

الإضطرابات الذهانية



## الذهان Psychosis

يتميز الذهان بانحلال واضح فى القوى العقلية للفرد إذ تضطرب تلك القوى العقلية ووظائفها إلى الحد الذى لا يستطيع معه ذلك الفرد أن يشارك فى أنشطة الحياة اليومية، فينفصل بالتالى عن الواقع، ويكون سلوكه خطراً على نفسه أو على المجتمع، كما يكون عاجزاً عن حماية نفسه أو الإهتمام بها، ويعجز عن التوافق مع المجتمع حيث يفقد صلته بالحياة الواقعية، ويتوقع كلية تقريباً فى عالم من صنعه ومن معتقداته، ويحصل على الرضا والإشباع من خلال ما يسود لديه من ضلالات وهلاوس.

ويرى أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن الأمراض الذهانية أو العقلية هى تلك الأمراض التى تتسم بما يلى:

- ١ - إضطراب واضح فى السلوك بعيداً عن طبيعة الفرد من إنطواء وإنعزال وإهمال فى الذات والعمل، والإهتمام بأشياء بعيدة عن طبيعته الأصلية.
- ٢ - تغير فى الشخصية الأصلية، وإكتساب عادات وتقاليد وسلوكيات تختلف عن الشخصية الأولى.
- ٣ - تشوش فى محتوى ومجرى التفكير وأسلوب التعبير عنه.
- ٤ - تغير الوجهان عن سابق أمره.
- ٥ - عدم إستبصار المريض بعلته فلا يشعر بمرضه، ويرفض العلاج أحياناً إعتقاداً منه بأنه لايعانى من أى مرض.
- ٦ - إضطراب فى الإدراك مع وجود الضلالات والهلاوس.

٧ - البعد عن الواقع والتعلق بحياة تنشأ عن اضطراب تفكيره .

ومن الجدير بالذكر أن الأمر لا يستلزم وجود كل هذه الأعراض معاً لدى المريض، بل أحياناً ما يبدأ المرض بمجموعة واحدة فقط من هذه الاضطرابات. ويعتبر الفصام Schizophrenia أكثر أمراض هذه المجموعة شيوعاً، ويتميز كمرض ذهاني بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التي تؤدي إذا لم يتم علاجها في أول الأمر إلى اضطراب وتدهور في الشخصية والسلوك. وأهم هذه الأعراض اضطراب التفكير، والوجدان، والإدراك، والإرادة، والسلوك (راجع: أحمد عكاشة ١٩٩٢).

ويحدد دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM - IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA (١٩٩٤) الأعراض المميزة للفصام بمجموعة من الأعراض يشترط توفر اثنين منها على الأقل أو أكثر من ذلك لدى المريض بحيث يستمر كل من تلك الأعراض التي تتوفر لديه خلال فترة زمنية تستغرق شهراً واحداً على الأقل، ويمكن أن تقل هذه المدة عن ذلك إذا تم علاج تلك الأعراض بنجاح. وتتمثل هذه الأعراض فيما يلي:

١ - الضلالات.

٢ - الهلوس.

٣ - الكلام غير المنظم وغير المترابط.

٤ - السلوك الجسدي غير المنظم أو الكتاتوني.

٥ - أعراض سلبية كالتبلد الإنفعالي والسلبية والتذبذبات الإنفعالية والطاعة العمياء.

كما يحدد أيضاً أنه منذ بداية الاضطراب يحدث إختلال في الأداء الوظيفي في واحد أو أكثر من المجالات الوظيفية الهامة كالعمل، أو العلاقات بين الشخصية، أو الإهتمام بالنفس ورعاية الذات فيقل الأداء كثيراً وبشكل واضح عن المستوى

السابق الذى يكون الفرد قد حققه سلفاً ويستمر ذلك لفترة من الوقت. وعندما يبدأ المرض فى مرحلة الطفولة أو المراهقة يفشل الفرد فى تحقيق أو الوصول إلى المستوى المتوقع للإنجاز الشخصى، أو الأكاديمى، أو المهنى. وتستمر دلائل الإضطراب هذه أو تلك الأعراض لمدة ستة شهور على الأقل على أن تتوفر خلال تلك المدة الزمنية مجموعتان على الأقل من المجموعات الخمس السابقة للأعراض، وأن تستمر لمدة لا تقل عن شهر. ويلاحظ فى حالة الضلالات أو الهلاوس أنه يجب أن تتوفر مجموعة واحدة فقط على الأقل من تلك المجموعات السابقة للأعراض على أن تتضمن ضلالات غريبة وشاذة أو هلاوس تتضمن وجود صوت يستمر فى التعليق على سلوكه أو أفكاره، أو وجود صوتين أو أكثر يتعارضان مع بعضهما البعض. بينما يتطلب الأمر فى حالة الفصام البارانوى الإنشغال بضلالات معينة سواء كانت واحدة أو أكثر مع وجود هلاوس سمعية متكررة. وقد لا يتضح وجود الكلام غير المنظم، أو السلوك الكتاتونى أو غير المنظم، أو تبدل الوجدان أو عدم ملاءمته. وفى حالة الإضطراب الضلالى delusional disorder لا تكون الضلالات شاذة أو غريبة خاصة إذا كانت ترتبط بمواقف الحياة الواقعية، ويستمر ذلك لمدة شهر على الأقل. ويمكن أن توجد فى تلك الحالة هلاوس لمسية tactile وشمية Olfactory إذا إرتبط ذلك بموضوع الضلالات، كما لا يكون الخلل فى الأداء الوظيفى والسلوك صارخاً. وإذا إقترنت نوبات وجدانية بالهلاوس فإن تلك النوبات تستمر لفترة زمنية تقل قياساً بما يكون عليه الأمر فى حالة الضلالات فقط.

وهذا بطبيعة الحال لا يمنع وجود أنماط وأنماط فرعية أخرى من الفصام والإضطرابات الذهانية، ولكن مذكرناه هنا يعد هو الأكثر شيوعاً.

### طبيعة الإضطرابات الذهانية

هناك عوامل فسيولوجية وأخرى نفسية وثالثة ترتبط بإساءة إستخدام المواد تساهم بشكل كبير وأساسى فى حدوث الإضطرابات الذهانية المختلفة. وتلعب

العقاقير دوراً هاماً فى علاج تلك الإضطرابات، إلا أن العديد من الذهانيين مع ذلك لا يستجيبون للعقاقير بالشكل المطلوب حيث وجد ليرمان وآخرون (١٩٩١) Lieberman et. al أن ١٤% من المرضى الذين تبدو عليهم أول نوبة من نوبات الفصام لم يستجيبوا للعقاقير بالشكل الذى ينبغى أن يكون، ومن ثم تبدو على الكثير من مثل هؤلاء المرضى العديد من الأعراض الذهانية وتستمر معهم على الرغم من تعاطيهم العقاقير.

كذلك هناك العديد من الإعتقادات التى ترتبط بالضلالات والتى تكون عادة معقدة ومتعددة الأبعاد. وتركز الإنجهاات التقليدية للذهان فى تصنيفها للضلالات على محتوى الإعتقادات المرتبطة بها، وتميز بالتالى بين البارانويا، وضلالات العظمة، والإعتقادات الإكتئابية، وضلالات الإضطهاد. وتؤكد الدراسات التى أجريت فى هذا الصدد على أن تلك الإعتقادات تتباين بشكل مستقل وذلك على إمتداد عدد من الأبعاد كالإعتقاد والإنشغال والشدة، أى مدى إعتقاد الفرد فى تلك الضلالات، ومدى إنشغاله بها ومقدار حدوثها له، والدرجة التى تحدث بها تلك الضلالات. وما يزيد الأمر تعقيداً أن العديد من الذهانيين يعانون من إضطرابات إنفعالية شديدة يأتى القلق فى مقدمتها، وكذا اليأس والكرب والعزلة والشعور بعدم القيمة والتفاهة والرفض من جانب الآخرين. ولاتقل مثل هذه الإضطرابات فى أهميتها عن الأعراض الذهانية فى حد ذاتها.

وتؤكد العديد من الصياغات المعرفية الحديثة لمشكلات الأفراد الذهانيين أن الإضطراب الإنفعالي يعد جانباً أساسياً فى الإضطراب الذهانى. فالإكتئاب لدى هؤلاء الأفراد على سبيل المثال يرتبط بمشاعر العجز واليأس والألم، ويمكن النظر إليه على أنه مشتق من رد فعل عام للخبرات المعاكسة التى يتضمنها الإضطراب الذهانى وما يتعلق به من مآزق الحياة وأحداثها. كما أن الهلاوس والضلالات تتضمن هى الأخرى أفكاراً إنفعالية. ومن المحتمل أن تكون هناك عمليات وجدانية وبيولوجية يتم تضمينها فى تكوين وإستمرار الأعراض الذهانية كالهلاوس السمعية

والبارانويا وضلالات العظمة، وهو الأمر الذي يزيد من مدى الحاجة إلى إتجاه حديث لتناول تلك الإضطرابات يتمثل في العلاج المعرفى السلوكى يمثل فيه تناول الإضطراب الإنفعالى مرحلة أساسية.

ومن الجدير بالذكر أن من أهم المشكلات التى تواجه المرضى الذهانيين حدوث الإنتكاسة وإعادتهم مرة أخرى إلى المستشفى. وتؤكد العديد من الدراسات أن الإنتكاسة الحادة التى تحدث لهؤلاء المرضى تؤثر على السياق الإجتماعى الذى يتواجدون فيه حيث تحدث العديد من المشكلات فى العلاقات بين الشخصية مع أقرب الأقارب وغيرهم من الآخرين المقربين للمريض، كما أنها ترتبط أيضاً بأحداث حياة متقلبة. ويعمل الإنتظام فى العلاج الطبى لمدة طويلة على الإقلال من احتمال حدوث مثل هذه الإنتكاسة. ويرى هندمارش (1994) Hindmarch أنه على الرغم من أن العلاج الطبى يعمل كعامل وقائى من حدوث مثل هذه الإنتكاسة فإن له آثاراً عكسية تؤدى إلى شعور المريض بالكرب وأحياناً بالعجز، إلا أن الفائدة التى يحصل عليها المريض من إستمراره فى العلاج الطبى تفوق تلك الآثار العكسية التى يحتمل أن تحدث له فى هذا الصدد.

ويعد العجز الإجتماعى هو الآخر من أهم المشكلات التى يواجهها أولئك الذين يعانون من إضطراب ذهانى مزمن، إلى جانب شعورهم باضطرابات سلوكية وأخرى إنفعالية. ويرى جونستون وآخرون (1991) Johnstone et. al أن المسح الطبى والسيكاترى والسيكلوجى قد أكد أن حوالى 60% من المرضى الذين تبدو عليهم أعراض فصامية قد أبدوا معدلات من العجز الإجتماعى تتراوح بين المستوى المتوسط إلى المستوى الشديد. وقد يتضمن ذلك عدم القدرة على القيام بالعمل أو الإستمرار فى العلاقات المختلفة أو تنفيذ الأنشطة العادية التى تعج بها الحياة اليومية العادية.

