

إضطرابات القلق

obeikandi.com

القلق المرضى

يعرف القلق (المرضى) بأنه إنفعال غير سار يتعلق غالباً بالمستقبل وإن كان يتعلق بالماضى فى بعض الأحيان وذلك عندما يخشى الفرد مثلاً من أن يحدث له ما حدث فى الماضى. ويتبع القلق بشعور بالتوتر والشد والكدر والتهديد والخوف الدائم دون سبب واضح. وتتسم إستجابة القلق بأنها تكون مفرطة لاتناسب مع الموقف أو المثير لأن مثل هذه المواقف لاتحمل خطراً حقيقياً، ولكنها تحمل الخطر فقط من وجهة نظر الفرد القلق سواء فى مخيلته أو فى البيئة الخارجية. وتسهم خصائص الشخص القلق فى زيادة معاناته لخبرة القلق، وتجعل من الصعب التخفيف من إستجابة القلق أو تجنبها. وعادة ما يصاحب القلق بأعراض نفسية مثل الأرق، والأفكار الوسواسية، وبأعراض جسمية مثل الصداع، وآلام الصدر، والدوخة، والغثيان، وغير ذلك من أعراض.

ويتفق علماء النفس على أن القلق يعد هو نقطة البداية بالنسبة للإضطرابات النفسية والعقلية. وقد يكون القلق عرضاً فى إحدى الزملات المرضية (العصابية) الأخرى، وقد يشتد ويكون مرضاً أولياً. ويرى إليس Ellis أن المعتقدات أو الأفكار اللاعقلانية يمكن أن تؤدى إلى حدوث القلق. ويرى أن الناس يتعلمون طرقاً أو إتجاهات للتفكير حول عالمهم هى التى تسبب لهم القلق، فحجم القلق الذى يمكن أن يسببه الفرد لنفسه ينشأ ويتزايد لو إعتقد أنه يجب أن يكون على درجة كبيرة من الكفاءة والمنافسة والإنجاز فى كل شىء حتى يمكن أن نعتبره شخصاً ذا أهمية. ويمكن أن يتسبب الفرد لنفسه فى القلق الإجتماعى أيضاً وذلك لو إعتقد أنه من الضرورى بالنسبة له أن يكون محبوباً من كل المحيطين به ومرضياً عنه منهم. ويرى بيك Beck أن مدى القلق الذى يشعر به الفرد يستدعى زيادة المنبهات،

ولذلك فأى حركة أو أصوات أو تغيرات فى الوسط الذى يعيش فيه تتم ترجمتها إلى نوع من الخطر حيث يخبر المريض أفكاراً عن الخطر المتوقع. ويكون تفكير الفرد مشتتاً ومشوهاً، ويرتبط تركيزه بمفهومه عن الخطر وعلامات هذا الخطر مما يفقده تحكمه الإرادى فى المنبهات الخارجية وهو الأمر الذى يؤدى إلى زيادة القلق إذ تعكس أفكار الفرد تقييمه للموقف وليس الموقف الفعلى، كما أنها أيضاً تثير إستجاباته الإنفعالية والسلوكية.

ويركز المعالجون الذى يستندون إلى العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى على جذب إنتباه العملاء من خلال قضايا معينة (إنهزامية الذات) والتي تؤدى إلى عملية إستنباط قضايا أو أفكار لاعقلانية مثل «إنه لمن النكبات ألا أكون محبوباً من الآخرين» أو «يجب أن أكون محبوباً من جميع الأشخاص المحيطين بى». وفى مثل هذه الحالات يحاول المعالج أن يساعد العميل على تصحيح معتقداته ويشجعه على تبني فهم حقيقى عن ذاته.

ومن أهم الفنيات التى يمكن إستخدامها فى علاج القلق المناقشة، ومراقبة الذات، وتحديد الأفكار اللاعقلانية وتعديلها، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على الإسترخاء، والتدريب على حل المشكلات، والتدريب على المهارات الإجتماعية، والتحصين التدريجى، والتحكم فى القلق، وضبط الذات، وفقد الحساسية المنظم، والتعريض (التخلى - الواقعى) ومنع الإستجابة.

ويقدم جولدفرايد Goldfried فنية جديدة يتم من خلالها تشجيع العملاء على إعادة تقييم رؤيتهم غير الواقعية لمواقف الحياة المختلفة مما يساعدهم على التمييز بين تهديد حقيقى فى البيئة وتهديد محسوس بشكل خاطئ على أنه خطر. فدمج بين الإسترخاء والعلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى فى فنية أسماها إعادة البناء العقلانى التدريجى هى أشبه بالتحصين التدريجى، ولكنه يستخدم إعادة التقييم بدلاً من الإسترخاء. وهى وإن كانت تشبه إعادة البناء المعرفى عند بيك فإن بيك يشرك العملاء فى بحث تعاونى عن دليل يمكن أن يناقض بعض الإدراكات الخاطئة

المسببة للمشاكل، فى حين يستخدم إيليس Ellis الإقناع المنطقى واللفظى كمحاولة لجعل العملاء يغيرون من نظرتهم إلى الأشياء. وتقوم هذه الفنية على ما يلى:

١ - إفتراض أن الأفكار تتوسط الإنفعالات، ومساعدة العملاء على إكتشاف ذلك وتقديم الأمثلة من حياتهم.

٢ - إستخلاص منظور واقعى من العميل وذلك بدلاً من إقناعه بعدم واقعية أفكاره، بل مساعدته على إكتشاف ذلك بنفسه. وفى سبيل ذلك يلعب المعالج دور المريض ويقوم المريض بإقناعه بأن أفكاره غير واقعية كأن يستخلص مثلاً «إن إختلافهم معك فى الرأى لايعنى أنهم لا يحبونك».

٣ - التعرف على الإفتراضات غير الواقعية المحدثة للقلق، وهذه تأتى نتيجة للخطوة السابقة حيث يدرك العملاء تلقائياً أن أفكاراً ضمنية معينة هى المسئولة عن ردود فعلهم القلقة.

٤ - توفير الفرصة للقيام بالممارسة لإعادة تقييم المعتقدات غير الواقعية التى تعمل كأساس لرد فعلهم القلق مما يساعدهم على تطبيق ذلك فى مواقف الحياة الحقيقية والمتباينة.

وجدير بالذكر أن القلق الإجتماعى يعد من أكثر المشكلات التى يمكن تطبيق هذا الإجراء عليها.

ويعرض المؤلف فى هذا الفصل إضطرابات القلق وذلك فى ضوء التصنيف الذى يورده دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الرابعة DSM - IV الصادر عام ١٩٩٦ عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى، والإضطرابات المذكورة هى:

١ - إضطراب الهلع.

٢ - إضطراب القلق العام (المعمم).

٣ - إضطرابات الرهاب أو الخوف المرضى (الفوبيا)، وهى:

أ - فوبيا الأماكن الواسعة (رهاب الساحة).

ب - المخاوف الإجتماعية .

ج - مخاوف نوعية محددة .

٤ - إضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة .

٥ - الوسوس والأفعال القهرية .

وسوف نعرض لتلك الإضطرابات على النحو التالى :

أولاً: إضطراب الهلع Panic disorder

طبيعة الإضطراب:

يمثل الهلع حالة من الخوف المرعب، وتعمل كمشكلة أساسية وخطيرة بين من يعانون منه حيث يتعرضون لما يشبه الانفجارات المفاجئة من الخوف، والأعراض الفسيولوجية الجياشة، والإحساسات المفزعة بفقد السيطرة على أنفسهم، أو الإصابة بالجنون، أو الموت. كما يحدث كم متزايد من الإثارة والقلق والخوف من تكرار مثل هذه الأعراض. وتؤدي تلك الأعراض بما لا يدع مجالاً للشك إلى عجز الفرد عن أن يواجه موقفاً يصبح فيه وحيداً، أو يذهب إلى الأماكن العامة، ويخشى حدوث نوبة أخرى، وهذا ما يعرف بالخوف من الأماكن الواسعة agoraphobia والذي غالباً ما يواجه نوبة الهلع ويؤدي فى كثير من الأحيان إلى تقييد سلوك الفرد وخوفه من السفر والترحال ومن الأماكن العامة والواسعة والمفتوحة مما يؤدي إلى تجنب الفرد لمثل هذه المواقف.

وإلى جانب ذلك يكون إضطراب الهلع عادة مصحوباً بخلل واضح فى الأداء الوظيفى الإجتماعى والمهنى والأسرى فيؤدي إلى الخوف والإنزعاج من المواقف اليومية المختلفة والإنسحاب من المواقف الإجتماعية بما فيها المهنة، ويصبح الفرد حبيس منزله ولا يقوى على مغادرته، وبسبب تلك الأعراض المتلاحقة يعتقد أنه مريض بدرجة خطيرة. وإذا كانت نوبة الهلع تحدث غالباً بشكل غير متوقع، فإن

هذه النوبة على العكس من الخوف الإجتماعى تحدث عندما لا يكون الفرد موضعاً لإهتمام الآخرين، وترجع إثارتها إلى أحداث ومواقف عادة ماتثير القلق، كما أنها قد ترجع إلى عوامل عضوية أيضاً. وإذا كانت نوبة الهلع تتسم فى البداية بحدوثها غير المتوقع فإنها بعد ذلك ومع تطور الإضطراب يمكن أن تثار إذا ما تعرض الفرد لأى من المواقف التى تسبب الخوف.

وتتسم نوبة الهلع عند حدوثها بالخوف الشديد المفاجئ، والترقب، والرعب مع شعور بالهلاك المحتوم ويصاحبها عدد من الأعراض تصل إلى ذروتها فى الحدة خلال عشر دقائق من بداية ظهور أول عرض، وقد تستمر الأعراض من بضعة دقائق وحتى ساعات طوال. هذه الطبيعة المفاجئة للهلع هى ما تميزه كاضطراب عن غيره من إضصرايات القلق الأخرى كاضطراب القلق العام على سبيل المثال. وتتضمن نوبة الهلع أعراضاً فسيولوجية كالحققان أى سرعة معدل دقات القلب، والعرق، والرجفة، وإنخفاض معدل التنفس (كرشة النَّفس)، والإختناق، والدوار، والغثيان، وتخدر الجسم، وآلام فى الصدر. كما تتضمن أيضاً أعراضاً معرفية كالتجريد من الواقعية (الشعور بتغير الحقيقة) derealization أو إختلال الأنية depersonalization والخوف من الموت، أو الجنون، أو فقد السيطرة، إضافة إلى أعراض سلوكية تعبيرية تتضمن فى الغالب الحاجة الملحة للفرار أو الهروب من الموقف الراهن. وبذلك يصل عدد هذه الأعراض إلى ثلاثة عشر عرضاً (راجع: Rathus & Asnis, 1995).

وغالباً ما يصاحب الهلع بالخوف من الأماكن الواسعة حيث ينتشر ذلك بين ثلث من يعانون من إضطراب الهلع تقريباً. ويتمثل ذلك الخوف فى الخوف من التواجد فى أماكن يصعب الهروب منها، كما تصاحبه مخاوف نوعية تتعلق بالإدراكات وحدث المأسى والمصائب. وجدير بالذكر أن الشخص الذى يعانى الخوف من الأماكن الواسعة لا يخشى فى الواقع ذلك الموقف الذى يريد تجنبه فى حد ذاته بقدر ما يخشى الأعراض المأسوية والمهلكة التى قد تحدث نتيجة لذلك. ومن بين المواقف التى تثير هذا الإضطراب الإبتعاد عن المنزل، وركوب الأتوبيس

أو القطار أو الطائرة، وقيادة سيارة خاصة فوق كوبرى أو فى نفق أو عند الزحام المرورى، أو التواجد بين حشد كبير من الناس كما هو الحال فى الأسواق مثلاً أو الوقوف فى طابور. ويحدث الهلع المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة بمعدلات متشابهة بين الجنسين.

ومن الجدير بالذكر أن نوبة الهلع غالباً ما تصاحب ببعض الإضطرابات الأخرى ومشاعر العجز كالقلق والخوف واليأس والقلق العام والمخاوف النوعية والخوف الإجتماعى والوساوس والإكتئاب وتوهم المرض hypochondriasis والآلام الجسمية وبعض الضلالات من النوع الجسمى التى ترتبط بإعتقادات حول إضطراب الجسم أو المرض. هذا وتتطور نوبة الهلع من وجود مثير إلى ظهور عرض جسمى، ففكرة مأسوية ثم تصعيد للموقف يليه الهروب أو تجنب ذلك الموقف ثم شعور باليأس. فعند وجود الفرد وسط حشد من الناس مثلاً يدق قلبه بسرعة ويشعر بفقد السيطرة على نفسه، فيزداد قلقه وتظهر أعراض أخرى للنوبة مما يدفعه إلى محاولة الإبتعاد عن المكان، ويشعر بالإكتئاب والإثباط وعجزه عن فعل أى شىء حيال ما يشعر به.

ويصف بيك (١٩٨٨) Beck نموذجاً للهلع يثير فيه إدراك الفرد للخطر نسق الإستجابة الطارئ، ويعمل هذا النسق على تحقيق البقاء للفرد فى مواجهة خطر فيزيقى (مادى) حقيقى وذلك بإعداده للعدوان أو الهرب (القتال أو الإسراع بالإبتعاد) أو منعه من الحركة المفاجئة (الإغماء أو التجمد فى مكانه). إلا أن الإستجابة الطارئة فى حد ذاتها قد تعمل كمنبه للفرد حيث تعمل على تجميع الإحساسات الجسمية المضطربة والإختلالات الوظيفية المعرفية العابرة والتى يمكن للفرد أن يدركها على أنها مصادر للخطر. ومن هذه الإحساسات أو المشاعر إعتصار القلب وسرعة دقاته، والشعور بالدوار (الدوخة)، والضعف، والإحساس بالللاواقع، وغيرها من الإحساسات السلبية الأخرى. وعندما تثار الإستجابة الطارئة يتزايد الخوف والقلق بشكل سريع يقل معه التفكير العقلانى، وتبدأ حلقة مفرغة من التوقعات المفزعة والأعراض المخيفة. وبالتالي نجد أن

الإدراكات المشوهة للخطر من جانب الفرد تلعب دوراً هاماً فى ذلك حيث يميل إلى تضخيم الخطر والتقليل من قدرته على المواجهة. ولذلك يركز العلاج على التعرف على التفسير المأسوى للأعراض من جانب الفرد ومواجهتها. ولذا يرى بيك أن اضطراب الهلع ينتج عن إساءة تفسير الإحساسات الجسمية التى يتم تقييمها على أنها مخيفة، أو خطيرة، أو مهلكة. ويؤدى التفسير المأسوى لها إلى التصعيد المستمر والقوى للقلق، ويعطى إثارة إضافية تؤدى إلى الهلع.

التشخيص الإكلينيكي

يحدد DSM - IV نوبة الهلع على أنها لاتعد اضطراباً مستقلاً. وتتسم تلك النوبة بحدوث الخوف الشديد والتوتر والإنزعاج فى فترة تتوفر خلالها أربعة على الأقل من الأعراض الثلاثة عشر التالية والتى تتطور فجأة وتصل إلى ذروتها خلال عشر دقائق من بداية ظهور أول عرض. وهذه الأعراض هى: الخفقان وسرعة معدل دقات القلب، وتصبب العرق، والرجفة، والشعور بانخفاض معدل التنفس أو كرشة النفس، والشعور بالإختناق، والشعور بألم فى الصدر، والغثيان، والشعور بالدوخة والدوار، والشعور باللاواقع أى التجريد من الواقعية أو إختلال الأنية أى الشعور بالإنفصال عن الذات، والخوف من فقد السيطرة على النفس أو الجنون، والخوف من الموت، والشعور بتخدر الجسم، والشعور بالقشعريرة أو التهيج.

أما اضطراب الهلع غير المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة فيتسم بما يلى:

- ١ - تكرار حدوث نوبات هلع غير متوقعة.
- ٢ - تتبع إحدى النوبات على الأقل بانشغال الفرد لمدة شهر كحد أدنى بواحد على الأقل مما يلى:
 - أ - الإنشغال الدائم بحدوث نوبات أخرى.

ب - الخوف من النتائج التي تترتب على حدوث النوبة كفقد السيطرة على الذات، أو حدوث نوبة قلبية، أو الإصابة بالجنون.

ج - تغير واضح ودال في السلوك يرتبط بتلك النوبات.

كما تتسم من ناحية أخرى بعدم وجود فوبيا الأماكن الواسعة، وأن مثل هذه النوبات لا تعود إلى أى آثار فسيولوجية للمواد التي قد يتعاطاها الفرد كإساءة استخدام عقار معين، أو تعاطى أدوية معينة، كما لا ترجع إلى حالة طيبة (صحية) عامة كالإفراط فى إفراز الغدة الدرقية. كذلك فهى لا ترجع فى الوقت ذاته إلى أى اضطراب عقلى آخر، أو إلى الفوبيا الإجتماعية، أو المخوف النوعية، أو اضطراب الوسواس القهرى، أو إنعصاب ما بعد الصدمة، أو اضطراب قلق الانفصال.

ومن جانب آخر نلاحظ أن اضطراب الهلع المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة يتسم هو الآخر بنفس ما يتسم به اضطراب الهلع غير المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة باستثناء وجود خوف من الأماكن الواسعة يشعر الفرد به ويصاحب حدوث نوبة الهلع..

العلاج المعرفى السلوكى للهلع

يمثل تطبيق العلاج المعرفى السلوكى على اضطراب الهلع مجالاً جديداً من تلك المجالات التطبيقية لهذا الأسلوب العلاجى على الإضطرابات المختلفة حيث كان يقتصر من قبل على علاج الهلع إذا ما صوحت بفوبيا الأماكن الواسعة على إعتبار أنه يوجه فى الأصل إلى الفوبيا فى حين يستخدم العلاج بالعقاقير لعلاج نوبات الهلع فى حد ذاتها، ومن ثم إعتبر غير ضرورى إذا لم يصاحب الهلع بالفوبيا. أما الآن فقد أصبح يستخدم مع نوبات الهلع سواء صاحبها فوبيا الأماكن الواسعة أو لم تصاحبها. ولم يلق العلاج المعرفى السلوكى نجاحاً مثلما وجد بالنسبة للهلع. واعتبر العلاج بالعقاقير ضرورياً فى المراحل الأولى من الإضطراب فقط لأنه إذا استخدم فى المراحل النهائية من العلاج يمكن أن يؤدى إلى نتيجة عكسية. وقد

يرجع ذلك إلى أن العلاج بالعقاقير يهدف إلى السيطرة على الهلع فى حين يهدف العلاج المعرفى السلوكى إلى إثارة كل من الهلع والقلق فى ظل ظروف مضبوطة ومنظمة مع تدريب العميل على المواجهة وهو ما يؤدى إلى السيطرة على نوبات الهلع .

