

الفصل الخامس

مقاومة اضطراب القلق الاجتماعي

خجل سيمور

سيمور عامل فى البريد ، يبلغ من العمر ٥٠ عاماً ، ومازال لم يتزوج . قرر سيمور مؤخراً الذهاب إلى المعالج النفسى بسبب خجله واكتتابه المضطرب أثناء المقابلة الشخصية التشخيصية ، أخبر سيمور المعالج النفسى أنه يعانى دائماً من الخجل ، كما أنه يشعر بالاكئاب . بالإضافة إلى ذلك ، أخبر سيمور المعالج النفسى أنه لا يستطيع تذكر الشعور بالراحة فى المواقف الاجتماعية .

حتى فى المدرسة ، كان يشعر بأن عقله أصبح فارغاً (صفحة بيضاء) عندما يطلب منه أحد التحدث أمام مجموعة من أصدقاء الوالدين . كان سيمور يتجنب الذهاب إلى حفلات عيد الميلاد والتجمعات الاجتماعية الأخرى ، وإن ذهب إلى هناك ، يظل صامتاً هادئاً . كان سيمور طفلاً وديعاً فى المدرسة ، وكان يجيب على الأسئلة فى الفصل فقط عندما يكتبها مسبقاً ، وحتى مع هذا الأسلوب ، كان يتمتم ، وغير قادر على الإجابة بوضوح . كان يلتقى مع الأطفال الجدد وعينة تنظر إلى الأرض ، خوفاً من أن يضحكوا عليه أو يهزؤوا به .

عندما كبر سيمور ، كان أصدقاؤه قليلين . كان سيمور جيد المستوى فى المدرسة ، ما عدا فى المواد التى تتطلب المشاركة داخل حجرة الدراسة . كمراهق ، كان سيمور قلق فى التفاعلات مع الجنس الآخر .

على الرغم من رغبته فى أن تكون له علاقة مع فتاة ، إلا أنه لم يحظى بموعد مع فتاة خوفاً من الرفض . التحق سيمور بالجامعة ، وكان أدائه جيداً ، ولكن عندما طلب منه تقديم عروض شفوية فى دروسه الجامعية ، امتنع عن الحضور وفى النهاية توقف عن الذهاب للجامعة . بعد ذلك بسنوات قليلة ، وجد صعوبة الشخصية الخاصة بالوظيفة . وفى النهاية ، وجد سيمور بعض الوظائف التى كانت تتطلب مجرد اختبار تحريرى .

منذ عدة سنوات ، عرضت عليه وظيفة فى مكتب البريد للعمل فى المناوبة الليلية . عرضت عليه العديد من الترقيات ، إلا أنه رفضها خوفاً من الضغوط الاجتماعية . أخبر سيمور المعالج النفسى أن له العديد من الأقارب فى العمل ، ولكن ليس له أصدقاء ، إنه يتجنب كل الدعوات للاجتماع مع الزملاء فى العمل بعد مناوبته .

سيمور خائف من معظم المواقف الاجتماعية ، حيث يتجنبها بكل ما يملك من قوة . إذ لم يستطع تجنبها ، فإنه يبالغ فى الإعداد لها ، ويكتب لها قبل الدخول فيها حتى يعلم ما يقول . ولكن على الرغم من كل ذلك ، إلا أنه كان يشعر بالخوف الشديد عند مواجهة المواقف الاجتماعية .

غالباً ما كان يراقب ويلاحظ نفسه فى المواقف الاجتماعية ، ويشعر بالتقزز من عدم كفاءته . فكان يشعر بعدم القدرة على التعامل مع المواقف الاجتماعية ، وكان يشعر أن القلق لديه خارج السيطرة ، ثم تناول أحاسيس جسمية مثل سرعة ضربات القلب ، وعرق اليدين ، والارتجاف .

كان سيمور يحاول التحكم فى القلق لديه فى المواقف الاجتماعية عن طريق الأدوية الطبية ، ومع ذلك كان لا يحب فكرة أخذ الأدوية الطبية .

التعريف بالاضطراب

اضطراب القلق الاجتماعى (Social Anxiety Disorder) يُعرف أيضاً بالفوبيا الاجتماعية (حالة يتم فيها تشخيصها على أنها حالة مرضية .تشير الدراسات فى مجال علم الأمراض أن معدلات الانتشار بين ٧٪ إلى ١٢٪ فى البلاد الغربية .هذا الاضطراب يؤثر على الإناث والذكور على حد سواء ، يبدأ هذا الاضطراب غالباً فى منتصف المراهقة ، كما أنه قد يبدأ فى مرحلة الطفولة ، يكون اضطراب القلق الاجتماعى مصحوباً باضطراب فرط القلق Overanxious disorder ، الرفض المدرسى ،البكم ، قلق الانفصال ، والخلل الشديد .

وإذا لم يتم علاج هذا الاضطراب فإنه يصير مزمناً ،ويؤدى إلى اضطرابات قوية فى الأداء الاجتماعى والمهنى .هناك العديد من المواقف الاجتماعية التى تمثل الإلحاحات للقلق

الاجتماعى ، بما فى ذلك موافق الأداء مثل :التحدث ، تناول الطعام ، والكتابة أمام العامة ،الدخول فى حوارات ،الذهاب الى حفلات ، وعمل لقاءات ،ولقاء الغرباء ، أو التعامل مع الشخصيات المسئولة .عندما ترتبط مخاوف الفرد بمعظم أو كل المواقف الاجتماعية ، يتم تعيين نوع فرعى عام .

