

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة غرداية - الجزائر
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

مجلة

إسهامات

للبحوث والدراسات

مجلة أكاديمية متخصصة ومحكمة
تصدر عن كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
جامعة غرداية - الجزائر



رمضان 1437هـ / جوان 2016م



مجلة إسهامات للبحوث والدراسات

مجلة إسهامات

للبحوث والدراسات



مجلة أكاديمية فكرية محكمة

تصدر عن كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

جامعة غرداية - الجزائر

هيئة التحرير

د/ عمر مونة

د/ يمينة بن صغير

د/ عبد الرحمان بقادير

د/ محمّد حدبون

أ. عبد الرحمان بابا واعمر

أ.لبنى سويقات

مدير المجلة : أ.د/ بلخير دادة موسى

(رئيس الجامعة)

مدير النشر: أ.د/ صالح بوساليم

(عميد الكلية)

رئيس التحرير

أ.د/ عبد العزيز خواجه

نائب رئيس التحرير

د/ محمّد طويل

توجه جميع المراسلات إلى:

السيد رئيس تحرير مجلة إسهامات للبحوث والدراسات

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية / جامعة غرداية

الهاتف الفاكس: +213.29.25.80.27

البريد الإلكتروني: (revue.ishamat@gmail.com)

الموقع الإلكتروني للمجلة (URL): ishamat.univ-ghardaia.dz

الإيداع القانوني رقم:/.....

ردمدم - I.S.S.N

مجلة إسهامات للبحوث والدراسات

مجلة أكاديمية فكرية محكمة

تصدر عن كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية / جامعة غرداية - الجزائر

الهيئة الاستشارية

من خارج جامعة غرداية	من جامعة غرداية
أ.د/ دحو فغورور (جامعة وهران)	أ.د/ ابراهيم بحاز (جامعة غرداية)
أ.د/ محمد مجاود (جامعة سيدي بلعباس)	أ.د/ مصطفى باجو (جامعة غرداية)
أ.د/ محمد المهدي بن عيسى (جامعة ورقلة)	د/ مصطفى وينتن (جامعة غرداية)
أ.د/ ميلودي سفاري (جامعة سطيف2)	د/ عبد العالي شويرف (جامعة غرداية)
أ.د/ لعلى بوكميش (جامعة أدرار)	د/ أحمد أولاد سعيد (جامعة غرداية)
أ.د/ عبد العالي دبله (جامعة بسكرة)	د/ جمعة أولاد حيمودة (جامعة غرداية)
أ.د/ هلايلي حنفي (جامعة سيدي بلعباس)	د/ حاج امجد قاسم (جامعة غرداية)
أ.د/ حاتم باي (جامعة الأمير عبد القادر)	د/ عمر حجاج (جامعة غرداية)
أ.د/ عبد الرحمان سنوسي (جامعة الجزائر1)	د/ طاهر بن علي (جامعة غرداية)
أ.د/ بن طاهر تيجاني (جامعة الأغواط)	د/ محمد عبد النور (جامعة غرداية)
د/ فضيل حضري (جامعة تلمسان)	د/ حميد قرليفة (جامعة غرداية)
أ.د/ عبد المجيد النجار (جامعة تونس)	د/ باحمد أرفيس (جامعة غرداية)
أ.د/ عليان الجلودي (جامعة آل البيت-الأردن)	د/ حباس عبد القادر (جامعة غرداية)
أ.د/ محمود جابر (الجامعة الأردنية)	د/ يوسف قدوري (جامعة غرداية)
أ.د/ بنعيسى عسلون (مركز الإعلام-المغرب)	د/ محمد السعيد مصيطفى (جامعة غرداية)
أ.د/ يحي اليحياوي (ج. م الخامس-المغرب)	د/ نور الدين بولعراس (جامعة غرداية)
أ.د/ ميرال صبري (جامعة القاهرة)	
أ.د/ مي عبد الله (جامعة لبنان)	
أ.د/ سيريل إكل (جامعة ليون-فرنسا)	

المطبعة

كالمتوق
محموظة

مجلة إسهامات للبحوث والدراسات

مجلة أكاديمية فكرية محكمة
تصدر عن كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية / جامعة غرداية - الجزائر

قواعد النشر

"مجلة «إسهامات» للدراسات الاجتماعية والإنسانية مفتوحة لجميع الباحثين من داخل الجامعات الجزائرية ومن خارجها، تنشر البحوث المكتوبة باللغة العربية أو الإنجليزية أو الفرنسية. ومن أجل تمكين هيئة تحرير المجلة من القيام بمهامها في ظروف حسنة، يرجى من الباحثين الراغبين في نشر بحوثهم العلمية الالتزام بما يلي:

- 1- أن يكون البحث متسماً بالموضوعية والعمق والأصالة، خاليا من الأخطاء اللغوية والمطبعية، ولم يسبق نشره من قبل بأي شكل من الأشكال.
- 2- أن يتضمن البحث قائمة للمصادر والمراجع التي اعتمدها، مع ذكر المعلومات الضرورية لها.
- 3- أن تكون الهوامش آلية، في أسفل كل صفحة.
- 4- يرسل البحث مع السيرة الذاتية للباحث في نسخة رقمية، على برنامج (Word 2000) أو الإصدار الأحدث، على أن لا يزيد عدد صفحاته عن خمس وعشرين (25) صفحة من مقياس A4، ولا يقل عن عشر (10) صفحات.
- 5- يصفى البحث بخط (Traditional) حجم 18 في المتن و14 للهوامش، أما بالنسبة للغة الأجنبية فيكون بخط (Times New Roman) حجم 14 في المتن و11 للهوامش.
- 6- البحوث التي تصل المجلة لا تُردُّ إلى أصحابها سواء أنشرت أم لم تنشر.
- 7- تخضع الأعمال التي تصل المجلة إلى التحكم قبل نشرها، وتحتفظ هيئة التحرير بحقها في عدم نشر أي بحث دون إبداء الأسباب، وتعتبر قراراتها نهائية.
- 8- ترتيب البحوث في المجلة ترتيب موضوعي وفني، ولا يعبر بأي حال من الأحوال عن أهمية البحث أو مكانة الباحث.
- 9- ما يُنشر بالمجلة لا يعبر إلا عن الرأي الشخصي لصاحب البحث، ولا يعبر بالضرورة عن وجهة نظر المجلة".

هل ما زال اضطراب الهلع يشكل تحدياً في العلاج كاضطراب نفسي بواجهة ذات أعراض فيزيولوجية

د. وردة بلحسين

جامعة قاصدي مرباح ورقلة

مقدمة:

لا يمكننا أن نحدد على وجه الدقة كيف تبدأ نوبة الهلع في اضطراب الهلع، لكن العلماء حديثاً أكدوا حقيقة تعرض الشخص إلى تغير بسيط في الأحاسيس الباطنية الطبيعية مثل خفقان القلب، والتي تحت الفكر المأساوي للشخص، معلنة عن توالي حلقات لولبية سريعة وآلية، وفي غضون دقائق يصل الشخص إلى حالة قلق حاد تتقدمها أعراض فيزيولوجية من مثل (زيادة ضربات القلب، ارتعاد أو ارتعاش، ضيق في التنفس، ألم في الصدر، قيء أو آلام في البطن، شعور بالدوار،...).

وهو ما يؤكد المكون البيونفسي لهذا الاضطراب، والذي يقتضي-وجود نواة للاستهداف البيولوجي، والتي تكون حساسة لظهور نوبة الهلع، والتي تبرز فجأة دون وجود ارتباط محدد مع مثير مفجر خارجي. وهو ما يضع المريض في حيرة مما أصابه لاغياً فكرة الاضطراب النفسي-، أو غير متبته لها، مما يؤخر طلب العلاج

النفسي لأن الاتجاه يكون في البداية إلى الفحص الطبي العضوي، الأمر الذي يمكن أن يفوت فرص العلاج السريع للعديد من الناس، خاصة أن هذا الاضطراب واسع الانتشار نسبياً، إذ يمس حوالي (3.5%) من عامة الناس كما أنه ينتشر بين المرضى العياديين بنسبة مرتفعة جداً، حيث يمكن تشخيصه لدى (10%) من الحالات الذين يتقدمون للعلاج النفسي.

