. C., & Nuechterlein, K. H. (2011). Remission and recovery during the first outpatient year of the early course of schizophrenia. *Schizophrenia research*, 132, 18-23.
- Verdoux, H., & van Os, J. (2002). Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophrenia research*, 54, 59-65.
- Walker, E., Mittal, V., & Tessner, K. (2008). Stress and the hypothalamic pituitary adrenal axis in the developmental course of schizophrenia. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 4, 189-216.
- World Health Organization. (2004). *International statistical classification of diseases and related health problems* (Vol. 1). World Health Organization.
- Wykes, T., Reeder, C., Landau, S., Everitt, B., Knapp, M., Patel, A., & Romeo, R. (2007). Cognitive remediation therapy in schizophrenia. *The British journal of psychiatry*, 190, 421-427.
- Zipursky, R. B., Reilly, T. J., & Murray, R. M. (2013). The myth of schizophrenia as a progressive brain disease. *Schizophrenia Bulletin*, 39, 1363-1372.

يهدف المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية إلى صناعة برامج وطنية تسهم في تعزيز الصحة النفسية وتهيئة حياة أفضل لأفراد المجتمع وتعزيز المشاركة الإيجابية وذلك من خلال:

- توجيه المجتمع لدعم قضايا الصحة النفسية.
- تمكين الفئات المستهدفة وتطوير مهاراتها.
- تقديم برامج التوعية والتثقيف والإسهام في تحسين جودة الخدمات المقدمة.

لذا سعى المركز للمساهمة في إثراء المكتبة العربية بالإصدارات المتخصصة في مختلف مجالات الصحة النفسية وبالتعاون مع عدد من المختصين. آمليين أن يسهم ذلك في تحقيق رؤية المركز وأهدافه.

هاتف: ٨٦ . . ٨٨ . (١١)
مركز الاتصال: ٩٢ . . ٣٣٣٦ .
البريد الإلكتروني: Info@ncmh.org.sa
الموقع الإلكتروني: www.ncmh.org.sa
فاكس: ٨٦٤ . . ٨٨ . (١١)
صندوق البريد: ٩٥٤٥٩ الرياض ١١٥٢٥