ويجدر بنا أن ننوه هنا إلى أن أول دراسة أجريت فى هذا المجال كانت عام ١٩٨٤ وأجراها بارلو Barlow وزملاؤه، وقد تزايدت الدراسات بدرجة كبيرة منذ هذا التاريخ وحتى الآن، وكشف العديد منها عن فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج اضطراب الهلع سواء كان مصحوباً بفوبيا الأماكن الواسعة أم لا . وقد أثبتت تلك الدراسات أنه عندما يتم توجيه هذا العلاج مباشرة إلى نوبات الهلع نفسها فإنه يقللها بشكل دال، وأن الغالبية العظمى من المرضى يتخلصون من تلك النوبات نهائياً مع إنتهاء البرنامج العلاجى . كما أنه من جانب آخر يعد علاجاً فعالاً أيضاً للقلق المتوقع، وفوبيا الأماكن الواسعة، والإكتئاب الثانوى الذين يرتبطون بتلك النوبات .

ومن ناحية أخرى يتساوى العلاج المعرفى السلوكى فى فاعليته لعلاج اضطراب الهلع مع عقار ألبرازولام alprazolam إلا أنه كما يرى كلوم (١٩٨٩) Clum يعتبر أفضل من العلاج الطبى ومن أى شكل من أشكال العلاج النفسى الأخرى فى هذا الإطار . وعلاوة على ذلك فإن آثاره تدوم لوقت طويل بعد إنتهاء العلاج حيث قد لا تظهر على العميل أى أعراض للهلع حتى عامين بعد العلاج . فى حين لاتدوم تلك الآثار طويلاً مع أى شكل آخر من أشكال العلاج إذ يعمل العلاج الطبى على سبيل المثال على التصدى لنوبات الهلع نفسها إضافة إلى ماقد يصاحبها من قلق متوقع .

ويرجع نجاح العلاج المعرفى السلوكى مع اضطراب الهلع قياساً بغيره من أنواع العلاج النفسى الأخرى إلى أنه يتغير وفقاً لتركيزه على الجانب المعرفى أو الوجدانى . أو السلوكى فيتعامل بالتالى مع اضطراب الهلع بشكل شامل حيث يتناول ما يلى

- ١ - نوبات الهلع نفسها بأعراضها المعرفية والوجدانية والجسمية.
- ٢ - القلق المتوقع والذي يعرف بالخوف من الخوف.
- ٣ - فوبيا الأماكن الواسعة والتي غالباً ما تصاحبه بدرجات متفاوتة.
- ٤ - مفهوم اليأس الذي يتطور مع تطور الهلع والذي قد يؤدي في أغلب الأحيان إلى إكتئاب ثانوى.

ويضم العلاج ستة مكونات أو فنيات هي التعليم النفسى Psychoeducation وإعادة البناء المعرفى، والتحكم فى معدل التنفس، والتدريب على الإسترخاء. وتعرف هذه المكونات الأربعة بأنها تكنيكات للمواجهة، أما المكونات الأخرى والذاتان يتمثلان فى التمرينات التخيلية أو التصورية، والتعريض سواء الإستبطانى أو الموقفى فيعرفان بأنهما فنيان علاجيتان وجدانيتان تعملان على إثارة القلق والهلع. ويتم تقديم هذه المكونات فى ترتيب متسلسل بحيث يتم التركيز خلال الجلسات الأولى من العلاج على تكنيكات المواجهة والتي يقوم العميل بتطبيقها خلال الجلسات التالية وذلك عندما يواجه المواقف والمثيرات التى تثير الهلع والتي يتم خلالها أيضاً الرجوع إلى تلك المهارات التى تعلمها فى الجلسات الأولى وما يكون قد إكتسبه من معلومات خلالها.

ويتم من خلال التعليم النفسى تقديم معلومات كافية عن الهلع إضافة إلى ما يرتبط به من قلق وفوبيا الأماكن الواسعة وأسباب الإضطراب وطبيعته وكيفية المواجهة. ويمكن فى هذا الصدد تقديم مواد مكتوبة كالكتيبات مثلاً تتضمن مثل هذا الموضوع. أما إعادة البناء المعرفى فتتم من خلال التعرف على تلك المعارف المختلفة وظيفياً بما تضمه من أفكار وإعتقادات وإفتراضات، والعمل على تعديلها وإعادة تشكيلها وذلك من خلال إستعراض التطور الذى تتبعه نوبة الهلع والذي يكون على الشكل التالى:

- ١ - كنت أحضر إجتماعاً فى مقر العمل (موقف أو مثير).

٢ - لاحظت أن قلبي بدأ يدق بسرعة (عرض جسمي).

٣ - أدركت أن مثل هذا الخفقان يعتبر إشارة مبكرة لنوبة هلع، وأنتى سوف أفقد السيطرة على نفسى وأبدأ فى الصراخ، وسوف يعتقد الجميع هنا أنتى قد أصبت بالجنون (فكرة مأسوية).

٤ - أصبحت أكثر قلقاً حول فقد السيطرة على نفسى وبدأ العرق يتصبب بغزارة (تصعيد).

٥ - إعتذرت وخرجت من الإجتماع (هروب وتجنب).

٦ - شعرت بالإكتئاب والإثباط لأننى لم أستطع حتى أن أستمر فى الإجتماع وبالتالي لم أستطع أن أفعل شيئاً تجاه ما شعرت به (الأس).

هذا التطور هو ما يجب أن نقوم بتوضيحه للمريض والذي يعد بمثابة أفكار أو مونولوج داخلى يحدث أثناء النوبة. وإلى جانب ذلك يجب التركيز أثناء العلاج على تحقيق الراحة للمريض وتقبله للوضع القائم حتى نيسر عملية العلاج. هذا ويجب أن يقوم المريض بمراقبة الذات أثناء النوبة، وتتم كتابة تلك الأفكار أو تسجيلها حتى يتعود عليها وعلى ذلك التطور ويدرك الدور الذى تلعبه المعارف فى ذلك، ومن ثم يقوم بإعادة تقييم لتلك المعارف ومواجهتها، وبالتالي تصحيحها وإستبدالها باستجابات عقلانية. وتتمثل الخطوة الأخيرة لإعادة البناء المعرفى فى جعل الموقف غير مأسوى بالنسبة للمريض *decatastrophize the situation* وخاصة عند التعامل مع فوبيا الأماكن الواسعة وتعريفه أن مثل هذا الموقف يمكن أن يتعرض له كثيرون غيره ولكنهم لا يفعلون مثله مما يقلل من حاجته لتجنب تلك المواقف المرتبطة بالهلع. ويمكن تلخيص الكيفية التى يتم بها إعادة البناء المعرفى كالتالى:

١ - توضيح الكيفية التى يمكن بها لمعارف معينة أن تثير الهلع.

٢ - فحص الأفكار والإعتقادات والإفتراضات المشوهة للمريض.

٣ - مساعدة المريض على إدراك أن مثل هذه الأفكار غير واقعية وليست مأسوية.

٤ - جعل الموقف غير مأسوى بالنسبة للمريض وخاصة عند التعامل مع الفوبيا المصاحبة.

وإلى جانب ذلك فإن التحكم فى معدل التنفس يعمل على إستعادة المريض لسيطرته على نفسه وعلى القلق. ويتم ذلك من خلال تعليمه وتدريبه على طريقة معينة للتنفس وزيادة الإسترخاء والإمتناع عن التعبير المفرط عن الشكوى حيث يسبب التعبير المفرط عن الشكوى أعراضاً جسمية متنوعة تجعله غير قادر على أن يقوم بالسيطرة على جسمه. وتمثل الطريقة الأكثر شيوعاً فى هذا الإطار فى تدريبه على أن يتنفس بمعدل إثنتى عشرة مرة فى الدقيقة وأن يصاحب ذلك بحركة البطن وليس الصدر على أن يتم التدريب على ذلك فى العديد من المواقف. وإضافة إلى ذلك فإن التدريب على الإسترخاء يعمل أيضاً على مساعدته فى السيطرة على جسمه، ويقلل من التوتر المصاحب. أما التخيل فيتم من خلال مناقشة تلك المواقف والخبرات المثيرة للقلق وما يصاحبها من صور وإرتباطات وإنفعالات، فنطلب منه مثلاً أن يغمض عينيه ويتخيل تلك المواقف والخبرات بما تتضمنه من تفاصيل، فيصف المريض الصورة التى يتخيلها ويوجه المعالج إليه عدداً من الأسئلة التى تتعلق بما يرتبط بتلك الصورة من أفكار ومشاعر، ثم يقوم بتدريبه على كيفية المواجهة خطوة خطوة. أما المكون الأخير والذى يتمثل فى التعريض فيواجه العملاء من خلاله مشيرات القلق والفرع التى قد تكون إما مواقف خارجية أو إحساسات داخلية، ويقومون بتطوير ميكانيزمات مواجهة ملائمة لها. وجدير بالذكر أن المريض يقوم فى هذا الإطار بعمل سلم هرمى للمواقف المخيفة يتم من خلال العلاج تعريضه لكل موقف منها. ويسير التعريض الإستبطانى introspective exposure على نفس المنوال ولكنه يقوم على سلم هرمى للإحساسات الداخلية المخيفة كالدوخة والخفقان على سبيل المثال. وقد يتم التعريض لمثل هذه الإحساسات باستخدام أساليب تتسم بفرط الحساسية idiosyncratic كالإفراط فى التنفس، والتشوش ذهنى بقصد التخلص

من الفكرة، والإجهاد الجسمي. ويكون التدرج في مواجهة تلك المثيرات المخيفة من أقلها إلى أكثرها إثارة للخوف. كما يتم أيضاً تعريض المرضى من خلال الواجبات المنزلية لمثل هذه المواقف المثيرة لثلاث مرات أسبوعياً على الأقل.

هذا ويمكن أن نعرض تلخيصاً للتكنيكات والفنيات المتعددة التي يمكن إستخدامها في هذا الإطار على النحو التالي:

١ - إستراتيجيات معرفية، وتضم:

أ - التعليم النفسى .

ب - إعادة البناء المعرفى .

٢ - إستراتيجيات إنفعالية، تعتمد على إثارة القلق والهلع، وتضم:

أ - التدريب التخيلى .

ب - التعريض .

٣ - إستراتيجيات سلوكية، وتضم:

أ - التدريب على التحكم فى معدل التنفس .

ب - التدريب على الإسترخاء .

وهناك تفسيران شاملان لفاعلية العلاج المعرفى السلوكى مع مرضى اضطراب الهلع وغيره من اضطرابات القلق الأخرى يتمثلان فى ميكانيزمين أو نموذجين يعمل هذا الأسلوب العلاجى على علاج الهلع من خلالهما هما نموذج التشغيل الإنفعالى emotional Processing model ونموذج التعقل toughening up model وقد يمكن العمل من خلال أحدهما فقط، كما يمكن الجمع بينهما فى نموذج مشترك. ويعتمد هذان النموذجان على إثارة القلق والهلع فى ظل ظروف مضبوطة تؤدى فى النهاية إلى التخفيف من أعراض الهلع أو التخلص منها. ويمكن لآى من هذين النموذجين أن يحقق نتائج مرغوبة وذلك من خلال الفصل بين إتحاد

أعراض نوبة الهلع معاً حيث تضم أعراضاً معرفية وإنفعالية وجسمية تتداخل معاً عند حدوث النوبة، ويعتبر وجود أى منها إثارة لغيرها من الأعراض كى تظهر. ويؤدى هذا الفصل بين تلك الأعراض إلى عدم حدوث الأعراض الأخرى للنوبة إذا ما حدث بعضها، فإذا ما حدثت الإثارة الجسمية كالحرقان أو الدوخة مثلاً فإنها لا تؤدى إلى الأعراض الأخرى للنوبة، وإذا ما حدث الخوف من فقد السيطرة على الجسم والذى يمثل إثارة معرفية فإنه لا يؤدى إلى نوبة الهلع بأعراضها الجسمية والإنفعالية. وهذا يعنى أن العلاج المعرفى السلوكى للهلع يعمل من خلال تعريض المريض لمثيرات معينة من شأنها أن تثير نوبة الهلع والقلق. ونظراً لأن مثل هذه الإثارة تتم بطريقة منظمة وفى ظل ظروف مضبوطة فإنها تقلل من إثارتها للقلق مما يعنى أنه لم يعد هناك إتجاد بين تلك المثيرات وبين نوبة الهلع والقلق. ومن هذا المنطلق يؤدى التعريض المتكرر لمثيرات القلق إلى خفض حدة القلق، وهو الأمر الذى يساهم فى إعادة البناء المعرفى بعد تصحيح الأفكار والإعتقادات المختلفة وظيفياً. ويعمل التعريض وإعادة البناء المعرفى معاً على جعل المريض قادر على مواجهة القلق فى مواقف الحياة العادية، وعلى إستعادة ثقته بنفسه حيث ينسب التغيير الذى يحدث إلى نفسه وإلى قدرته على القيام بالسيطرة على نفسه وعلى الموقف وليس إلى قوى خارجية.

ويرى ساندرسون وويتزلى (1995) Sanderson & Wetzler أنه إذا كان تعدد الأساليب العلاجية أو تكاملها معاً فى علاج اضطراب معين يعد كما يرى كثيرون أكثر فاعلية، فإن الآراء الحديثة حول هذه التعددية فى علاج الهلع ترى أنها تعطل أثر العلاج المعرفى السلوكى عليه حيث يؤدى مثلاً إستخدام عقار البرازولام alprazolam والذى يعد من أكثر العقاقير فاعلية فى علاج الهلع وخاصة فى الجلسات الأخيرة إلى التأثير سلباً على الميكانيزم الذى يعمل العلاج المعرفى السلوكى من خلاله وهو إثارة القلق والهلع فى ظل ظروف مضبوطة ومنظمة إذ يعمل هذا العقار على تقليل كم الإثارة حيث يهدف إلى السيطرة على القلق والهلع. ولا يقتصر هذا الأمر على العلاج الطبى فقط بل ينطبق على أى أسلوب

علاجى آخر يهدف إلى تجنب القلق أو تجنب المثيرات والمواقف التى تؤدى إليه كأن يتجنب المريض الموقف، أو يعتمد على إشارات أو دلائل أخرى تحقق له الأمان كأن يترك الإجتماع مثلاً ويخرج مع صديق له إلى مكان آخر، أو يقوم بتناول واحدة من حبوب الدواء، لذا يكون من الطبيعى أن يؤدى ذلك إلى التقليل من فاعلية العلاج المعرفى السلوكى. وعلى هذا فإن تلك التعددية لا تفضل خلال المراحل الأخيرة من العلاج بل يفضل اللجوء إليها فى المراحل الأولى وخاصة خلال مراحل التعليم النفسى والتدريب على الإسترخاء.

دراسات تطبيقية

وجد سو كول وآخرون (Sokol et. al (١٩٨٩) فى دراستهم التى أجروها على عينة (ن = ١٧) من المرضى الذين يعانون من الهلع وإستمر البرنامج العلاجى لمدة ثمانية عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، أن أعراض الهلع قد إختفت تماماً لدى جميع أفراد العينة مع نهاية البرنامج. واستمر هذا التحسن بعد البرنامج كما كشفت عنه نتائج متابعتهم بعد إثنى عشر شهراً. وقام بارلو وآخرون (Barlow et. al (١٩٨٩) بالمقارنة بين ثلاثة أساليب علاجية لعلاج اضطراب الهلع المصحوب وغير المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة. وقد تمثلت تلك الأساليب فى التدريب على الإسترخاء، والتعريض إضافة إلى إعادة البناء المعرفى، ونموذج مشترك يضم التدريب على الإسترخاء والتعريض وإعادة البناء المعرفى وذلك على ثلاث مجموعات إضافة إلى مجموعة ضابطة لم تتلق أى علاج. وتكونت العينة من ستين مريضاً يعانون من الهلع مصحوباً بفوبيا الأماكن الواسعة أو غير مصحوب بها، وإستمر البرنامج لمدة خمسة عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، وأوضحت النتائج حدوث تحسن كبير لدى المرضى بالمجموعات الثلاث مع إختفاء شبه تام لمعظم أعراض الهلع قياساً بالمجموعة الضابطة وذلك على نحو يوضح حدوث التحسن لدى ٦٠% من أعضاء المجموعة التى تلقت التدريب على الإسترخاء، ٨٥% للمجموعة التى تلقت التعريض وإعادة البناء المعرفى، ٨٧% للمجموعة التى تلقت النموذج المشترك. وأوضحت نتائج المتابعة بعد ستة شهور

أن الأساليب الثلاثة لها فاعليتها في خفض حدة نوبات الهلع مع تفوق لكل من النموذج المشترك (العلاج المعرفى السلوكى) وأسلوب التعريض وإعادة البناء المعرفى (من أساليب العلاج المعرفى السلوكى) على أسلوب التدريب على الإسترخاء والمجموعة الضابطة. كذلك فقد وجد ميتشلسون وآخرون (١٩٨٩) Michelson et. al فى دراستهم عن إضطراب الهلع مع فوييا الأماكن الواسعة على عينة (ن = ٧٤) من مرضى الهلع، وإستمر البرنامج العلاجى ستة عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، وضمت العينة ثلاث مجموعات تم إستخدام العلاج المعرفى السلوكى مع المجموعة الأولى مستخدمين تكتيكات إعادة البناء المعرفى، والمناقشة، والتدريب على إعادة العزو، أما المجموعة الثانية فاستخدموا معها أسلوب التعريض التدريجى، فى حين إستخدم أسلوب التعريض التدريجى والتدريب على الإسترخاء مع المجموعة الثالثة. وأوضحت النتائج أن العلاج المعرفى السلوكى يعد هو الأفضل فى تناول إضطراب الهلع حيث بلغت نسبة التحسن فى المجموعة الأولى ٨٦,٤% فى مقابل ٧٣% للمجموعة التى تدربت على العلاج السلوكى القائم على التعريض التدريجى للمثيرات، ٦٥% للمجموعة التى تدربت على التعريض التدريجى والتدريب على الإسترخاء. وأوضحت نتائج المتابعة بعد ثلاثة شهور أن نسبة التحسن بالنسبة للمجموعة الأولى (العلاج المعرفى السلوكى) بلغت ٨٧,٥% فى مقابل ٦٥% للمجموعة الثانية (التعريض التدريجى)، ٤٧% للمجموعة الثالثة (التعريض التدريجى والتدريب على الإسترخاء)، وهو ما يؤكد فاعلية وأفضلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج الهلع. وبعد متابعة لمدة عام آخر وجد بارلو وآخرون (١٩٩٠) Barlow et. al فى متابعتهم لأفراد العينة التى تمت الإشارة إليها من قبل أن ٨٥% من هؤلاء المرضى قد تخلصوا نهائياً من الهلع.