و في ذات الوقت أكد (عكاشة، 2003) أن (50%) من المرضى المترددين على أطباء القلب، والذين لا يوجد بهم أدلة كافية على مرض في الشرايين التاجية يعانون من اضطراب الهلع. ويعد هذا الأخير اضطراباً مزمنياً يكون مآله حسب مقدار الضرر المترتب على عدد نوبات الذعر، وحالات التجنب وتغير نمط حياة المريض المهنية والأسرية، وحسب سرعة طلب العلاج النفسي، ونوعية هذا العلاج، ومدى فعاليته على المدى البعيد. وتأتي هذه المداخلات لتعرف بهذا الاضطراب وتفسيره وأنجح طرق علاجه.

تعريف اضطراب الهلع:

يتبدى اضطراب الهلع في صورة مخاوف شديدة تصل إلى درجة الرعب (الذعر) تظهر بشكل مفاجئ توججها أعراض فيزيولوجية متسارعة، تغذيها إحساسات مفرجة بفقد السيطرة أو الخوف من

الموت، ثم تتبدد وتنتهي في غضون عدة دقائق، تاركة وراءها خوفا وقلقا متزايدا من إمكانية تكرار هذه الحالة بأعراضها المفاجئة، وهي الحالة التي ينجم عنها انسحاب وتجنب للمواقف أو الأماكن التي يعتقد المريض أنها تبعث على ظهور هذه الأعراض، مما يؤدي به إلى حالة عجز واضح في الأداء الوظيفي الاجتماعي المهني.

ولقد عرّف عبد المنعم الميلادي اضطراب الهلع بأنه نوبات متكررة من القلق الحاد والشديد يشعر فيها الإنسان أنه على شفا الموت أو يكاد أن يفقد عقله ويصاب بالجنون، وأنه قد يفقد السيطرة على نفسه، تستمر هذه النوبة أقل من ساعة وتكون غير متوقعة، فهي تحدث فجأة ثم تبدأ في التحسن تدريجيا وتختفي، وقد يصاب بها الشخص عدة مرات كل أسبوع دون أن يكون لها سبب عضوي (الميلادي، 2004، 105).

ويعني الحدوث المفاجئ - عامة - أن الهلع سوف يبلغ ذروته خلال عشر دقائق، برغم أن بارلو وزملاءه (1994) يرون أن محك الخمس دقائق قد يكون أفضل في إظهار الطبيعة الحقيقية لاستجابة الإنذار في الهلع. ويعد التحديد الواضح لفجائية النوبة ضروريا لتمييز الهلع عن حالات القلق الأخرى (ميركر، 2006، 155).

أما مارتن أنطوني وراندي ماك كاب (2008) فقد عرّف اضطراب الهلع بأنه حالة قلق يتعرض خلالها الأفراد إلى نوبات زعر على حين غرة، من دون أي

حافز أو سبب جليّ. وفي بعض الحالات تكون النوبات متقطعة نسييا (ربما مرة كل بضعة شهور)، ولكن قد تحدث أيضا عدة مرات في اليوم. وبالإضافة إلى ذلك، يخاف الأشخاص المصابون بالاضطراب الهلعي من نوباتهم، ويقلقون بشأن موعد النوبة التالية، وبشأن العواقب المحتملة للنوبات (مثل احتمال الموت أو فقدان السيطرة أو الإصابة بالجنون، أو التقيؤ أو الإصابة بالإسهال أو الإغماء). كما أنهم يغيّرون سلوكهم لكي يتكيفوا مع النوبات أو لكي يحولوا دون حدوثها. ويعد تطور الميل إلى تجنب رهاب الساحات (كتعريف موجز) من التغيرات السلوكية الأكثر انتشارا خلال الاضطراب الهلعي، الذي قد يشمل أيضا أنواعا أخرى من التغيرات السلوكية، مثل:

- حمل الأدوية أو المال أو الهاتف الخليوي أو أي جهاز النداء أو الماء أو أدوات السلامة الأخرى.
- تجنب بعض النشاطات (مثل التمارين الرياضية والجماع) التي تحفز أعراضا شبيهة بأعراض الذعر أو الإثارة الجسدية.
- الإصرار على اصطحاب رفيق عند مغادرة البيت.
- احتساء الكحول لمقاومة الإحساس بالخوف.
- تجنّب الكافيين أو الكحول أو مواد أخرى.
- فحص النبض أو ضغط الدم غالبا.

- الالتهاة عن الأعراض (مثلا بقراءة كتاب أثناء الانتقال في قطار أو حافلة).
- الحاجة الدائمة إلى معرفة مكان الزوج/ الزوجة.
- الجلوس قرب أقرب مخرج في صالة السينما أو المطعم. (أنطوني و ماك كاب، 2008، 14).

وبالنظر إلى التعريفات السابقة نجد أن الخوف عادة في اضطراب الهلع يكون من حدوث النوبة أي من احتمال الإصابة مرة أخرى بنفس الحالة، وليس الخوف من الموقف أو الشيء في حد ذاته. فالمرضى لا يخاف من الموقف الذي سبق وأن أصيب فيه بالنوبة، ولكن يخاف من معاودة النوبة في حد ذاتها، وهو الأمر الذي يترك وراءه انشغالا شديدا بإمكانية تكرار النوبة.

محكات تشخيص اضطراب الهلع:

نظرا لأن اضطراب الهلع ظهر كفئة تشخيصية جديدة في الطبعة الثالثة من دليل الجمعية الأمريكية للطب النفسي- المسمى الدليل التشخيصي- والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-III (1980، فإن محكاته تغيرت كي تعكس معرفتنا المتزايدة بملاحظه الرئيسية. وكان يعرف أساسا بأنه ثلاث نوبات هلع على الأقل خلال ثلاثة أسابيع، كل منها يتميز بفترة متقطعة من الخوف أو الرهبة، ويتوفر فيها على الأقل أربعة أعراض من بين اثني عشر- عرضا. أما الطبعة الثالثة المعدلة

(1987) DSM-III-R من الدليل المذكور فقد اشترطت حدوث أربع نوبات خلال أربعة أسابيع، وأربعة أعراض من ثلاثة عشر عرضاً، وحددت هذه النوبات بأنها يجب أن تكون غير متوقعة وتحدث بشكل مفاجئ.

ويعني الحدوث المفاجئ - عامة - أن الهلع سوف يبلغ ذروته خلال عشر دقائق، برغم أن بارلو وزملاءه (1994) يرون أن محك الخمس دقائق قد يكون أفضل في إظهار الطبيعة الحقيقية لاستجابة الإنذار في الهلع. ويعد التحديد الواضح لفجائية النوبة ضرورياً لتمييز الهلع عن حالات القلق الأخرى (ميركر، 2006، 155).

معايير تشخيص اضطراب الهلع حسب DSM-5:

A نوبات هلع متكررة غير متوقعة، هجمة الهلع هي اندفاع مفاجئ للخوف الشديد، أو الانزعاج الشديد والتي تصل إلى الذروة في غضون دقائق، وخلال هذا الوقت تحدث أربعة (أو أكثر) من الأعراض التالية:

ملاحظة:

يمكن أن يحدث الاندفاع المفاجئ من حالة هدوء أو حالة قلق.

(1) خفقان، دقات القلب الشديد، أو تزايد سرعة القلب.

(2) تعرّق.

(3) ارتعاش أو ارتجاف.

- 4) أحاسيس بقصر النفس أو الاختناق.
- 5) شعور بالغصص.
- 6) ألم أو انزعاج صدري.
- 7) غثيان أو تلبك في البطن.
- 8) الإحساس بالدوار أو عدم الثبات أو خفة الرأس أو الإغماء.
- 9) قشعريرة أو أحاسيس بالحرارة.
- 10) مذل أو تشوش الحس (إحساسات بالتنميل أو بالوخز).
- 11) تبدد الواقع (إحساسات باللاواقعية) أو تبدد الشخصية (أن يكون الشكل منفصلا عن ذاته).
- 12) خوف من فقدان السيطرة أو الجنون.
- 13) خوف من الموت.
- ملاحظة:** قد تشاهد أعراض ثقافية محددة (مثلا طنين، آلام الرقبة والصداع والصراخ أو البكاء الخارجة عن السيطرة). لا ينبغي أن نعتبر مثل هذه الأعراض أحد الأعراض الأربعة المطلوبة).
- B واحدة على الأقل من الهجمات تلاها شهر (أو أكثر) لأحد أو لكل ما يلي:
- 1- قلق مستمر أو خوف حول هجمات إضافية من الهلع أو حول عواقبها (مثلا فقدان السيطرة، الإصابة بنوبة قلبية، "يصبح مجنوناً").