هذا ويمكن أن يتم فهم الإضطرابات الذهانية وما يرتبط بها من مشكلات بشكل

جيد، كما يمكن أن يتحسن أيضاً إذا ما أولينا مزيداً من الإهتمام للخبرة الذهانية الذاتية للمريض، والأساليب التى يحاول بموجها أن يدرك ويفهم خبراته الذاتية تلك، ثم يقوم بعد ذلك بمواجهتها حيث تفترض التحليلات المعرفية الحديثة أن الأفعال التى يتم القيام بها كاستجابة لتلك التهديدات التى تتعلق بالصحة من المحتمل أن تعتمد على الخبرة الذاتية للفرد بمثل هذا الإضطراب، والطريقة التى قد يطور بها ذلك الفرد فهماً شخصياً للإضطراب يقوم على تلك الخبرة.

وهناك ثلاثة أنماط من ردود الفعل النفسية للذهان تعتبر كأساليب مواجهة يمكن عرضها على النحو التالى:

#### ١ - إنكار الإصابة بالإضطراب الذهانى ونقص الوعى به:

ومن هذا المنطلق لا يوافق معظم المرضى على آراء الأخصائيين والأطباء حول تلك المشكلات التى يعانى منها هؤلاء المرضى. كما أن بعضهم قد لا يدرك تلك المشكلات ويصبح مصدر ألم وإزعاج واضح للآخرين، ويمر بخبرات غريبة، ويتبنى إعتقادات غريبة وشاذة، وتصدر عنه أفعال خطيرة وغير مسؤولة، ومن ثم يصبحون خطراً على أنفسهم وعلى الآخرين. ومن ناحية أخرى تتعد حياتهم كثيراً عن الترتيب والتنظيم فنجدهم لا يأكلون مثلاً بانتظام، ولا يقنون على الإعتناء بأنفسهم. وإلى جانب أنهم يفتقرون إلى الوعى بوجود إضطراب ذهانى لديهم فإن هناك إعتقادات ضلالية أى ترتبط بضلالات معينة تسود بينهم، وتعد مثل هذه الإعتقادات غريبة وشاذة من المنظور الطبى. كما أنهم قد يفقدون بصيرتهم، ومن ثم يرفضون التعاون مع الأخصائيين.

#### ٢ - التخلّى عن أو الإنغماس فى الدور الإجتماعى للمريض العقلى ذى المرض المزمن:

وقد يقترن ذلك بقبول المرض الذهانى والتعاون مع الأخصائيين، ومع ذلك فإن أولئك الذين يتبنون رد الفعل هذا غالباً ما يراهم الآخرون على أنهم قد إنغمسوا فى الدور المرضى وأنهم قد غاصوا فى الهوية الشخصية للمريض الذى يعانى من

مرض عقلى شديد بآثاره السلبية على تقدير الذات . وقد يعبر مثل هؤلاء الأفراد عن رغبتهم فى البقاء تحت رعاية الأخصائيين وما يقدمونه لهم من خدمات ، ويقررون خوفهم من تحمل أى مسئوليات شخصية مستقلة إذ أنهم يتسمون بالإعتمادية الزائدة، وقد تبدو عليهم مشكلات إكلينيكية أخرى كالإكتئاب، أو الإنحطاط الأخلاقى، أو التفكير فى الإنتحار.

### ٣- تقبل المرض الذهاني:

وقد يتخذ معظم المرضى حلاً وسطاً يبدو للكثير من الأخصائيين بمثابة أفضل الحلول بالنسبة لهؤلاء المرضى فيقبلون مرضهم الذهاني ويصبحون على وعى به . وقد يتضمن هذا النمط من رد الفعل القدرة على تبنى الدور المرضى عند الضرورة، وهو ما قد يتضمن التوافق لأسلوب الحياة والسلوك والإقبال على العلاج الطبى والإستفادة من تلك الخدمات التى يقدمها الأخصائيون لهم، ومحاولة الوصول إلى الحد الأقصى من الإستقلال والإبقاء على الهوية الشخصية منفصلة عن هوية الشخص الذى يعانى من مرض عقلى مزمن . وتؤكد الأدلة المختلفة والدراسات التى تم إجراؤها فى هذا الصدد أن هذه الإستراتيجية للتكيف مع المرض العقلى لا يتم التوصل إليها إلا بعد صراع طويل ومرير مع العديد من المشكلات التى قد ترتبط بالأعراض الذهانية وبالمحنة الإجتماعية المرتبطة بالمرض العقلى المزمن .

وإلى جانب ذلك هناك العديد من الأفكار المختلة وظيفياً التى تنتشر بين الأفراد الذهانيين، وغالباً ما تعكس مثل هذه الأفكار محتوى الأعراض الذهانية فيشيع مثلاً بين المرضى ذوى الإعتقادات البارانونية أفكار تدل على عدم ثقتهم فى الآخرين . كما قد تشيع أيضاً بينهم أفكار أخرى مختلة وظيفياً بأنهم فاشلون، وقد يرجع ذلك إلى خبرتهم المستمرة لعدم القدرة على تحقيق النجاح فى العمل أو فى مجال العلاقات الشخصية . وقد يؤدى بهم ذلك أيضاً إلى سماع أصوات تدل على نفس هذا المعنى وتخبرهم بأنهم غير أكفاء وأنهم يمشلون خطراً على الآخرين .

وغالباً ما يواجه مثل هؤلاء الأفراد خمسة أنماط من الأفكار أو الإعتقادات المختلة وظيفياً في هذا الصدد يمكن تصنيفها على النحو التالي:

١ - الإعتقاد بأنه الذات عرضة بشكل كبير للخطر من جانب الآخرين. ويرتبط مثل هذا الإعتقاد بالضلالات والأصوات التي تدور حول رغبة الآخرين أو أفراد أسرته في قتله.

٢ - الإعتقاد بأنه عرضة لفقد سيطرته على ذاته. ويسود هذا الإعتقاد بين أولئك الأفراد الذهانيين الذين يعتقدون بأن هناك قوى خارجية أو أصوات تسيطر عليهم، وبأنهم غير قادرين على أن يقوموا بالسيطرة على أفعالهم. كما يسود بينهم إعتقاد أيضاً بأنهم سوف يفقدون عقولهم وسوف يصبحون مجنونين.

٣ - الإعتقاد بأن العزلة الإجتماعية شيء محتوم على الذات ومقدر لها. ويسود هذا الإعتقاد بين من يرون أنفسهم على أنهم منبوذون من مجتمعهم وأن الآخرين يستاءون من وجودهم بينهم. وقد ينشأ هذا الإعتقاد من خبرات واقعية للرفض والشعور بالوصم.

٤ - الإعتقاد في وجود قصور داخلي أو عيوب ونقائص داخلية. وقد ينشأ هذا الإعتقاد نتيجة لما يتسم به مثل هؤلاء الأفراد من عجز إجتماعي، فنجدهم يعتقدون من جراء ذلك بأنهم هم المسئولون عن سوء حظهم، ومن ثم يبدأون في النظر إلى أنفسهم على أنهم تافهون ولاقيمة لهم. وترتبط مثل هذه الإعتقادات باعتقادات أخرى قوية بأنهم معطلون عن العمل والإنتاج بشكل لايجدى معه إصلاح، كما قد ترتبط هذه الإعتقادات في بعض الأحيان بضلالات يرون من خلالها أنفسهم على أنهم شريريون، وأن الآخرين يحاولون رؤية ما في عقولهم والإطلاع عليه وقراءته أو إذاعته للغير.

٥ - الإعتقاد في معايير صارمة يحكم من خلالها الفرد على نفسه. وترتبط مثل هذه المعايير الصارمة بضلالات العظمة، وتنتج عن الفشل المتكرر الذي يحققه

الفرد فى العديد من المواقف مما يدفع به فى سبيل التعويض إلى أن يرى نفسه غير ما هى عليه فى الواقع فىرى نفسه مثلاً على أنه نجم لامع أو قائد سياسى كبير .

وفى مثل هذه الحالات يجب على المعالج أن يعدل من تلك المفاهيم حتى يتم تعديل أفكار المريض المشوهة . ومن المفيد كما سنرى فيما بعد أن يتم إستخدام تلك الفنية التى قدمها يونج (١٩٩٠) Young فى هذا الصدد والتى أسماها العلاج المتمركز حول البنية المعرفية . Schema - Centred therapy

### الإتجاه المعرفى والذهان

تهتم النظريات المعرفية النفس عصبية Cognitive - neuropsychological بالأسلوب الذى يعمل به العقل حيث ترى أن العقل هو العضو الذى يساعد الفرد على أن يفهم البيئة التى تحيط به ، وأن العقل فى ذلك يعمل مثل الكمبيوتر ويؤدى عدداً من الوظائف تتضمن تجهيز وتخزين المعلومات ، والتخطيط ، والتقييم ، وغيرها . وترى أيضاً أن الأسلوب الذى يشغل به العقل المعلومات المعقدة ويقوم بتجهيزها يمكن فهمه فى ضوء ناتج عدد من العمليات المستقلة التى تعمل معاً فى خط متواز . ويرى شاليس (١٩٨٨) Shallice أن أى تلف بالمخ يؤدى إلى تعطيل واحدة أو أكثر من الوظائف المعرفية ، وأن الخبرات والإعتقادات السائدة لدى الذهانيين تتأثر كما يرى إليس ويونج (١٩٨٨) Ellis & Young باختلال الأداء الوظيفى البيولوجى لديهم . ويعتقد نيلسون وآخرون (١٩٩٣) Nelson et. al أن هذا هو الذى يجعل أداء الفصامين على العديد من المهام المعرفية يقل بكثير جداً عن أداء أقرانهم من العينات غير الإكلينيكية ، كما تقل نسبة ذكائهم عن أولئك الأقران بمعدل عشر نقاط . ويرى سايكن وآخرون (١٩٩١) Saykin et. al أنهم يعدون أيضاً أقل من هؤلاء الأقران فى التعلم اللفظى ووظائف الذاكرة . ويضيف تاملين وآخرون (١٩٩٢) Tamlyn et. al أن هذا العجز يزداد بالنسبة للذاكرة قصيرة المدى بينما يقل نسبياً فقط فى حالة الذاكرة طويلة المدى . ويؤكد كوتنج ومورفى

(Cutting & Murphy ١٩٨٨) أن أداءهم على المهام المعرفية تكتنفه العديد من المشكلات وخاصة فيما يتعلق بتكوين المفاهيم، والحكم على الأشياء الجديدة، والتعلل الإجتماعى .

