

مقياس: العلاجات النفسية (تطبيق)

المستوى: ماستر 1 عيادي، جامعة تلمسان

الأستاذ: ابراهيم بن عزوزي

العلاج المعرفي السلوكي

- تم صياغته على قاعدة تجريبية في علم النفس، أثبت فعاليته في اغلب الاضطرابات النفسية، يقوم على حصص منظمة ومحددة، يركز على القياس في بدايته وفي نهايته وداخل الحصص، المعالج فيه نشط.

- استمد من النظريات السلوكية بعض التقنيات المهمة: التعزيز الايجابي والسلبى، الاطفاء، نزع الحساسية المنتظم، التعرض، الاسترخاء..الخ

- استمد من التعلم الاجتماعي بعض التقنيات المستخدمة خاصة مع حالات القلق الاجتماعي وتقدير الذات المنخفض: مثل النمذجة

- استمد من النظريات المعرفية: العلاقة بين الفكرة والانفعال والسلوك، المعتقدات الجوهرية المختلة (أو المخططات المعرفية اللاوظيفية/ اللاتكيفية) هي سبب الاضطراب النفسي، تتسم حالة الاضطراب بتشوه البنية المعرفية والتي تتجلى في ظهور اضطرابات المنطق، وتتبع بخلل في عمليات ما وراء المعرفة. تعديل المعتقدات الخاطئة، أو السلبية، مع تصحيح طريقة التفكير والمنطق سبيل للعلاج والتحسين (اعادة البناء المعرفي).

المقاربة المعرفية لاضطرابات القلق:

اضطراب القلق	المثيرات الخطرة	التقييم الجوهري
اضطراب الهلع	جسدية، أحاسيس جسدية	الخوف من توقف القلب، فقدان السيطرة، فقدان الوعي، الخوف من امتلاك نوبات أخرى
اضطراب القلق العام	القلق من أحداث الحياة أو الأشخاص	الخوف من امكانية المستقبل المعاكس،

أو تهديد الحياة القادمة	المرتبطين بها	
الخوف من التقييم السلبي من طرف الآخرين	المجتمع، المواقف العمومية	الرهاب الاجتماعي
الخوف من الجنون، تحمل المسؤولية السلبية لما هو قادم لذاته والآخرين	أفكار، صور، طقوس، دوافع غير مقبولة	اضطراب الوسواس القهري
الخوف من تذكر الذكريات، الخوف من المثيرات المرتبطة بالحدث الصادم	الذكريات، الأحاسيس، المثيرات الداخلية المرتبطة بتجارب صادمة ماضية	اضطراب قلق ما بعد الصدمة

صياغة الحالة (case formulation):

مقابلات التعارف ← التحالف العلاجي ← التحليل الوظيفي والقياس ← التشخيص وصياغة الحالة ←

وضع الأهداف العلاجية ← بناء المخطط العلاجي ← العلاج ← القياس

التحليل الوظيفي للسلوك: شبكة كانفر وسارلفا (SoRc)، شبكة لازاريس (BASIC IDEA)، شبكة كوترو (SECCA).

بنية الحصص العلاجية:

- التعليم النفسي: شرح العلاقة بين الفكرة والسلوك والانفعال، شرح ما هو العلاج المعرفي السلوكي، شرح وتفسير الاضطراب للعميل.

- تطبيق التقنيات السلوكية للخفض من نسبة القلق

- تطبيق التقنيات المعرفية (اعادة البناء المعرفي)

- مخطط منع الانتكاسة

بنية الحصص العلاجية:

- الترحيب بالعميل والقياس وربط الحصة بالحصة السابقة

- مناقشة الواجب المنزلي السابق

- وضع أجندة للحصة وتطبيق التقنيات

- وضع واجب منزلي للحصة القادمة

- تلخيص الحصة والتغذية الراجعة

الدياغرام المعرفي (نموذج جوداث باك 1992):

المعتقد الجوهرى (مثال: العجز وعدم الحب)



المعتقدات الوسيطة: المواقف والاتجاهات، الافتراضات، القواعد (إذا قمت ب...س...)