2- تغير كبير في السلوك وعدم التوافق متعلق بنوبات الهلع (مثلا السلوكيات تهدف إلى تجنب حصول نوبات الهلع مثلا تجنب الحالات غير المألوفة).

C لا يعزى الاضطراب للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلا إساءة استخدام عقار، دواء) أو لحالة طيبة أخرى (مثلا فرط نشاط الدرق، واضطرابات قلبية رئوية).

D لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل بمرض عقلي آخر (مثلا هجمات الهلع لا تحدث فقط كاستجابة للمواقف الاجتماعية المرهوبة، كما في اضطراب القلق الاجتماعي، وليس كاستجابة للأشياء أو الحالات المرهوبة المحددة، كما في الرهاب النوعي، وليس استجابة للوساوس، كما في الوسواس القهري، وليس كاستجابة لما يذكر بالأحداث المؤلمة كما في اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وليس كاستجابة للانفصال عن شخص متعلق به، كما في اضطراب قلق الانفصال (الحمادي، 2015).

النظريات المفسرة لاضطراب الهلع:

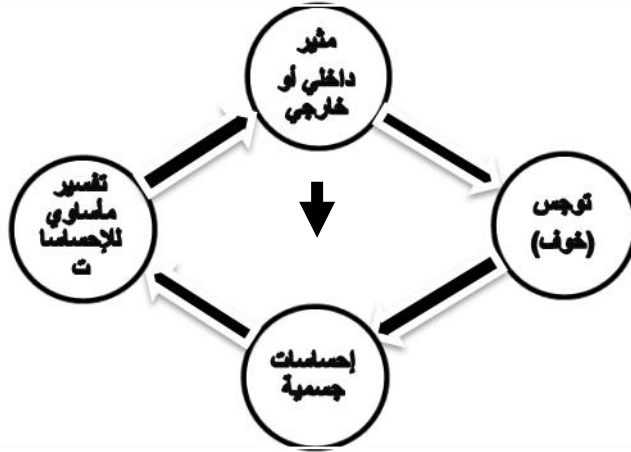
نموذج كلارك (Clark 1986):

وهو نموذج معرفي لتفسير الهلع، والذي يفترض أن نوبات الهلع تنتج من التفسير الكوارثي لأحاسيس جسدية معينة مثل سرعة ضربات القلب، ضعف

التنفس، والاختناق.

ومن أمثلة التفسير الكوارثي شخص صحيح يرى سرعة ضربات القلب كدليل على أزمة قلبية محتملة، تشير الدائرة المفرغة للنموذج المعرفي إلى أن العديد من المثيرات الخارجية، أو المثيرات الداخلية (الأحاسيس الجسمية، الأفكار أو التصورات) تستثير حالة من الخوف المرتقب إذا كانت هذه المثيرات قد تم النظر إليها أو اعتبارها تهديدا. من المفترض أن هذه الحالة تصاحبها أحاسيس جسمية خيفة، والتي تزيد من الخوف المرتقب، وحدة الأحاسيس الجسمية إذا ما تم تفسيرها بطريقة كوارثية (Clarck D 1986).

وتنطوي هذه التفسيرات المأساوية على إدراك أن هذه الإحساسات أكثر خطرا مما هي عليه فعلا، وخصوصا اعتبار هذه الإحساسات مؤشرا على قرب حدوث معضلة جسمية أو عقلية، والشكل الموالي يوضح كيف يقع الفرد فريسة دائرة مغلقة تجعله حيس اضطراب الهلع.



يقع فيها مريض اضطراب الهلع (ناصر

الشكل رقم (1) يوضح الدائرة المغلقة لاضطراب الهلع (المحارب، 2000،

(264

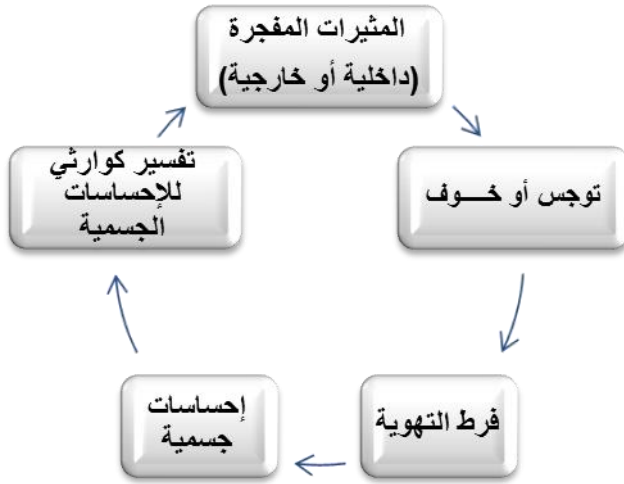
ولقد أبلغ المرضى أن حالة الهلع التي يصابون بها تتج عن تأويلهم الخاطئ لأعراض القلق المتصاعد -على أنها أعراض نوبة قلبية، أو حالة جنون أو إشراف على الموت، كما أبلغوا أن القلق نفسه قد يتسبب في ضيق التنفس، وآلام في الصدر، تسيل العرق. لذا فعندما يؤولون تلك الأحاسيس والأعراض الجسمانية العادية على اعتبارها نوبة قلبية وشيكة، فإنها تصبح أكثر وضوحا وسفورا، وذلك لأن إساءة التأويل قد حولت حالة القلق التي انتابتهم إلى حالة من الرعب والهلع، وهكذا تتواصل تلك الدائرة المفرغة حتى تؤدي إلى نوبة هلع عاتية (سيليجمان، 80، 2004).

وهذا المنطق أجاب عالم النفس البريطاني دايفيد كلارك، عن كيف يتعرض

الناس إلى نوبات هلع غير متوقعة حيث اعتبر أنهم يفسرون بطريقة خاطئة وكوارثية الأحاسيس الجسدية التي تكون آمنة تماما في الحقيقة، إذ إن مجرد الظن بأن الكلاب خطيرة يمكن أن يؤدي إلى الهلع والخوف عند رؤية الكلاب. والظن بأن أعراضا بدنية معينة مثل تسارع دقات القلب والدوار وضيق التنفس هي أعراض خطيرة، يمكن أن يؤدي إلى الهلع والخوف كلما عانى الشخص من تلك الأعراض، وبالطبع فإننا جميعا يمكن أن نعاني من تلك الأعراض من حين إلى آخر لأسباب ليست خطيرة البتة. وإذا كان الشخص يخشى تلك الأعراض أو يفسرها على أنها دليل على الخطر فمن المنطقي أن يخاف ويهلع عند حدوثها (مارتن وراندي، 2008، 20).

ولقد أكد كلارك وسالكوفيسكس على التفاعل بين العوامل النفسية والبيولوجية، فنوبة الهلع لا توصف بأنها عفوية ولكنها تمثل نتاج نهائي لتفاعل مركب من الإحساسات الجسمية الأولية (مثل تزايد ضربات القلب) والعمليات الإنفعالية-المعرفية، ومن استجابة المريض.