ومن ناحية أخرى تعتبر العديد من الإعتقادات المرتبطة بالضلالات والخبرات المرتبطة بالهلاوس ذات محتوى ومعنى شخصى، وغالباً ماتكون على درجة عالية من التهديد بالنسبة للمريض . فالأفراد الذين تتطور لديهم ضلالات العظمة على سبيل المثال يزداد إحتمال أن تتطور لديهم مجموعة من الإعتقادات المختلفة وظيفياً حول ذواتهم، ومن ثم تتعلق بالتهديد المرتبط بالذات . وهذا يجعلهم فى حاجة إلى تحقيق النجاح فى العمل وتحقيق قدر معقول من الإنجاز . ولكن نظراً لفشلهم فى تحقيق ذلك يتطور لديهم ميل لتعويض هذا الفشل وذلك عن طريق الخيالات المتكررة التى تعمل على إبعاد ذواتهم عن الأفكار غير المرغوبة، وهو ما يعتبر بمثابة دفاع هوسى من جانب الفرد يلعب دوراً هاماً فى تكوين وإستمرار ضلالات العظمة *grandoise delusions* والتى قد تساعده فى كثير من الأحيان على تجنب المشاعر المؤلمة للعديد من الإضطرابات الإنفعالية والوجدانية المرتبطة بها كالاكتئاب على سبيل المثال . وهذا بطبيعة الحال يجعلهم أقل دافعية فى تحقيق التغيير .

ومن الجدير بالذكر أن هناك إفتراضات أساسية للإتجاه المعرفى حول الذهان يمكن تلخيصها فى النقاط التالية .

١ - من المفيد أن نفهم كيف (نمط) حياة الشخص الذهانى على أنها أسلوب لمواجهة المرض . ويمكن تصويرها بشكل جيد إذا ما نظرنا إليها من هذا المنطلق حيث قد يناضل هذا الشخص للإبقاء على معنى الكرامة، وتقدير الذات، والهدف من حياته وذلك عند مواجهته للتهديدات التى قد تشتت بشكل مباشر من الذهان كالهلاوس السمعية (الأصوات) والبارانويا، أو قد تشتت من المشكلات الإجتماعية المرتبطة بالمرض العقلى المزمن كفقد الأدوار الأساسية

والعلاقات على سبيل المثال . كما أنه قد ينظر إلى هذا المرض على أنه وصمة له ، أو قد ينغمس فى الدور المرضى . Sick role وهناك ثلاث مزايا لمساعدة المرضى على فهم أن مشكلاتهم المتعددة التى يعانون منها تنتج عن مرضهم . وتمثل تلك المزايا فيما يلى :

أ - إدراك أنهم غير ملامين على تلك المشكلات المختلفة التى تعج بها حياتهم ، وبالتالي غير مسئولين عنها .

ب - تقديم أمل حقيقى لهؤلاء المرضى فى المستقبل مما يجعلهم يقبلون على العلاج الذى سوف يساعدهم فى التغلب على تلك المشكلات .

ج - تدعيم فكرة قبول حدود معينة لآثار التدخل العلاجى النفسى مما يساعد كلاً من المعالج والمريض على وضع أهداف واقعية للعلاج والعمل الجاد على تحقيقها .

٢ - يخبر المريض الذهان على أنه أفكار ومشاعر متغيرة . وقد تدل مثل هذه الخبرات بالنسبة له على أن العالم من حوله قد تغير وليس هو الذى أصيب بمرض . ومن هذا المنطلق قد تفشل محاولات المعالج فى إقناع المريض أنه مصاب بمرض وخاصة فى حالة وجود إعتقادات ترتبط بالضلالات ، وهو الأمر الذى يتطلب أن نهتم بخبرة المريض الذاتية بالذهان . ومن ثم يجب عند التعامل مع هؤلاء المرضى الذهانيين أن نتعامل معهم من منظورهم حيث نجدهم فى الغالب ينكرون إصابتهم بالذهان ، ولذلك فهم فى حاجة إلى أن يقوموا بمراقبة وتصوير أعراضهم ، والمداومة على أخذ العلاج الطبى والإنتظام فيه . كما أن مثل هؤلاء المرضى الذين تكون لديهم ضلالات يتبنون بشدة إعتقادات معينة تتعلق بطبيعة مشكلاتهم ، فإذا ما سألناهم على سبيل المثال عما يعتقدونه فيما يتعلق بطبيعة ما يعانون من مشكلات يكون من المحتمل أن تتضمن إجاباتهم أن هناك قوى خاصة خفية لها الدور الأساسى فى هذا الصدد . ولا يكون من السهل التخلص من مثل هذه الإعتقادات عن

طريق التعليم النفسى Psychoeducation حول الفصام كما يرى سميث وآخرون (Smith et. al (1992) وذلك بإعطائهم العديد من المعلومات حول طبيعة ذلك المرض وأعراضه. إلا أن ذلك قد يصبح سهلاً إذا ما بادر المعالج بالإستماع بعناية إلى وجهة نظر المريض حول تلك المشكلات حيث سيصبح بإمكانه فى مرحلة لاحقة وذلك بمجرد أن تتكون علاقة حميمة بينه وبين المريض أن يقوم بتقديم تفسيرات بديلة للمريض فى سياق علاقة تعاونية أو مشتركة. Collaborative ومن المعروف أن مثل هذا العمل التعاونى أو المشترك يمثل جوهر العلاج المعرفى السلوكى للضلالات.

٣ - قد تتضمن عملية تكون الأعراض الذهانية وإستمرارها أنماطاً مختلفة من العمليات النفسية. وجدير بالذكر أن مثل هذه الأعراض قد تختلف من حالة إلى أخرى. كما أن الخبرات الذهانية تنشأ نتيجة حدوث إختلال فى الأداء الوظيفى للمخ. وقد تلعب الإضطرابات الإنفعالية والوجدانية كالإكتئاب مثلاً دوراً هاماً فى ظهور الأعراض الذهانية وخاصة ضلالات العظمة والإعتقادات التى يتبناها المريض حول الأصوات التى يسمعها. هذا وتسهم العمليات النفسية المختلفة فى حدوث كم كبير من الأعراض الذهانية وذلك وفقاً للجوانب المختلفة من الإضطراب الذهانى والحالات الفردية المختلفة.

### العلاج المعرفى السلوكى للذهان

ظل العلاج المعرفى السلوكى لمعظم الوقت منذ بدايته يستخدم مع حالات الإضطرابات العصبية، ولكنه تدريجياً ومن خلال الأبحاث التى قامت على منهج دراسة الحالة بدأت تتجمع الأدلة التى تؤكد أنه يمكن إستخدام إتجاهات شبيهة مع تلك الحالات التى يتم تشخيصها على أنها حالات ذهانية على الرغم من أن هذه الحالات تتسم بأنها حالات معقدة ومتعددة الأبعاد حيث يعانى معظمهم من مشكلات ترتبط كما أوضحنا سلفاً باضطرابات إنفعالية والعجز الإجتماعى إضافة إلى تلك الأعراض الذهانية التى تتميز الإضطراب الذهانى الذى يعانون منه، كما يزداد لديهم احتمال حدوث إنتكاسة بعد العلاج.

وربما تعد الدراسة التي أجراها ميتشنبوم Meichenbaum للحصول على درجة الدكتوراة (١٩٦٦) خطوة رائدة في هذا المجال حيث قام خلالها بتدريب مجموعة من مرضى الفصام على إصدار كلام صحي منظم عن طريق إستخدام الإشتراط الإجرائي مع تقديم عناصر معرفية في عملية العلاج حيث إستخدم أسلوب مخاطبة النفس (الحوار الذاتي) وذلك بطريقة تؤدي إلى تغيير السلوك. وهو بذلك قد لفت الأنظار إلى إمكانية التعامل مع أعضاء هذه الفئة، وإن لم يزدهر ذلك إلاخلال التسعينيات.

ويرى فاو لير وآخرون (١٩٩٥) Fowler et. al أن هناك ثلاثة أهداف رئيسية لإستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الإضطرابات الذهانية يمكن عرضها كالتالي:

- ١ - تخفيف حدة الكرب والمشاعر السلبية والعجز المرتبط بالأعراض الذهانية.
- ٢ - تخفيف حدة الإضطرابات الإنفعالية المصاحبة.
- ٣ - تدعيم المساهمة الفعالة للفرد في الأنشطة المختلفة مما يخفف من شعوره بالعجز الإجتماعي ويقلل من إحتمال حدوث إنتكاسة.

هذا ويتم إعداد البرامج العلاجية وتحديدها بعناية في إطار العلاج المعرفي السلوكي وفقاً لحاجات الأفراد الذهانيين نظراً لتباين المشكلات التي يبدونها، كما يتم توجيه الفنيات المستخدمة عن طريق الصياغة الدقيقة والتحديد الدقيق لمشكلات هؤلاء الأفراد. أما عدد الجلسات التي يتضمنها البرنامج العلاجي ومدة كل منها وطول الفترة الزمنية التي يستغرقها العلاج فتختلف إعتتماداً على مدى تعقيد وشدة الإضطرابات التي يتم التعامل معها، ومدى إستعداد المريض للمشاركة في علاقة علاجية تعاونية حيث يبدأ البرنامج العلاجي بإقامة علاقة علاجية تعاونية مع المريض يسودها الأمانة والصدق والدفء والاهتمام به وتقديم النصيحة الصادقة له، وتحديد المشكلة من خلال جلسات العلاج، والقيام بتقييم شامل للعوامل المرتبطة بتطور تلك المشكلة. ونادراً مايتضمن البرنامج العلاجي أقل من عشر جلسات، إلا أن عدد تلك الجلسات عادة ما يتراوح بين ٢٠ - ٢٥ جلسة، ويستمر

البرنامج لمدة ستة أشهر تقريباً بواقع جلسة كل أسبوع تستغرق ساعة تقريباً. وأحياناً يبدأ البرنامج بجلستين فى الأسبوع وذلك خلال أول أسبوعين أو ثلاثة أسابيع، ثم يليها جلستان فى الأسبوع خلال الشهر الثلاثة التالية، وهذا يعنى وجود حاجة إلى جلسات إضافية، حيث غالباً ما يحتاج الأمر إلى جلسات إضافية لتعزيز البرنامج وذلك بواقع جلسة كل شهر لمدة ستة أشهر أو جلسة كل أسبوع لمدة ستة أسابيع. وأحياناً تكون هذه الجلسات الإضافية على هيئة جلستين بواقع جلسة واحدة كل أسبوعين، ثم ثلاث أو أربع جلسات بواقع جلسة واحدة كل شهر، يلى ذلك فترة متابعة لمدة ستة أشهر يتبعها القياس التبعى.

ويتضمن العلاج المعرفى السلوكى للذهان ست مراحل هى:

- ١ - مرحلة الإنغماس والتقييم.
- ٢ - تطبيق إستراتيجيات المواجهة المعرفية السلوكية على الأعراض الذهانية.
- ٣ - مناقشة تعاونية لنموذج جديد للإضطراب الذهانى للمريض.
- ٤ - تطبيق الإستراتيجيات المعرفية السلوكية على الإعتقادات المرتبطة بالضلالات والهلاوس.
- ٥ - تطبيق إستراتيجيات المواجهة المعرفية السلوكية على الإفتراضات المختلة وظيفياً.
- ٦ - تطبيق إستراتيجيات مواجهة العجز الإجتماعى والإنتكاسة.