بالإضافة الى ذلك ، يمكن أن يلتقى الناس محور ثاني تشخيصى للاضطراب الشخصية التجنبية . نتيجة لذلك ، فإن الفئة التشخيصية للاضطراب القلق الاجتماعى (Hoffman et al ,2004) .لاقى سيمور محكات التشخيص للنوع الفرعى التشخيصى لاضطراب القلق الاجتماعى واضطراب الشخصية التجنبية .

نموذج العلاج

يعتقد الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعى أن العالم مكان خطير .فهم يفترضون أن عليهم ملاقاته معيار اجتماعى معين ، وذلك بالتصديق بطريقة معينة ، وأن هذا المعيار مرتفع ، وأنهم تعوزهم الكفاءة لملاقاة هذا المعيار . عندما يدخل هؤلاء الأفراد إلى موقف اجتماعى ، فإنهم يميلون الى التركيز على مناحى القصور هذه ، ولذلك يوجهون انتباههم صوب المظاهر السالبة لأنفسهم ، ونتيجة لذلك ، يخافون أن ينظر إليهم الآخرون نظرة سالبة ، ويعتقدون أن هذا سوف ينتج عنه نواتج سالبة ، طويلة المدى ، ولا يمكن تغييرها .

يعتقد سيمور – مثله فى ذلك مثل الأفراد الآخرين ذوى اضطراب القلق الاجتماعى – أن المعايير الاجتماعية صعبة المنال ، وأنه لا يملك الكفاءة التى تمكنه من مجابهة هذا التهديد بشكل كافى .

كما أن تخصيص مصادر الانتباه للمظاهر السالبة فى نفسه ، والبعد عن المظاهر المرتبطة بالمهمة تقوّى خوفه من التقييم السالب . بالإضافة إلى ذلك ، فإنه يخاف أن التقييم السالب سوف ينتج عنه نواتج اجتماعية سالبة وطويلة المدى .

نتيجة هذه المعارف اللاتكيفية ، والعمليات المعرفية اللاتكيفية . فإن سيمور يمر بخبرة استجابة الخوف التى يمكن وصفها على أنها نوبات هلع فى بعض الحالات ، وانسحاب شديد فى حالات أخرى .

ومع ذلك ، فإن ما يشبه ذلك هو أعراض مثل الهلع تشتمل على سرعة ضربات القلب ، العرق ، الرعدة ، والشعور الشديد بالخوف والقلق . على سبيل المثال . يقوم سيمور بفرط الإعداد ، ويكتب ما يريد قوله فى المواقف الاجتماعية المرتقبة ، ويتناول بعض الأدوية المهدئة .

على الرغم من أن إستراتيجيات التجنب هذه تهدئ من القلق على المدى القريب ، إلا أن لها نواتج سلبية على المدى البعيد . تتمثل النتيجة السالبة الرئيسية فى التأثير القوى على بقاء القلق الاجتماعى لديه ، بسببه إستراتيجيات التجنب ، لم تكن لدى سيمور فرصة لاختبار ما إذا كان أسوأ السيناريوهات سوف يحدث .

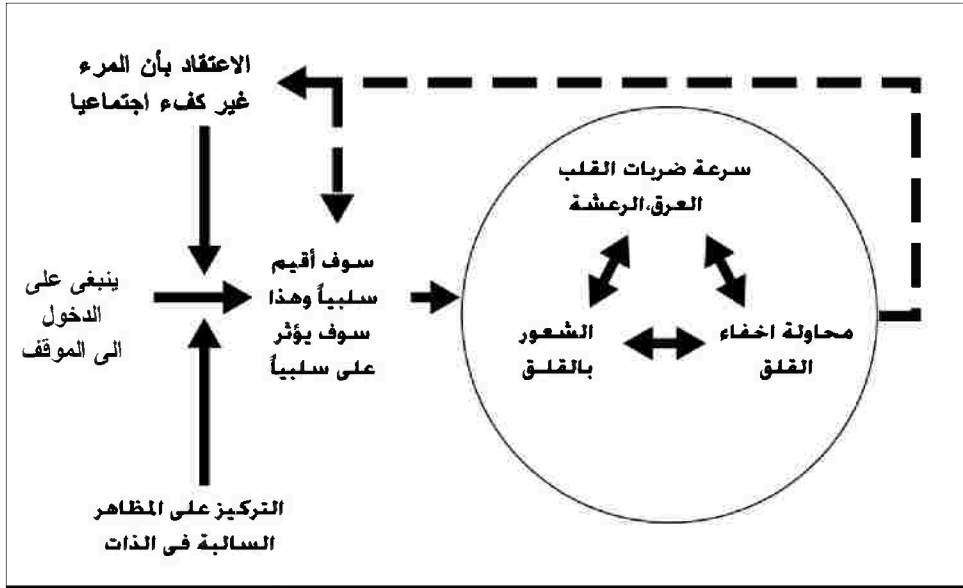
وإذا حدث ، ما هى النتائج الحقيقية المترتبة عليه . يعتقد سيمور - مثله فى ذلك مثل الأفراد الآخرين ذوى اضطراب القلق الاجتماعى - أن الحوادث الاجتماعية المؤسفة سوف تكون لها نواتج كوارثية طويلة المدى لا يمكن تغييرها . ومع ذلك ، فالحقيقة هى أن المواقف الاجتماعية عبارة عن أحداث غير ضارة .

التقييم السلبي الذى يقوم به الآخرون - إن وجد - يؤدى إلى نواتج سالبة فعلية ، وإذا فعلوا حقاً ، فإن تأثيرات هذا التقييم قصيرة المدى . من الاستثناءات النادرة الأخطاء الاجتماعية الرئيسية التى تؤدى إلى الطلاق ، أو خسارة وظيفة أو صديق . ومع ذلك من الصعب تخيل أيّاً من هذه الأحداث المؤسفة التى تؤدى بالضرورة وبشكل موثوق به إلى هذه النتائج .