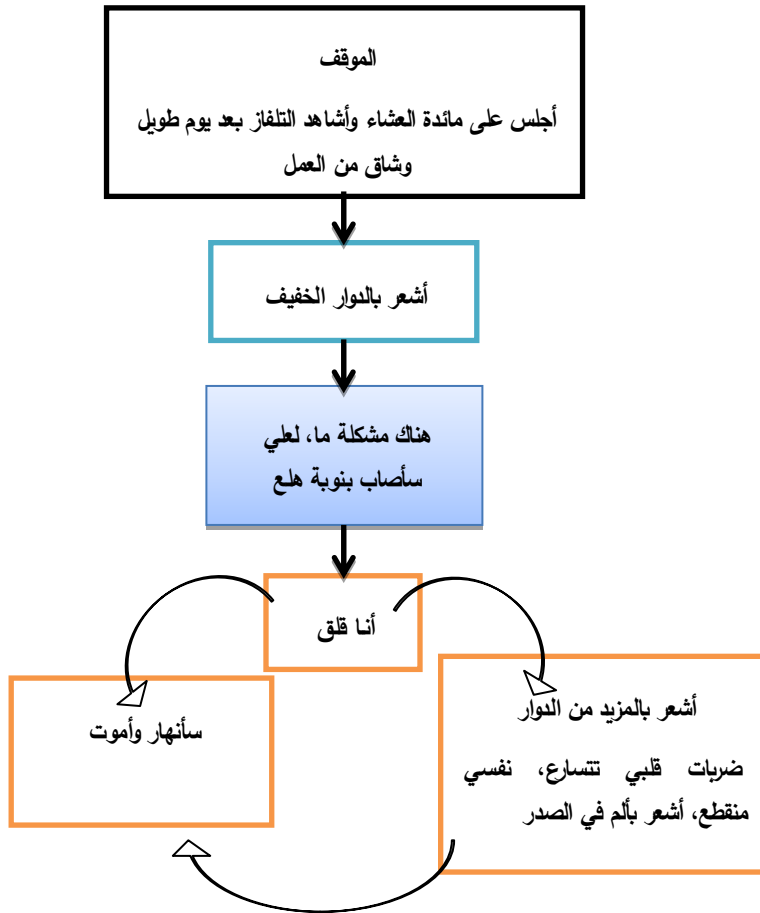
وفي شكل ثريا (Illustrate) يظهر لنا المخطط الموالي أن نوبة الهلع لها أصول ذات طبيعة نفسية وبيولوجية.



الشكل رقم (2) مخطط تطور نوبة الهلع حسب كلارك وسالكوفيسكس

نقلا عن (Huber w199376)

ومن هنا يرى كلارك أنه إذا كانت إساءة التفسير المتساوي للأحاسيس الجسمانية هي السبب وراء نوبات الهلع، فإن تغيير هذا الأسلوب في التفكير كفيل بأن يشفي من تلك الاضطرابات، وكان هذا العلاج الجديد على حد وصفه مباشرا ومختصرا.



الشكل رقم (3) يوضح مثال عن التفسير الكارثي الخاطيء للعلامات

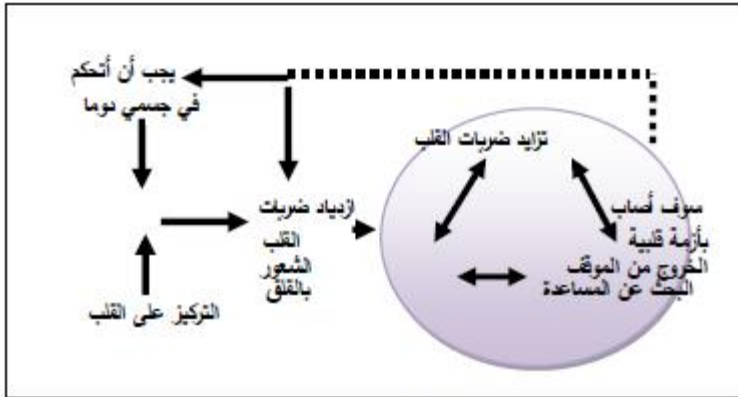
الجسدية (نقلا عن كرينغ، 2016)

نموذج هوفمان (2012):

ولقد قدم هوفمان نموذجا جمع فيه عناصر متعددة تتضمن أكثر النقاط تأثيرا

في اضطراب الهلع، ويمكن الإشارة إليه في ما يلي:

انطلاقاً من الفهم الدقيق لدورة القلق المعروضة في الشكل رقم (3)



الشكل رقم (4) يوضح نموذج هوفمان لفهم دورة الهلع

(نقلا عن هوفمان، 38، 2012)

على سبيل المثال، من التقييمات الالآتيفية المماثلة لسرعة ضربات القلب ما يأتي:
 (سوف أصاب بأزمة قلبية)، أو مشاعر الدوار مثل "سوف يغمى عليّ" - وهذا
 سوف يؤدي بدوره إلى الأعراض الجسمية الزائدة، سلوكيات الاحتياج، والقلق
 الشخصي المرتفع، كل هذا من الممكن أن يسبب القلق وصولاً إلى حالة الهلع - تلك
 الحالة التي تعزز من التقييمات الالآتيفية لدى الشخص للمثير غير الضار. كما أنها
 تعزز المخططات لدى الفرد على أنه ضعيف، وغير قادر على مجابهة العالم الخطر،
 وعدم التحكم في الأحاسيس الجسمية (هوفمان، 92، 2012).

(1) المثير: إحساس بسيط بتزايد ضربات القلب.

(2) معتقدات لا تكيفية: لا بد أنني سأصاب بنوبة قلبية.

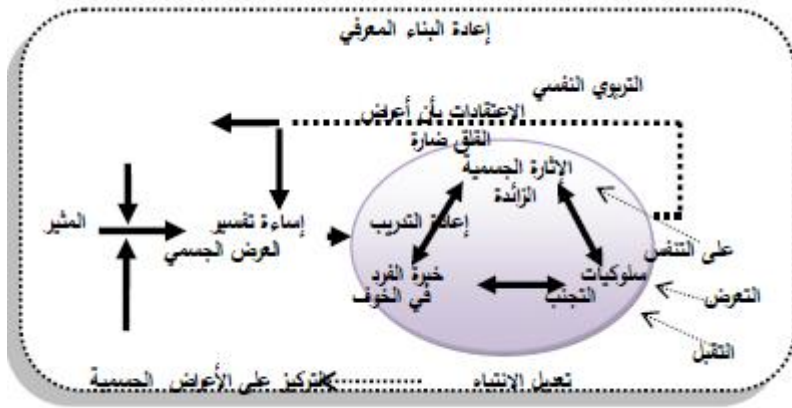
- 3) عمليات الانتباه: تركيز الانتباه على أي مثير سمعي أو بصري (خارجي)، يؤكد ذلك أو التركيز على أي مثيرات داخلية (خفقان القلب، ضيق في التنفس...)
- 4) التقييم المعرفي اللاتكيفي: إعطاء تفسير للمثير (الموقف) بطريقة تتناغم مع المخطط (المعتقدات اللاتكيفية) "لابد أن هذا شيء قاتل، ولا يمكن السيطرة عليه"
- 5) الخبرة الشخصية (الانفعال): إحساس بالخوف.
- الأعراض الجسمية: ازدياد ضربات القلب (تعرق...)
- الاستجابة السلوكية: الفرار والتجنب.
- 6) التغذية الراجعة: تثبيت وتأكيد المعارف اللاتكيفية (كل يوم أتأكد أن حياتي في خطر).

العلاج المعرفي السلوكي:

يمثل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي على اضطراب الهلع مجالاً جديداً من تلك المجالات التطبيقية لهذا الأسلوب العلاجي على الاضطرابات المختلفة، حيث كان يقتصر من قبل على علاج الهلع إذا ما صوِّح بفوبيا الأماكن الواسعة على اعتبار أنه يوجه في الأصل إلى الفوبيا، في حين يستخدم العلاج بالعقاقير لعلاج نوبات الهلع في حد

ذاتها، ومن ثمّ أعتبر غير ضروري إذا لم يصاحب الهلع بفوبيا. أما الآن فقد أصبح يستخدم مع نوبات الهلع سواء صاحبها فوبيا الأماكن الواسعة أو لم تصاحبها، ولم يلق العلاج المعرفي السلوكي نجاحاً مثلها وجد بالنسبة للهلع (محمد، 2000، 198).