ويمكن عرض هذه المراحل كالتالى:

- المرحلة الأولى: مرحلة الإنغماس والتقييم:

تبدأ هذه المرحلة بتكوين أو إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض نظراً لما لها من أهمية قصوى فى هذا الصدد. ويتم خلال هذه المرحلة إجراء مقابلات مع المريض لتقييم وضعه، والتعرف على المشكلات التى يعانى منها، وتقييم العوامل التى تسهم فى تطور وإستمرار مثل هذه المشكلات. كما يتضمن

ذلك أيضاً تقيماً شاملاً ودقيقاً لمنظور العميل أو وجهة نظره فيما يتعلق بتلك المشكلات. وقد يحتاج الأمر إلى إجراء بعض القياسات السيكومترية. ومن الأساليب التي تستخدم خلال هذه المرحلة أسلوب المناقشة والطرح. وتهدف هذه المرحلة إلى تحقيق وظيفتين أساسيتين هما:

أ - إقامة علاقة علاجية تعاونية مع المريض.

ب - جمع المعلومات التي سوف تساعد كلاً من المعالج والمريض على تطوير صياغات معرفية شخصية لمشكلات المريض.

وإلى جانب ذلك فهناك ثلاثة أهداف علاجية يجب أن تتحقق خلال الجلسات الأولى، وذلك كالتالي:

١ - أن نقل للمريض شعوراً بأنه سوف يتم التعامل مع مشكلاته بشكل جدى وسوف يتم إخضاعها للعلاج.

٢ - أن نعطي للمريض صورة واضحة عما يحتمل حدوثه أثناء العلاج، وأن نوضح له أن التحسن المنتظر قد لا يحدث فى الحال ولكن هناك أملاً فى حدوثه مستقبلاً.

٣ - أن نحدد للمريض بشكل واضح ما يعانى منه من مشكلات، وما يمكن أن ينشأ بين تلك المشكلات من علاقات كالعلاقة بين ما يسمعه من أصوات وبين شعوره بالإكتئاب أى أن هناك تداخلاً بين مشكلاته وبين غيرها من المشكلات، كما يجب أيضاً أن نحدد له الأحداث والعوامل التي قد تسهم فى تطور وإستمرار تلك المشكلات.

- المرحلة الثانية: تطبيق إستراتيجيات المواجهة المعرفية السلوكية على الأعراض الذهانية:

وتتضمن هذه المرحلة تقديم النصيحة والتدريب للمعالج لإستخدام مجموعة من الإستراتيجيات المعرفية السلوكية بغرض مساعدة المريض فى السيطرة على أو

مسايرة خبراته الذهانية التي تتضمن الكرب، وردود أفعاله الانفعالية الشديدة، أو إندفاعاته. ويتم بالتالي تدريب المريض على كيفية إستخدام تلك الإستراتيجيات. وتهدف هذه المرحلة إلى تعزيز مشاعر الضبط والسيطرة لدى المريض، وبث الأمل فيه، وإحتواء المشاعر العامة لليأس أو فقدان الأمل التي تنتابه. ومن الجدير بالذكر أن مثل هذه الإستراتيجيات قد تتكامل معاً وخاصة إذا ما كانت هناك حاجة ماسة لتقديم مساعدة منظمة للعملاء فى المرحلة المبكرة من العلاج.

#### - المرحلة الثالثة: مناقشة تعاونية لنموذج جديد للإضطراب الذهاني للمريض:

وتتضمن هذه المرحلة عرضاً من جانب المعالج لمنظور جديد حول طبيعة خبرات المريض ومشكلاته الحياتية العامة. ويتحدد هذا المنظور الجديد عن طريق قيام المعالج بالصياغات المعرفية للأعراض الذهانية للمريض من خلال ما يجربه معه من مناقشات تعاونية يتحدد من خلالها أيضاً مدى ما تسهم به العوامل المختلفة فى حدوث تلك الخبرات التي يقرر أنه قد مر بها وعانى ولا يزال يعانى منها. كما تتضمن هذه المرحلة أيضاً قيام المعالج بعرض منظور جديد لحياة المريض وخبراته وذلك من خلال نماذج الإضطرابات الذهانية وأسباب تلك الإضطرابات.

#### - المرحلة الرابعة: تطبيق الإستراتيجيات المعرفية السلوكية على الإعتقادات المرتبطة بالضلالات والهلاوس:

وتركز هذه المرحلة على إعتقادات معينة تتعلق بالضلالات السائدة، وعلى التفسيرات البارانونية الخاطئة للأحداث، أو على إعتقادات المريض حول ما يسمعه من أصوات. ويحاول المعالج أن يجد تفسيرات مناسبة لتلك الإعتقادات والخبرات الذهانية للمريض والتي قد تحدث نتيجة لحدوث إختلال فى أداءه الوظيفى البيولوجى. كما يحاول أيضاً أن يحث المريض على البحث عن حلول بديلة وتفسيرات مناسبة لذلك.

## - المرحلة الخامسة: تطبيق إستراتيجيات المواجهة المعرفية السلوكية على الإفتراضات المختلة وظيفياً:

وتركز هذه المرحلة على الإختلالات الوظيفية وما يتعلق بها من أفكار وإفتراضات تتعلق بالذات وبالآخرين. وتكون تلك الإفتراضات من النوع الذى يرى المريض من خلاله أنه عديم القيمة، أو خطير، أو شرير، أو أن الآخرين لا يمكن تصديقهم والثقة بهم حيث لا يستحقون ذلك، وأنهم يحاولون إلحاق الأذى به ومن ثم فهم يمثلون خطراً عليه. وتهدف هذه المرحلة إلى تعديل مثل هذه الأفكار والإعتقادات وذلك من خلال إستراتيجيات للعلاج المعرفى السلوكى شبيهة بتلك التى تستخدم مع الإكتئاب وإضطرابات الشخصية. وإلى جانب ذلك تتم عملية التقييم السيكومترى للإختلالات الوظيفية. ويستخدم فى هذا الإطار عدد من الإختبارات فى عملية التقييم المعرفى وذلك عن القراءة والذكاء والأداء المعرفى والتفكير. ومن هذه الإختبارات ما يلي:

- إختبار القراءة للراشدين.

- The National Adult Reading Test, (Nelson, 1982).

- مقياس وكسلر المعدل لذكاء الراشدين.

- Wechsler Adult Intelligence Scale - Revised, (Wechsler, 1981).

- إختبار التقديرات المعرفية.

- The Cognitive Estimations Test, (Shallice & Evans, 1978).

- مهمة التفكير الإحتمالى.

- Probablistic Reasoning Task. (Huq et. al., 1988).

ويتضح أنها عبارة عن إختبارات لقياس القدرة على القراءة، والذكاء، والتفكير، والقدرات المعرفية، أما فى تقييم الأداء الإنفعالى فيمكن إستخدام الإختبارات التالية:

- مقياس الإتجاهات المختلة وظيفياً.

- The Dysfunctional Attitudes Scale, (Weissman & Beck, 1978).

- تقييم الأبنية المعرفية الذاتية.

- The Assessment of Self - Schemas, (Bellew, 1990).

- إستبيان يونج للأبنية المعرفية .

- Young 's Schema Questionnaire, (Young, 1990).

- المرحلة السادسة: تطبيق إستراتيجيات مواجهة العجز الإجتماعى والإنتكاسة:

وتمثل هذه المرحلة آخر المراحل التى يتضمنها العلاج ، وتركز على تكوين منظور جديد لمشكلات الفرد التى تطورت خلال مضمار البرنامج العلاجى ، وتساعد المريض على عملية التنظيم الذاتى التى تساعده بدورها على المواجهة . ويتضمن العمل العلاجى خلال هذه المرحلة ما يلى :

أ - إسداء النصيحة حول إستراتيجيات العلاج المعرفى السلوكى الملائمة للإستخدام مع الأعراض الذهانية التى تبدو على المريض .

ب - مساعدة المريض على تطوير خطة علاجية معينة تساهم فى عدم حدوث إنتكاسة .

ج - تطوير إستراتيجيات معينة تساعد المريض فى التغلب على عجزه الإجتماعى مستقبلاً سواء على المدى القريب أو البعيد .

د - تطوير خطط معينة تساعد فى التغلب على أى مشكلات إنفعالية يمكن أن تظهر .

ومن المشكلات الأساسية التى قد تواجهنا عند العمل مع الأفراد الذهانيين عدم رغبتهم فى حضور الجلسات العلاجية ، وعدم رغبتهم فى الإفصاح عن خبراتهم أو الحديث عن مشكلاتهم ، وعدم ثقتهم فى المعالج ، إلى جانب إثارتهم لبعض الأسئلة الشخصية التى لا يكون لها علاقة بالموضوع الذى يتم تناوله . ولذا يجب على المعالج أن يحاول فهم مثل هذه المشكلات من منظور المريض ، وأن يتسع صدره لذلك ، وأن يشجع المريض على أن يقيم معه علاقة علاجية تعاونية وأن يشاركه فى المناقشات التى يجريها .

وإذا كانت العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض يجب أن تقوم على الأمانة والدفء والإهتمام بالمريض ، وتقديم النصيحة الصادقة له ، فيجب أن يتسع صدر المعالج لأى إختلاف يمكن أن يحدث بينه وبين المريض وذلك فى وجهات النظر ، كما أنه من الممكن أن يحدث سوء فهم من جانب المريض لمقاصد المعالج ، وهنا يمكن للمعالج أن يوضح ذلك له من خلال التغذية الرجعية . ويتم خلال الجلسات

إستخدام عدد من الفنيات والإستراتيجيات، ويمكن للمعالج أن يلجأ إلى بعض الأشياء التى يمكن لها تسهيل الإستخدام الجيد والفعال لتلك الفنيات والإستراتيجيات كأن يخرج مع المريض مثلاً فى جولة بحديقة المستشفى ويحاول أن يناقش معه مشكلاته خلال تلك الأثناء. ويجب عليه أيضاً أن يتجنب الإلتحام البصرى eye Contact مع المريض بقدر المستطاع ولذلك يفضل أن يجلس إلى جواره وليس فى مواجهته. وإذا أحدث المريض أى مشكلة أثناء الجلسة يمكن للمعالج أن ينتقل بالمناقشة إلى موضوع آخر، أو يعطيه قسطاً من الراحة، أو يتناول معه كوباً من الشاى أو القهوة. كما يمكن أيضاً فى هذا الإطار تدريب المريض على مهارات مواجهة القلق مثل التدريب على تمرينات الإسترخاء، أو التحكم فى معدل التنفس، أو التحدث فى موضوعات لا تمثل بالنسبة له أى تهديد. ومن ناحية أخرى يجب على المعالج أن يجهز أجندة للموضوعات التى عليه أن يتناولها خلال الجلسات وعلى الأخص خلال الجلسات الأولى. وتتضمن مثل هذه الأجندة ما يلى:

- تحديد المشاغل الحالية للمريض والمشكلات التى يعانى منها. ويقصد بالمشاغل كل ما يشغل الفرد.
- تقييم مشكلات المريض بشكل كامل ودقيق.
- وصف عملية العلاج وأهدافها.
- الأمور التى يجب مناقشتها مع المريض.
- العمل من منظور المريض، وهذا يتطلب التعرف على وجهة نظر المريض وإحترام وجهة نظره هذه فى الأحداث المختلفة.
- تدوين الملاحظات بشكل مستمر خلال الجلسات والعمل على الإستفادة منها بقدر المستطاع.