من الواضح أن المؤثر المخيف تخيلى ، وغير واقعى . فالعالم الاجتماعى من صنع الإنسان ، وقوانين هذا العالم تبين درجة من التحمل والمرونة . ومع ذلك ، لا يرى سيمور قوانين العالم على أنها مرونة ويمكن تحملها ، بل يراها جامدة وصعبة التحمل ، والتكيف معها .

أحد هذه القوانين ألا يظهر المرء القلق فى المواقف الاجتماعية . وهذا يستميل - بشكل متناقض - درجة كبيرة من القلق . نظراً لأن سيمور يمر بخبرة القلق الجسمى الشخصى القوى ، فإن الموقف يبدو مهدد نتيجة الاستدلال الوجدانى والإدراك الذاتى .

علاوة على ذلك ، غالباً ما يفكر الأفراد المرتفعون فى القلق الاجتماعى فى المواقف الاجتماعية الماضية. هذه العملية - التى يُشار إليها أيضاً على أنها التجهيز ما بعد الحدث - غالباً ما تركز على المظاهر السالبة ، وتحول الخبرات الغامضة ، أو حتى التى تبدو سارة فى البداية إلى أحداث غير سارة . وسالبة ، وهذا بدوره يعزز من الإدراك الذاتى السلبى ، والمقولات الذاتية التى تستميل القلق ، ويؤدى إلى دورة تغذية راجعة إيجابية ونظام الإبقاء الذاتى . الشكل (١١) يبين القلق الاجتماعى لدى سيمور .



الشكل (١١) القلق الاجتماعى لدى سيمور

إستراتيجيات العلاج

يزود العلاج النفسى الفعال المريض بمدى من الخبرات التقليدية التى تعدل من معتقداته ، فى حين يجعل التفسيرات والمعتقدات الأخرى متاحة . صاغ هوفمان (Hoffman, 2007a) نموذجاً شاملاً للعلاج النفسى لاضطراب القلق الاجتماعى. هذا النموذج تم ترجمته إلى إستراتيجيات علاج معينة (Hofmann & Otto, 2008). أما النماذج

السابقة ، فقد أعدها كلارك وولز (1995) Clark&Wells ، رابى & هيمبرج Raabee&Heimberg (1997).

يفترض نموذج هوفمان أن الأفراد ذوى اضطراب القلق الاجتماعى خائفون فى المواقف الاجتماعية - لأنهم يرون المعيار الاجتماعى (التوقعات والأهداف الاجتماعية) على أنه مرتفع. فهم يرغبون فى التأثير فى الآخرين ، ولكن يتشككون فى مقدراتهم على عمل ذلك . قد يرجع ذلك - جزئياً إلى عدم قدرتهم على تحديد الأهداف الخاصة التى يمكن تحقيقها ، واختيار إستراتيجيات سلوكية معينة للوصول الى هذه الأهداف وتحقيقها .

وهذا يؤدى إلى مزيد من الخوف الاجتماعى ، وزيادة الانتباه الذى يركز على الذات والذى يستثير عدداً من العمليات المعرفية الإضافية . من المتوقع - متى تم إدراك الموقف على أن لديه القدرة على التقييم الاجتماعى - أن يصبح الأفراد ذوو اضطراب القلق الاجتماعى منشغلين مسبقاً بالأفكار السالبة عن أنفسهم ، والطريقة التى يراهم بها الآخرون .

من المفترض أن يحدث الانطباع السلبي - فى الغالب - فى شكل صورة من منظور "ملاحظ" ، ويرى فيه الأفراد ذوو اضطراب القلق الاجتماعى أنفسهم كما لو كان من منظور الأفضلية لشخص آخر. لذا، يفترض أن العلاج أكثر فاعلية إذا استهدف المعارف المختلفة وظيفياً بشكل مباشر ، وبشكل منظومى من خلال العلاج المعرفى السلوكى .

تتفق مع هذه الفكرة نتائج الدراسات التى توضح أن الأفراد ذوى القلق الاجتماعى يعتقدون بأن الأحداث الاجتماعية السالبة احتمالية حدوثها أكبر من احتمالية حدوث الأحداث الاجتماعية الموجب، بالإضافة إلى ذلك ، فإنهم يعتقدون بأن معظم الناس نقاد بالفطرة للآخرين ، ومن المحتمل أن يقيمونهم بشكل سلبي .

يبدو أن نظام الاعتقاد لدى الأفراد ذوى اضطراب القلق الاجتماعى يعظم من المظاهر التنافسية للعلاقات البينشخصية ، ولكن يقلل من المظاهر التعاونية والدعمية ، ولقد أُشتق نموذج هوفمان بناءً على أدبيات كثيرة ومتناغمة (Hofmann & Otto, 2008).