إن العلاج المعرفي السلوكي (TCC) فعال في اضطراب الهلع مع الخوف من الأماكن الواسعة، والتقنيات المقترحة تتضمن استخدام الاسترخاء وإعادة البنية المعرفية، وبرامج التعرض الباطني، والتعرض للمواقف (Cottrausc J 2009.44). وعليه يقترح هوفمان استراتيجيات علاج الهلع كما هو في الشكل الموالي:



الشكل رقم (5) استراتيجيات استهداف الهلع

(نقلا عن هوفمان، 94، 2012)

تبدأ الاستراتيجيات المعرفية للهلع بتوسيع نموذج بيك Beck المعرفي الخاص بالاكْتئاب (Beck, Shaw, Rush, Emry, 1979) ليشمل القلق والهلع ويركز

العلاج المعرفي على تصحيح التقييمات الخاطئة المتعلقة بالإحساسات الجسدية، باعتبارها مصدر تهديد، وتطبق الإستراتيجيات المعرفية بمشاركة الأساليب السلوكية، على الرغم من افتراض أن الميكانيزم الفعال في التغيير يكمن في الحقل المعرفي (بارلو، 44، 2002).

ويرجع نجاح العلاج المعرفي السلوكي مع اضطراب الهلع قياسا بغيره من أنواع العلاج النفسي- الأخرى إلى أنه يتغير وفقا لتركيزه على الجانب المعرفي أو الوجداني، أو السلوكي فيتعامل بالتالي مع اضطراب الهلع بشكل شامل، حيث يتناول ما يلي:

1. نوبات الهلع نفسها بأعراضها المعرفية والوجدانية والجسدية.
2. القلق المتوقع والذي يعرف بالخوف من الخوف.
3. فويا الأماكن الواسعة والتي غالبا ما تصاحبه بدرجات متفاوتة.
4. مفهوم اليأس الذي يتطور مع تطور الهلع، والذي قد يؤدي في أغلب الأحيان إلى اكتئاب ثانوي.

تطبيق العلاج المعرفي السلوكي:

عمليا يتم تطبيق العلاج المعرفي- السلوكي في سياق يمتد عبر عدة جلسات يتراوح بين (10- 20) جلسة فردية أو جماعية، ويتضمن عدة مراحل:

✓ التشخيص العيادي و التحليل الوظيفي.

- ✓ مقابلة التقييم باستخدام الاختبارات وسلام التقدير .
 - ✓ التعليم النفسي و إرساء عقد العلاج .
 - ✓ التدخل العلاجي .
 - ✓ تقويم النتائج في نهاية العلاج .
- وهناك عدة عناصر مهمة في عملية التكفل:
- العلاقة العلاجية النوعية (الدفء والتعاطف..).
 - العمل وفق "هنا والآن" مهم مع عدم إهمال ماضي المريض .
 - بنية الجلسات جدا عملية وتتضمن:
 - ملخص الجلسة السابقة .
 - إتمام الأنشطة .
 - اختيار موضوع وتحليله .
 - واجبات منزلية للأسبوع القادم .
 - الملاحظة الذاتية و التقييم الذاتي .
 - المقابلات تكون عادة أسبوعية وتدوم بين 30-45 دقيقة .
 - مدة العلاج تدوم حوالي أربعة أشهر عموما .

استراتيجيات التدخل:

يتشكل النموذج العلاجي المعرفي - السلوكي من ثلاث محاور أساسية:

- تقنيات التحكم (للتعامل مع ردود الفعل الفيزيولوجية).

- تقنيات التعرض للمواقف المقلقة (العمل على مستوى السلوك).

- تقنيات إعادة البناء المعرفي (العمل على مستوى المعارف).

تقنيات إدارة نوبة الهلع:

إن نوبات الهلع خبرات مرعبة للغاية، من الطبيعي أن يحاول المرضى تفسير هذه الظواهر التي ليس لها تفسير حتى بعد الاختبارات الطبية السالبة المتكررة. غالباً ما يفترض المريض أن هذه النوبات علامة أو عرض لمشكلة صحية طبية خطيرة، هناك خطوة علاجية رئيسية فعالة للغاية ألا وهي تعليم الأفراد المرضى عن طبيعة نوبات الهلع، ويمكن أن يعين الجدول الموالي في شرح الأعراض للمريض كما يلي:

الجدول رقم (6) يوضح شرح الأعراض

الأعراض الفيسيولوجية	الفكرة الكارثية	حقائق طبية
زيادة في نبض القلب خفقان القلب.	" سوف أصاب بأزمة قلبية "	حسب ما قالته أخصائية علاج الفزع د. "كلير ويكس"، فإن القلب السليم يمكنه أن ينبض 200 مرة في الدقيقة لأيام أو حتى أسابيع دون حدوث أي تلف. لقد خلق قلبك لمعالجة الضغوط. وساعة من الفزع تعد لا شيء مقارنة بالعمل الذي

صمم القلب للقيام به.		
<p>إن الشعور بالدوار يسببه انخفاض إمدادات الدم والأكسجين إلى المخ، لكنه في الغالب لا يؤدي إلى الإغماء. كما أن الفزع يسبب ارتفاعاً في ضغط الدم، فيما يعد نقيضا لمشكلات انخفاض ضغط الدم المرتبط بالإغماء.</p>	<p>" سوف أموت أثناء قيادتي للسيارة أو أثناء سيرتي في الشارع</p>	<p>الشعور بالإعياء والدوار.</p>
<p>إن استجابة المواجهة أو الانسحاب تؤدي إلى انقباض في عضلات البطن والصدر، وهو ما قد يسبب الضغط والألم العضلي في الصدر، إلى جانب انخفاض سعة الرئتين. ولتعويض ذلك قد تبدأ في التنفس بشدة وعمق (فرط التهوية). مما يزيد الأمر سوءاً - لكن لا أحد توقف عن التنفس جراء الفزع - ومهما بلغ شعورك بالضيق وعدم الارتياح، فسوف تحصل على الهواء الكافي في كل الأحوال.</p>	<p>" سوف أتوقف عن التنفس، سوف أصاب بأزمة قلبية "</p>	<p>الشعور بأنك لا تستطيع التقاط أنفاسك بسبب وجود ألم أو ضغط في صدرك.</p>
<p>إن الشعور بالدوار يتبع عن فرط التنفس</p>	<p>" سوف أسقط</p>	<p>الشعور بالدوار.</p>

<p>بشدة، وانخفاض تدفق الدم والأكسجين إلى المخ-وهو تفاعل غير ضار ويستغرق فترة وجيزة، كما أنه نادر جدا، حتى في أسوأ حالات الفزع، ولا يؤدي إلى فقدان الاتزان.</p>	<p>إذا وقفت "</p>	
<p>إن الاستجابة المواجهة أو الانسحاب تسبب تمردا مؤقتا للأوعية الدموية في ساقيك، مما يتيح تجمع الدم بالعضلات الكبيرة، ثق أن ساقيك قويتان وبإمكانها حملك على الدوام.</p>	<p>"إنني ضعيف لدرجة أنني لا أستطيع السير، سوف أسقط أرضا "</p>	<p>السيقان المرتخية - شعور بالضعف والارتجاف في الساقين.</p>
<p>تنتج نوبة الاحمرار والسخونة عن زيادة الأكسجين والتغيرات القصيرة التي تطرأ على الجهاز الدوري -وهي غير ضارة ولن تسبب لك الفزع ما لم تقم بتفسير الأعراض على أنها مدعاة للانزعاج.</p>	<p>"ها قد عاودتني نوبة الفزع "</p>	<p>نوبات الاحمرار والسخونة.</p>
<p>هذه أيضا تفاعلات غير ضارة، وهي ناتجة عن استجابة المواجهة أو الانسحاب، وترتبط بفرط التهوية</p>	<p>"سوف أصاب بالجنون، إنني أفقد السيطرة</p>	<p>الشعور بالذهول والانفصال عن الواقع وفقدان</p>

وانخفاض تدفق الأوكسجين والدم إلى المخ وهي مؤقتة ولا تسبب إطلاقاً في الإصابة بالخلل أو فقدان السيطرة على أفعالك، فلم يتم تسجيل أي حالات انفصام في الشخصية، أو شلل، أو تهيج بعد حدوث نوبة فزع.	على نفسي ولن أستطيع العودة إلى طبيعتي هذه المرة "	الهوية
--	---	--------

نقلا عن (ماثيو ماكاي، مارثاديفيز، باتريك فانينج، 2010، 119)

الجدول رقم (7)

يوضح جزء من مثال عيادي عن التربية النفسية لاضطراب الهلع

اضطراب الهلع حالة يمر فيها الناس بخبرة الخوف الشديد، أو عدم الراحة مع عدم وجود سبب واضح لذلك. عندما يتجنب الناس المواقف أو الأنشطة بسبب هذه النوبات يتم تقديم تشخيص اضطراب الهلع مع المخاوف المرضية من الأماكن الشاغرة. اضطراب الهلع، والمخاوف المرضية من الأماكن الشاغرة مشكلات شائعة، على الرغم من أن نوبات الهلع هذه مخيفة للغاية، إلا أنها ليست خطيرة على صحتك الجسمية. هذا لا يوحي بأن نوبات الهلع التي تمر بها ليست حقيقية، فهي حقيقة تماماً، وانت تعاني من مشكلة حقيقية ومع ذلك، يمكن القول بأن هذه النوبات لا تسبب لك أي ضرر جسدي، ويمكن علاجها بفاعلية من خلال تدخل سيكولوجي معين يطلق عليه العلاج المعرفي السلوكي.