- إنهاء الجلسة؛ ويجب على المعالج أن يخصص آخر خمس أو عشر دقائق في الجلسة لمراجعة ماتم تناوله خلال تلك الجلسة.

## أوجه الشبه والإختلاف بين العلاج المعرفى السلوكى للذهان وللإضطرابات السيكاترية الأخرى:

من الجدير بالذكر أنه كما يستخدم العلاج المعرفى السلوكى فى علاج الإضطرابات الذهانية فإنه يستخدم كذلك فى علاج العديد من الإضطرابات السيكاترية الأخرى. وقد أثرنا هذه النقطة هنا نظراً لما يرتبط بالذهان من إضطرابات سيكاترية متعددة أشرنا إليها من قبل أثناء تناولنا لطبيعة الإضطرابات الذهانية. وقد ذكرنا عند تناول العلاج المعرفى السلوكى للذهان أن البرامج العلاجية التى يتم إستخدامها لاتكون بمثابة أكلشيه يستخدم مع الإضطرابات الذهانية ومع كل الأفراد، بل إننا لن نكون مبالغين إذا قلنا أن البرنامج العلاجى يتم تفصيله على الحالة التى نتناولها. ومع إرتباط الإضطرابات الذهانية بجملة من الإضطرابات السيكاترية الأخرى نساءل عما إذا كان يمكننا أن نستخدم نفس الإجراءات فى الحالتين أم لا. وللإجابة على ذلك نقرر أنه على الرغم من وجود تشابه فى التكنيكات المستخدمة مع الإضطرابات الذهانية والإضطرابات السيكاترية الأخرى فإنه يجب على المعالجين القيام بعدد من التغييرات فى التكنيك بما يتلاءم مع طبيعة مشكلات الأفراد الذهانيين. وفى هذا الإطار هناك بعض الجوانب الهامة للمشكلات الخاصة بالذهانيين لها دلالاتها الهامة فى إحداث جملة من التغييرات أثناء تطبيق العلاج المعرفى السلوكى عليهم يمكن إجمالها فيما يلى:

١ - تستخدم التكنيكات المعيارية فى العلاج المعرفى السلوكى بما يتلاءم مع مستوى حدة مشكلات الأفراد الذهانيين حيث تتسم المشكلات المرتبطة بالذهان بأنها مزمنة وأكثر حدة قياساً بتلك التى ترتبط بالإضطرابات السيكاترية الأخرى. ويعرض سكوت (١٩٩٢) Scott لتلك التغييرات التى ينبغى إدخالها على تكنيك العلاج المعرفى السلوكى عند تناول حالات الإكتئاب المزمن فىرى أن

الأسلوب العلاجي المستخدم فى هذا الصدد يجب أن يكون على درجة عالية من التنظيم، ويجب على المعالج أن يستخدم الفنيات العلاجية بأسلوب خلاق ومرن حتى تتلاءم مع تلك التغيرات والتذبذبات التى تتاب الحالة العقلية للمريض. وقد تتضمن هذه التغيرات أيضاً استخدام إستراتيجيات معينة، وعدم استخدام الأجندة بشكل صارم، وقصر مدة الجلسات العلاجية إذا تطلب الأمر ذلك. وعند حدوث إنتكاسة للمريض يحاول المعالج أن يساعده على أن يصر كلاهما على تحقيق التقدم حتى وإن لجأ المعالج إلى أسلوب تطبيق الفنيات المستخدمة خطوة خطوة. وفيما يتعلق بحدة المشكلة فإنه لا يمكن فى كثير من الأحيان الإقتصار عند تناول المشكلات المرتبطة بالذهان على العلاج المعرفى السلوكى فقط، بل يتم اللجوء أحياناً بالإضافة إلى ذلك للعلاج الطبى والتأهيل الإجتماعى، كما يتم اللجوء أحياناً أخرى إلى أسلوب العمل المشترك من جانب المعالجين بحيث يشترك أكثر من معالج واحد فى التعامل مع الحالة.

٢ - تشعب المشكلات المرتبطة بالإضطراب الذهانى، فتبدو على الأفراد الذهانيين أعراض سيكاترية أخرى، ولايتشابه إثنان أو أكثر من المرضى فى تلك الأعراض. وإلى جانب ذلك قد تبدو عليهم أعراض متشابهة ولكنها تنشأ عن عمليات مختلفة كما هو الحال بالنسبة لضلالات الإضطهاد. **Persecutory delusions** كذلك فالمرضى الذى يعانى من البارانويا على سبيل المثال قد تبدو عليه أعراض إكتئابية وقلق وأعراض للوساوس إلى جانب البارانويا، وقد يقرر فى الوقت ذاته وجود مدى كبير من الأعراض الذهانية كاضطراب التفكير، وإضطراب الإدراك أو الهلاوس. وجدير بالذكر أننا نلاحظ فى مثل هذه الحالة وجود عمليات مختلفة تكمن خلف الضلالات التى يعانى منها هذا المريض حيث قد يكون هناك خلل معرفى نفس عصبى يسبب مشكلات فى الإدراك، إضافة إلى وجود مشكلات وجدانية، إلى جانب وجود دفاعات مختلفة.

٣ - ترتبط المشكلات الإكلينيكية بوجود خلل معرفى يؤثر بشدة فى القدرة على فهم وتجهيز المعلومات، كما قد يؤثر أيضاً على العديد من الوظائف النفسية إذ قد يتضمن الخلل مشكلات فى الإنتباه، والتركيز، والذاكرة، والتخطيط، ومشكلات فى القدرة على فهم المعلومات الإجتماعية والإنفعالية المعقدة. وقد يعوق ذلك الخلل عملية العلاج بأكثر من وسيلة فلا يستطيع المريض مثلاً أن يجيب حتى على أبسط الأسئلة مثل «كيف حالك الآن؟» أو «لماذا تفعل ذلك؟». ويضيف أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن المريض فى مثل هذه الحالة لا يفهم سوى المعنى القريب فقط من الكلام بمعنى أنه لا يفهم المقصود منه على وجه الدقة، فعندما نقول مثلاً «من كان بيته من زجاج يجب ألا يقذف الآخرين بالحجارة» نجده يفهم ذلك على أن الشخص الذى يعيش فى بيت من زجاج يجب عليه ألا يقذف الناس بالحجارة. كما أن بعض هؤلاء المرضى قد يعطى إجابة غير واضحة وغير مناسبة لسؤال واضح جداً. وعلى العكس من ذلك قد يتمتع المريض بقدرة لفظية جيدة تغطى على هذا الخلل فينخدع فيها المعالج مما قد يؤثر على سير العملية العلاجية، ولكن يمكن إكتشاف ذلك عندما لا يستطيع المريض أن يفهم ما يطلبه منه المعالج، ولا يتذكر الواجب الذى يكلفه به، ويعود باستمرار للتحدث عن موضوع تم الإنتهاء منه من قبل. ويتطلب هذا الخلل من المعالج إجراء تغيير وتعديل فى أسلوب التواصل مع المريض ليعوضه عن مثل هذه المشكلة فيوضح للمريض المشكلات المختلفة ببساطة ووضوح على سبيل المثال فيستخدم إستراتيجية التقديم أو العرض اللفظى البسيط للمشكلة، ويستخدم الأسئلة المباشرة الواضحة والبسيطة، ويلجأ إلى التكرار ما أمكن، وإلى تبسيط المعلومات.

٤ - ترتبط المشكلات الإكلينيكية بالحساسية الإنفعالية، وهذا يتطلب من المعالج الحذر من حدوث إثارة إنفعالية عالية عند العمل مع الذهانيين إذ أن ذلك قد يؤدي إلى حدوث نوبة ذهانية، ومع الإستمرار يمكن أن يؤدي إلى حدوث إنتكاسة مما يستوجب الحفاظ على درجة الحرارة الإنفعالية أثناء الجلسات فى

مداها الطبيعي، وهو الأمر الذي يساعد على إتمام عملية العلاج. وعلى ذلك يجب تجنب الفنيات التي تتطلب درجة عالية من الإنفعال مثل الفنيات الجشطلية.

٥ - ترتبط المشكلات الإكلينيكية بنقص الثقة في المعالج وإساءة تفسير مايقصد. ومن هذا المنطلق يشعر العديد من الذهانيين بمشكلات كثيرة تتعلق بالثقة في الآخرين، كما قد تتكون لديهم بعض الإعتقادات البارانونية حول المعالج. وهنا يجب التعامل مع مثل هذه المشكلات بصراحة تامة ولا يتم تجاهلها، ويجب الإهتمام بإقامة علاقة علاجية مع المريض مع تصحيح إعتقاداته المشوهة حول هذه العلاقة.

٦ - ترتبط المشكلات بالأفكار المتعلقة بالضلالات، وجدير بالذكر أنه إذا كانت بعض الإضطرابات السيكاترية الأخرى كالإكتئاب مثلاً ترتبط بأفكار مشوهة عن العالم فإن تشويهاً الواقع في حالة الإضطرابات الذهانية تكون مصحوبة بمستويات عالية من الإعتقاد فيها والإنشغال بها، كما تصل مثل هذه التشويهاً إلى حد مبالغ فيه وتؤدي بالتالي إلى رؤية مختلفة عن العالم. ومن ثم فإن عملية العلاج يجب أن تهتم بملأ الفراغ الذي قد ينشأ بين رؤية المعالج ورؤية المريض للعالم وخاصة في المراحل الأولى من العلاج. ويجب في هذا الإطار إحترام وجهة نظر المريض وإقناعه بأنه لن يتم الضغط عليه حتى يقبل وجهة نظر المعالج. ثم يعمل المعالج بعد ذلك على معرفة الأسباب التي تكمن خلف إعتناق المريض لتلك الإعتقادات حتى يتم التعرف على طبيعة مشكلاته من خلال علاقة تعاونية تجمعهما معاً.

٧ - عند إستخدام الفنيات التقليدية كتلك التي تستخدم في علاج الإكتئاب أو إضطرابات الشخصية وذلك في علاج الإعتقادات الذهانية المختلة وظيفياً وما يرتبط بها من هلاوس وضلالات وغيرها تواجهنا ثلاث مشكلات أساسية هي:

أ - أن العديد من الذهانيين مثلهم في ذلك مثل من يعانون من اضطرابات في الشخصية لا يستطيعون وصف مشاعرهم وأفكارهم الأوتوماتيكية المرتبطة بخبراتهم الذهانية، وقد ينكرون ذلك في بعض الحالات وخاصة فيما يتعلق بالضلالات.