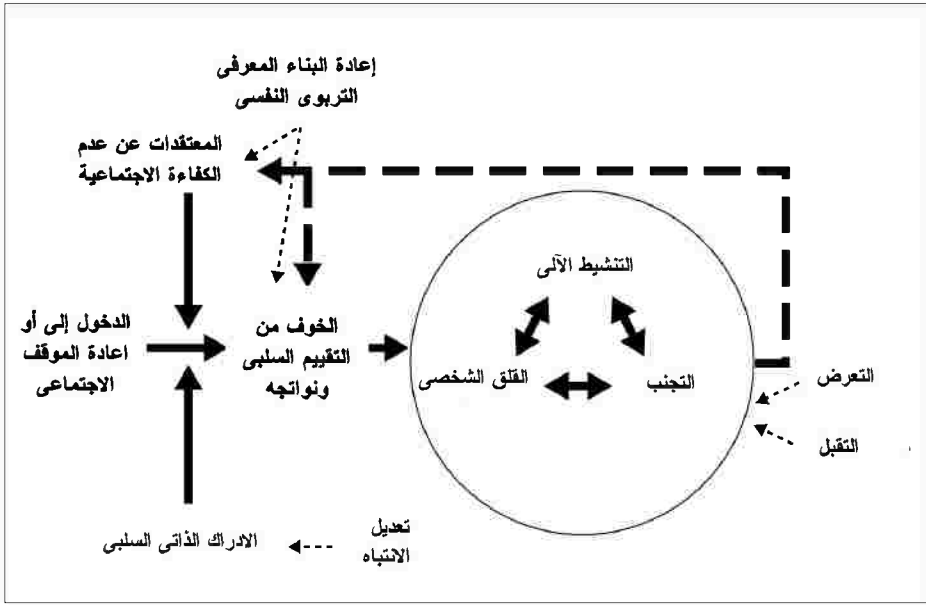
فقد حصلت إستراتيجيات التدخل الرئيسية: التربية النفسية ، تعديل السلوك ، إعادة البناء المعرفى ، وإجراءات التعرض - على درجة مرتفعة من الصدق . علاوة على ذلك ، تم دراسة الإستراتيجيات التى تقوم على التقبل وأظهرت نتائج واعدة (Darymple & Herbert, 2007).

التربية النفسية

كما أوضحنا سابقاً ، فإن اضطراب القلق الاجتماعى اضطراب متغاير العناصر، من حيث أنواع وعدد المواقف المخيفة والمشكلات الأخرى التى قد ترتبط بالقلق الاجتماعى مثل الإدراك الذاتى ، والمهارات الاجتماعية ، مع ذلك ، فإن النموذج الموصوف فى الشكل (١٢) يمكن تطبيقه على معظم - إذ لم يكن كل - الأفراد الذين يعانون من هذه المشكلة .

من الأهمية بمكان أن يفهم المرضى ويقبلون تفسير قلقهم الاجتماعى ، فالمرضى الذين يقاومون - فى البداية - فكرة قدرتهم على التغلب على القلق الاجتماعى باستخدام هذه الإستراتيجيات ، غالباً ما يذكرون أن الخجل سمة للشخصية ، وأن القلق الاجتماعى جزء من شخصيتهم ، قد يكون هذا صحيحاً ، ولكن لا يعنى أن القلق الاجتماعى سبباً فى التوتر وإفساد الحياة .

علاوة على ذلك ، فإن القلق الاجتماعى - كأى نوع من أنواع القلق - سوف يقل بعد التعرض المستمر للموقف المخيف بدون استخدام أى إستراتيجية من إستراتيجيات التجنب . فالتعرض جزء مهم من أجزاء التدخل سوف نناقشه تفصيلاً فيما يلى . بالإضافة إلى تدريبات التعرض ، فإن هناك عدداً من الإستراتيجيات الأخرى سوف تزود المريض بالفرص لتصحيح المفاهيم الخطأ ، والعزو الخطأ الذى يبقى على المشكلة . لذا فلم يُقصد من العلاج تغيير شخصية الفرد ، ولكن إعطاء المريض أساليب دقيقة للتعامل مع المواقف الاجتماعية بشكل أكثر فعالية ، وفى النهاية - التغلب على القلق فى المواقف الاجتماعية . من المفيد توضيح الأهداف الدقيقة للعلاج والتوقعات منه فى شكل أهداف تعليمية .



الشكل (١٢) استراتيجيات تستهدف القلق الاجتماعي

الأهداف التعليمية

هنا ما سوف تتعلمه :

- سوف تدرك أن القلق الاجتماعي حلقة مفرغة ويمكنك وقفها .
- سوف تتعلم أنك أكثر نقداً لنفسك من الآخرين ، لذا ، من الأهمية أن تصبح أكثر راحة بالطريقة التي أنت عليها (بما في ذلك عدم كفاءتك في مواقف الأداء الاجتماعي .
- سوف تتعلم كيف يكون أداؤك في الموقف الاجتماعية عندما لا تستخدم القلق كأداة قياس لأدائك الاجتماعي .
- سوف تتعلم أن شعورك بالقلق في المواقف الاجتماعية خبرة خاصة جداً . فالآخرون لا يرون سرعة ضربات قلبك ، ولا يدركون تعرقك ، ولا قدمك وهي ترتجف .
- سوف تدرك أنك تبالغ في تقدير إلى أي مدى يمكن للآخرين رؤية ما يحدث في جسمك .
- سوف تدرك أنه حتى الصدام الاجتماعي لم يكن جيداً بشكل موضوعي ، فإن هذا لا يهم . فالأحداث الاجتماعية المؤسفة عادية جداً ، حيث أنها تقع في كل وقت .

ولكن ما يجعل الأفراد مختلفين هي درجة تأثير هذه الأحداث المؤسفة (أو بشكل أفضل إمكانية الأحداث المؤسفة) على حياة الفرد .

- سوف تدرك أن أدائك الاجتماعي الحقيقي ليس بهذا السوء كما تتخيله . في الحقيقة ، هناك أناس كثيرون في هذا العالم مهاراتهم الاجتماعية أقل منك ، ولكنهم لا يعانون من القلق الاجتماعي .
- سوف تتاح لك الفرصة لتكون في مواقف اجتماعية لفترة أطول بشكل يسمح للقلق لديك أن يظهر بشكل طبيعي .
- سوف تتاح لك الفرصة لتعلم كيف تدرب نفسك بشكل دقيق قبل ، و أثناء ، وبعد الأداء الاجتماعي .
- سوف تعلم أن استخدام استراتيجيات التجنب سبب في بقاء القلق الاجتماعي ، وميله للتعميم.