وفى مقارنتهم بين فاعلية العلاج المعرفى السلوكى والعلاج بالعقاقير لعينة ضمت ٥٧ مريضاً ممن يعانون الهلع مع مجموعة ضابطة لم تتلق أى علاج، وتضمن برنامج العلاج المعرفى السلوكى خمس عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً

إستخدمت خلالها فنيات التعريض لمثيرات القلق سواء التعريض التخيلي أو الواقعي، والتدريب على الإسترخاء، ومراقبة الذات وجد كلوسكو وآخرون (Klosko et. al. ١٩٩٠) أنه قد حدث إختفاء تام لأعراض الهلع لدى ٨٧% ممن تلقوا العلاج المعرفى السلوكى مقابل ٥٠% ممن تلقوا العلاج بعقار ألبرازولام alprazolam، ٣٦% ممن تلقوا العلاج بإثارة جوانب وهمية للموقف Placebo وهو ما يؤكد تفوق العلاج المعرفى السلوكى على العلاج بالعقاقير. ويؤكد كل من كلارك وسالكوفيسكز (Clark & Salkovskis ١٩٩٠) هذه النتائج حيث بلغت نسبة التحسن من نوبات الهلع ٩٠% للمجموعة التى تلقت العلاج المعرفى السلوكى مقابل ٥٥% للمجموعة التى تلقت العلاج بعقار إميرامين imipramine، ٥٢% للمجموعة التى تلقت التدريب على الإسترخاء. كما كانت الأساليب الثلاثة المستخدمة أفضل فى نتائجها على المجموعات الثلاث قياساً بالمجموعة الضابطة. وكشفت نتائج الدراسة التى أجراها ميتشلسون وآخرون (Michelson et. al ١٩٩٠) على عينة (ن = ١٠) من مرضى الهلع إستمر تطبيق البرنامج العلاجى عليهم لمدة إثنى عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة أسبوعياً عن شفاء تام لأفراد العينة جميعاً من نوبات الهلع.

ومن ناحية أخرى وجد كلارك وآخرون (Clark et. al ١٩٩١) أن ٩٠% من مرضى إضطراب الهلع الذين شملتهم عينة الدراسة (ن = ١٨) قد تخلصوا نهائياً من أعراض المرض بعد برنامج علاجى إستمر ثلاثة شهور وتم فيه إستخدام إستراتيجيات إعادة البناء المعرفى والتعريض، وهو ما أكدته أيضاً نتائج دراسة مارجراف وسكيندر (Margraph & Schneider ١٩٩١) حيث كشفت النتائج أن التغير فى المعارف المتعلقة بالأعراض الجسمية المرتبطة بالهلع يعد نتيجة للعلاج المعرفى السلوكى الذى تم خلاله إستخدام إستراتيجيات إعادة البناء المعرفى والتعريض إذ حدث تغير إيجابى دال فى هذه المعارف لدى أعضاء المجموعة التى تلقت العلاج المعرفى السلوكى قياساً بأقرانهم الذين تلقوا العلاج بالعقاقير.

ونظراً لأن الباحثين فى الدراسات السابقة كانوا عند إختيارهم لعيناتهم المرضية

يستبعدون منها المرضى الذين يعانون من الإكتئاب فقد هدف لابيرج وآخرون (1993) Laberge et. al إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج المفحوصين الذين يعانون من نوبات الهلع إضافة إلى تشخيصهم إكلينيكياً على أنهم مكتئبين، وهل يمكن من خلال هذا البرنامج أن نحصل على نفس النتائج التى تم التوصل إليها مع المرضى الذين يعانون من نوبات الهلع فقط. وضمت عينة الدراسة خمسة عشر مريضاً تم تقسيمهم إلى مجموعتين تضم الأولى ثمانية مرضى يعانون من الهلع إضافة إلى الإضطراب الإكتئابى الشديد كمرض ثانوى وتتراوح أعمارهم بين 22 - 50 سنة بمتوسط 37,1 سنة ومتوسط مدة معاناتهم من الهلع 6,7 سنة، أما المجموعة الثانية فضممت سبعة مرضى يعانون من الهلع فقط وتتراوح أعمارهم بين 25 - 58 سنة بمتوسط 35 سنة، ومتوسط مدة معاناة من الهلع يساوى ست سنوات. وإستمر البرنامج العلاجى لمدة إثنى عشر أسبوعاً وتضمن خمس عشرة جلسة، وتم خلاله إستخدام إستراتيجيات التعليم النفسى، والمناقشة، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على الإسترخاء، والتخيل، والتعريض. وأوضحت النتائج فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى التخفيف من حدة نوبات الهلع لدى المرضى فى المجموعتين دون وجود فروق دالة بين المجموعتين مما يؤكد أن العلاج المعرفى السلوكى له فاعليته فى علاج إضطراب الهلع سواء حدث بمفرده أو صاحبه إضطراب إكتئابى شديد كمرض ثانوى، كما أنه قد أدى أيضاً إلى التخفيف من حدة أعراض القلق المصاحب.

وهدفت دراسة سبيجل وآخرين (1994) Spiegel et. al إلى التعرف على أثر العلاج المعرفى السلوكى مقارنة بالعلاج باستخدام عقار ألبرازولام alprazolam على عينة (ن = 20) من مرضى الهلع، وإستمر البرنامج العلاجى لمدة إثنى عشر أسبوعاً. ولم تتوصل هذه الدراسة إلى وجود فروق دالة بين الأسلوبين فى علاج الهلع. إلا أن نتائج المتابعة بعد ستة شهور قد أوضحت حدوث إنتكاسة لنصف المرضى الذين كانوا يتلقون العلاج بالعقاقير فى حين لم تحدث إنتكاسة للمرضى الذين تلقوا العلاج المعرفى السلوكى. كما هدفت دراسة كوت وآخرين

(Cote et. al ١٩٩٤) إلى مقارنة مدى فاعلية برنامجين للعلاج المعرفى السلوكى للهلع يتوقفان على معدل التواصل بين المعالج والمريض حيث يقوم البرنامج الأول على إنخفاض معدل التواصل بينهما فى حين يقوم الثانى على التوجيه من جانب المعالج طوال البرنامج وبالتالي التواجد الكامل إلى جانب المريض. وضمت العينة ٢١ مريضاً يعانون من الهلع، وإستمر البرنامج سبعة عشر أسبوعاً، وتم إستخدام مقياس مدى تكرار نوبات الهلع، ومدى فعالية الذات المدركة فى السيطرة على نوبات الهلع، ومقياس فوبيا الأماكن الواسعة. وتم تطبيق هذه المقاييس قبل البرنامج وبعده، كما تمت متابعة المرضى بعد ستة شهور من إنتهاء البرنامج. وكشفت النتائج عن حدوث تحسن فى الأداء على كل المقاييس المستخدمة من جانب أفراد المجموعتين حيث كان أكثر من ٧٣% من المرضى فى كل مجموعة قد إختفت لديهم أعراض الهلع مع إستمرار التحسن خلال فترة المتابعة والتي أوضحت أن إنخفاض معدل التواصل بين المعالج والمريض له فاعلية أكثر على المدى الطويل حيث يكسب المريض ثقة أكثر بالنفس.

تعليق

من الملاحظ أن العلاج المعرفى السلوكى قد أصبح الآن يوجه صوب نوبات الهلع مباشرة بعد أن كان مقتصرأ على علاج الفوبيا المصاحبة للهلع، وأن نسبة كبيرة من أفراد العينات التى أجريت عليها هذه الدراسات قد إختفت لديهم أعراض الهلع مع نهاية البرنامج. كما أن هذا الأسلوب العلاجى يعد علاجاً فعالاً للقلق المتوقع مع الهلع، ولالإكتئاب المصاحب له، وفوبيا الأماكن الواسعة، وأنه يعد هو الأفضل فى علاج الهلع قياساً بالعلاج بالعقاقير وكل أنواع العلاج النفسى الأخرى، كما أن آثاره تمتد لفترة طويلة بعد نهاية البرنامج. ومن ناحية أخرى إتضح أن إستخدام العلاج المعرفى السلوكى مقترناً بالعلاج بالعقاقير قد أثبت فاعلية كبيرة فى علاج الهلع خاصة إذا ما تم إستخدام العقاقير فى بداية العلاج فقط. وقد تمثلت أكثر الفنيات المستخدمة شيوعاً فى التعليم النفسى، ومراقبة الذات،

والمناقشة، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على الإسترخاء، والتخيل، والتعريض. هذا ويمكن إستخدام فقد الحساسية المنظم، ونموذج التشغيل المعرفى أيضاً فى هذا الصدد إلى جانب الواجبات المنزلية .

ثانياً: إضطراب القلق العام **Generalized anxiety disorder**

طبيعة الإضطراب

يعد القلق العام (المعمم) قلقاً غير محدد الموضوع، وهو شعور عام غامض غير سار بالتوتر والتأهب تصحبه بعض الأعراض الجسمية والنفسية دون أن ترتبط بشكل خاص ومحدد بأى حدث أو ظرف، كما قد تظهر دون تحديد المثير بدرجة كافية، أو قد تحدث الإستجابة لأى مثير منخفض. ويتخلل القلق الجوانب المختلفة لحياة الفرد، ويوزع الشعور به على الوقت، وبذلك فهو يعتبر قلقاً شاملاً. وقد يكون هذا القلق حاداً أو مزمناً. وقد يرتبط فى حالة الإزمان بعضو من أعضاء الجسم، ويسمى بإسمه فى تلك الحالة. ويرى أحمد عكاشة (١٩٩٢) أنه إذا ما إستمر الصراع لفترة طويلة وأصبح القلق غير محتمل فعادة ما تتحول أعراض القلق إلى أحد ثلاثة مظاهر هى المخاوف أو عصاب الأعضاء أو قلق الهستيريا.

ويتضمن القلق لدى المريض عملية تفاعل بين أنساق الإهتمامات والمفاهيم وكذا الأنساق التخيلية والفسولوجية والإنفعالية والسلوكية تتطور مع مرور الوقت كما يتضح من الإستجابة المستمرة لبيئة تتغير بشكل ثابت. وهناك سمات عديدة تميز بين القلق العام وغيره من أنواع إضطرابات القلق الأخرى يمكن أن نعرض لها على النحو التالى:

أ - مثيرات أو إثارات بيئية للقلق أقل وضوحاً، أو التجنب السلوكى لتلك المثيرات.

ب - إنحياز مسبق لأحداث تهديد متعددة مع تجنب معرفى سريع للكشف عنها.

ج - إنتشار القلق اللفظى الذى قد يعمل على تفادى جوانب من خبرة القلق عن طريق قمع الخيال المرتبط بالخوف والإثارة الجسمية والتشغيل الإنفعالى.

د - سمات جسمية غير عادية تتضمن إعاقة نشاط الجهاز العصبى السمبثاوى، وتقييداً لمدى تنوع هذا النشاط، وما ينتج عن ذلك من عدم المرونة الفسيولوجية فى وقت الراحة وعند المواجهة.

ومن الملاحظ أن مرضى القلق العام يرهقون أنفسهم بأنماط تعودية مزمنة من الإستجابة التفاعلية متعددة الأنساق والتي تعد كل عملية فيها بمثابة رد فعل دفاعى للتهديد، وينتج عنها تتابع لإستجابات القلق التى تكتسب قوة كبيرة من خلال التكرار لتصبح بذلك عادة.

محكات التشخيص

يحدد DSM - IV اضطراب القلق العام بأنه قلق مفرط أو توقع وترقب يحدث بشكل مستمر لمدة لا تقل عن ستة أشهر وذلك فى عدد من الأحداث أو الأنشطة كالعمل أو الأداء المدرسى. ويصعب على الفرد أن يسيطر على قلقه أو إنشغاله الذى يرتبط بثلاثة أعراض على الأقل من الأعراض الستة التالية، أما بالنسبة للأطفال فيكفى توفر عرض واحد فقط. وهذه الأعراض هى:

- ١ - الشعور بالإستياء والضجر أو شعور الفرد بأنه محبوس أو مقيد.
- ٢ - سرعة الشعور بالتعب.
- ٣ - صعوبة فى التركيز أو الوصول للنقطة المستهدفة.
- ٤ - التهيج المفرط.
- ٥ - التوتر العضلى.
- ٦ - صعوبات النوم كأن يجد الفرد صعوبة فى الإستغراق فى النوم، أو البقاء نائماً، أو حدوث النوم غير المشيع.

وجدير بالذكر أن القلق أو الإنزعاج هنا لا يرتبط بحدوث نوبة هلع أو بالخوف الإجتماعى أو باضطراب الوسواس القهرى أو بقلق الانفصال أو بزيادة الوزن كما فى حالة فقد الشهية العصبى أو بوجود شكاوى جسمية متعددة أو باحتمال إصابة الفرد بمرض خطير كما فى حالة توهم المرض أو بإنعصاب ما بعد الصدمة. كما أنه لا يرجع إلى آثار فيسيولوجية مباشرة للمواد كإساءة استخدام مادة معينة أو عقار معين، أو إلى حالة طبية (صحية) عامة، أو إلى أى اضطراب ذهانى آخر. ويؤدى القلق أو الأعراض الجسمية فى تلك الحالة إلى الضيق النفسى أو حدوث خلل فى أداء الفرد الوظيفى فى المجال الإجتماعى أو المهنى أو أى من المجالات الأخرى الهامة.

العلاج المعرفى السلوكى لإضطراب القلق العام

على الرغم من النجاح الذى حققه العلاج المعرفى السلوكى فى علاج القلق العام فإن بعض الباحثين يرى أن هذا النجاح لم يصل إلى نفس معدل النجاح الذى حققه هذا الأسلوب العلاجى مع الهلع أو المخاوف المرضية، ومع ذلك فهو لا يزال من أفضل الأساليب العلاجية الفعالة فى علاج القلق العام حيث أكدت الدراسات التى إستخدمته بما يتضمنه من فنيات كان من أكثرها شيوعاً التدريب على الإسترخاء، وإدارة القلق، والفنيات المعرفية أن مثل هذه الفنيات تحقق تحسناً كبيراً قد يستمر لمدة عامين بعد إنتهاء العلاج وذلك على الرغم من أن الإضطراب قد يكون مزمناً.

ويركز العلاج المعرفى السلوكى أثناء سير العملية العلاجية على مايلى:

- ١ - الأهمية الكبيرة والمحورية لملاحظة الذات فى الكشف عن الحدوث المبكر لعملية القلق فى تتابعها التفاعلى.
- ٢ - إعطاء إهتمام علاجى خاص لسلاسل الأفكار المسببة للقلق على أنها تعد بمثابة إحدى الدلائل الأساسية المبكرة لمواجهة إنتشار تلك السلاسل.
- ٣ - الحاجة إلى تدريبات إسترخاء دقيقة.

٤ - أهمية الأساليب المتعددة للإسترخاء والتي يتم من خلالها تناول مستويات مختلفة من نسق الإستجابة، والعمل على زيادة المرونة التي تتضمن تعليم الإستجابة الحرة العامة للأفكار الخادعة والصور العكسية عن الماضي أو المستقبل.

٥ - التدريب المتكرر أثناء الجلسات على كل ذلك لتسهيل عملية الكشف المبكر عن دلائل القلق وتقوية إستجابات المواجهة.

وإلى جانب ذلك يتم إستخدام فنية التعريض سواء التخيلي imaginal أو الواقعى in vivo وذلك للإشارات الداخلية أو الخارجية المرتبطة بالقلق بغرض تفادى إثارة القلق وتجنب القلق المرتبط بأعراض جسمية. كما يتم أيضاً إستخدام فنيات تمارين الإسترخاء. والضبط الذاتى، وفقد الحساسية المنظم والذي يتناول صوراً ترتبط بالقلق، والأفكار المسببة لذلك القلق، والتدريب على مهارات المواجهة كاستجابة للقلق.

هذا ويقوم المريض بكتابة يومياته التي يحدد من خلالها مستوى حدة القلق وذلك لثلاث مرات يومياً ولمدة أسبوعين قبل العلاج على أن يستمر ذلك خلال فترة العلاج ولمدة أسبوعين بعد إنتهاء العلاج الذى يتألف عادة من إثنتى عشرة جلسة علاجية بواقع جلستين أسبوعياً مدة كل جلسة من الجلسات الأولى ساعة ونصف (أربع جلسات) تصبح ساعة واحدة فقط فيما يلى من جلسات. ويمكن إضافة جلستين للبرنامج إذا إقتضى الأمر ليصبح عدد الجلسات التي يتألف منها البرنامج أربع عشرة جلسة. ويكون الهدف من نصف الساعة الإضافى خلال الجلسات الأولى إستغلالها للعلاج غير الموجه nondirective أما إذا لم يتم ذلك فتكون مدة الجلسة ساعة واحدة فقط وليست ساعة ونصف.