نقلا عن هوفمان (2012، 95)

يتم من خلال التعليم النفسي تقديم معلومات كافية عن الهلع، إضافة إلى ما يرتبط به من قلق وفوبيا الأماكن الواسعة، وأسباب الاضطراب وطبيعته وكيفية المواجهة، ويمكن في هذا الصدد تقديم مواد مكتوبة كالكتيبات مثلا تتضمن مثل هذا الموضوع (محمد، 2000، 200).

إعادة التدريب على التنفس:

الكثير من مرضى الهلع لديهم فرط التنفس، لذا تفترض بعض النظريات أن عدم السواء في التنفس، وفرط التنفس يسببان أعراض الهلع (Klein, 1985, Ley, 1993) على سبيل المثال، افترض ليبي (Ley 1985) أن فرط التنفس المزمن يؤدي إلى الهلع، وافترض كلين (Klein, 1993) أن الهلع هو نتاج نظام الاستجابة المنبهة للاختناق الحساس،

إذ ينتج عن التنفس تبادل الأكسجين وغاز ثاني أكسيد الكربون، والجسم تحديدا حساس للمستويات المتغيرة من ثاني أكسيد الكربون، ونتيجة لفرط التنفس، يصبح الدم قلوي (وليس حمضي)، وتنكمش الأوعية الدموية وتنقص نسبة الأوكسجين المحمول عبر الدم إلى الأنسجة، بما في ذلك المخ، الأمر الذي يؤدي إلى أعراض فرط التنفس مثل الدوار، الدوخة، الإغماء، والشعور بفقدان الوعي (هوفمان، 2012، 97).

لذا فإن تدريبات التنفس مكون مألوف للتدخلات النفسية، وهناك بعض

الدراسات الحديثة أكدت على أهمية تدريبات التنفس في علاج اضطراب الهلع (Meuret et al, 2010).

وطريقة إعادة التدريب على التنفس تكون فعالة في علاج نوبات الهلع والأعراض الجسدية للقلق، وهذه الطريقة أعدها كلارك وآخرون (1985) وهي باختصار تتضمن جعل المريض يتنفس بسرعة وعمق لمدة ثواني قليلة، وملاحظة أثر التنفس السريع وتقدير درجة الشبه بينها وبين الإحساسات الناتجة عن نوبات الهلع أو الخوف، وإذا كان التشابه قويا يوجه المريض إلى نتيجة مؤداها أن التنفس السريع يسهم في ظهور الأعراض، وعندئذ يتعلم أسلوب ضبط التنفس، أي يتحكم في التنفس السريع، وإذا فشل أسلوب زيادة سرعة التنفس يمكن إثارة الأحاسيس بوسائل أخرى بجعل المرضى يركزون على صور عقلية أو الاهتزاز أثناء الجلوس أو النظر إلى صورة مثيرة، ويتم تدريبهم مثلا على استراتيجيات المواجهة، فالتحكم في معدل التنفس يعمل على استعادة المريض للسيطرة على نفسه وعلى القلق (عبد العظيم، 2007، 282).

تدريب عملي:

هذا التدريب -والذي تم اقتباسه من شريط " نيك ماسي " Breath of Life 1993- تم تصميمه خصيصا للأفراد الذين يعانون من اضطراب الهلع، فعندما يشعر أغلب الناس بالهلع، يكون لديهم ميل للهات، والتقاط الأنفاس للدخل

والاحتفاظ بها، ومن ثم يأخذون أنفاساً قصيرة غير عميقة تفشل في إفراغ رئاتهم، مما يؤدي إلى شعور بالامتلاء، والشعور بأنك لا تستطيع الحصول على هواء كاف، وهذا الشعور - بأنك لا تستطيع الحصول على هواء كاف - لا يتجاوز كونه مجرد وهم، أو عاقبة بسيطة لعدم إفراغ رئتيك. وعلى الرغم من أنك في الواقع تحصل على قدر كبير من الهواء، فإن تنفسك يصبح أسرع وأسرع، وفي النهاية تصل إلى مرحلة الإصابة بفرط التهوية، والذي سوف يؤدي على الأرجح إلى نوبة هلع، وفيما يلي الخطوات الخمس البسيطة لتدريب التحكم في التنفس:

أ. قم بالزفير أولاً: عند ظهور أولى إشارات العصبية أو الهلع، وظهور أول بادرة قلق بشأن عرض فسيولوجي قد يصيبك، قم بإفراغ رئتيك من الهواء بالكامل. لذا من المهم أن تقوم بالزفير أولاً حتى تشعر بأن هناك مساحة كبيرة لأخذ نفس عميق وكامل.

ب. قم بالشهيق والزفير من خلال أنفك: إن الشهيق من خلال أنفك سيؤدي ألياً إلى إبطاء تنفسك ويمنع فرط التهوية.

ج. تنفس بعمق إلى داخل بطنك: قم بوضع إحدى يديك على معدتك، والأخرى على صدرك، تنفس بحيث تتحرك اليد التي تضعها على معدتك، بينما تظل الأخرى التي على صدرك شبه ساكنة، وبتوجيه التنفس بعمق إلى داخل بطنك، تقوم بتمديد حجابك الحاجز وإرخاء عضلاتك المشدودة التي تسبب لك شعورك بعدم القدرة على التنفس.

د. قم بالعد أثناء التنفس: قم بالزفير أولاً، ثم خذ نفساً للداخل من خلال أنفك، وعد، " واحد... اثنان... ثلاثة " توقف لثانية، ثم أزفر النفس الذي أخذته من خلال فمك وعد، " واحد... اثنان... ثلاثة... أربعة "، حيث إن عملية العد تحميك من التنفس السريع المصاحب للهلع. تأكد من أن زفيرك أطول دوماً بمقدار نبضة من شهيقك، فسوف يضمن لك هذا إفراغ رئتيك بين كل نفس تأخذه.

ه. أبطع تنفسك بمقدار نبضة: خذ نفساً للداخل وعد، " واحد... اثنان... ثلاثة... أربعة "، ثم توقف وازفر النفس الذي أخذته وعد " واحد... اثنان... ثلاثة... أربعة... خمسة ". كما هو الحال دائماً اجعل زفيرك أطول بمقدار نبضة من شهيقك دائماً (ماكاي، ديفيز، فانينج، 2010 ، 120)

ويستطيع المريض أن يطبق ذلك مرتين في اليوم لمدة (10) دقائق، إن تجربة فرط التهوية الإرادية المتبوعة بتحكم سريع معتمد على تخفيض سرعة التنفس يساعد العميل على التحكم في فرط التهوية، والأعراض المترافقة معه، ولكن ذلك لا يساعد كثيراً المرضى الذين لا يتأثرون كثيراً بعرض فرط التهوية.