تعديل الموقف والانتباه

عندما يتوقع الأفراد ذوو القلق الاجتماعي تهديداً اجتماعياً ، أو عليهم الدخول إلى الموقف الاجتماعي ، فإنهم يحولون انتباههم إلى المراقبة المفصلة وملاحظة أنفسهم ، خصوصاً إلى الضعف الشخصي وعدم الكفاءة المدركة . هذا التحول للانتباه ينتج وعي متزايد باستجابة القلق المخيفة التي تتداخل مع تجهيز الموقف وسلوك الآخرين .

على سبيل المثال ، عندما على سيمور أن يلقي حديثاً الأسبوع الماضي ، فقد انصب تركيزه على المظاهر السالبة في ذاته ، وهذا بدوره قد أدى إلى درجة كبيرة من القلق ، كما أنه صرف قدراً كبيراً من الانتباه - من أجل الأداء الاجتماعي الناجح - إلى مراقبة هذا القلق ، وهذا قد أنتج حلقة مفرغة جعلته غير قادر على السيطرة . نتيجة لهذا ، استخدم سيمور استراتيجيات سلوكية ودوائية لخفض حدة القلق . إن استراتيجيات التجنب هذه أعطته الشعور بالراحة قصير المدى ، إلا أنها لم تكن فعالة ، وضارة على المدى البعيد .

الإستراتيجية الفعالة لمنع هذه الدائرة المفرغة من التكوين في المكان الأول هي تشجيع سيمور على تركيز انتباهه على الأشياء المرتبطة بالمهمة (مثلاً: التفكير في الأسئلة التي سي طرحها

أثناء الحوار ، أو التفكير في محتوى الحديث) ، وليس على الأشياء المرتبطة بالخوف (مثلاً : سرعة ضربات القلب ، الأفكار السالبة التي تركز على الذات) .

قد يتم ذلك من خلال إعطاء معلومات لسيمور للتركيز الإرادي على المثيرات المختلفة عندما يكون في حالة القلق . على سبيل المثال ، قبل إلقاء الكلمة أو الانخراط في التفاعل ، من الممكن إعطاء تعليمات لسيمور لتركيز انتباهه على ما يلي :

(١) نفسه وقلقه

(٢) مظاهر البيئة التي تسبب القلق لديه (مثلاً: الأعضاء – الحضور)

(٣) مظاهر البيئة التي لا تسبب القلق لديه (مثلاً: اللوح على الجدران)

(٤) محتوى الكلمة التي سوف يلقيها . من الأهمية ألا يستخدم سيمور أي إستراتيجية لكبح القلق (استراتيجيات التجنب) . بدلاً من ذلك ، يتم إعطاء تعليمات له أن يبقى في اللحظة الحالية ويلاحظ -بشكل لا يصدر فيه أحكام- كيف أن التغيرات في تركيز انتباهه تؤدي إلى تغيرات في القلق لديه بدون محاولة كبح هذا القلق .

إعادة البناء المعرفي

الأفراد ذوو اضطراب القلق الاجتماعي يبالغون في تقدير كيف يقيمونهم الآخرون سلبياً . علاوة على ذلك ، غالباً ما يفكرون - قبل وبعد الحدث الاجتماعي- تفصيلياً ، ويركزون بشكل رئيسي على الفشل السابق ، الصور السلبية عند الذات في الموقف ، والتنبؤات الأخرى بالأداء السيئ ، والرفض ، كما ينظر الأفراد ذوو اضطراب القلق الاجتماعي إلى أنفسهم على أنهم سجناء العالم الاجتماعي الذي يتكون من قوانين صارمة وغير واضحة . فهم مهتمون دوماً بخرق أو انتهاك الأعراف الاجتماعية ، ويعتقدون أن الآخرين يتوقعون منهم ملاقة المعايير الاجتماعية التي يصعب عليهم الوصول إليها لأنهم يشعرون بعدم الكفاءة في المهارات الاجتماعية المطلوبة ، أو أنهم غير واضحين بشأن التعريف الدقيق لهذه المعايير .

إعادة البناء المعرفي فعال في الكشف عن ، وتحدي ، وتصحيح المعتقدات اللاكيفية عن احتمالية النتيجة السالبة للموقف الاجتماعي ، بل ونواتج هذه النتيجة .

على سبيل المثال ، يخاف سيمور من التقييم السلبي في المواقف الاجتماعية . معتقداته المبالغ فيها تتمثل في أن المواقف الاجتماعية خطيرة ، وأنه ليست لديه الكفاءة في التعامل

معها ، كما أنه يركز على المظاهر السالبة في ذاته . نعرض فيما يأتي لنموذج من الحوار الذي دار بين المعالج النفسي والمريض ، ويوضح عملية تحدي التقدير المبالغ فيه لدى سيمور عن حدوث النتائج السالبة :

سيمور : عندنا يتعين عليّ التحدث إلى شخص جديد ، لا أستطيع أن أجد ما أقوله .

المعالج النفسي : ماذا تقصد بـ " لا أستطيع أن ما أقوله " ؟ .

سيمور : يعني ليس لدي ما أقوله ، يصبح عقلي صفحة بيضاء .