وجدير بالذكر أن فنية التعليم النفسى تستخدم لإعطاء المرضى المعلومات الكافية عن طبيعة الإضطراب وأسبابه وأعراضه وكيفية المواجهة، فى حين تستخدم فنية الإسترخاء لتوفير فهم ودراية متعمقة عن الذات وللعمل على إستعادة الثقة بالنفس

وزيادتها، أما اليوميات التي يقوم المريض بتدوينها فيتم من خلالها التعرف على الأفكار والمشاعر والصور الموجودة لدى المريض والتي تتعلق بالقلق حتى يتم العمل على تصحيحها. كذلك يمكن إستخدام فنيات مراقبة الذات، وتركيز الإهتمام على الخبرة الحالية، والواجبات المنزلية.

ومن أنجح الفنيات التي يمكن إستخدامها فى هذا المجال التدريب على إدارة القلق anxiety management training حيث لا يحتاج المريض هنا أن يحدد بدقة تلك المثيرات المسببة للقلق كما هو الحال فى فقد الحساسية المنظم. وتضم فنية التدريب على إدارة القلق مكونات معرفية وسلوكية معاً، وتعتمد على إعتراض وفتح الحلقة المفرغة التي يسير فيها مريض القلق والتي ترتبط بالأعراض الجسمية، والتجنب، وفقد الثقة. ويمكن إدارة القلق عن طريق إقتحام تلك الدائرة والذي يمكن أن يحدث عن طريق ما يلي:

١ - التدريب على الإسترخاء؛ وتستخدم كفنية للمواجهة متبوعة بواجبات منزلية تساعد الفرد على تحقيق ضبط النفس وتساهم فى منع حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى.

٢ - التعرض المتدرج لمثيرات القلق بما فيها المثيرات المعرفية والفسىولوجية.

٣ - تحديد الأفكار المثيرة للقلق وتصحيحها والذي يمكن أن يتم من خلال المذكرات اليومية أو باستخدام فنية مراقبة الذات.

ويرجع تفضيل إستخدام فنية التدريب على إدارة القلق هنا إلى عدد من الأسباب يأتى فى مقدمتها أنها تسهم فى أن تهيئ للمريض المرونة وتنوع التطبيقات التي يمكن أن تساعده على أن يتفاعل بشكل أفضل مع ما يترتب على هذا الإضطراب من نتائج عامة مثل إضعاف معنوياته، وفقد ثقته بنفسه، والقلق الإجتماعى، والإكتئاب، إلى جانب إمكانية مواجهة ظروف الحياة الضاغطة. كذلك فإن فقد الحساسية المنظم أو التحصين التدريجى لايجدى كثيراً هنا لأنه يعتمد على قدرة المريض على تحديد سلم هرمى للمثيرات التي تسهم فى حدوث إستجابة

القلق، وهو الأمر الذى لا يتمكن مريض القلق العام من تحديده بدقة. وتسهم كل هذه الأمور معاً فى جعل فنية التدريب على إدارة القلق هى الأفضل والأمنح فى هذا الصدد. وإلى جانب ذلك فإن هذه الفنية تتصف بعدد من السمات التى تجعلها مفضلة فى هذا السياق وتؤدى غالباً إلى حدوث نتائج إيجابية للغاية، ومن هذه السمات ما يلي:

١ - أن هذه الفنية تهدف إلى تحقيق إدارة الذات Self - management وذلك من خلال الإعداد التدريجى للمريض على تحمل مزيد من المسئولية حيث يصبح بإمكانه أن يسيطر على القلق.

٢ - استخدام الواجبات المنزلية وذلك لتعزيز وتدعيم ما تم التدريب عليه وتعزيز المهارات التى تم تعلمها بما يساعد على منع حدوث إنتكاسة فيما بعد.

٣ - التأكيد المستمر على ضبط النفس وذلك من خلال تعلم المهارة التى يمكن أن يوظفها الفرد بعد ذلك معتمداً فى هذا الأمر على نفسه وهو الأمر الذى يزيد من فاعلية الذات لديه.

٤ - التأكيد على أن المعارف قد تمثل جانباً هاماً فى إستجابات القلق، أو قد تمثل جانباً هاماً فى تتابع المثيرات التى تبعث على القلق.

هذا ويتطلب التدريب على إدارة القلق خمس جلسات أساسية مدة كل منها ساعة مع مقابلة للتقييم. وتضم أولى هذه الجلسات الخمس أربع خطوات تتمثل فى تقديم المعلومات وشرح منطق التدريب، وتقديم الإسترخاء وطريقته للعملاء مع تقديم مشهد له والعمل على تطور هذا المشهد والذى يمثل حدثاً حقيقياً يرتبط بمشاعر الإسترخاء والهدوء كالرؤية والصوت ودرجة الحرارة من حوله وغير ذلك، أما الخطوة الثالثة فتتمثل فى تدريبات الإسترخاء، بينما تتمثل الخطوة الأخيرة فى تحديد الواجب المنزلى. وتتضمن الجلسة الثانية أربع خطوات أيضاً تتمثل فى تحديد موقف مثير للقلق، ثم الإسترخاء، فإثارة القلق متبوعاً بالإسترخاء، وأخيراً تحديد الواجب المنزلى. بينما تضم الجلسة الثالثة نفس الخطوات التى وردت

بالجلسة الثانية مضافاً إليها خطوتين جديدتين هما الإسترخاء المثار ذاتياً أى الذى لا ينتظر فيه العميل أى تعليمات من المعالج بل يقوم به هو من تلقاء نفسه، والإنتباه للأعراض التى يثيرها القلق خلال الإثارة مع تكرار تلك الخطوات الست ما بين ثلاث إلى خمس مرات فى حين تضيف الجلسة الرابعة إلى الخطوات الست السابقة خطوتين هما تحديد موقف ترتفع فيه حدة القلق والعمل على خفض تلك الحدة، وتحمل المريض لدرجة أكبر من مسئولية إستعادة ضبط النفس عقب إثارة القلق. وتعمل الجلسة الخامسة على تعزيز ضبط النفس والتخلص من الضبط من جانب المعالج وذلك من خلال تكرار ما تم بالجلستين الثالثة والرابعة. ويمكن أن يضاف لذلك ثلاث جلسات أخرى يتم خلالها ما تم خلال الجلسة الخامسة مع تنويع المواقف حتى يكتسب المريض الضبط الكامل للذات.

ويرى سوين (1995) Suinn أنه فى حالة التدريب الجماعى على إدارة القلق تأخذ الجلسات الشكل التالى:

- الجلسة الأولى (٧٥ دقيقة): تقديم معلومات عن العلاج وشرح منطقته، وتحديد موقف للإسترخاء، والتدريب على الإسترخاء.
- الجلسة الثانية (٦٠ دقيقة): تكرار ما تم بالجلسة الأولى.
- الجلسة الثالثة (٧٥ دقيقة): تحديد موقف للقلق متوسط الحدة، والإسترخاء على أن يتم من خلال التوجيهات التى تصدر عن المعالج، وإثارة القلق متبوعاً بالإسترخاء.
- الجلسة الرابعة (٦٠ دقيقة): الإسترخاء المثار ذاتياً من جانب العملاء، وإثارة القلق متبوعاً بالإسترخاء مع تركيز الإنتباه على الأعراض التحذيرية المبكرة.
- الجلسة الخامسة (٦٠ دقيقة): تكرار ما تم بالجلسة الرابعة.
- الجلسة السادسة (٧٥ دقيقة): تحديد موقف للقلق مرتفع الحدة، والإسترخاء

المثار ذاتياً من جانب العملاء، وإثارة القلق متبوعاً بخفض العملاء لحدة هذا القلق والإسترخاء المثار ذاتياً الذى يمكنهم من خلاله ضبط النفس.

- الجلسة السابعة (٦٠ دقيقة): تكرر ما تم بالجلسة السادسة.

- الجلسة الثامنة (٦٠ دقيقة): الإسترخاء المثار ذاتياً، وإثارة القلق متبوعاً بالإسترخاء المثار ذاتياً مع تكملة الموقف المثير للقلق وخفض حدته.

وهناك أمثلة عديدة لمقاييس نفسية يمكن إستخدامها فى هذا الصدد، منها:

- جدول مقابلة إضطرابات القلق Anxiety disorders Interview Schedule الذى

أعدده دى ناردو وبارلو (١٩٨٨). Di Nardo & Barlow .

- مقياس هاملتون للقلق . Hamilton Anxiety Rating Scale

- مقياس هاملتون للإكتئاب . Hamilton Rating Scale for Depression

- مقياس التقدير الذاتى للقلق Self - Rating of Anxiety Scale الذى أعدده زونج

Zung . (١٩٧٥)

- مقياس شدة أعراض القلق العام - Assessor Severity of GAD anxiety symp-

toms من إعداد بارلو وآخرين (١٩٨٤). Barlow et. al .

- مقياس سمة وحالة القلق Spielberger State - trait Anxiety Inventory وقد

أعدده للعربية زكريا الهابط (١٩٨٣).

دراسات تطبيقية

أجرى بتلر وآخرون (١٩٩١) Butler et. al دراسة هدفت إلى مقارنة مدى

فاعلية العلاج المعرفى السلوكى والعلاج السلوكى فى علاج إضطراب القلق العام،

وتكونت عينة الدراسة من ٥٧ مريضاً تتراوح أعمارهم بين ١٨ - ٦٥ سنة تم

تقسيمهم عشوائياً إلى ثلاث مجموعات؛ تلقت الأولى برنامجاً للعلاج المعرفى

السلوكى، فى حين تلقت الثانية برنامجاً للعلاج السلوكى، أما المجموعة الثالثة

فكانت ضابطة وبالتالي لم تتلق أى علاج . وتضمن البرنامج العلاجى إثنتى عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، وتم خلاله إستخدام فنيات المناقشة، والتدريب على مهارات التنظيم الذاتى لتعديل السلوك، والواجبات المنزلية، وجدولة النشاط والأهداف . وأوضحت النتائج حدوث تحسن ملحوظ لأفراد المجموعتين التجريبيتين قياساً بالمجموعة الضابطة، كما أوضحت وجود فروق دالة فى مدى التحسن بين المجموعتين الأولى والثانية لصالح المجموعة الأولى التى تلقى أعضاؤها العلاج المعرفى السلوكى مما يدل على أنه أكثر فاعلية من العلاج السلوكى فى علاج القلق، وهو مادعمته نتائج المتابعة بعد ستة شهور .

كما قام بوركوفيتش وآخرون (١٩٩١) Borkovec et. al بدراسة هدفت إلى المقارنة بين كل من العلاج غير التوجيهى، والإسترخاء، والعلاج المعرفى السلوكى فى علاج القلق العام، وضمت عينة الدراسة ٥٥ مريضاً تم تقسيمهم عشوائياً إلى أربع مجموعات إحداها ضابطة أما المجموعات الثلاث الأخرى فكانت تجريبية وتلقت الأولى منها العلاج غير التوجيهى، بينما تلقت الثانية التدريب على الإسترخاء، وتلقت الثالثة برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى . وقد تلقت كل مجموعة إثنتى عشرة جلسة علاجية بواقع جلستين كل أسبوع . هذا وقد إنتقى هؤلاء الباحثون أفراد العينة ممن لا يوجد لديهم تشخيص بالإكتئاب أو الهلع أو أى إختلال ذهنى مع عدم خضوع الفرد حالياً أو سابقاً لأى علاج نفسى . وكشفت النتائج أنه على الرغم من أن العلاج غير التوجيهى قد هيا مستويات عليا من الخبرات إنعكست فى النمو الإنفعالى فإن الإسترخاء والعلاج المعرفى قد أحدثا تحسناً بدرجة أكثر وضوحاً فى ضوء القياس البعدى . كما أظهرت نتائج القياس التتبعى أن العلاج المعرفى السلوكى يعد هو الأفضل على المدى الطويل حيث تصاحبه أقل نسبة إنتكاسة قياساً بالعلاجات الأخرى . وكان من بين أهداف الدراسة التى أجراها بورنز ونولين - هوكسيما (١٩٩٢) Burns & Nolen - Hoeksema والتي تمت الإشارة إليها من قبل المقارنة بين مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى بمفرده والعلاج المعرفى السلوكى مقترناً بالعقاقير وذلك لعلاج القلق العام،

وكان من بين أفراد العينة تسعة مرضى يعانون من القلق إلى جانب ٧٩ مريضاً يعانون من تلازم مرضى بين القلق والإكتئاب. وبعد إستخدام فنيات المناقشة، ومراقبة الذات، وإعادة البناء المعرفى، والواجبات المنزلية فى برنامج إستمر لمدة إثنى عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة فى الأسبوع، كشفت النتائج عن فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج القلق حيث وجدت درجة دالة من التحسن لدى المرضى بعد تلقى البرنامج العلاجى، كما لم توجد فروق دالة بين المجموعة التى تلقت العلاج المعرفى السلوكى بمفرده والمجموعة التى تلقت العلاج المعرفى السلوكى مقترناً بالعقاقير وذلك فى درجة التحسن، وهو ما يعنى أن إضافة العلاج بالعقاقير إلى العلاج المعرفى السلوكى لم تكن له آثار دالة.

وهدفت دراسة بوركوفيتش وكوستيللو (١٩٩٣) Borkovec & Costello إلى مقارنة ثلاثة أساليب علاجية هى التدريب على الإسترخاء، والعلاج المعرفى السلوكى، والعلاج غير التوجيهى فى علاج إضطراب القلق العام وذلك لدى عينة ضمت ٣٨ مريضاً متوسط أعمارهم ٥٥ سنة مقسمين إلى ثلاث مجموعات، تلقت المجموعة الأولى (ن = ١٢) العلاج غير التوجيهى، وتلقت المجموعة الثانية (ن = ١٢) التدريب على الإسترخاء، فى حين تلقت المجموعة الثالثة (ن = ١٤) العلاج المعرفى السلوكى. وتضمن البرنامج العلاجى إثنتى عشرة جلسة لكل مجموعة بواقع جلتين أسبوعياً، وتم إستخدام فنيات المناقشة، وتذكر الخبرات، والتدريب على الإسترخاء، ومراقبة الذات، والتخفيف المتدرج من الحساسية للقلق، والتدريب التخيلى. وأوضحت النتائج أن كلاً من العلاج المعرفى السلوكى والتدريب على الإسترخاء (العلاج السلوكى) هما الأفضل فى تأثيرهما وفاعليتهما فى التخفيف من حدة القلق، ولا يختلف تأثير أى منهما فى التخفيف من حدة القلق حيث لم توجد فروق دالة بين المجموعتين فى درجة التحسن.

إلا أن ساب (١٩٩٦) Sapp وجد أن العلاج السلوكى (التدريب على الإسترخاء) هو الأكثر فاعلية قياساً بالعلاج المعرفى السلوكى والإرشاد التدميى فى خفض حدة القلق بين طلاب الجامعة، فى حين يعد الإرشاد التدميى هو الأفضل

بالنسبة للخريجين وذلك فى دراسته التى هدف منها إلى إجراء المقارنة بين هذه الأساليب الثلاثة فى خفض حدة القلق والمكونات الإنفعالية المصاحبة وذلك لدى عينة ضمت تسعين مفحوصاً نصفهم من طلاب الجامعة والنصف الآخر من الخريجين .

تعليق

يعد اضطراب القلق العام من المجالات التى شهدت نجاحاً للعلاج المعرفى السلوكى فيها . ومن أهم الفنيات العلاجية التى تم إستخدامها فى تلك الدراسات التى تم إجرائها فى هذا المجال المناقشة، ومراقبة الذات، والمذكرات اليومية، والتدريب على مهارات التنظيم الذاتى لتعديل السلوك، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على إدارة القلق، والتدريب على الإسترخاء، والتدريب التخيلى، والتعريض ومنع الإستجابة، وجدولة النشاط والأهداف، إضافة إلى الواجبات المنزلية .

أما عن النتائج التى كشفت عنها هذه الدراسات فكانت فى مجملها متناقضة وغير حاسمة حيث كانت تتأرجح بين أفضلية العلاج المعرفى السلوكى على العلاج بالعقاقير (Burns & Nolen - Hoeksema, 1992) إلى عدم إختلاف العلاج المعرفى السلوكى فى فاعليته عن العلاج السلوكى (Borkovec & Costella, 1993; Borkovec et. al., 1991) إلى تفوق العلاج المعرفى السلوكى على العلاج السلوكى (Butler et. al, 1991) إلى تفوق العلاج السلوكى على العلاج المعرفى السلوكى (Sapp, 1996)، وهو الأمر الذى يتطلب إجراء مزيد من الدراسات للتحقق من صدق النتائج . .

ثالثاً: اضطرابات الرهاب (الخوف المرضى) phobic disorders

طبيعة الإضطراب

الرهاب هو الخوف أو الخوف المرضى أو القويا phobia الذى يدرك المريض خلاله أن مخاوفه ليست عقلانية وغير معقولة أو مقبولة، ومع ذلك يظل على

خوفه من تلك الأشياء التي لا تخيف فى العادة. ويكون الخوف المرضى عاماً غير محدد، كما يكون خوفاً دائماً من وضع أو موضوع معين يعرف بموضوع الخوف يكون غير مخيف بطبيعته، ولا يستند إلى أساس واقعى أو منطقى، ولا يمكن ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه رغم المحاولات المتكررة لذلك من جانب المريض. ومع تكرار هذه الإستجابة فإنها تأخذ خصائص الوسواس والأفعال القهرية. ويرى أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن إستجابة الخوف (الرهاب) هى حيلة دفاعية لاشعورية يحاول المريض أثناءها عزل القلق الناشئ عن فكرة أو موضوع أو موقف معين فى حياته اليومية وتحويله إلى فكرة أو موضوع أو موقف رمزى ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأسمى. ولذلك يعلم المريض عدم جدوى ذلك الموقف وعدم خطورته، ولكنه مع ذلك لا يستطيع التحكم فى هذا الخوف أو السيطرة عليه. وقد يكون هذا الخوف خوفاً من الأماكن الواسعة، أو من شىء أو موقف محدد، أو من حيوان ما، أو موضوع يوجد بالبيئة وغير ذلك وهو ما يعرف بالمخاوف النوعية. كما قد يكون خوفاً من مواقف إجتماعية معينة ومن التواجد وسط الغرباء، وهو ما يعرف بالخوف الإجتماعى.

وتتسم إستجابة الخوف بعدد من السمات يمكن أن تتحدد فى ضوءها هى:

١ - أنها لاتتناسب مع الموقف المثير لها.