الاسترخاء:

ويذكر أوست (Ost 1988) نتائج إيجابية لاستخدام الاسترخاء العضلي

التدريجي للتحكم في نوبات الهلع، حيث تحقق تخلص كامل منها لدى مجموعة طبق عليها هذا الأسلوب (ن=8)، وتخلص 100٪ منهم من نوبات الهلع بعد 14 جلسة مقارنة بـ: 71٪ لمجموعة أخرى (ن=8) لم يستخدم معها هذا الأسلوب، وبالإضافة إلى ذلك، كانت نتائج المجموعة الأولى مستقرة خلال مرحلة متابعة (استمرت لمدة 19 شهرا تقريبا بعد انتهاء العلاج)، بينما ظل تأثير العلاج مستمرا لدى 57٪ من أفراد المجموعة الثانية، وقد صنف كل أفراد مجموعة الاسترخاء العضلي التدريجي في فئة أصحاب أفضل نتيجة نهائية في المتابعة، مقارنة بـ: 25٪ من المجموعة الأخرى (Ost1988، 13).

التعرض للمواقف المثيرة للقلق:

- العلاج بالتعرض (Exposure Therapy):

يعتقد أكثر المصابين بالقلق المزمن أو الحاد بأن قلقهم في مستوى مرتفع، إلا أن القلق يحدث عادة في موجات. فإذا أيقن المريض أن القلق له بداية وقمة ثم يبدأ في التناقص فإن المريض يصبح أقدر على التعامل مع القلق بنجاح أكبر. فمثلا قد يتعين على المريض أن يصمد في موقف اجتماعي إلى أن تمر موجة القلق وتنتهي (مليكة، 1994، 241).

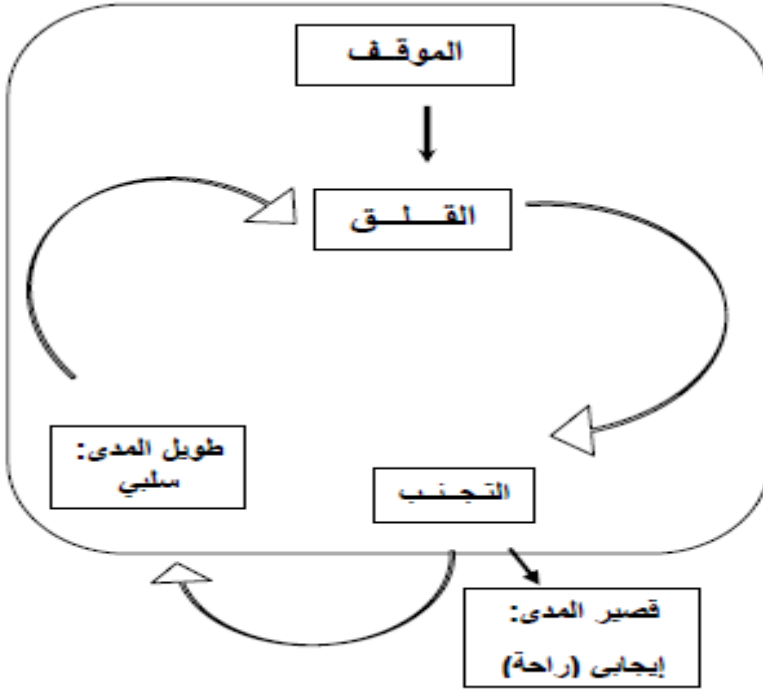
وهذا هو المبدأ الذي تستند عليه طريقة التعرض، إذ تفترض أن القلق يتدنيدخول العميل وبقائه في موقف القلق حتى تزول رغبته في تجنب هذا

الموقف. و في هذه الطريقة يقوم المريض بتعريض نفسه للمثيرات أو المواقف التي كان يخاف منها أو يتجنبها، ويمكن أن يكون "التعرض" بالمواجهة الفعلية في الحياة الواقعية، أو بالمواجهة التخيلية.

وإجمالاً يمكن أن تعرف هذه الطريقة بأنها التعرض المتكرر والممتد - سواء واقعياً أو باستخدام التخيل - وذلك لمنبهات ليست مؤذية من الناحية الموضوعية، ولكنها خيفة للمريض، وذلك بهدف تقليل قلقه.

التعرض المتصاعد الحي أو المتخيل:

إن التعرض هو طريقة لمساعدة العميل لمواجهة مواقف القلق التي كان يتجنبها ظناً منه أن عملية التجنب ستحميه من مشاعر القلق المزعجة، وقد اعتبر هوفمان أن التجنب يؤدي إلى انخفاض القلق، وهي نتيجة إيجابية قصيرة المدى ولكن على المدى البعيد يكون للتجنب نتائج سلبية، وذلك أن الفرد يمر بخبرة القلق في كل مرة يواجه فيها الموقف مستقبلاً، لأنه لم يعط الجسم فرصة للتكيف مع الموقف، ومعرفة أن الموقف أو الشيء ليس بهذا المستوى من الخطورة، لذا فإن التجنب يؤدي إلى الحفاظ على القلق، إذ أن الفرد في كل مرة يواجه فيها الموقف فإنه يشعر بقلق متزايد إلى أن يبدأ في التجنب ليهدئ من مستوى هذا القلق.



الشكل رقم (4) يوضح دور التجنب في استمرار القلق

التعرض إستراتيجية تدخل فعالة بشكل كبير في معالجة اضطرابات القلق قبل إجراء ممارسات التدخل، ينبغي أن يحدد المعالج النفسي-الإلماعات المثيرة للخوف في حالة اضطراب الهلع، فإن الإلماعات-غالباً- هي الأعراض الجسمية، وفي حالة المخاوف المرضية من الأماكن الواسعة، فإن الإلماعات هي المثيرات الموقفية، لذلك يمكن أن نميز هنا نوعين من التعرض:

- التعرض الباطني - التعرض الحي أو المتخيل للمثيرات الخارجية.

ويعتبر هوفمان أن التعرض هو الإستراتيجية الوحيدة الأكثر فعالية في استهداف تجنب المخاوف المرضية من الأماكن الواسعة وأحد أكثر المظاهر تحديداً

في هذا العلاج هو دفع المرضى للانخراط في أنشطة خفيفة دون استخدام أي استراتيجيات للتجنب. لهذا السبب، فإن من الأهمية بمكان أن يفهم المريض سبب مواجهة مخاوفه الأكثر سوءاً (هوفمان، 2012، 101).

التعرض الباطني:

الهدف من التعرض الباطني، وهو الهدف نفسه من التعرض للمنبهات الخارجية المثيرة للخوف، هو مقاطعة أو إضعاف الترابط مؤشرات جسمية محددة والاستجابات الهلعية، والأساس النظري للتعرض الباطني يقوم على إخماد أو إطفاء الخوف، في ضوء الصيغة المفهومية لنوبات الهلع، باعتبارها ردود أفعال تشريطية، أو إنذاراً متعلماً للمؤثرات الجسمية البارزة (Barlow 1988)، ويستخدم التعرض الباطني من خلال إجراءات تؤدي إلى إحداث إحساسات ذات طبيعة هلعية حقيقية، مثل: تدريبات الأوعية الدموية للقلب، واستنشاق ثاني أكسيد الكربون، أو الجلوس في مقعد دوار، والإفراط في التنفس، ويتم التعرض باستخدام نموذج متدرج (بارلو، 2002، 44).

في الغالب إن أول وسيلة وقع عليها الاختيار هي أسلوب زيادة سرعة التنفس الذي ابتدعه كلارك وآخرون (Clarck et al 1985)، وباختصار تتضمن الطريقة جعل المريض يتنفس بسرعة وعمق لمدة دقيقتين وملاحظة أثر التنفس السريع، وتقدير وجه الشبه بينهما وبين الإحساسات الناتجة عن نوبة الخوف، وإذا

كان التشابه قويا، يوجه المريض إلى نتيجة مؤداها أن التنفس السريع يسهم في ظهور الأعراض، وعندئذ يتعلم أسلوب ضبط التنفس، أي يتحكم في التنفس السريع، وعندما يلاحظ المرضى أن عملية بسيطة غير دوائية يمكن أن تنتج إحساسات خوف فإنهم يميلون لتصحيح إرجاعهم الأعراض إلى مآسي طيبة ونفسية معوقة (بيك، 57، 2002).