المعالج النفسي : وعندما نكون أكثر تحديداً ، دعنا نقول أن أحد زملائك في العمل دعاك لحفلة . قررت أنت الذهاب ، وذهبت بالفعل ، ووقفت هناك ، غير قادر على التحدث مع أي إنسان .

سيمور : شئ فظيع .

المعالج النفسي : مصيبة أليس كذلك ؟

سيمور : نعم .

المعالج النفسي : ولكن ما المصيبة فيها بالضبط ؟

سيمور : شئ محير !

المعالج النفسي : لماذا "شئ محير" ؟

سيمور : لأنني سأظهر كغبى ، وسوف يراني الناس كإنسان غريب .

المعالج النفسي : وماذا يحدث لو رآك الناس "كإنسان غريب" ؟

سيمور : سيضحكون عليّ ويعتقدون أنني إنسان خاسر .

المعالج النفسي : كيف عرفت أن الناس سينظرون إليك بهذه النظرة ؟

سيمور : ماذا تعني ؟

المعالج النفسي : أنت وضعت مجموعة من الفروض . ربما تكون صحيحة ، وربما لا تكون صحيحة ، واخترت من بين العديد من البدائل تلك الفروض غير السارة ، والمهددة . تحديداً ، افترض إذ لم يكن عندك ما تقوله ، فسوف يضحك عليك الآخرون ، ويعتقدون أنك شخص غريب . الآن ، أولاً وقبل كل شئ ، أنت لا تعرف أبداً أن الآخرين سوف يرون أنك شخص غريب . في الحقيقة ، احتمالية أن يراك الآخرون على أنك شخص غريب لأنك لا تتكلم . احتمال ضعيف جداً . لماذا أقول ذلك ؟

سيمور : قد يكون هناك أسباب أخرى تجعل الآخرين صامتين .

المعالج النفسي : تماماً ، ما هي الأسباب الأخرى ؟

سيمور : قد يكون الشخص متعباً ، أو غير مهتم .

المعالج النفسي :صح . حسناً . في الحقيقة ، قد لا يلاحظك الآخرون لاهتمامهم بأنفسهم وحواراتهم أو ما يقلقهم . ولكن دعنا نفترض أن واحد أو اثنين أو أكثر لاحظوك ، ورأوا أنك شخص غريب . هل هذا أمر سيئ لهذا الحد ؟

سيمور : نعم .

المعالج النفسي : نعم سيئ ، ولكن إلى أي مدى ؟ ماذا يعني ذلك بالنسبة لك ، ولحياتك ولستقبلك ، الخ .

سيمور : لا أعرف .

المعالج النفسي : هل هذا الحدث يغير حياتك ؟ هل سيكون لهذا نتائج كوارثية بعيدة المدى لأن بعض الناس رأوا أنك شخص غريب ؟

سيمور : (يضحك) .

المعالج النفسي : هل ستكون كذلك ؟

سيمور : لا ، فالكثير من الناس يرون أنني شخص غريب .

المعالج النفسي : وأنا أعتقد أيضاً أن كثيراً من الناس يرون أنني شخص غريب . إن الهدف في الحياة ليس إسعاد كل الأفراد ومن غير المعقول افتراض أن كل من تقابلهم في حياتك سوف يحبونك ، فكثير من الناس لن يحبوك ، وبعضهم سوف يرونك على أنك شخص غريب . ولكن ليس هذا هو الهدف في الحياة ، أليس كذلك ؟

سيمور : اعتقد لا . فلن تستطيع أن تسعد كل الناس أو ترضيهم .

المعالج النفسي : صح تماماً ! إذاً ما علينا فعله هو أن نجعلك تألف خبرة الناس ، ونريك عدم رضاهم أو رفضهم . بمعنى آخر ، نريد أن نضعك في مواقف تجعل من الاحتمال بشكل كبير تحقق أسوء سيناريو بحيث ترى أنه ليس هناك أي خطر في المواقف الاجتماعية . الأحداث الاجتماعية المؤسفة ، والمواقف المحيرة أمور عادية ، وتحدث لكل الناس ، والذي يميز بعض الناس عن بعضهم الآخر ليست الأحداث المؤسفة في ذاتها ، ولكن الطريقة التي تزعج بها هذه الأحداث المؤسفة الناس . وماذا لو حدثت هذه الأحداث ، الحياة سوف تستمر . النتائج بسيطة جديدة ، وتستمر لفترة قصيرة . متى عرفت ذلك ، فسوف تخرج من السجن

الاجتماعي الذي وضعت نفسك فيه . هل لديك الاستعداد لتكسر حاجز السجن الذي وضعت نفسك فيه وتعيش الحرية ؟

التعرض

التعرض للمواقف الاجتماعية المخيفة هو العنصر الوحيد الأكثر أهمية في العلاج (أنظر الفصل الثالث للوصف العام للأساس المنطقي للتعرض) . هناك عدة أسباب تبرر كون التعرض هو قلب العلاج . أولاً ، بدون استخدام أيّاً من استراتيجيات التجنب ، فإن التعرض يخلق مستوى عالي من الوعي الوجداني ، والذي يزود المريض بفرصة استخدام استراتيجيات التقبل لمجابهة القلق .

ثانياً ، يقدم التعرض الفرصة لإظهار تأثيرات تركيز الانتباه على القلق الشخصي . قبل كل موقف من مواقف التعرض ، يسأل المعالج النفسي المريض أن يركز انتباهه على نفسه وأعراض القلق ويعطي معدّل للقلق (صفر - ١٠) . ثم بعد ذلك ، ينبغي أن يسأل المعالج النفسي المريض أن يوجه انتباهه لأحاسيسه الجسمية ، ويصف مشاعره ، ويعطي تقديراً لقلقه .