٢ - لا يمكن تفسيرها منطقياً.

٣ - لا يستطيع الفرد التحكم فيها إرادياً.

٤ - تؤدى إلى الهروب وتجنب الموقف المخيف.

وتنقسم إستجابة الخوف أو المخاوف المرضية إلى ثلاثة أنواع، هى:

أ - الخوف من الأماكن الواسعة (رهاب الساحة). agoraphobia

ب - الخوف الإجتماعى. Social phobia

ج - مخاوف نوعية محددة. Specific phobia

وفى حين يرتبط النوع الأول (فوبيا الأماكن الواسعة) بالخوف من مغادرة المنزل، أو التواجد وسط الزحام، أو فى الأماكن العامة، أو السفر وحيداً فى أى وسيلة من وسائل المواصلات، أو التواجد فى مكان يصعب فيه تقديم المساعدة حيث يعنى هذا النوع من المخاوف الخوف من الناس والأماكن المفتوحة كالمساحات خاصة إذا كانت مليئة بالناس، إلى جانب الخوف من التجمعات، ودخول الأماكن العامة، والسفر، ولذا فهو يعد أشد إضطرابات الخوف إعاقه نظراً لأن بعض الأشخاص يظلون داخل منازلهم ولا يغادرونها. ويختلف هذا النوع من الخوف عن القلق العام فى أن القلق هنا يكون شديداً ومتركزاً حول موضوع معين يدركه المريض (إكتظاظ الناس فى المكان مثلاً) بينما لا يكون القلق فى حالة القلق العام بشدة الهلع. أما النوع الثانى من هذه المخاوف وهو المخاوف الإجتماعية فيرتبط بالخوف من أن يكون الفرد موضع إهتمام وملاحظة الآخرين، أو يتواجد وسط الغرباء مما يؤدى به إلى تجنب المواقف الإجتماعية إذ يتعلق الخوف الإجتماعى بتعميم زائد يتعلق بالقدرات الإجتماعية للفرد، وتدور أفكاره الخاطئة حول توقع الخطر والأذى، ولذلك يكون لديه تقدير زائد لإحتمال حدوث الأذى، وما قد يحدث، وتقدير أقل لقدرته على مواجهة الموقف والآخرين، ويشتمل ذلك على توقع الرفض، والفشل، والإنزعاج. بينما يمثل النوع الثالث فى المخاوف النوعية المحددة أى البسيطة، وتقتصر على مواقف معينة ومحددة تماماً بالنسبة للفرد كالأماكن المرتفعة، ورؤية الدم، والعواصف، والحيوانات، أو أى أشياء أو موضوعات معينة فى البيئة، وعادة ما يبدأ هذا النوع من المخاوف منذ مرحلة الطفولة، وتسمى المخاوف بإسم ما ترتبط به فيقال مثلاً فوبيا الحيوانات، أو الظلام، أو الدم، أو المرتفعات، وهكذا.

المحكات التشخيصية للإضطراب

يورد DSM - IV ثلاثة أنواع من إستجابات الخوف المرضى على النحو التالى:

أولاً: الخوف من الأماكن الواسعة (رهاب الساحة) agoraphobia

يتحدد في الدليل التشخيصى سالف الذكر أن الخوف من الأماكن الواسعة لا يعد اضطراباً مستقلاً، وأنه يتسم بالقلق من جانب الفرد حول وجوده فى أماكن أو مواقف يصعب الهروب منها، أو قد لا يتاح تقديم المساعدة له فيها وذلك حال حدوث نوبة هلع غير متوقعة أو حدوث أعراض شبيهة بأعراض الهلع.

وتتضمن المخاوف المرتبطة بفوبيا الأماكن الواسعة مجموعة من المواقف التى تتضمن وجود الفرد وحيداً وبعيداً عن منزله، أو وجوده وسط حشد من الناس أو وقوفه فى طابور، أو وجوده فوق كوبرى، أو فى نفق، أو سفره فى أى وسيلة من وسائل المواصلات العامة كالأتوبيس أو القطار أو السيارة. ولا يتعلق الخوف بواحد فقط من هذه المخاوف دون سواه وإلا أصبح ذلك من المخاوف النوعية، كما لا يرتبط التجنب هنا بمواقف إجتماعية معينة وإلا أصبح ذلك ضرباً من الخوف الإجتماعى. وإلى جانب ذلك فإن سلوك التجنب هذا يرتبط بتوتر أو قلق من حدوث نوبة هلع أو أعراض شبيهة بأعراض الهلع، أو يتطلب الأمر وجود أحد الأصدقاء بصحبته.

وجدير بالذكر أن القلق أو الخوف هنا لا يرجع إلى أى مرض عقلى، أو إلى الخوف الإجتماعى، أو المخاوف النوعية، أو اضطراب الوسواس القهرى، أو إنعصاب ما بعد الصدمة، أو اضطراب قلق الانفصال.

ثانياً: المخاوف الإجتماعية (اضطراب القلق الإجتماعى) Social phobia (Social anxiety disorder)

ويتسم بالخوف من واحد أو أكثر من المواقف الإجتماعية حينما يتواجد الفرد وسط الغرباء، أو عندما يكون موضع إهتمام من الآخرين. ويؤدى التعرض لمثل هذه المواقف غالباً إلى إثارة القلق الذى قد يأخذ شكلاً يرتبط بهذا الموقف أو ذلك، أو يأخذ شكل نوبة الهلع. ويدرك الفرد تماماً أن مخاوفه مبالغ فيها وغير معقولة، ولكنه مع ذلك يخاف من المواقف الإجتماعية ويتجنبها أو يخبر قلقاً شديداً وتوتراً

كما يؤثر سلباً على روتين حياته العادى وأدائه الوظيفى المهنى أو الأكاديمى، وعلى أنشطته الإجتماعية وعلاقاته على أن يستمر ذلك لدى الأفراد الذين تقل أعمارهم عن ١٨ عاماً لمدة لا تقل عن ستة أشهر بحيث لا يرجع هذا الخوف إلى أى آثار فيسيولوجية مباشرة للمواد التى يتعاطاها الفرد كإساءة إستخدامه للمواد أو تعاطيه للأدوية، كما لا يرجع إلى حالة طيبة (صحية) عامة.

ومن ناحية أخرى لا يجب أن يرجع هذا الخوف إلى أى مرض عقلى، أو نوبة هلع مصحوبة أو غير مصحوبة بفوبيا الأماكن الواسعة، أو قلق الانفصال، أو إضطراب صورة الجسم، أو أى إضطراب نمائى، كما يجب أيضاً ألا يرجع إلى إضطراب الشخصية شبه الفصامية Schizoid.

ثالثاً: المخاوف النوعية المحددة Specific phobia

وتتسم بكم مفرط من الخوف غير الواقعى الذى يثيره وجود أو توقع وجود شىء أو موقف معين كالطيران، أو الإرتفاعات، أو الحيوانات، أو أخذ حقنة، أو رؤية الدم. ويؤدى التعرض للمثير المسبب للخوف إلى إستجابة قلق مباشرة قد تأخذ شكل نوبة هلع ترتبط بذلك الموقف. وقد يحدث ذلك بالنسبة للأطفال على هيئة صراخ، أو نوبات غضب، أو التجمد، أو التثبيت بالآخرين.

ومما لاشك فيه أن الفرد (الكبير وليس الطفل) يدرك أن هذا الخوف مبالغ فيه وغير معقول، ومع ذلك لا بد له أن يتجنب الموقف وإلا حدثت إستجابة قلق شديدة تؤثر سلباً على روتين حياته العادى وعلى أدائه الوظيفى المهنى أو الأكاديمى وعلى أنشطته الإجتماعية وعلاقاته على أن يستمر ذلك بالنسبة للأفراد الذين يقل عمرهم عن ثمانية عشر عاماً لمدة لا تقل عن ستة أشهر.

وجدير بالذكر أن هذا القلق أو نوبة الهلع أو السلوك التجنبى الذى يرتبط بالمخاوف لا يرجع إلى مرض عقلى، أو إلى الوسواس القهرية، أو إنعصاب ما بعد الصدمة، أو قلق الانفصال، أو الخوف الإجتماعى، أو إضطراب الهلع المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة. وقد تكون هذه المخاوف من الحيوانات، أو من أشياء

معينة فى البيئة كالعواصف والإرتفاعات والماء مثلاً، أو من رؤية الدم، أو أخذ الحقن، أو من مواقف معينة كالكبارى والأنفاق والطيران ووسائل المواصلات العامة على سبيل المثال. ويبدأ هذا النوع من المخاوف فى مرحلة الطفولة.

العلاج المعرفى السلوكى لإضطرابات الخوف المرضى

تؤكد نتائج العديد من الدراسات أن العلاج المعرفى السلوكى يحقق نتائج جيدة فى علاج المخاوف المرضية حيث يودى تصحيح المعارف المشوهة والتفسيرات الخاطئة التى ترتبط بمصادر التهديد إلى حدوث تحسن ملحوظ بين المرضى. ولتحديد مثل هذه المعارف تستخدم المذكرات اليومية من جانب المرضى ومراقبة الذات. ومن الفنيات التى يمكن إستخدامها لعلاج المخاوف المرضية الإشرط المضاد للقلق وخاصة مع المخاوف النوعية، والتدريب على تأكيد الذات أو السلوك التوكيدى خاصة مع المخاوف الإجتماعية وهو ما يساعد المريض على إستعادة ثقته بنفسه، والتعزيز، والتغذية الرجعية الحيوية. كما يمكن أيضاً إستخدام التدريب على المهارات الإجتماعية خاصة مع المخاوف الإجتماعية، إلى جانب إستخدام إعادة البنية المعرفية، والتعريض ومنع الإستجابة حيث يتم تعريض المريض تخيلياً أو واقعياً لمثيرات غير خطيرة تبعث على القلق والخوف وذلك بشكل متكرر وفى ظل ظروف منظمة ومضبوطة. ومن ناحية أخرى يمكن إستخدام التدريب على إدارة القلق والذى أثبت نجاحاً كبيراً مع كل إضطرابات القلق وإلى جانب ذلك يمكن إستخدام الغمر، أو فقد الحساسية المنظم أو التدريجى.

ويرى راتشمان (١٩٩٥) Rachman أن إستخدام نموذج التشغيل الإنفعالى emotional processing model يحقق نتائج جيدة للغاية فى علاج المخاوف والوسوس. ويعتمد هذا الأسلوب على الحديث عن الخبرات الإنفعالية أو كتابتها ومعايشتها مما يقلل بالتالى من حدتها وتكرارها وذلك إستناداً على تلك الآثار التى يمكن أن تحدثها المعرفة أو المعلومات على تناول الخبرات الإنفعالية. ويشير هذا المفهوم إلى تلك العملية التى يتم بموجبها تشرب الإضطرابات الإنفعالية

وإنخفاضها إلى الحد الذى يمكن أن يحدث عنده أى سلوك آخر دون أن يسبب أى مشكلة للمريض . أما إذا لم يتم تشرب تلك الإضطرابات بالشكل المطلوب فتظل هناك بعض الدلائل التى تعبر عن ذلك، ومن ثم تعود الإشارات المقحمة للنشاط الإنفعالى إلى الظهور كالمخاوف والوساوس والكوابيس والهلاوس والأفكار المقحمة والتعبيرات غير الملائمة عن الإنفعالات . ويرجع التشغيل الإنفعالى الناجح إلى قدرة الفرد على التحدث عن أحداث إنفعالية معينة أو رؤيتها أو الإستماع إليها أو تذكرها دون أن يخبر الضيق النفسى أو الكرب . ومن جانب آخر يعتمد هذا المفهوم أيضاً على إثارة تحليل الخوف المتخيل حيث تعد ردود الفعل النفسية الفسيولوجية للأحداث المتخيلة هى البداية فى عملية التشغيل الإنفعالى والتعامل مع تلك الأحداث حيث تعتبر بمثابة أغراض مستهدفة خلال العلاج .

ويعتمد هذا النموذج فى تناوله للفوبيا أو غيرها من إضطرابات القلق على سلسلة من العمليات وذلك نظراً لأن الأشخاص الذين يعانون من المخاوف المرضية قد أظهروا قدراً ضئيلاً من التحسن عند إستخدام فقد الحساسية المنظم أو التدريجى بمفردها كفنية علاجية (علماً بأن هذه الفنية قد حققت نجاحاً كبيراً فى علاج المخاوف عند إستخدامها إلى جانب فنيات أخرى) . ويهدف هذا النموذج إلى المواءمة بين أنماط مختلفة من الإجراءات التى تعمل على خفض حدة القلق إعتياداً على التغيرات المعرفية حيث يتعامل بشكل صريح مع الخبرات الإنفعالية . ومن هذا المنطلق يتم إستخدام عدد من الإجراءات العلاجية لخفض حدة القلق والكشف عن مسبباته . ويتضمن ذلك إستخدام أربع فنيات علاجية هى فقد الحساسية المنظم، والغمر، والنمذجة، والتدريب على التعود . ويمكن من خلال تلك الفنيات التعامل مع الأنساق الثلاثة المتداخلة التى يضمها الخوف وهى النسق اللفظى، والنسق السلوكى، والنسق النفسى الفسيولوجى .

وإلى جانب ذلك هناك عوامل تساعد على نجاح التشغيل الإنفعالى ولذا يجب التركيز عليها والإستفادة منها خلال العملية العلاجية وهى التعريض، وتقليد السلوك، والتدريب المتكرر، والإسترخاء، وتصحيح التفسيرات والتأويلات الخاطئة

لمصادر التهديد والمعارف اللاتواؤمية المرتبطة بذلك، وهو ما يجب أن يتضمنه البرنامج العلاجي. وبذلك يمثل هذا النموذج إطاراً يرتبط من خلاله عدد من المظاهر سواء المعرفية أو الإنفعالية أو السلوكية، ويعمل على تنظيم البيانات والمعلومات في شكل مترابط يسهل عملية الاستفادة منها، ويستخدم في ذلك عدداً من الإجراءات العلاجية في سبيل خفض حدة القلق والخوف. ومن ثم فإن هذا النموذج يكتسب أهمية كبيرة في هذا المجال.

دراسات تطبيقية

قام ميرش وآخرون (Mersch et. al (1989) بمقارنة مدى فعالية إعادة تشكيل البنية المعرفية بفعالية التدريب على المهارات الإجتماعية في علاج الخوف الإجتماعي وذلك على عينة ضمت 74 مريضاً بالخوف الإجتماعي. وإستعان هؤلاء الباحثون باختبار سلوكي وإستبيان معرفي من أجل تصنيف المرضى إلى ثلاث فئات؛ تتمثل شكوى الأفراد في الفئة الأولى في نقص المهارات الإجتماعية وبلغ حجمها 25% من حجم العينة الكلية، أما أفراد الفئة الثانية فتمثل شكواهم في إضطرابات معرفية، وبلغ حجم هذه الفئة 25% من حجم العينة الكلية، أما الفئة الثالثة والتي بلغ حجمها 50% من حجم العينة الكلية فكانت غير مصنفة. وتم تقسيم العينة إلى عشر مجموعات فرعية تضم كل منها ما بين 7 - 8 أفراد. وقد تلقت المجموعات الخمس الأولى تدريباً على المهارات الإجتماعية، في حين تلقت المجموعات الخمس الأخيرة العلاج العقلاني الإنفعالي. وتضمن البرنامج ثمانى جلسات علاجية بمعدل جلسة واحدة أسبوعياً تستغرق ساعتين ونصف الساعة. وأشارت نتائج الدراسة إلى تكافؤ العلاج العقلاني الإنفعالي والتدريب على المهارات الإجتماعية في علاج الخوف الإجتماعي بغض النظر عن طبيعة وخصائص المرضى من حيث غلبة ردود الفعل المعرفية أو السلوكية.

وإستخدم فرانسيس وأولنديك (Francis & Ollendick (1990) فنية التعريض

الحى المتدرج فى علاج فتاة تبلغ السادسة عشرة من العمر وتعانى من قلق تجنب المواقف الإجتماعية كالحفلات والمحلات. وكان التجنب مرتبطاً بالخوف من اللوم والنقد، كما أن الأعراض التى عانت منها كانت تشير إلى وجود قلق وإكتئاب. ولذا تم تحديد مدرج للقلق، وتصنيف المواقف من حيث شدتها فكان أقلها شدة هو الذهاب إلى المحلات، فى حين كان أكثرها شدة هو أخذ القمامة خارج المنزل. وإلى جانب ذلك تضمنت الواجبات المنزلية تدريب الفتاة على كيفية مواجهة المواقف الإجتماعية مثل ركوب السيارة، والذهاب إلى السينما، والذهاب للتسوق بمفردها. وفى نهاية البرنامج العلاجى إنخفض القلق بشكل دال لدى الفتاة وإن لم يختف تماماً ولكنه لم يعقها عن ممارسة حياتها بشكل عادى.

كما هدفت دراسة سيجمون (١٩٩١) Sigmon إلى التحقق من أثر العلاج المعرفى السلوكى فى علاج حالة طفل يبلغ من العمر ست سنوات يعانى من فوبيا الروضة بحيث توقف فجأة عن الذهاب إلى الروضة إلا إذا كان بصحبة أحد والديه بعد أن كان يذهب بمفرده بانتظام ويتسم بالنشاط والحوية وتمثل له الروضة خبرة سعيدة. وحينما كان يذهب أحد والديه معه إلى الروضة كان يشارك مع أقرانه بشكل كامل وكان يبدو سعيداً مما أربك والديه أيضاً. وبعد الجلسات العلاجية ظهر جلياً أن بمقدوره أن يذهب إلى الروضة بمفرده دون أن يذهب معه أحد الوالدين، وأن يشارك أقرانه بشكل كامل، كما نمت فعالية الذات لديه وانتقل إلى الصف الأول الإبتدائى دون حدوث أى مشاكل. إلا أنه قد تطور لديه الخوف من الحرمان من الأسرة، وتم تناول هذه الحالة أيضاً من خلال العلاج المعرفى السلوكى والذى تضمن تغيير جداول التعزيز وإستخدام الضبط الذاتى أو ضبط النفس. وكشفت النتائج عن فعالية هذا البرنامج العلاجى فى هذا الإطار حيث نخلص الطفل من خوفه من الحرمان من الأسرة.