التقنيات المعرفية:

تتضمن هذه الإستراتيجية تعليم الناس كيف يصبحون أكثر وعيا بإزاء أفكارهم المضطربة، وكيف يدققون في الإثباتات المرتبطة بتلك الأفكار. وتهدف إعادة بناء المعرفة إلى تحويل أنماط التفكير المضطربة إلى أفكار أكثر توازنا ومنطقية تستند إلى تدقيق شامل في كل الإثباتات (بدلا من التركيز فقط على الأدلة التي تدعم الأفكار المضطربة).

تعديل المعتقدات الخاطئة:

إن جوهر العلاج المعرفي السلوكي مبدأ مؤداه أن الأفكار هي التي توجه السلوك وتستثير الانفعالات، حيث أننا نقوم بتحليل مستمر للمعلومات الواردة إلينا من الداخل أو الخارج، والأفكار تمثل نتيجة معالجة تلك المعلومات، وتعنى العمليات المعرفية بتصنيف وتقييم وتنظيم المعلومات ذات المعنى والمهمة، فهي من يقوم بفك شفرة الواقع، وكذلك المشاعر

الداخلية للفرد ولكن عملية المعالجة هذه قد تتضمن أخطاء وتشويهاً (Christophe André 2005أ17).

إن التفكير المشوه يؤدي إلى بعث مشكلات نفسية عديدة، ويعمد العرفيون إلى إعادة صياغة أفكار المريض التلقائية السلبية، بحيث يشجع المريض على البحث عن جوهر اعتناقه لهذا التفكير سبيء التكيف وغير المنطقي. ويستخدم في ذلك عدة طرق يمكن أن نذكر من بينها:

أ. الحوار السقراطي: (الاكتشاف الموجه)

إن استخدام التساؤل كجانب أساسي علاجي أصبح هو السمة الرسمية للعلاج المعرفي السلوكي، إذ يستخدم كأداة عامة خلال العلاج، وعند تعديل معتقد سلبي أساسي، يوجه المعالج العميل لأن يختبر معتقد على مواقف محددة ونوعية. وعبر هذه العملية يمكن للمعالج أن يقود العميل إلى دليل قيم حيث يمكن تنفيذ المعتقد في موقف بعينه ويمكن أن يمتد ذلك إلى مدى واسع من المواقف، ويتم تعميمه على أنه معتقد إيجابي بديل (كوروين وآخرون، 2008، 139).

ويعتبر الاكتشاف الموجه عملية مستمرة من بداية العلاج إلى نهايته يتم من خلالها فحص الفروض باستخدام الأسئلة بدلاً من التحدي المباشر لأفكار العميل واعتقاداته.

ويوجد شكل خاص من منهجية الاكتشاف الموجه يسمى تقنية الأسئلة

الثلاثة، حيث يتم طرح ثلاث أسئلة محددة تساعد العميل على مراجعة أفكاره السلبية وهذه الأسئلة هي:

1- ما هي الدلائل على معتقدك؟

2- كيف يمكن أن تفسر الوضعية أيضا؟

3- إذا كان ذلك صحيحا، ماذا يعني لك؟

حيث أن كل سؤال يقدم طريقة للبحث بشكل أعمق في المعتقدات السلبية، واستحضار المزيد من الأفكار الموضوعية (علوي، زغموش، 2009، 93).

وهكذا يعمل الاكتشاف الموجه (الأسئلة السقراطية) على توجيه انتباه العميل إلى جوانب من تفكيره كانت غائبة عنه، والتقويم الموضوعي لاعتقاداته وأفكاره بدلا من التلقائية والاعتباطية في التفكير، والتي تمنع ظهور بدائل أخرى إلى حيز الإدراك.

ب. العلاج بالدور المحدد:

رأى العديد من المعالجين خارج العلاج المعرفي السلوكي أنه لو تم تشجيع العميل لأن يتصرف بطريقة مخالفة لمعتقداته غير المساعدة، فقد يؤدي هذا إلى تغيير في المعتقدات، ومن ثم يؤدي إلى مزيد من التغيير في السلوك، ويسمى هذا المنحى بالعلاج بالدور المحدد، وبمجرد تحديد أحد المعتقدات المساعدة البديلة الذي يوافق

عليه العميل، سيؤدي (من خلال الحوار السقراطي) إلى تحديد عدة طرق يمكن أن يسلك بها أو يتصرف بها لو كان هذا المعتقد الجديد حقيقي في الواقع وصادق، وبمجرد تحديد عدد من الأفعال والتصرفات التي تتناسب مع المعتقد الجديد، يطلب من العميل أن يفكر في إدخالها ضمن التمرين. ويقوم العميل بتبني الدور المتسق مع المعتقد المساعد الجديد كمهام بين الجلسات (كوروين، رودل، بالمر، 2008، 142).

ج. أداء الدور:

يسميه بيك (1995) "أداء الدور العقلاني الانفعالي" (Rational-emotional Role-play)، ويقوم العميل في البداية بتمثيل دور تبنيه للمعتقدات السلبية وتقبله لها (وفي المقابل يقوم المعالج بأداء دور تبنيه للمعتقد الإيجابي لنقطة مقابلة لها)، ثم بعد ذلك يقوم العميل بأداء الدور الذي قام به المعالج بنمذجته، ويتم استخدام أسلوب "الكرسي الفارغ" من قبل العميل للتعامل مع بقية أفكاره مستقلا عن المعالج. وهنا يقوم المعالج بأداء الدورين المتقابلين معا بتحركه من وإلى الكرسي الفارغ.

المراجع:

- الحمادي أنور (2015): خلاصة الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية، بيروت، الدار العربية للعلوم ناشرون، بيروت.
- المحارب ناصر (2000): المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي، الرياض، دار الزهراء.
- الميلادي عبد المنعم (2004): الأمراض و الاضطرابات النفسية، الإسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة.
- بارلو ديفيد وآخرون (2002): مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية، ترجمة صفوت فرج، القاهرة، الأنجلو مصرية.
- بالمرس، كوروين ب، رودل ب (2008): العلاج المعرفي-السلوكي المختصر، ترجمة محمود مصطفى، القاهرة، دار إيتراك.
- بيكارون (2000): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة عادل مصطفى، بيروت، دار النهضة العربية.
- سيليجمان مارتن (2004): ما الذي يمكنك تغييره، الرياض، مكتبة جرير.
- عبد العظيم طه (2007): العلاج النفسي المعرفي، الإسكندرية، دار الوفاء.

- عكاشة أحمد (2003): الطب النفسي المعاصر، القاهرة، الأنجلو
مصرية.
- علوي إسماعيل، زغبوشبنعيسى (2009): العلاج النفسي المعرفي،
عمان، عالم الكتاب الحديث.
- كرينغان، جونسون شيري، نيل جون، دافيدسون جيرالد (2016): علم
النفس المرضي، استنادا على الدليل
التشخيصي- والاحصائي الخامس، ترجمة أمثال الحويلة وآخرون،
الأنجلومصرية، القاهرة.
- ماثيو ماكاي، مارتاديفيز، باتريك فانيج (2010): الأفكار والمشاعر-
السيطرة على حالاتك المزاجية وعلى حياتك- ترجمة
سليمان الغديان، الرياض، مكتبة جرير.
- مارتن أنطوني، راندي ماك كاب (2008): 10 حلول بسيطة
لعلاج حالات الذعر ترجمة ميراى مكاري، بيروت، دار الكتاب
العربي.
- ماري آن ميركر (2006): اضطراب الهلع في روبرت ليهي: العلاج
النفسي والمعرفي في الاضطرابات النفسية، ترجمة جمعة
يوسف، محمد الصبوة، القاهرة، إيتراك للطباعة والنشر.

- محمد عادل (2000): العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات، القاهرة، دار الرشاد.
- مليكة لويس كامل (1994): العلاج السلوكي وتعديل السلوك، القاهرة، (د.ناشر).
- هوفمان إ س جي (2012): العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، ترجمة مراد عيسى، القاهرة، دار الفجر.
- André C (2005): les thérapies cognitives, Bernet-Danilo, Meschers.
- Clark D (1986) : A cognitive Approache to panic, Behaviour Research and Therapy, 24, 461-470.
- Cottraux J (2009): TCC et Neurosciences, Masson Paris.
- Ost L G (1988): Applied relaxation vs progressive relaxation In the treatment of panic isorder. Behavior Research and Therapy. 26, 13-22