ثالثاً ، التعرض يعطي المريض الفرصة لإعادة تقييم عروضه الذاتية الاجتماعية . لهذا الغرض ، يمكن استخدام التغذية الراجعة المصوّرة لإعادة فحص تنبؤ المريض بأدائه تحديداً ، يشتمل هذا الأسلوب على الإعداد المعرفي السابق على مشاهدة الفيديو والذي يُطلب من المريض أثناء تكوين صورة عن نفسه ، وهو يقدم الكلمة (الحديث) .

ولكي يتم مقارنة العرض الذاتي المدرك مع العرض الذاتي الفعلي ، سوف يُطلب من الأفراد مشاهدة الفيديو من منظور الملاحظ (كما لو كانوا يشاهدون غريباً) . هناك استراتيجيات أخرى تستهدف العرض الذاتي وتشتمل على تدريبات التعرض المصوّرة ، والاستماع إلى الحديث الذاتي المُسجل . أثناء التعرض المصوّر ، يُطلب من المرضى الوصف الموضوعي لظاهر الصور وتسجيل هذا الوصف . السبب في هذه التدريبات هو تصحيح العرض الذاتي المشوّه لدى المريض ، وأن يعتاد المريض على المظهر الذاتي .

رابعاً ، يعطي التعرض فرصة للممارسة وضع الأهداف وإعادة تقييم المعايير الاجتماعية . لهذا الغرض ، فإن على المعالج النفسي أن يناقش مع المريض التوقعات الاجتماعية (المعايير) لموقف معين ، كما ينبغي عليه مساعدة المريض على ذكر هدف واحد على الأقل (طرح سؤال معين) واضح (سلوكياً ، وغير قابل للقياس) .

من الأهمية بمكان إعطاء تعليمات واضحة عما ينبغي أن تكون عليه مهمة التعرض . لذا ، فإن دور المعالج النفسي أثناء هذه التعرضات الأولى مشابه لدور مخرج المسلسل ، يعطي المريض نصاً مكتوباً واضحاً عن سلوكه المتوقع . إذا تطلب الموقف تفاعلاً اجتماعياً معقداً (إعادة شئ إلى البائع تم شراؤه منه منذ دقائق) ، ينبغي على المعالج النفسي أن يحدد بوضوح متى يظهر فعل معين .

على سبيل المثال ، بدلاً من إعطاء تعليمات للمريض بأن "يعيد الكتاب بعد شراءه بدقائق معدودة" ، يجب على المعالج النفسي أن يعطي تعليمات للمريض بأن "يشترى الكتاب الجديد للمؤلف هاري بوتر ، يمشي به نحو باب الخروج ، وعند الوصول إلى باب الخروج ، يدور حوله ، يجد البائع مرة أخرى ، ويسأل عن سعر هذا الكتاب قائلاً : أريد أن أستبدل هذا الكتاب الذي اشتريته لأنني غيرت رأيي" .

إن الهدف من هذه المهمة هو أن يقول المريض هذه الجملة بالتحديد . أخيراً ، والأكثر أهمية ، مواقف التعرض الداخلية التي تعطي نموذجاً للأحداث الاجتماعية المؤسفة . هذه المواقف تقدم فرصة مثالية لاختبار الافتراضات المشوهة عن التكلفة الاجتماعية للمواقف والافتراضات الأخرى .

إن استخدام سلوكيات الأمان تجعل المعارف اللاتكيفية محصنة ضد الاختبارات التجريبية لأنها تمنع الناس من التقييم الناقد لنواتجهم المخيفة (سوف أرتجف بدون قدرة على التحكم في ذلك) ، والمعتقدات الكوارثية (مثلاً : سوف أخزى ، ولن أستطيع أن أريهم وجهي مرة أخرى) .

أمثلة على مهام التعرض

- اذهب إلى مطعم مزدحم واطلب من سيدة جالسة على المائدة : معذرة ، هل اسمك كاثيرين؟ (الهدف : أن تسأل خمس سيدات) .
- ادخل إلى مطعم ، واجلس ، وعندما يأتي إليك الجرسون قل له : ممكن كوب من ماء الصنبور؟ عندما يحضر لك الجرسون الماء ، اشرب ، ثم قف ، وانصرف (الهدف : شرب الماء دون أن تطلب شيئاً) .
- اطلب شريحة من البيتزا ، وبالصداقة ، دون قصد أوقعها على الأرض وقل : وقعت مني البيتزا ، ممكن تحضر لي قطعة أخرى (الهدف : أن تحصل على قطعة أخرى دون أن تدفع) .
- اذهب إلى مطعم ، واجلس . أسأل أحد الزبائن مما إذا كان قد رأى العرض التمثيلي الأخير . إذ لم يكن قد شاهده ، أخبره عما دار في هذا العرض التمثيلي . وإذا كان قد شاهده ، اسأله عن أكثر شيء أو مشهد أعجبه في هذا العرض (الهدف : مناقشة الأجزاء الممتعة في العرض) .
- قف بجانب من الشارع ، وقل بأعلى صوتك : "السيد..... كان عنده مزرعة" لمدة عشر دقائق .
- اطلب من بائع كتب أن يحضر لك قصة معينة ، وعندما يحضرها لك قل له "ممكن الإصدار الجديد من هذه القصة؟"

إن مواقف التعرض الفعالة للأفراد ذوي اضطراب القلق الاجتماعي تختلف عن مواقف التعرض لمعالجة اضطراب المخاوف المرضية الأخرى . تتمثل الفروق الرئيسية في الآتي :