وأجرى أحمد عمر (١٩٩٣) دراسة حول مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى الجماعى والتدريب على المهارات الإجتماعية فى تخفيف الفوبيا الإجتماعية لطلاب

الجامعة، وتضمن البرنامج العلاجي إثنتى عشرة جلسة بواقع جلستين فى الأسبوع، وإستخدمت خلاله فنيات المناقشة، والتدريب على مهارات إعادة البناء المعرفى، والتعريض لمواقف مصطنعة من القلق الشديد فى محيط العلاج الجماعى، والواجبات المنزلية. وتضمن برنامج المهارات الإجتماعية فنيات التدريب على مهارات المحادثة، والتدريب على المهارات التوكيدية، والتدريب على مهارات الإدراك الإجتماعى. وأوضحت النتائج فعالية كلا البرنامجين فى خفض الفوبيا الإجتماعية لطلاب الجامعة. وهدفت الدراسة التى أجراها سامى هاشم (١٩٩٧) إلى تبيان فعالية برنامج العلاج العقلانى الإنفعالى مستخدماً فيه فنيات إعادة البناء المعرفى والواجبات المنزلية وذلك لعلاج الخوف الإجتماعى لدى ستة من طلاب الجامعة تنطبق عليهم المحكات الواردة فى DSM - III - R لتشخيص الخوف الإجتماعى، إضافة إلى حصولهم على درجات مرتفعة على مقياس الخوف الإجتماعى المستخدم. وأوضحت النتائج أن أهم الأسباب المؤدية للخوف الإجتماعى هى أساليب المعاملة الوالدية، والإرتباط الشرطى، والأفكار الخاطئة اللامنطقية أو اللاعقلانية عن عدم الكفاءة. كما أوضحت أن البرنامج المستخدم له فاعليته فى علاج الخوف الإجتماعى لدى طلاب الجامعة حيث إنخفضت المخاوف لديهم بصورة جوهريّة بعد الجلسات، وهو ما يعكس وجود فروق دالة بين مستوى الخوف الإجتماعى لدى الحالات قبل وبعد الجلسات لصالح التطبيق البعدى.

تعليق

تمثل إضطرابات الخوف أو المخاوف المرضية مجالاً هاماً من تلك المجالات التى يمكن أن يحقق فيها العلاج المعرفى السلوكى نجاحاً ملحوظاً يساعده فى ذلك تضمنه لمكونات أساسية ثلاثة هى المكونات المعرفية، والوجدانية، والسلوكية لايهتم بأحدها على حساب غيره من المكونات، ولكنه فى واقع الأمر يوليهما جميعاً جل اهتمامه وهو ما يساعد على تحقيق نتائج إيجابية فى هذا الصدد. ونظراً لحدوث تطور مستمر فى الفنيات المستخدمة لتحتوى بداخلها تلك المكونات وجدنا أن فنيات مثل التدريب على إدارة القلق، ونموذج التشغيل الإنفعالى قد حققت نجاحاً كبيراً

فى هذا الإطار نظراً لما تتضمنه كل منهما من فنيات متعددة تساهم فى تحقيق ذلك النجاح مما يؤدى إلى حدوث التعديل والتغيير السلوكى، وبالتالي يصبح بمقدور الفرد أن يستعيد توافقه من جديد.

وقد كشفت نتائج الدراسات التى إستخدمت العلاج المعرفى السلوكى لعلاج المخاوف المرضية عن إنخفاض حدة الأعراض المرضية لدى المرضى بعد العلاج وربما إختفائها تماماً فى بعض الحالات، وهو ما يعكس فاعلية هذا الأسلوب العلاجى. وكانت أكثر الفنيات العلاجية إستخداماً فى هذه الدراسات المناقشة، ومراقبة الذات، والتعريض التخيلى، وإعادة البناء المعرفى، والواجبات المنزلية. إلا أنه يمكن إلى جانب ذلك إستخدام فنيات أخرى كالتحصين التدريجى، وفقد الحساسية المنظم، والغمر حيث يساهم هذا التنوع فى تحقيق الفاعلية المرجوة من إستخدامنا لمثل هذا الأسلوب العلاجى.

رابعاً: اضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة Post Traumatic Stress disorder

طبيعة الإضطراب

يعرف إضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة بأنه مجموعة من الأعراض المميزة التى تعقب فشل الفرد فى مواجهة متطلبات حدث مؤلم من خلال الأنماط العادية للسلوك المتوافر لديه وخاصة فى غياب المساندة الإجتماعية فيشعر بالعجز فى مواجهة الحدث. وقد تأخذ هذه الأعراض إحدى صورتين:

١ - إستعادة خبرة الحدث المؤلم عن طريق التخييل والأحلام أو الأفكار التى يستدعيها الفرد أو التى تقتحم عليه تفكيره.

٢ - إنكار الحدث، وينعكس ذلك فى السلوك التجنبى الذى يصدر عن الفرد والذى يشمل التقليل من الإستجابة للعالم الخارجى، والشعور بالعزلة، وعدم الإهتمام بالأنشطة، وضعف الإستجابات الوجدانية، واللجوء إلى المخدرات.

كما قد ترتبط بهاتين المجموعتين بعض الأعراض الأخرى كاضطرابات النوم، وضعف التركيز، ونوبات الغضب.

ويعد اضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة أو اضطراب الضغوط التالية للصدمة من أهم النواتج والآثار النفسية السلبية التي يمكن أن تجمع كل أشكال العصاب. وتعتبر الصدمة بمثابة موقف عصيب يكسر الإيقاع السوى لحياة الفرد اليومية، ويعد خروجاً على المألوف والمتوقع. وهناك العديد من العوامل التي تعتبر مسببات لهذا الإضطراب منها إحتلال الأرض، والإغتصاب، والزلازل، والبراكين، والحوادث على سبيل المثال. وجليد بالذكر أن هذه العوامل المسببة للإضطراب تتبعها آثار سلبية قد تظهر فى حينها أو تظهر بعد مرور عدة شهور أو سنوات طوال، وقد تستمر تلك الآثار لفترات زمنية غير محددة. وينجم عن هذا الموقف قدر متفاوت الدرجة من الذلة أو المهانة أو إحتقار الإنسان لنفسه وعدم توقيره لها. ولا يكون ذلك غالباً للذنب إقترفه، بل يكون نتيجة قسر أو قهر أو إكراه إذ لا يكون له دخل فيما حدث، كما أنه لم يتمن ذلك على الإطلاق.

ويجب أن يتسم هذا العنصر الضاغط أو الموقف العصيب الذى تعرض له الفرد والذى تسبب فى ظهور أعراض واضحة عليه بعدد من السمات هى:

١ - أن يسبب الضيق والكرب للفرد من الناحية النفسية.

٢ - أن يسبب الضيق والعنت لكل فرد تقريباً.

٣ - أن يكون خارج نطاق الخبرة الإنسانية العادية.

كذلك فإن الأحداث الصدمية تتسم بأنها تمثل تهديداً خطيراً لحياة الإنسان، ولتكامل أعضاء جسمه، وإلحاق الأذى بمن حوله، وأنها ذات آثار تحطيمية مفاجئة، كما تتسم أيضاً بالعنف البدنى، وبرؤية الآخرين وهم يتعرضون للأذى، إلى جانب أن هذا الحادث الصدمى يتضمن أيضاً عنصراً بدنياً عضوياً كإصابة أحد أعضاء الجسم مثلاً. وهناك العديد من الأعراض المرضية التى تصاحب هذا الإضطراب كالقلق والههم والكرب واليأس والأحلام المفزعة والكوابيس المتكررة أو

إسترجاع للحدث أثناء اليقظة والتعايش مع الصدمة، إضافة إلى تناقص الإهتمام بالأنشطة المهمة، والسلوك التجنبي، وصعوبات النوم، وضعف الذاكرة، وصعوبة التركيز، والتهيج وإنفجارات العنف والغضب ومشاعر الذنب للبقاء على قيد الحياة، هذا إلى جانب التشوش العقلي، وحدوث صعوبات فى حل المشكلات، وتشوه مفهوم الزمن.

ويختلف إنعصاب ما بعد الصدمة عن الضغط النفسى Stress فى أن الحدث يكون واضحاً أو تكون المحنة واضحة فى حالة إنعصاب ما بعد الصدمة لكنها تكون خارج حدود خبرات الإنسان مثل الفيضانات والحروب والكوارث والزلازل والبراكين والحرائق مثلاً، فى حين تكون المثيرات فى حالة الضغط النفسى داخل حدود خبرات الإنسان. وعلى الرغم من أن إضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة يندرج ضمن إضطرابات القلق وأن إستجابة الضغط فى تلك الحالة تشبه إستجابة القلق من حيث ظهور أعراض فسيولوجية ونفسية، فإن إستجابة الضغط تأتى نتيجة حدوث مثير ضاغط أما إستجابة القلق فتنتج عن فشل الإنسان المتكرر فى الإستجابة الملائمة للموقف الضاغط.

تشخيص الإضطراب

يشخص DSM - IV إضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة فى ضوء المحكات

التالية:

أولاً: أن يخبر الفرد موقفاً صدمياً يتوفر فيه ما يلى:

١ - أن يكون الفرد قد خبر أو شهد أو واجه موقفاً أو مواقف تتضمن موتاً حقيقياً أو تهديداً بالوت أو إصابة بالغة أو تهديداً للتكامل الجسمى للذات أو الآخرين.

٢ - أن تتضمن إستجابة الفرد الخوف الشديد أو الحاد، والعجز، والفرع. ويعبر الأطفال عن ذلك بالسلوك غير المنظم أو الذى يتسم بالتهيج.

ثانياً: أن يمر الحدث الصدمي بخبرة الشخص مرة أخرى وبشكل مستمر وذلك عن طريق واحدة على الأقل من الطرق أو الأساليب التالية:

١ - التذكر المستمر والمزعج للحدث الذي يقتحم تفكير الفرد، ويتضمن ذلك الصور أو الأفكار أو الإدراكات. أما بالنسبة للأطفال فيتم ذلك عن طريق اللعب التكرارى الذى يتم فيه التعبير عن موضوعات الصدمة أو مختلف جوانبها.

٢ - تكرار الأحلام المزعجة عن الحادث. وبالنسبة للأطفال قد يكون هناك أحلام مخيفة لا يتذكرون محتواها.

٣ - التصرف المفاجئ أو الشعور بأن الحادث الصدمي يعاود الحدوث، ويتضمن ذلك إعادة معايشة الخبرة، والخداع، والهلاوس، وفترات من إستعادة الخبرة السابقة. كما يتضمن ذلك تلك المشاعر التى تحدث حال اليقظة أو عندما يكون الفرد تحت تأثير مخدر. وقد يحدث للأطفال صدمة خاصة تتعلق بإعادة تمثيل ذلك الحدث.

٤ - الشعور بالضيق النفسى الشديد أو الحاد عند التعرض لإشارات أو أحداث داخلية أو خارجية ترمز إلى أو تمثل جانباً ما من ذلك الموقف الصدمي.

٥ - حدوث إنتكاسة فسيولوجية عند التعرض لإشارات أو أحداث داخلية أو خارجية ترمز إلى أو تمثل جانباً من ذلك الموقف الصدمي.

ثالثاً: التجنب المستمر للمثيرات التى ترتبط بالصدمة والشعور بالخدر (فقد الإحساس) فى الإستجابة العامة وهو ما لم يكن موجوداً قبل الصدمة، وذلك كما يتضح من توفر ثلاثة على الأقل من الجوانب التالية:

- ١ - بذل جهد متعمد لتجنب الأفكار أو المشاعر أو المحادثات التى تتعلق بالصدمة.
- ٢ - بذل جهد متعمد لتجنب الأنشطة أو الأماكن أو الأفراد الذين يمكنهم أن يثيروا لدى الفرد ذكريات عن الصدمة.

- ٣ - عدم القدرة على تذكر وإسترجاع جانب مهم من الصدمة .
 - ٤ - تناقص واضح فى الميل إلى الأنشطة المهمة أو الإشتراك فيها .
 - ٥ - الشعور بالإنسلخ عن الآخرين أو الإنعزال عنهم أو النفور منهم .
 - ٦ - ضيق مدى الوجدان مما ينتج عنه أن يصبح الفرد على سبيل المثال غير قادر على أن تتولد لديه مشاعر الحب .
 - ٧ - الشعور بأن المستقبل غير رحب بالنسبة له كأن يتوقع مثلاً ألا تكون له مهنة معينة يمتنها، وأنه لن يتزوج ولن ينجب أطفالاً، أو لن يحيا حياة عادية .
- رابعاً: وجود أعراض مستمرة تزيد من الإثارة والتنبه لم تكن موجودة قبل الصدمة وتتضح من عرضين على الأقل من الأعراض التالية:
- ١ - صعوبة الإستغراق فى النوم أو البقاء نائماً .
 - ٢ - التهيج أو إنفجارات الغضب .
 - ٣ - صعوبة التركيز .
 - ٤ - التيقظ الزائد .
 - ٥ - إستجابة الترويع المفاجئة المبالغ فيها .
- خامساً: أن يستمر الإضطراب لمدة شهر واحد على الأقل ويؤدى إلى الكرب أو الضيق النفسى، ويحدث خللاً فى أداء الفرد الوظيفى إجتماعياً أو مهنياً أو فى أى جانب آخر من جوانب الأداء الوظيفى ذات الأهمية . وتعتبر الأعراض التى تبدو على الفرد حادة إذا إستمرت لمدة تقل عن ثلاثة شهور، أما إذا إستمرت لمدة زمنية تزيد عن ذلك فتعتبر تلك الأعراض مزمنة .
- هذا وقد تكون بداية الإضطراب متأخرة وذلك إذا تأخر ظهور الأعراض لمدة ستة شهور على الأقل بعد الصدمة .

العلاج المعرفى السلوكى لإضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة

من الجدير بالذكر أن التعلم الشرطى يعد هو الأسلوب الذى يلعب الدور الرئيسى فى نشأة هذا الإضطراب، ومن ثم فإن العلاج السلوكى والعلاج المعرفى السلوكى هما الأكثر شيوعاً والأفضل فى نتائجهما فى هذا الميدان، وإن تفوق العلاج المعرفى السلوكى نظراً لإعتماده على فنيات إنفعالية تعتمد على إستخراج المشاعر العميقة والتأثير عليها حتى يصبح الفرد أقل تشدداً فى حكمه على الموقف، ويصبح بإمكانه أن يتقبل الأمر برمته.

ويمكن فى هذا الإطار أن يقوم الفرد بكتابة ما يشعر به من مشاعر متنوعة تتضمن الشعور بالذنب نظراً لما يكون قد قام به حتى يبقى على قيد الحياة، والأفكار التى تتوارد على ذهنه. ويتم التعامل معها على أنها أفكار أوتوماتيكية سلبية علي أن يتم التعامل مع كل فكرة على حدة. كذلك يجب أن يتم تدريب الفرد على السلوك التوكيدى حتى نساعدته على أن يسترد ثقته بنفسه، تلك الثقة التى إفتقدها على أثر الصدمة، إلا أن هذا التدريب يجب أن يكون مصحوباً بالمساندة الإجتماعية سواء من باقى أعضاء الأسرة أو من الأصدقاء أو من الهيئات المختلفة فى المجتمع.

كذلك يمكننا فى هذا الإطار أن نستخدم إستراتيجيات للمواجهة كأن يتم تدريب الفرد الضحية على أسلوب حل المشكلات، وأن نعمل على التخفيف أو التخلص من الإنفعالات الحادة المترتبة على الأزمة. وهنا يمكننا أن نستخدم فنية التعريض ومنع الإستجابة سواء كان هذا التعريض واقعياً أم تخيلياً وذلك لمنبهات ليست مؤذية من الناحية الموضوعية ولكنها تخيفه وتثير القلق لديه. ويمكن أن يكون هذا التعريض متدرجاً، وهنا نستخدم التحصين التدريجى ضد القلق أو فقد الحساسية المنظم. كما يمكن أن يكون التعريض غير متدرج، وهو الأمر الذى يتطلب أن نستخدم أسلوب الغمر flooding وذلك بأن يستحضر الفرد فى ذهنه كل الأحداث

المرتبطة بالخبرة الصدمية مع التركيز عليها حتى يتناقص القلق، ويتبعه إختفاء تلك الأفكار التي تقتحم عقله، كما تختفى أيضاً اضطرابات النوم.

ومن ناحية أخرى يمكن إستخدام التدريب على الإسترخاء على أن يكون ذلك مصحوباً بتمرينات الغمر مما يساعد الفرد على تحديد مناظر الحدث الصدمي وعزلها، ويمكنه من أن يعايشها بشكل متكرر وهو الأمر الذي يؤدي بالضرورة إلى خفض القلق.

هذا ويجب أن تتضمن إستراتيجيات العلاج المعرفية السلوكية تمكين الفرد الضحية من القيام بما يلي:

- ١ - إعادة تحديد الحادث حتى يكتسب معنى متسقاً في العالم وذلك بمقارنة ذلك الفرد بمن هم أقل حظاً منه، والنظر إلى الإستفادة الممكنة من تلك الخبرة.
- ٢ - إيجاد معنى وغرض في تلك الخبرة.
- ٣ - تغيير السلوك لمساعدة الفرد على منع ذلك الحادث من أن يعاود الحدوث.
- ٤ - البحث عن المساندة الإجتماعية.