ب - أن بعض المرضى قد يقاومون بشدة التحرى المباشر عن مشاعرهم، وقد يجدون أن ما يتبع مع حالات الإكتئاب من أسئلة مباشرة مثل: «صف ما تشعر به» أو «صف لنا ما يدور في ذهنك» يعد بمثابة أمر مهدد لهم.

ج - أن المرضى الذهانيين يرفضون فكرة وجود علاقة مباشرة بين التفكير والمشاعر وهو ما يعد أساساً للعلاج. وقد ينكرون أيضاً التقييم الذاتى السالب أو الأفكار المختلة وظيفياً أو أن مثل هذه الأفكار تعد هى السبب الرئيسى وراء سوء التفسير والعزو وذلك بدلاً من أن يتقبلوها على أنها حقائق واضحة فى حد ذاتها.

### الفنيات العلاجية المعرفية السلوكية للذهان

يمكن إستخدام عدد من الفنيات والإستراتيجيات العلاجية لتخفيف حدة شعور المريض بالهم والكرب واليأس المرتبط بأعراضه الذهانية. ومن الأعراض الذهانية المستهدفة بالعلاج التأويلات البارانونية، والهلاوس، والإندفاعات، ومشاعر العجز وإنهزام الذات، وإذاعة الأفكار، وغيرها. ويتم التركيز خلال العلاج على مثل هذه الأعراض والمشاكل لأنها هى التى تسبب الكرب والعجز.

وهنا نوصى باستخدام عدد من الإستراتيجيات والفنيات المعرفية السلوكية التى يجب أن تستخدم بمرونة والتى تساعد فى تنظيم الذات (أو إستراتيجيات المواجهة) من جانب العديد من المرضى مثل أخذ علاج طبي إضافى، وتحجيم الإنسحاب الإجتماعى، وفهم الذات والعالم، وفهم طبيعة المرض وأعراضه وذلك من خلال التعليم النفسى Psychoeducation وضبط النفس . Self - Control

ويحدد براير وستروس (١٩٨٣) Breier & Strauss ثلاث فئات منفصلة لهذه

الإستراتيجيات هي التعليم الذاتي Self - instruction وتقليل الإشتراك في الأنشطة، وزيادة الإشتراك في الأنشطة. أما تاربار (1992) Tarrier فيصنف هذه الإستراتيجيات في أربعة فئات هي:

- ١ - إستراتيجيات معرفية، مثل تحول أو تشتيت الإنتباه.
- ٢ - إستراتيجيات سلوكية، كزيادة أو تقليل مستويات النشاط.
- ٣ - إستراتيجيات تعديل المدخل الحسى، مثل الإستماع إلى الموسيقى خاصة مع الهلاوس السمعية وذلك باستخدام سماعات للأذن.
- ٤ - إستراتيجيات فيسيولوجية، مثل الإسترخاء.

ومن الجدير بالذكر أن هذه الإستراتيجيات يزداد إستخدامها مع الهلاوس والضلالات. إلا أنه يمكننا أن نستخدم عدداً من الإستراتيجيات والفنيات الأخرى فى هذا الصدد مثل مراقبة الذات Self - monitoring، والتدريب على بعض المهارات مثل التدريب على الإسترخاء، وجداول المهارات، وفقد الحساسية المنظم، والتدريب على السلوك التوكيدى، والتدريب على المهارات الإجتماعية، والتعليم الذاتى، وضبط التفكير. وتستخدم مثل هذه الإستراتيجيات كما يرى هاوتون وآخرون (1989) Hawton et. al فى ضبط النفس. وهناك من الفنيات والإستراتيجيات الأخرى ما يمكن إستخدامه أيضاً مثل تخطيط النشاط وذلك حتى نتجنب مصادر معينة للضغوط، والتدخل المباشر وذلك لتخفيف آثار الأحداث الضاغطة. ومن أمثلة التدخل المباشر التدريب على فقد الحساسية لمصادر الضغوط، والتعرض المتدرج للموقف الحقيقى.

ويمكن فى حالة الهلاوس السمعية إستخدام مراقبة الذات، وتشتيت الإنتباه كأن نطلب من المريض مثلاً أن يقرأ شيئاً ما بصوت مرتفع، أو يدندن، أو يكرر أشياء معينة نطلبها منه وذلك بصوت مرتفع. كما يمكن إستخدام وقف الأفكار، ورفع الروح المعنوية للمريض، وبث ثقته بنفسه فيه. ويرى شادويك وبرشوود

(1994) Chadwick & Birchwood أن هذه الإستراتيجيات إضافة إلى فنية الطرح أى طرح هذه الأصوات من جانب المريض ومناقشتها معه أثناء الجلسات تعد ذات أهمية كبيرة فى هذا المجال. وإستخدم وليامز (1992) Williams إستراتيجية تقليدية فى علاج الأصوات التى يسمعها المريض متبعاً فى ذلك خطوات بيك حيث كان يطلب من المريض أن يقوم بتسجيل وكتابة الأصوات التى يسمعها، ثم يبدأ بعد ذلك فى التعامل معها على أنها أفكار أوتوماتيكية سلبية. كما كان يستخدم الحوار السقراطى Socratic dialogue مع المريض فى هذا الصدد ويسأله عما يعتقد أن الآخرين قد يفكرون فيه. وفى هذا محاولة من جانب المعالج كى يجعل المريض يضع نفسه موضع شخص آخر فيلعب دوره ويفكر فى الأمور من هذا المنطلق. وهذا قد يساعده بطبيعة الحال على أن يبدأ الشك فى حقيقة تلك الأصوات والإعتقادات، وأن يبدأ البحث عن أفكار بديلة بعيداً عن تلك الأفكار التى تحقق من عدم جدواها.

وفيما يتعلق بالإندفاعات والمشاعر الإنتحارية يمكن الاستفادة من إتجاه لاينهان (1993) Linehan فى السيطرة على الأفكار الإنتحارية المرتبطة باضطراب الشخصية الحدية borderline الذى يقوم على إستخدام عدد من المهام إلى جانب العلاج بالعقاقير. ومن هذه المهام ما يلى:

١ - تحديد السلوك المستهدف بدقة والقيام بتحليل معرفى سلوكى للأحداث وما يترتب عليها من نتائج.

٢ - الوصول إلى إتفاق مع المريض حول مدى حاجته إلى ضبط سلوكه، وتوضيح مزايا ضبط هذا السلوك بالنسبة له كتقليل القيود التى تعوقه عن أداء عمله، والقدرة على القيام بوظيفة معينة، ومعاملته من جانب الأخصائيين والأقارب والآخرين على أنه مسئول عن هذا السلوك.

٣ - التحليل المعرفى السلوكى للأحداث وما يترتب عليها من نتائج حتى نحدد بؤرة الإهتمام فى التدخل العلاجى حيث نجد أن الإندفاعات عاة ما تسبق

الإنفعالات الحادة، وهذا يسبب الأفكار المتعلقة بالضلالات المختلفة ويزيد من حدتها.

٤ - مساعدة المريض على أن يواجه الأصوات والاندفاعات بعقلانية، وأن يسيطر على تلك الإندفاعات.

ومن ناحية أخرى تعمل إستراتيجيات التدريب المعرفى السلوكى على مساعدة المريض كى يؤدي شيئاً ما وذلك بدلاً من مجرد التخفيف من حدة العرض فى حد ذاته، وهو ما يعود عليه بالفائدة. ومن هذا المنطلق يمكننا أن نعمل على تعويده أن يذهب للسينما مثلاً مرة كل أسبوع، أو يذهب لمتسوق ويقضى حاجياته بنفسه، أو يأتى للعيادة بشكل منتظم. وهذا يساعده بطبيعة الحال على أن يقوم بتحديد أهداف معينة لنفسه ويعمل على تحقيقها.

وبعيداً عن الفنيات المستخدمة لتدعيم التنظيم الذاتى وهى تلك التى أشرنا إليها سلفاً فى بداية حديثنا عن الفنيات العلاجية هناك إستراتيجية أخرى على درجة كبيرة من الأهمية تستخدم فى خفض حدة الكرب والعجز المرتبط بالأعراض الذهانية تتضمن العمل مع المريض على تطوير فهم مشترك لطبيعة اضطرابه الذهانى مما يساهم فى فهمه لخبراته المختلفة، ويوفر له الأساس اللازم كى يقوم بإعادة تفسير أعراضه وعزوها إلى أسبابها الحقيقية مما يخفف من مشاعر الذنب ولوم الذات التى قد يشعر بها تجاه بعض الأفعال، كما قد يخفف أيضاً من شعوره بالفشل. ومع ذلك يمكن الإستفادة منها أيضاً فى التنظيم الذاتى حيث تساعد المريض على أخذ العلاج الطبى، وتجنب مصادر معينة للضغوط، وتحديد أهداف واقعية يعمل على تحقيقها. وتعتمد هذه الفنية على ما يعرف بالتعليم النفسى Psychoeducation ولكننا نعتد فى تقديم هذه الفنية على سمات العميل حتى يمكن الإستفادة من ذلك فى تقديم المعلومات المناسبة له حول طبيعة مرضه والأعراض التى تبدو عليه. وهناك عدد من العناصر يجب أن نضعها فى الإعتبار عند إستخدام هذه الفنية نوردها كما يلى:

١ - تحديد خبرات العميل المستهدفة كالأصوات، وسحب الأفكار، والإدراكات الشاذة، إلى جانب الإعتقادات المرتبطة بالضلالات.

٢ - تحديد الإعتقادات التي يعتنقها العميل حول هذه الخبرات والتي قد ترتبط بالضلالات وقد لا تكون كذلك.

٣ - تحديد مدى إهتمام العميل وإنشغاله بمثل هذه المظاهر ومدى تأثيرها عليه وعلى ما يصدر عنه من سلوكيات.

٤ - قياس الحالة الوجدانية للعميل، وتقديره لذاته، وجوانب مختارة من أدائه المعرفي، ثم مناقشة ذلك معه وتوضيح ما يمكن أن تتركه عليه من آثار حتى يتم وضع أهداف لها والعمل على تحقيقها.

وإلى جانب ذلك فهناك فنيات أخرى يمكن إستخدامها والإستفادة منها في هذا الصدد مثل إعادة تشكيل reframing الخبرة الذهانية وذلك حتى تقل حدة الكرب ويبدأ المريض في تطوير أساليب جديدة لفهم خبراته الذهانية من أصوات، وهلاوس، وضلالات، وإدراكات شاذة، وغيرها. وهنا يحاول المعالج أن ينقل له ثلاثة أفكار أو موضوعات أساسية هي:

أ - قد يكون هناك تفسير منطقي لما يبدو له كخبرات غريبة مثل ما يحدث من إساءة تفسير الإستجابة الجسمية العادية أو إحتمال أن تنتج تلك الخبرات عن خداع الإدراك.