(١) غالباً ما تتطلب التعرضات الاجتماعية أداء سلسلة معقدة من السلوك البيئشخصي

(٢) المواقف التي تظهر القلق الخاص لدى مريض المخاوف المرضية الاجتماعية ليس من السهولة إعدادها . على سبيل المثال ، قد يذهب الشخص الذي لديه مخاوف مرضية من

الأماكن الشاغرة ليتمشى بعيداً عن البيت في أي وقت ، ولكن الشخص الذي لديه مخاوف مرضية من الأماكن الشاغرة ليتمشى بعيداً عن البيت في أي وقت ، ولكن الشخص الذي يعاني من المخاوف الاجتماعية قد يواجه هذا اللقاء مرة في الأسبوع . هناك مواقف أخرى قد تحدث نادراً . لذا ، قد يعد المعالج النفسي فرصاً لمواقف التعرض . ومن المواقف المفيدة في هذا مواقف التحدث أمام الجمهور .

هذه المواقف تعطي المعالج النفسي درجة كبيرة من التحكم في الموقف (بان يختار موضوعات مختلفة أو يعدّل الموقف من خلال دعوة عدد آخر من الحضور ، أو بإعطاء تعليمات للحضور بالتصرف بطريقة معينة ، كما أنها مواقف واقعية (وليست لعب دور) .

لا ينبغي أن تحضر ممارسات التعرض في جلسة العلاج النفسي ، ولكن ينبغي أن تُعيّن بشكل منظم كممارسات واجب منزلي بين الجلسات . عند مراجعة ممارسات الواجب المنزلي ، ينبغي أن يتوخى المعالج النفسي الحيلة ألا يأخذ وقتاً طويلاً في مراجعة هذه الممارسات . في الحقيقة ، الإفراط في المراجعة قد يعمل كتأمل فيما بعد الحدث . لذا ، ينبغي ألا يقوم المرضى بتقديم وصفات مسهبة وطويلة للموقف بشكل محكم ، ويتبع ذلك أسئلة محددة وتوجيهية يكون لها الغرض التالي :

- ما هي مظاهر الموقف التي استثارت القلق ؟ أذكر بإيجاز ما الذي جعل الموقف مشيراً للقلق .
- ما الهدف الرئيسي الذي أراد المريض تحقيقه ، وما اعتقاد المريض في توقعات الآخرين ؟
- ما أنواع الأحداث الاجتماعية المؤسفة التي يخاف منها المريض ، وما هي نواتجها الاجتماعية ؟
- هل انصب تركيز المريض على الذات والقلق ؟ ما أثر الموقف على عرضه الذاتي ؟
- ما هي سلوكيات الأمان واستراتيجيات التجنب التي استخدمها المريض ؟
- ما طول الفترة الزمنية التي استغرقها الموقف ونواتج المخيفة ؟ هل غير الموقف بشكل غير قابل للإلغاء - الحياة المستقبلية للمريض ؟

الدعم التجريبي

أوضحت بعض الدراسات جيدة التصميم فعالية الصياغات الأولى للعلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق الاجتماعي . سقطات العلاج قليلة جداً وترتبط - بشكل منظومي - بمتغيرات المريض . العلاج المعرفي السلوكي الجماعي يقوم بتطبيق اثنان من المعالجات النفسيين في ١٢ أسبوع مدة كل جلسة ٢.٥ ساعة ، وذلك على مجموعات تتكون كل منهما من ٤- ٦ من المشاركين .

هناك بعض النتائج التي تشير إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي سواءً وحده ، أم مع علاجات دوائية أخرى ، كما أشارت دراسات حديثة أن تناول بعض العقاقير المثبطة للاكتئاب يمكن أن تعزز من فعالية العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق الاجتماعي عند تطبيقه قبل تدريبات التعرض . Hoffman et al. , 2006 , Guostella, et al. (2008) . الصياغات الجديدة للعلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق الاجتماعي تستهدف بعض عوامل الإبقاء الرئيسية ، سلوكيات الأمان ، الانتباه المرتكز حول الذات ، والتكلفة الاجتماعية المدركة . إن فعالية هذه البروتوكولات المستهدفة في العلاج المعرفي السلوكي قد أدت إلى تعديل البروتوكولات السابقة التقليدية .

الجهود العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي المستهدف موجه نحو التدريس المنظومي للأطراف العملية المعرفية البديلة لفهم المواقف الاجتماعية ، الأداء الاجتماعي ، والمخاطر الاجتماعية . التدخلات معرفية في طبيعتها ، وتطلب من المرضى فحص توقعاتهم بشأن المواقف الاجتماعية ، والتكاليف الاجتماعية للأداء الاجتماعي غير السليم . ثم يقوم المرضى بعد ذلك بفحص صدق هذه التوقعات كما تقيّم من خلال التقييم المنطقي ، وتحديدًا من خلال "التجارب السلوكية" المصممة لاختبار توقعات القلق .

أظهر تحليل حجم التأثير لهذا المدخل (العلاج المعرفي السلوكي) أن حجم التأثير غير المضبوط للتقدير الحاد الذي يقوم على المقابلة الشخصية العيادية كان ١.٤١ (من القبلي

إلى البعدي)، و١.٤٣ (من القياس القبلي إلى القياس التتبعي بعد ١٢ شهراً) لدى مجموعة من العلاج المعرفي السلوكي - أما الدرجة الكلية فقد ارتبطت بحجم التأثير غير المضبوط للقياس البعدي وكانت ٢.١٤ (Clark et al, 204). وهذه تأثيرات قوية، وتشير إلى أن العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق الاجتماعي يمكن أن يتحسن بشكل دال من خلال استهداف عوامل إبقاء معينة .