ويرى إليس Ellis أن العديد من ضحايا إنعصاب ما بعد الصدمة يساعدون إلى حد كبير في شعورهم بالكرب أو الضيق النفسى من خلال إعتقاداتهم اللاعقلانية أو المختلة وظيفياً. وحتى يتم التخلص من مخاوفهم وقلقهم فإنه يفضل التعامل معهم من خلال إعادة البنية المعرفية والتعريض. ويقترح نموذجاً للعلاج يعرف بنموذج تجهيز المعلومات information processing model يعمل فقط على مواجهة التشويشات المعرفية أى اللامنطقية وغير الواقعية كأن تعتقد إحدى المريضات مثلاً أن السبب في إغتنابها يرجع إلى ذلك الخطأ الذى إرتكبته والتي كان يجب عليها ألا تفعله والمتمثل فى تأخرها ليلاً خارج المنزل، ولهذا فهى تافهة ولا قيمة لها (مع أن التأخير فى هذا المثال له دور كبير فيما حدث، وإن لم يكن هو كل شىء حيث يجب أن يكون هناك رادع قوى يحول دون حدوث ذلك علماً بأنها قد تكون

معزورة في تأخرها) وذلك بدلاً من التركيز على مجموعة اليجبات والينبغيات (جمع «يجب وينبغي» إن جاز ذلك) الصارمة التي تعد هي المنبع الرئيسي لتلك التشويهات وما يرتبط بها من مشاعر سلبية والتخلص منها. ومن ثم يجب التعامل مع هذا العزو الذاتي وتحميل المسؤولية للذات فيما حدث، وبالتالي الحط من قيمة الذات. ويمكن أن نستعين في هذا الصدد بفتية إعادة العزو والتدريب عليها نظراً لأن الحدث الصدمي يكون لادخل للفرد به حيث لم يرد أن يحدث ذلك ولم يتمنه لنفسه أو حتى لغيره. ولهذا يتم تحديد الأفكار المشوهة والعمل على تصحيحها.

وإلى جانب ذلك يمكن اللجوء إلى فنية التدريب على إدارة الضغوط وإدارة القلق. والأكثر والأهم من ذلك أن يبدأ العلاج فوراً وبأسرع ما يمكن ودون أي تأخير أي نبدأ فيه بعد الموقف الصدمي مباشرة على أن يكون ذلك العلاج مختصراً أو موجزاً فلا يستغرق وقتاً طويلاً.

دراسات تطبيقية

هناك العديد من الدراسات التي إتخذت من مواقف صدمية معينة خاصة الحروب موضوعاً لها كتلك الدراسات التي تناولت إنعصاب ما بعد الصدمة الناتج عن حرب فيتنام والحرب اللبنانية والغزو العراقي للكويت، ولكنها تعتبر دراسات وصفية إهتمت فقط بتناول تلك الآثار السلبية التي خلفتها مثل هذه الحروب على عينات مختلفة من الأفراد في تلك البلاد.

أما الدراسات العلاجية التي تمكن المؤلف من الحصول عليها فقد إنحصرت فيما يلي:

إستخدم فيليب صايغ (1986) Saigh فنية الغمر في علاج ثلاثة أطفال يعانون من إنعصاب ما بعد الصدمة المرتبط بالحرب اللبنانية. وتضمن البرنامج العلاجي عدة مشاهد مثل سماع صوت إنفجار، والإقتراب من منطقة الإنفجار، ورؤية أفراد مصابين. وكان يطلب من الطفل خلال كل مشهد أن يقوم بتقدير شدة القلق. ثم طلب منهم بعد ذلك أن يتواجدوا في مكان الإنفجار. وأشارت نتائج القياس البعدي أن نسبة التحسن قد بلغت 95%.

وأجرى بوتشر وآخرون (١٩٨٨) Butcher et. al دراسة على عينة من اللاجئيين استخدموا خلالها أربع إستراتيجيات علاجية تم إستخدام كل منها مع إحدى المجموعات التي تضمنتها العينة، وتمثلت تلك الإستراتيجيات فى:

- ١ - تدخل الأزمة.
- ٢ - العلاج المعرفى السلوكى.
- ٣ - العلاج الفردى الدينامى.
- ٤ - العلاج الأسرى والزواجى.

هذا وقد تم تقسيم العينة إلى تلك المجموعات بناء على السمات السيكوباتولوجية العامة لأفراد العينة والديناميات بين الشخصية التى تميزهم، ووفقاً لثقافتهم التى ينتمون إليها أيضاً. وقد أثبتت هذه الإستراتيجيات فاعليتها فى تخفيف حدة هذا الموقف الصدمى بالنسبة لهم، وكان العلاج المعرفى السلوكى هو الأفضل فى الفاعلية فى هذا الصدد.

تعليق

يمثل إستخدام العلاج المعرفى السلوكى لعلاج إضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة مجالاً جديداً من تلك المجالات التى بدأ هذا الإتجاه العلاجى يسبر غورها. ومنذ أن تم وضع هذا الإضطراب على أحد المحاور التشخيصية وذلك فى دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الثالثة (١٩٨٠) DSM - III بدأ إستخدام العلاج السلوكى معه إستناداً على الإشتراط الذى تكوّن هذا الإضطراب من خلاله، ثم تطور الأمر إلى إستخدام العلاج المعرفى السلوكى للغرض ذاته. ومع ذلك فلم يعثر المؤلف على دراسات علاجية تناولته لهذا الغرض خلال التسعينيات على الرغم من المحاولات العديدة التى بذلها لذلك والتى وجد من خلالها العديد من الدراسات الوصفية التى تناولت هذا الإضطراب. وعلى الرغم من عرضنا لدراستين إثنين فقط فى هذا الجزء

فإنهما تؤكدان على فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى هذا الصدد، وهو الأمر الذى يتفق مع مكوناته العلاجية المعرفية والوجدانية والسلوكية الأمر الذى يجعله يهاجم الإضطراب بقوة ثلاثية تساعده على تحقيق الفاعلية.

خامساً: إضطراب الوسواس القهرى Obsessive Compulsive disorder

طبيعة الإضطراب

تقوم الوسواس القهرية على مجموعة إفتراضات لانطقية، وغالباً ما يشخص إضطراب الوسواس على أنه أفكار مشوشة ومزعجة ومتحركة وتحديث مصادفة، كما تكون محرضة لتصبح طبيعية وحقيقية. أما السلوك القهرى فهو سلوك علنى يأخذ شكل السلوك المعرفى ويؤدى فيه التابع بين الأفكار والسلوك بصاحبه إلى آلام وبؤس وإضطراب.

وتعد الوسواس بمثابة أفكار متسلطة ومتواترة، وتخيلات تبدو غير معقولة ولايمكن مقاومتها من قبل الأشخاص الذين تسيطر عليهم. ويكون للوسواس من القوة والتكرار ما يجعله يؤثر على الوظائف العادية للفرد. أما السلوك القهرى فهو إندفاع جبرى لتكرار بعض الطقوس الحركية عدة مرات وذلك بشكل لايتناسب مع الغرض الواضح المراد تحقيقه. وغالباً ما يخاف الفرد من تلك العواقب الوخيمة لعدم قيامه بأداء مثل هذه الطقوس الحركية التى لا يمكنه مقاومة تكرارها على الرغم من تلك المحاولات التى يبذلها فى سبيل ذلك.

ويرى أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن هذا الإضطراب يتميز بوجود وساوس على هيئة أفكار أو إندفاعات أو مخاوف، أو بوجود أعراض قهرية على هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية، أو بوجودهما معاً الوسواس والأفعال القهرية. ويكون المريض على يقين بتفاهة مثل هذه الوسواس ولا معقوليتها وأنها لا تستحق منه كل هذا الإهتمام وهو الأمر الذى يميزها عن الضلالات، كما يقوم ببذل المحاولات المستمرة فى سبيل مقاومتها وعدم الإستسلام لها، ولكن طول فترة المرض يضعف من مقاومته تلك. وإلى جانب ذلك فإن المريض يشعر بسيطرة تلك الوسواس

وقوتها القهرية عليه مما يسبب له الشلل الإجتماعى مع آلام نفسية وعقلية شديدة. هذا وتمثل أعراض اضطراب الوسواس القهرى فى وجود أفكار وسواسية تتمثل فى أفكار أو صور، وإندفاعات، وإجترار أفكار، ومخاوف ليس من الشىء نفسه ولكن مما يمكن أن يترتب عليه أو ينتج عنه، إلى جانب وجود أفعال قهرية تتمثل فى طقوس حركية معينة، مع أفكار وأفعال قهرية مختلطة. وليس من الضروري ظهور أعراض كثيرة لدى الفرد ليصبح مريضاً بل يكفى فى الواقع وجود عرض واحد لتصنيفه كذلك.

ومن هذا المنطلق يتناول هذا الاضطراب الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية فى زملة واحدة. ومع ذلك فقد توجد الوسواس بدون الأفعال، إلا أن وجود الأفعال يحتم أن يوجد معها وسواس، ويرجع ذلك إلى أنه عندما تتسلط فكرة وسواسية على الفرد فإنه قد يلجأ إلى أساليب معينة حتى يتمكن من خفض حدة القلق، فإذا نجحت تلك الأساليب فى تحقيق ذلك الهدف يتم تثبيتها وتكرارها كلما سيطرت الأفكار الوسواسية عليه مرة أخرى، وبذلك تتحول الفكرة الوسواسية إلى فعل قهرى. وعلى الرغم من أن السلوك القهرى عادة ما يهدف إلى خفض حدة القلق فإن ذلك لا يحدث فى الغالب. ويبدو هذا واضحاً فى حالة أولئك الذين يقومون بالمراجعة القهرية للأشياء كالتأكد مرات عديدة من أنه قد أغلق باب الشقة ليلاً على سبيل المثال، أو الذين يقومون بطرح الأسئلة ولكنهم فى الغالب لا يجدون لها الإجابة المقنعة. ويبدو أن الحد الأقصى من الراحة يتحقق بعد المحاولة الأولى أو السؤال الأول أما المحاولات المتكررة التالية وذلك من التكرار الثانى للأشياء فصاعداً فتعمل على زيادة حدة القلق والشك وليس على خفضها مما يضطره إلى تكرار تلك الأفعال حتى يصل إلى درجة الإنهاك. وجدير بالذكر أن سلوك المراجعة Checking هذا قد يكون غير صريح أو غير واضح للعيان كأن يقوم الفرد بمراجعة مدى تكامل قواه العقلية وذلك باستدعاء الذكريات السابقة والتأكد من أنه لا يزال يتذكرها بشكل جيد. كذلك يتسم هؤلاء المرضى بمحاولاتهم الوصول إلى الدقة والإتقان والكمال، إلى جانب ما يتصفون به من شك فى أى

شئ وكل شئ مع أنها تكون شكوك في غير محلها، كما أنهم يتصفون أيضاً بضميرهم الحى .

ويرى سالكوفيسكز (١٩٨٥) Salkovskis فى نموذجة عن الوسواس أنها عبارة عن معارف مقحمة يفسر المرضى حدوثها ومحتواها على أنها تعد دليلاً على مسئوليتهم عن إلحاق الأذى بأنفسهم أو بالآخرين مالم يقوموا بعمل أى شئ يستطيعون بموجبه أن يتقوها. وقد لاحظ أيضاً أن الأفكار الوسواسية تمثل ظاهرة عامة، ومن ثم فإن وجودها ليس هو الذى يحدد الإضطراب، بل إن إستجابة الفرد لتلك الأفكار هى التى تحدد ذلك. كما أن وجود إفتراضات مختلفة وظيفياً يعتبر محدداً هاماً لنواتج تلك الأفكار التى تتمثل فى القلق والإنزعاج، ومن ثم يعد وجود تلك الأفكار بمثابة مصدر إزعاج لهؤلاء الأفراد حيث تتشابه مثل هذه الأفكار بدرجة كبيرة مع الأفكار الأوتوماتيكية السلبية. كما أن خفض حدة ذلك الإزعاج الذى تسببه تلك الأفكار والذى يحدث على أثر قيام الفرد بسلوك تحييدى يمكن أن نرجعه إلى الإنخفاض المدرك للمسئولية من جانبه، ولذا يصبح من الأكثر احتمالاً أن يتكرر حدوث المعارف الوسواسية. ومع ذلك يبذل الفرد محاولات عديدة كى يجمع أو يتجنب تلك الأفكار، وتنال تلك المحاولات إهتماماً خاصاً من جانبه. هذا وتحدد الأفكار المقحمة بدرجة كبيرة عن طريق ما يقبع خلفها من إعتقادات، ولذلك تنال الإعتقادات المرتبطة بالمسئولية والتراخى أو عدم الفاعلية فى نموذج سالكوفيسكز Salkovskis المعرفى السلوكى أهمية كبرى حيث يرى أن الأفراد الذين تضمهم العينات غير الإكلينيكية يعتبرون أنفسهم مسئولين عن كل ما يفعلونه وليس مايفشلون فى عمله وهو الأمر الذى لايستطيع الأفراد الذين تضمهم العينات الإكلينيكية القيام به.

ويرى جايدانو وليوتى (١٩٨٣) Guidano & Liotti أن هناك بنية معرفية جوهرية تعمل على تنظيم المعارف والمعلومات لدى مرضى الوسواس القهرى تتألف

من مجموعة من الإعتقادات حول الكمال والحاجة إلى الدقة ووجود حل صحيح بشكل مطلق. وتكون هذه البنية ثابتة نسبياً، وتعد هي المسئولة عن مدى كبير من الأعراض الوسواسية. وإعتماداً على هذه الفكرة قام وارين وزجورايدز (Warren & Zgourides ١٩٩١) بتطوير نموذج للعلاج العقلاني الإنفعالي (السلوكي) للوسواس يستند إلى التعرف على تلك الإعتقادات وتصحيحها حيث يعمل المريض على تحديد تلك الأفكار بدقة ثم يتم تناولها الواحدة بعد الأخرى باستخدام نموذج إليس Ellis.

وهناك حقيقة هامة يجب أن نلفت الأنظار إليها وهي أن الوسواس القهري يعتبر أحد أصعب الإضطرابات النفسية في علاجه إذ أنه من المعلوم أن هذا الإضطراب ينشأ نتيجة محاولة إحدى الدوائر الكهربائية في المخ أن تعزل نفسها عن باقي الدوائر التي تقوم بدورها بمقاومة مثل هذه المحاولات، وينعكس ذلك في إقتناع المريض أن أفكاره تافهة ولا معقولة ومع ذلك يشعر بسيطرتها التامة عليه، وهو الأمر الذي يحتاج إلى التدخل الطبي.

ويرى تاليس (Tallis ١٩٩٥) أن من المشكلات الأساسية التي تتعلق بتطبيق العلاج المعرفي السلوكي على المرضى الذين يعانون من الوسواس والأفعال القهرية أن الكثير منهم لا يستطيع أن يقرر أي الإعتقادات هي التي تشكل الغرض الأساسي المستهدف بالعلاج أي بالتدخل المعرفي السلوكي. كما يقوم المرضى الذين يعانون من إجترار الأفكار بلى عنق الحوار السقراطي لتقليل أعراضهم المرضية، ولكن ذلك لا يتحقق في الواقع. كما أن أعراض الوسواس بالنسبة للكثير منهم لاتعدو أن تكون مجرد سلسلة من الأسئلة التقييمية، كذلك فهم لا يستطيعون أن يجروا بأنفسهم سوى القليل من التجارب السلوكية.

محكات التشخيص

يحدد DSM - IV أن هذا الإضطراب يتضمن إما الوسواس أو الأفعال القهرية، وأن كلاً منهما يتحدد في ضوء عدد من الأعراض على النحو التالي:

أولاً: الوسواس Obsession

- ١ - وجود أفكار متكررة وبشكل دائم، كما قد يخبر الفرد إندفاعات أو صوراً في وقت ما أثناء حدوث الإضطراب على أنها مقحمة وغير ملائمة وتسبب القلق والضيق النفسى بشكل واضح.
- ٢ - لاتعد الأفكار أو الإندفاعات أو الصور بمثابة إنشغال مفرط من جانب الفرد بمشكلات الحياة الواقعية أو الفعلية.
- ٣ - يحاول الفرد أن يتجاهل أو يقمع تلك الأفكار أو الإندفاعات أو الصور أو يقوم بتحبيدها أو تحييد أثرها مستخدماً فكرة معينة أخرى أو فعل معين.
- ٤ - يدرك الفرد أن الأفكار الوسواسية أو الإندفاعات أو الصور تعتبر من نسج خياله وأنها ليست مفروضة عليه من الخارج كما يحدث في حالة إدخال الأفكار thought insertion والتي تعد مظهر فصامياً.

ثانياً: الأفعال القهرية Compulsions

- ١ - حدوث أنماط سلوكية متكررة كغسيل الأيدي، والترتيب، والفحص المتكرر للأشياء، أو حدوث أفعال عقلية متكررة كالتوسل، والعد، والتكرار الصامت للكلمات والتي يشعر الفرد أن عليه أداءها كاستجابة لفكرة متسلطة، أو طبقاً لقواعد ينبغى عليه أن يطبقها بحذافيرها.
- ٢ - يهدف الفرد من جراء قيامه بتلك الأنماط السلوكية أو الأفعال العقلية إلى تجنب حدوث الضيق النفسى أو خفض حدته أو تجنب موقف أو حدث مرعب. ومع ذلك فلا ترتبط تلك السلوكيات أو الأفعال العقلية بما ينبغى منها أن تحيّد أثره أو تقي منه.

هذا ويدرك الفرد عند مرحلة معينة فى مضمار الإضطراب أن مثل هذه الوسواس أو الإندفاعات مفرطة وغير واقعية. وجدير بالذكر أنها تسبب له الضيق النفسى، وتستهلك وقته حيث تستغرق أكثر من ساعة يومياً، أو تتعارض مع روتين

حياته العادي، وتعطل أداءه الوظيفي المهني أو الأكاديمي إلى جانب أنشطته الاجتماعية المعتادة أو علاقاته. كما أن هذا الإضطراب لا يعود إلى الآثار الفسيولوجية المباشرة لمادة ما كإساءة استخدام عقار معين، ولا تعود إلى حالة طبية (صحية) عامة.