ب - على الرغم من أن مثل هذه الخبرات تعد غير سارة فإنها في حد ذاتها لا يجب أن تكون بالضرورة خطيرة أو تسبب تهديداً له.

ج - أن العديد من الأفراد سواء كانوا ذهانيين أو من العينات غير الإكلينيكية يملكون مثل هذه الخبرات، وهذا من شأنه أن يجعل تلك الخبرات أقل تهديداً له.

ومن جانب آخر قدم يونج (١٩٩٠) Young أسلوباً أو إستراتيجية جديدة في العلاج المعرفي السلوكي تعرف بالعلاج المتمركز حول البنية العقلية المعرفية Schema

Centered therapy - يرى من خلالها أنه يجب عند العمل مع الأفكار والاعتقادات المختلفة وظيفياً حول الذات وحول الآخرين أن نقوم بتحديد مثل هذه الأفكار والاعتقادات وتوضيحها أولاً، ثم نعمل على تعديلها بعد ذلك باستخدام إستراتيجيات معينة خلال جلسات العلاج كمناقشة تلك الأفكار والاعتقادات مثلاً، ونعمل بعدها على تعديل خبرات المريض عنها، وتخطيط الأنشطة اللازمة لهذا التعديل مما يساعده على مواجهتها. ومن الإستراتيجيات الأخرى التي يمكن إستخدامها في هذا الصدد إعادة التأهيل النفسى، ولعب الدور.

كذلك قام تاريار وآخرون (Tarrier et. al (١٩٩٢ بتطوير إتجاه يعرف بتعزيز إستراتيجية المواجهة (Coping Strategy Enhancement (CSE) يتضمن عدداً من الخطوات على النحو التالى:

- تقييم الأعراض الذهانية لدى المريض .
- العمل مع المريض على تطوير إستراتيجية معينة للمواجهة لكل عرض ذهانى، ويتم التعامل مع كل عرض على حدة.
- تنفيذ البرنامج العلاجي فى عشر جلسات علاجية على مدى خمسة أسابيع.
- إستخدام فنيات معرفية وأخرى سلوكية.

### دراسات تطبيقية

إستخدم فاولر ومورلى (Fowler & Morley (١٩٨٩ العلاج المعرفى السلوكى لعلاج خمس حالات يعانون من هلاوس وضلالات مزمنة. وتضمن البرنامج العلاجي عشر جلسات على مدى ثلاثة شهور. وتم التركيز خلاله على محاولات تعديل إعتقادات المريض حول الأصوات التى يسمعها، كما إستخدمت إستراتيجية التنظيم الذاتى. وكشفت النتائج عن تحسن تام لأحد المرضى وإختفاء الهلاوس تماماً. وإستطاع ثلاثة آخرون السيطرة على ما يسمعونه من هلاوس مع إنخفاض كبير فى حدة المشاعر السلبية التى ترتبط بأعراض الهلاوس. وهى تغيرات بطبيعة الحال لها دلالتها ومغزاها الإكلينيكى. كما كشفت النتائج أيضاً عن حدوث العديد

من التغيرات نتيجة للعلاج، منها تغيرات فى الأداء الوظيفى مثل القدرة على قراءة الكتب، ومشاهدة التلفيزيون، وحضور المواقف الإجتماعية المختلفة والمشاركة فيها. وأوضحت الدراسة التتبعية إستمرار هذه التغيرات لمدة عام بعد إنتهاء البرنامج العلاجى. وكشفت دراسة بيريز (1989) Perris التى أجراها على ثلاثين مريضاً من مرضى الفصام لم يكمل تسعة منهم البرنامج العلاجى، وإستخدم خلالها إستراتيجية التنظيم الذاتى، وتحديد الإعتقادات والأفكار السلبية المرتبطة بالهلاوس، عن أن هذا الأسلوب العلاجى له فاعليته حيث أدى إلى تحسن دال فى الأداء الإجتماعى لهؤلاء المرضى ظهر واضحاً فى علاقاتهم الإجتماعية. وهو ما أكدته الدراسة التتبعية لهم والتى إستمرت ثلاث سنوات. كما نوصل بيشاى وآخرون (1989) Bishay et. al باستخدام نفس أسلوب العلاج المعرفى السلوكى للإكتئاب الشديد، وتضمن مناقشة الأفكار الأوتوماتيكية السلبية والإفتراضات المختلة وظيفياً لدى أحد عشر مريضاً ممن يعانون من ضلالات الغيرة، وتوصلوا إلى حدوث تحسن دال إختفت معه تلك الضلالات وذلك لدى عشرة من هؤلاء المرضى الأحد عشر.

ويرى نيلسون وآخرون (1991) Nelson et. al أن إستخدام إستراتيجيات المواجهة له آثار دالة وفعالة على الرغم من كونها محدودة وذلك فى دراستهم التى أجروها على عينة ضمت تسعة عشر مريضاً يعانون من هلاوس سمعية مزمنة، وإستخدموا ثلاث إستراتيجيات علاجية هى:

١ - مصم للأذن earplug لسدها.

٢ - صرف الإنتباه، وذلك عن طريق موسيقى يسمعها المريض من خلال سماعات يضعها فوق رأسه وأذنيه. headphones

٣ - العد المتكرر. repetitive Counting

وتم الحكم على مدى فاعلية هذا البرنامج عن طريق التقارير الذاتية للمرضى حيث قرر خمسة منهم حدوث تحسن عام لهم، وقرر إثنان إختفاء الهلاوس نهائياً.

كذلك فقد قرر ١٦ مريضاً أن البرنامج قد عاد عليهم بفائدة كبيرة، فى حين قرر أحد عشر مريضاً أنهم سوف يستمرون فى إستخدام تلك الإستراتيجيات بعد إنتهاء العلاج نظراً للتحسن الذى طرأ عليهم.

وقام كنجدون وتوركنجتون (١٩٩١) Kingdon & Turkington باستخدام أسلوبين علاجيين هما تعديل الخبرات لتصبح سوية، وإعادة العزو وذلك على عينة ضمت ٦٤ مريضاً من مرضى الفصام المترددين على المستشفى كعلاج مقنن. وبعد إعطاء معلومات للمرضى عن طبيعة أعراضهم الذهانية، قيل لهم أن الخبرات الذهانية التى يعانون منها يمكن أن يعانى منها أناس آخرون غيرهم، وقد تستمر تلك الخبرات حتى بعد تعديلها لتصبح سوية، وبالتالي لايجب بالضرورة أن تكون خبرات خطيرة أو مهددة أى ليست مأسوية. وتم إستخدام إجراءات معرفية سلوكية تتمثل فى أساليب التركيز focusing وتعديل الأفكار والإعتقادات، وإدارة القلق أو السيطرة عليه anxiety management والتدريب على المهارات. وكشفت النتائج عن فاعلية هذا البرنامج العلاجى حيث تغيرت التفسيرات التهديدية للأعراض الذهانية، وقلت المخاوف المرتبطة بها.

ولاحظ فاوئر (١٩٩٢) Fowler أن الأفكار والإفراضات المختلة وظيفياً والتى تتعلق بموضوعات عدم القيمة، والكراهية، والشر، والتهديد المدرك من الآخرين كانت موجودة لدى سبعة من تسعة عشر مريضاً من مرضى الفصام أجرى دراسته هذه عليهم. وكانت الإعتقادات التى تتعلق بتلك الموضوعات لدى كل حالة من هذه الحالات تنعكس فى محتوى أو موضوعات الإعتقادات الضلالية. ولاحظ أنه قد تم بنجاح إستخدام برنامج العلاج المعرفى السلوكى الذى يتألف من اثنتين وعشرين جلسة علاجية إستمرت لمدة عام تم خلاله مناقشة مثل هذه الإعتقادات وعرض بدائل تخفف بدرجة كبيرة من التفكير الدال على إنهزام الذات وذلك مع خمس حالات، وأدى أيضاً إلى حدوث تحسن ملحوظ لديهم وتغير دال فى أدائهم على مقاييس الأعراض الذهانية وما يرتبط بها من إكتئاب وقلق إجتماعى. كما

لاحظ أيضاً أن خمسة مرضى قد حدث لديهم تحسن دال كما يتضح من أدائهم على إختبارات الأعراض المرضية، فى حين إنسحب خمسة آخرون ولم يكملوا العلاج. ويرى سميث وآخرون (Smith et. al (1992) فى دراستهم التى إستخداموا فيها إستراتيجية التعليم النفسى Psychoeducation من خلال محاضرات ومناقشات مع مرضى الفصام إستمرت أربع جلسات وتضمنت الموضوعات التالية:

أ - مفهوم الفصام.

ب - أعراض الفصام.

ج - العلاج والعقاقير اللازمة.

د - الحجز بالمستشفى أو العلاج خارج المستشفى.

وفى إختبار تم إجراؤه بعد البرنامج العلاجى إتضح زيادة معلومات المرضى عن الفصام. وأوضحت النتائج أن العلاج كان له أثره على بصيرة المريض وتعاونه خلال البرنامج العلاجى، وأنه كان يتم إستيعاب المعلومات الملقاة على المرضى إذا كانت تتصل فقط بإعتقاداتهم التى يعتنقونها أو بأعراضهم الذهانية التى تتضمن الضلالات بطبيعة الحال. كما إتضح أن البرنامج المستخدم قد ساهم بقدر كبير فى حدوث تحسن فى حالة المرضى وفى إختفاء العديد من أعراضهم الذهانية.

وأجرى تاريار وآخرون (Tarrier et. al (1993) دراسة على عينة من مرضى الفصام ضمت 27 مريضاً تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات؛ إثنين تجريبيتين (علاجيتين) والثالثة ضابطة، وقارنوا فى هذه الدراسة بين مدى فاعلية إستراتيجيتين علاجيتين؛ تتمثل الأولى فى تعزيز إستراتيجية المواجهة CSE والثانية فى حل المشكلات PS. وتضمنت إستراتيجية حل المشكلات تعليم المرضى إستخدام مجموعة من الأساليب العامة لحل المشكلات تتعامل مع مشكلات إجتماعية كالتفاعلات بين الشخصية على سبيل المثال. أما تعزيز إستراتيجية المواجهة كإستراتيجية علاجية فهى تلك التى قدمها تاريار Tarrier عام 1992 والتى تناولناها من قبل. وتم تطبيق إستراتيجية واحدة مع كل مجموعة علاجية.