العلاج المعرفي السلوكي للوساوس والأفعال القهرية

يهدف العلاج المعرفي السلوكي للوساوس والأفعال القهرية بمكوناته المعرفية والوجدانية والسلوكية إلى تخفيف حدة الأعراض المرضية إلى أقصى حد ممكن. وقد تطور هذا العلاج من مجرد التدريب على مهارات التحكم في الأعراض والسيطرة عليها كغاية في حد ذاته إلى إستخدام إستراتيجيات تعمل على فحص الإعتقادات القائمة بالفعل وتصحيحها وتعديلها. ويتطلب الأمر إستخدام أسلوب الحوار السقراطي (خاصة مع المرضى الذين يعانون من إجترار الأفكار مع ملاحظة أنهم يمكن أن يقوموا بلى عنق هذا الحوار حتى يقللوا من أعراضهم المرضية) مسبقاً بعملية تحديد لتلك الأفكار والإعتقادات من خلال المذكرات اليومية للعملاء وفنية مراقبة الذات إلى جانب فنية التعليم النفسي Psychoeducation التي يتم من خلالها إعطاء المعلومات للعملاء عن طبيعة الإضطراب وأسبابه وأعراضه وكيفية المواجهة. كذلك يمكن إستخدام ماوراء المعرفة metacognition (مصطلح يستخدم لوصف المعرفة الذاتية عن العمليات المعرفية) في هذا الصدد حيث يتم تحديد المعارف الذاتية المختلفة وظيفياً ودورها في حدوث الضيق والألم النفسي المرتبط بتلك الأفكار، ثم العمل على تعديلها.

وإذا كانت الوساس تعمل كمثيرات للقلق، وتعمل الأفعال القهرية في الأساس على خفض حدة القلق - وإن كان ذلك لا يحدث ولا تنخفض حدة القلق من جراء ذلك - فإن التعزيز يلعب دوراً هاماً في هذا الصدد. وإلى جانب ذلك يمكن أن نستخدم الإشرط المضاد للقلق، والتعريض سواء كان تخيلياً أو واقعياً وذلك لمثيرات غير مؤذية تبعث على القلق لكن تحت ظروف مضبوطة مع

منع حدوث الإستجابة. وتعتبر الواجبات المنزلية مجالاً خصباً للتدريب فى هذا الإطار، . وإلى جانب ذلك يمكن إستخدام فقد الحساسية المنظم وذلك عن طريق صياغة سلم هرمى لمثيرات القلق بحسب درجة أهميتها ثم التعامل معها تدريجياً وذلك من الأقل إلى الأكثر إثارة للقلق، وتدريب الفرد على الإسترخاء حتى يحدث التغير المعرفى المطلوب. ونظراً لأن مرضى الوسواس القهرية يدركون أن أفكارهم وإعتقاداتهم لاعقلانية فيمكن إستخدام نموذج إليس Ellis المسمى ABCDE وذلك لتعديل تلك الأفكار والإعتقادات وتصحيحها، ومن ثم تعديل البنية المعرفية.

ومن الأساليب والفنيات الفعالة أيضاً فى هذا المجال إجراء وقف الأفكار، وصرف أو تشتيت الإنتباه. وإلى جانب ذلك فقد قدم فان أوبن وأرنتز (1994) van Oppen & Arntz تكتيكاً يعتمد على قيام المريض بتقدير احتمال حدوث كل فكرة أو إعتقاد أو حدث، ثم يقوم بمساعدة المعالج بمقارنتها بإحتمال حدوثها فى الواقع مما يؤدي إلى خفض حدة المأساة التى يخشاها المريض. كما يمكن أيضاً إستخدام إجراء خفض أو تقليل الشك عن طريق إستخدام مثيرات صناعية متميزة كما فعل تاليس (1993) Tallis. ومن الإستراتيجيات الأخرى التى تلعب دوراً هاماً فى هذا الإطار التدريب على السلوك التوكيدى وذلك لإستعادة ثقة المريض بنفسه ومساعدته على حل المشكلات التى تواجهه، إلى جانب إستخدام إستراتيجيات التنظيم الذاتى كالقمع خاصة مع الأفكار المشوهة. وجدير بالذكر أن مثل هذه الإستراتيجيات تعمل على إمتداد أثر البرنامج على المدى الطويل حيث تساعد المرضى على مواجهة المشكلات التى قد تصادفهم بعد إنتهاء البرنامج العلاجى وحلها.

ومن الإستراتيجيات الأخرى ذات الأهمية التى يمكن إستخدامها للتدريب على إدارة القلق، ونموذج التشغيل الإنفعالى والذين سبق تناولهما من قبل. وإذا كانت هناك بنية معرفية جوهرية تعمل على تنظيم المعارف والمعلومات لدى مرضى الوسواس القهرى تتألف من مجموعة من الإعتقادات حول الكمال والحاجة إلى

الدقة ووجود حل صحيح بشكل مطلق، فإنه يمكن تعديل تلك البنية باستخدام واحدة من الإستراتيجيتين التاليتين:

١ - إستخدام الأسلوب الذى قدمه وارين وزجورايدز (١٩٩١) Warren & Zgourides والذى يعتمد على تحديد الإعتقادات المشوهة وتصحيحها من خلال التعامل معها الواحدة تلو الأخرى فى ضوء إتجاه إليس Ellis. ومن هذه الإعتقادات:

- يجب أن أتخذ القرار الصحيح.

- يجب أن أكون دقيقاً بدرجة تصل إلى الكمال فى تحديد مسئوليتى نحو إالحاق الأذى بأى فرد.

- يجب ألا أعتقد فى أى أفكار غير مقبولة أو أقوم بإندفاعات تتعلق بها.

٢ - إستخدام النموذج الذى قدمه يونج (١٩٩٠) Young والمعروف بالعلاج المعرفى السلوكى المتمركز حول البنية المعرفية والذى تم تناوله من قبل. هذا ويمكن إستخدام بعض المقاييس النفسية فى هذا الصدد، ومن أمثلة تلك المقاييس ما يلى:

- مقياس لايتون للوساوس The Leyton Obsessional Inventory الذى أعده كوبر (١٩٧٠) Cooper وهو عبارة عن تقرير ذاتى يتألف من ٦٩ عبارة ويقيس مدى كبير من السمات والأعراض الوسواسية، ويعطى درجات إضافية لمقاومة الفرد لها، ومدى مضايقتها له.

- مقياس مودسلى للوساوس القهرى The Maudsley Obsessional Compulsive Inventory الذى أعده هودجسون وراتشمان (١٩٧٧) Hodgson & Rachman وهو عبارة عن إستبيان للتقدير الذاتى يتألف من ثلاثين عبارة ويميز بين مرضى الوسواس القهرى وغيره من إضطرابات القلق. ويعتمد فى تطبيقه على تحديد ما إذا كانت العبارة صحيحة أم خاطئة.

- مقياس بادوا The Padua Inventory من إعداد سانافيو (١٩٨٨) Sanavio ويتألف من ستين عبارة على مقياس متدرج من صفر إلى أربع نقاط لتوضيح درجة الإضطراب.

- مقياس بيل - براون للوسواس القهري-The Yale - Brown Obsessive Compulsive Scale الذى أعده جودمان وآخرون (١٩٨٩) Goodman et. al لتحديد عدد الأعراض الوسواسية ومدى حدتها وذلك على مقياس متدرج من صفر إلى أربع نقاط، ويتألف من عشر عبارات تتعلق العبارة الخمس الأولى منها بالوسواس والعبارات الخمس الثانية بالأفعال القهرية. كما يعطى درجة إضافية لمدى مقاومة المريض لها.

- مقياس الأفكار المقحمة The Intrusive Thoughts Questionnaire من إعداد إدواردز وديكرسون (١٩٨٧) Edwards & Dickerson ويضم ٢٢ عبارة.

- مقياس الإعتقادات المرتبطة بالوسواس The Inventory of beliefs related to obsessions الذى أعده فريسون وآخرون (١٩٩٣) Freeson et. al ويتألف من عشرين عبارة على مقياس متدرج من ست نقاط تتراوح بين «أعتقد بشدة فى صحة هذه العبارة» إلى «أعتقد بشدة فى خطأ هذه العبارة».

- قائمة الأفكار الوسواسية The obsessive Thoughts Checklist من إعداد بوفارد وآخرين (١٩٩٠) Bouvard et. al وتضم ٢٨ عبارة على مقياس متدرج من صفر إلى أربع نقاط وذلك لبيان مدى حدتها.

دراسات تطبيقية

أجرى إميلكامب وآخرون (١٩٨٨) Emmelkamp et. al دراسة على ثمانية عشر مريضاً يعانون من الإضطراب القهري الوسواسى، وقارنوا بين أسلوب العلاج العقلانى الإنفعالى الذى يعتمد على تغيير الأفكار اللاعقلانية وبين العلاج

السلوكى باستخدام التعريض ومنع الإستجابة. وإستغرق البرنامج العلاجى إثنى عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة أسبوعياً. وتم تقسيم المرضى إلى مجموعتين متساويتين فى العدد طبق على كل منهما أحد الأسلوبين المستخدمين. وأوضحت النتائج حدوث تحسن دال لكلا المجموعتين. كما دلت التقارير الذاتية على حدوث تحسن للمرضى من القلق والإكتئاب المصاحبين مع حدوث قدر أكبر من التحسن بالنسبة للإكتئاب وذلك للمجموعة التى تلقت العلاج العقلانى الإنفعالى. وأجرى إميلكامب وبينز (1991) Emmelkamp & Beens دراسة على ٢٥ مريضاً تم تقسيمهم إلى مجموعتين؛ ضمت الأولى أحد عشر مريضاً وطبق عليها أسلوب العلاج العقلانى الإنفعالى، فى حين ضمت المجموعة الثانية عشرة مرضى وطبق عليها إجراء التعريض ومنع الإستجابة، وبعد ستة أسابيع (ست جلسات) أوضحت النتائج حدوث تحسن دال لكلا المجموعتين بالنسبة لأعراض الوسواس والأفكار اللاعقلانية والقلق المصاحب مع عدم وجود فروق دالة بينهما. وبعد إنتظار أربعة أسابيع تم إضافة التعريض ومنع الإستجابة إلى العلاج العقلانى الإنفعالى فى أسلوب واحد تم تطبيقه لمدة ستة أسابيع على أفراد المجموعتين، وأوضحت النتائج حدوث تحسن دال لدى أفراد المجموعتين مع عدم وجود فروق دالة بينهما. كما أوضحت نتائج المتابعة بعد ستة شهور من إنتهاء البرنامج عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين فى معدل التحسن حيث كان لايزال هناك تحسن مستمر لهم.

ودرس تاليس (1993) Tallis ثلاث حالات تعاني من المراجعة المستمرة للأبواب والأقفال مستخدماً إجراء خفض أو تقليل الشك والذى إستخدم فيه مشيرات صناعية متميزة، فكان يعطى للمرضى بطاقات ملونة لأشكال هندسية مختلفة. وعلى الرغم من أن كل شكل هندسى (الدوائر مثلاً) يحمل نفس اللون (الأخضر مثلاً) فإنه يتضمن مجموعة من نفس الشكل تختلف فى الحجم لتمثل متصلاً متدرجاً (دوائر خضراء كبيرة جداً XL - كبيرة L - متوسطة M - صغيرة S -

صغيرة جداً VS). وكان يطلب من المرضى أن يربطوا ذهنياً أنماط السلوك المستهدفة (قفل الأبواب على سبيل المثال) بالأشكال الكبيرة L أولاً ثم يستخدموا الأشكال الأصغر بعد ذلك. وبالتالي يتم خفض أى شك ينتج عن طريق تكوين صورة عقلية للشكل المميز الذى يتم استخدامه فى ذلك الوقت. وقد أدى هذا الخفض المتدرج للشك من خلال تغيير حجم المثير إلى زيادة احتمالات التحسن بعد إنتهاء البرنامج، فقل لدى الحالات الثلاث سلوك المراجعة المستمرة للأبواب والأقفال وذلك بدرجة كبيرة خلال فترة المتابعة التى إستمرت لمدة عام، وإختفى هذا السلوك تماماً لدى حالة واحدة من هذه الحالات. وقد أرجع تاليس Tallis فعالية هذا الأسلوب إلى زيادة ثقة الفرد فى الذاكرة والتى تتوسط تكوين الصورة العقلية.

وأجرى فان أوبن (1994) van Oppen دراسة على 57 مريضاً يعانون من الوسواس قسّمهم إلى مجموعتين مستخدماً العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى مع المجموعة الأولى (ن = 28) والعلاج السلوكى باستخدام إجراء التعريض ومنع الإستجابة مع المجموعة الثانية (ن = 29). وتراوحت أعمار أفراد العينة بين 18 - 65 سنة وتمت المجانسة بينهم فى متغيرات الجنس والسن والحالة الإجتماعية ومستوى التعليم ومدة المعاناة من المرض، حيث كانوا يعانون جميعاً من وسواس وأفعال قهرية مع مدة معاناة من المرض لاتقل عن سنة بحد أدنى، ولا يعانون من أى اضطراب عقلى عضوى أو تخلف عقلى أو اضطراب ذهنى، ولم يتلقوا أى علاج سلوكى أو معرفى سلوكى خلال الشهور الستة السابقة للدراسة، كما لم يستخدموا أى مضادات للإكتئاب خلال نفس الفترة. وتضمن البرنامج العلاجى لكلا المجموعتين ست عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً تم تسجيلها جميعاً على شرائط فيديو. وتم استخدام مقياس للقلق، وقائمة أعراض الوسواس، ومقياس الأفكار اللاعقلانية تم تطبيقها قبل وبعد البرنامج. وأوضحت نتائج الدراسة حدوث تحسن دال لكلا المجموعتين على كل المقاييس باستثناء قائمة أعراض الوسواس ومقياس الأفكار اللاعقلانية بالنسبة للمجموعة التى تلقت

العلاج السلوكى، وهو ما يؤكد أن العلاج المعرفى السلوكى أكثر فاعلية من العلاج السلوكى فى علاج الوسواس والأفعال القهرية.

وقام محمد سعفان (١٩٩٦) بإجراء دراسة عن فعالية برنامج علاجى يتكون من إعادة البناء المعرفى والواجبات المنزلية والتغذية الرجعية فى علاج الوسواس والأفعال القهرية على حالة واحدة لمريض فى السادسة والعشرين من عمره يعانى من سيطرة الأفكار والأفعال القهرية التى تظهر فى طقوس الإغتسال والإنشغال والشك فى إتمام الصلاة على الوجه الصحيح، ومراجعة الأبواب والأقفال، والشك فى دقة وصحة معاملاته مع الآخرين. وتم استخدام إستراتيجيات إكلينيكية تشخيصية تقوم على المقابلة الشخصية، ومقياس السيكاثينيا (من إختبار الشخصية المتعدد الأوجه)، وإختبار ساكس لتكملة الجمل الناقصة، إلى جانب إختبار تفهم الموضوع. كما استخدام إستراتيجيات علاجية تستهدف تعديل البنية المعرفية للمريض من خلال ثمانى عشرة جلسة علاجية بواقع جلستين أسبوعياً استخدم فيها فنيات الإستبصار، وربط المعرفة بالإنفعال، وربط الماضى بالحاضر، وصرف التفكير، وإيقاف الأفكار، والواجبات المنزلية، والتغذية الرجعية لتدريب المريض على إدراك العلاقة بين أفكاره وأفعاله القهرية. وكشفت نتائج الدراسة الإكلينيكية عن إرتفاع درجة السيكاثينيا، ووجود قلق يتعلق بالأب، وإضطراب العلاقات الأسرية، وكذا إضطراب الإتجاه نحو المرأة، وكثرة المخاوف تجاه الآخرين وتجاه المستقبل وتجاه قدراته الذاتية. كما كشفت النتائج فى المستوى الأعمق عن كثرة التفكير التجريدى والتأملى وكثرة التشكك والتردد وطرح الإحتمالات وإضطراب العلاقة بالأم، وكثرة استخدام ميكانيزمات العزل والكبت والخوف من العقاب، وتوقع الفشل والشر والكوارث، والإنشغال فى الفكر وظهور الأفكار الإتهامية. أما عن نتائج البرنامج العلاجى فقد كشفت نتائج القياس البعدى والتقرير الذاتى للحالة أن البرنامج العلاجى كان له فعالية خاصة على مستوى ضبط الأفعال القهرية، وعلى مستوى البناء المعرفى المرتبط بالوسواس والأفعال القهرية. كما كشفت نتائج المتابعة العلاجية التى تمت بعد إنتهاء البرنامج على

مرحلتين بفواصل زمنية قدره ستة شهور من خلال التقرير الذاتى للمريض أنه يتعامل بنجاح مع أعراضه المرضية عن طريق مهاجمتها، كما أنه أصبح متفهماً لتلك الأسباب التي كانت تقف وراء أعراضه مما يدل على عدم إنتكاس المريض. وهذا يؤكد فعالية البرنامج العلاجي فى تعديل الأفكار والأفعال الوسواسية.

تعليق

بنظرة عامة على الدراسات التي قامت على علاج الوسواس والأفعال القهرية يتضح أن دراسات إميلكامب وآخرين (١٩٨٨) Emmelkamp et. al وإميلكامب وبينز (١٩٩١) Emmelkamp & Beens وفان أوبن (١٩٩٤) van Oppen قد استخدمت العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى والعلاج السلوكى متمثلاً فى إجراء التعريض ومنع الإستجابة. وفى حين أوضحت نتائج هذه الدراسات عدم وجود فروق دالة بين هذين الأسلوبين العلاجين أوضحت نتائج دراسة فان أوبن van Oppen تفوق العلاج المعرفى السلوكى على العلاج السلوكى فى هذا الصدد. ومن ناحية أخرى إستخدم تاليس (١٩٩٣) Tallis إجراء خفض أو تقليل الشك والذى يقوم على إستخدام مثيرات صناعية متميزة تتدرج فى الحجم مما يؤدى إلى إثارة الذاكرة لتقوم بدور فاعل فى تكوين الصور العقلية. وإستخدم سعفان (١٩٩٦) فى دراسته فنيات المناقشة، وإعادة البناء المعرفى، وصرف التفكير، ووقف الأفكار، والواجبات المنزلية، والتغذية الرجعية. وتؤكد نتائج هذه الدراسات فى مجملها فاعلية العلاج المعرفى السلوكى لعلاج الوسواس والأفعال القهرية حيث كشفت عن إنخفاض حدة الأعراض المرضية لدى المرضى بعد العلاج وربما إختفائها تماماً فى بعض الحالات. وجدير بالذكر أن فاعلية هذا الأسلوب العلاجي قد ترجع إلى ما يضمنه من إستراتيجيات متنوعة يتعامل من خلالها مع الأفكار والمشاعر والأفعال، إلى جانب إستراتيجيات المواجهة التي تساعد المريض فى التصدى لما قد يصادفه من مشكلات بعد إنتهاء البرنامج العلاجي..