وكشفت النتائج عن حدوث نقص كبير فى الأعراض الذهانية لدى أفراد المجموعتين العلاجيتين قياساً بأفراد المجموعة الضابطة والذين لم يحدث لهم أى تحسن. كذلك فقد أثبتت النتائج أن إستراتيجية التعزيز CSE أفضل فى فاعليتها العلاجية من إستراتيجية حل المشكلات حيث كانت نسبة التحسن لدى المرضى الذين يستخدمونها ٦٠% فى مقابل ٢٥% للمرضى الذين كانوا يستخدمون إستراتيجية حل المشكلات. ووجد هادوك وآخرون (١٩٩٣) Haddock et. al أن العلاج المعرفى السلوكى له فاعليته فى علاج الهلاوس حيث كشفت النتائج عن إنخفاض حدة الهلاوس لدى أفراد العينة مع إختفائها تماماً لدى بعض المرضى الذين خضعوا للبرنامج العلاجى، وذلك فى دراستهم التى إستخدموا فيها إستراتيجية التركيز Focusing لخفض تكرار الأصوات التى كان يسمعونها هؤلاء المرضى وما يرتبط بها من مشاعر سلبية وذلك عن طريق إعادة العزو التدريجى لتلك الأصوات إلى الذات. وتضمن البرنامج العلاجى خليطاً من مراقبة الذات Self - monitoring وأساليب تشجيع المرضى على إعادة عزو الأصوات التى يسمعونها، وفقد الحساسية للقلق الذى تسببه تلك الأصوات، إضافة إلى مناقشة كيفية السيطرة على مشكلات المرضى.

وأوضحت نتائج الدراسة التى أجراها موريسون (١٩٩٤) Morrison على سيدة فى الثامنة والثلاثين من عمرها تعانى من هلاوس سمعية مستخدماً فنيات التعليم النفسى، وإعادة البناء المعرفى، وصرف الإنتباه أن تكرار حدوث الهلاوس السمعية قد قل بدرجة دالة، وقل معها الشد العصبى المصاحب، كما قل أيضاً إعتقاد الحالة فى مدى واقعية مثل هذه الهلاوس. وفى الدراسة التى أجراها شادويك ولاو (١٩٩٤) Chadwick & Lowe وإعتمداً فيها على تغيير الإعتقادات والأفكار المشوهة لدى عينة ضمت إثنى عشر مريضاً ممن يعانون من الضلالات كشفت النتائج عن حدوث قدر كبير من الإنخفاض فى الإعتقاد فى أفكار معينة ترتبط بتلك الضلالات لدى عشرة من هؤلاء المرضى، فى حين إختفت الضلالات نهائياً لدى خمسة منهم. وقد بدأ البرنامج العلاجى بتقييم للأعراض الذهانية للمرضى

ومناقشة هذه الأعراض، ثم عرض تفسيرات بديلة لها. وفي بعض الحالات كان يتم تشجيع المريض على القيام باختبار سلوكي للواقع وذلك بخصوص الأفكار والإعتقادات. وإستغرقت جلسات العلاج عشرين جلسة. وأوضحت نتائج الدراسة التتبعية لهؤلاء المرضى بعد مرور ستة شهور من العلاج إستمرار أثر التغيرات فى الأفكار والإعتقادات فى خفض حدة الضلالات لديهم وإستمرار تحسنهم. وفى دراستهم التى أجروها على مجموعة من مرضى الفصام الذين يعانون من الضلالات قوامها إثنا عشر مريضاً يستخدمون العلاج المعرفى السلوكى ومقارنتهم مع مجموعة أخرى ضمت سبعة مرضى كمجموعة ضابطة يستخدمون العلاج بالعقاقير، وإستغرق البرنامج العلاجى ست عشرة جلسة على مدى ستة أشهر وإستخدموا خلاله أسلوب التعليم النفسى الذى يقوم على إعطاء معلومات للمرضى عن طبيعة مرضهم وأعراضه وجد جارىتى وآخرون (Garety et. al 1994). أن هذا الأسلوب العلاجى قد أدى إلى حدوث تغيرات فى العلاقة العلاجية مع المعالج، وفى بعض الأفكار والإعتقادات لدى بعض هؤلاء المرضى أدت إلى حدوث نقص فى الضلالات لديهم وفى الأعراض المرضية والإكتئاب قياساً بالمجموعة الضابطة مع وجود فروق فى المشاعر السلبية والعجز المدرك ومدى الإنشغال بالإعتقادات المرتبطة بالضلالات وذلك بين المجموعتين. إلا أن الفروق بين المجموعتين مع ذلك لم تكن دالة، وقد أرجع هؤلاء الباحثون ذلك إلى أن عدداً من المرضى بالمجموعة الضابطة كانوا يتلقون علاجاً بالعقاقير قبل بدء البرنامج العلاجى مع المجموعة التجريبية. وهذا بطبيعة الحال يعد خطأ تجريبياً لم يتمكن هؤلاء الباحثون معه من إحداث التجانس المطلوب بين المجموعتين قبل بداية البرنامج العلاجى، وهذا من شأنه أن يؤثر على النتائج.

وفى دراسة أخرى أجراها هادوك وآخرون (Haddock et. al 1996) على تسعة عشر مريضاً ممن يعانون من الهلاوس تم تقسيمهم إلى مجموعتين تضم الأولى عشرة مرضى يستخدمون أسلوب التركيز Focusing أى تجاهل تلك الهلاوس والتركيز على موضوع آخر، بينما تضم المجموعة الثانية تسعة مرضى يستخدمون

أسلوب صرف الإنتباه. وتضمن البرنامج العلاجي لكلا المجموعتين ثمانى عشرة جلسة على مدى ستة شهور. وقد أثبتت نتائج هذه الدراسة أن أفراد المجموعة الأولى الذين كانوا يستخدمون أسلوب التركيز قد أظهروا تحسناً على العديد من المقاييس تضم إستخبارات للشخصية لتحديد مدى مساهمة الهلاوس فى حدوث إضطرابات مختلفة لهم فى حياتهم، ومدى تكرار تلك الهلاوس. كما لم يحدث أى تغير فى الإنفعالات السلبية المرتبطة بالهلاوس، أو فى القلق أو الإكتئاب. بينما أدى أسلوب صرف الإنتباه إلى تخفيض المشاعر السلبية المصاحبة للهلاوس وخفض تكرارها. وبذلك نجد أن كلا الأسلوبين لهما فاعلية فى علاج الهلاوس وإن كان أحدهما هو الأكثر فاعلية، إلا أن هذين الأسلوبين يعتبران من الأساليب المستخدمة فى العلاج المعرفى السلوكى، وهذا يعنى أن له فاعليته فى علاج الهلاوس.

### تعليق عام

من العرض السابق لإستخدام العلاج المعرفى السلوكى مع الإضطرابات الذهانية نلاحظ أن الإهتمام بهذا المجال قد إزداد زيادة كبيرة كما يعكسه زيادة عدد الدراسات التى تناولته ومدى ماحققته من نجاح فى هذا الصدد على الرغم من أن تطبيق هذا الأسلوب العلاجي على الذهانيين يعد تطوراً حديثاً نسبياً.

ويتضح من خلال إستعراضنا للتراث السيكلوجى والسيكاترى حول هذا الموضوع تعدد التكنيكات المستخدمة فى العلاج المعرفى السلوكى، وربما يرجع ذلك إلى خصائص المرضى الذين أجريت عليهم تلك الدراسات. ومن الملاحظ أن هذه الدراسات قد تناولت أعداداً صغيرة من المرضى، كما أن بعضها قد إهتم بالتأكيد على وتقييم جوانب معينة من العلاج المعرفى السلوكى فركز هادوك وآخرون (Haddock et. al (1993) مثلاً على علاج الهلاوس، وركز سميث وآخرون (Smith et. al (1992) على التعليم النفسى والذى يعتبر بمثابة إستراتيجية علاجية تقوم على إعطاء العملاء المعلومات الكافية عن المرض الذى يعانون منه وجعلهم

على دراية تامة بطبيعته والأعراض التي تميزه، وركز شادويك ولاو (1994) Chadwick & Lowe على تعديل الإعتقادات الخاطئة، وتناول نيلسون وآخرون (1991) Nelson et. al وتاريار وآخرون (1993) Tarrier et. al إستراتيجيات المواجهة للأعراض الذهانية، وإستخدام بيريز (1989) Perris إجراءات العلاج المعرفى السلوكى على مرضى الفصام من خلال العلاج الجماعى.

كذلك فقد أوضحت هذه الدراسات فى علاجها للهلاوس والضلالات إستخدام عدد من الإستراتيجيات مثل مراقبة الذات، والإنصات، وتعديل الأفكار والإعتقادات، وخفض حدة القلق عن طريق التحصين التدريجى وفقد الحساسية، وصرف الإنتباه عن طريق الإستماع إلى الموسيقى من خلال سماعات headphones وتركيز الإنتباه. وإستخدام كل من تاريار (1992) Tarrier وفاولر ومورلى (1989) Fowler & Morley خليطاً من إستراتيجيات المواجهة السلوكية وتلك التى تعتمد على إعادة البناء المعرفى. وإستخدام تاريار وآخرون (1993) Tarrier et. al إستراتيجية حل المشكلات إلى جانب تعزيز إستراتيجية المواجهة CSE التى قدمها عام 1992. هذا إلى جانب إستخدام عدد آخر من الإستراتيجيات فى بعض الدراسات مثل أساليب التنفير، والتعليم الذاتى، ووقف التفكير.

وقد أكدت هذه الدراسات على فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى التخفيف من حدة الإضطرابات الذهانية المختلفة، والإستخدام الناجح لإجراءات هذا العلاج فى تعديل مدى واسع من الخبرات والأنماط السلوكية المرتبطة بالذهان والمتعلقة أساساً بالهلاوس والضلالات. كما أكدت أيضاً على فاعليته فى التخفيف من إضطراب التفكير. ولكن مع ذلك يؤخذ على هذه الدراسات أنها حاولت أن تعدل جانباً واحداً فقط من جوانب الخبرة الذهانية كالهلاوس أو الضلالات مثلاً ولم تتطرق إلى الجوانب الأخرى المتضمنة فى تلك الخبرة، كما لم تقدم دليلاً على ما إذا كان تغيير مثل هذه الجوانب له أثره على الإضطراب الذهانى ككل أم لا. وقد يرجع ذلك إلى أن إستخدام هذا الأسلوب العلاجى مع الأفراد الذهانيين لا يزال فى

مرحلة مبكرة نسبياً مما يجعله يحتاج إلى مزيد من التوضيح والتأييد. وإذا كانت الدراسات التي أجريت للآن قد أثبتت فعاليته مع أفراد هذه الفئة إلى حد كبير فإنه لا توجد هناك أدلة على إستخدامه بنجاح مع مجموعات كبيرة من المرضى حيث إستخدمت هذه الدراسات مع عينات صغيرة من المرضى. كذلك فالمدة التي يستمر فيها البرنامج العلاجي مع هؤلاء المرضى يجب ألا تقل عن عام كحد أدنى (متضمناً دراسة تتبعية مدتها ستة شهور) وذلك حتى تكون نتائجه فعالة بدرجة كبيرة. وإن كانت نتائج الدراسات التي أجريت للآن فى هذا المجال تكشف عن أن العلاج المعرفى السلوكى مع هذه الفئة من المرضى يبشر بنتائج طيبة، وبالتالي يستحق المتابعة والتطوير. .