الأفكار الآلية (لفظية أو صور عقلية)



الموقف



الموقف



الموقف



الموقف

مشاكل وصعوبات وتحديات العلاج المعرفي السلوكي:

عوائق التغيير:

- 1- **متعلقة بالعمل:** يفتقر للمهارة لكي يستجيب للعلاج - علاج سابق فاشل مما يؤدي لتوقع سلبي نحو العلاج- يخاف أن يؤدي الآخرين من خلال العلاج - يفتقد سببا للعلاج - له قابلية محدودة في ضبط الذات- ليس لديه القدرة على ضبط الاستجابات وردود أفعال الآخرين.
- 2- **متعلقة بالمعالج:** يفتقد للمهارة- له تطابق وانسجام في التشوه المعرفي مع الحالة- كلاهما ليس اجتماعيا - نرجسي- لا يمتلك المعارف- يفتقد للتجارب.
- 3- **متعلقة بالبيئة:** بيئة ضاغطة تعرقل التغيير - معززة للمرض - ثقافة لا تتقبل المساعدة.
- 4- **متعلقة بالاضطراب:** نموذج معرفي صلب - مترافق بمشاكل صحية وفيزيولوجية- الاندفاعية وعدم القدرة على الرقابة - العزلة الاجتماعية - محدودية طاقة التغيير.

تحديد المشاكل في العلاج:

المشاكل في بداية الأمر هي ما يقوله العميل عن المعالج وعن العلاج، خاصة إذا كان يقاوم، محبط، أو ينتظر من المعالج أن يقوم بكل العمل.

بعض المشاكل التي تظهرها الحالات داخل الحصة:

تلح على أنها لا يمكنها التغيير أو ان العلاج لا يمكن أن يساعدها - ضعف القدرة على دراسة الأهداف وتوزيعها في الاجندة- شكوى وتذمر الآخرين من هذه المشاكل - حضور عدد من المشكلات والقفز من ازمة إلى أخرى- رفض الاجابة على الأسئلة - يأتي متأخرا أو يهرب من الحصة - يصبح جائعا، مضطربا وناقدا - لا يقوم بالأعمال المنزلية - يرفض أخذ الدواء - تناول الكحول والمخدرات - سلوكيات هدم الذات من اذاء الذات و الانتحار.

بعض الأخطاء المرتبطة بالمعالج:

خطأ في التشخيص - العجز عن صياغة الحالة وتكوين المفهوم - التركيز على مشاكل أو معارف ليست هي مركز العلاج - الخطأ في المخطط العلاجي (مثل استخدام علاج للقلق العام مع اضطراب الوسواس القهري) - تصدع العلاقة العلاجية - قائمة غير مناسبة من الأهداف السلوكية - تطبيق غير صحيح للتقنيات - واجبات منزلية غير ملائمة.

بعض الأخطاء المرتبطة بالمعتقدات اللاوظيفية للحالة:

- الحالة لم تشارك في وضع الأجندة: خطأ المعالج أنه لم يسأل الحالة في أن تفكر في مشاكل تحتاج لعلاجها. معارف الحالة: هذا عديم الجدوى لأن مشاكلها لن تحل.
- الحالة تضطرب عندما يعترضها المعالج: خطأ المعالج أنه يعترض كثيرا، وفي أماكن خاطئة، ما يجعل الحالة غير مستريحة. معارف الحالة: المعالج يقاطعني لأنه يريد أن يجربني.
- الحالة تتكرر بشدة والمعالج يعبر عن رأيه كثيرا: خطأ المعالج أنه يعبر عن نظريته بقوة في وقت مبكر، أو تدخله خطأ. معارف الحالة: اذا تبين نظرتي للمعالج فإنه سينظر إلي بنظرة استصغار.
- الحالة تشتكي حول مشاكلها بدلا من الدخول في العلاج لحل المشكلات.

تجنب المشاكل في العلاج:

- ضبط التشخيص وصياغة الحالة - تكوين المفهوم - بناء مخطط علاجي مناسب - بناء علاقة علاجية متينة - دراسة محددة للأهداف السلوكية - التنوع في الاستراتيجيات والتقنيات.

التحدي في تحديد الأهداف العلاجية:

على المريض أن يدرك أهمية الأهداف، ليس وصفها فقط ولكن تحقيقها. الأهداف تكون بطريقة سلوكية في حل المشكلات، ونبدأ من البسيط إلى المعقد، ويتم التركيز على نموذج حل المشكلات.

قد يتعرض المريض لمعتقد "أذا حدد أهدافا، سيحتم علي فعل أشياء لا أريد فعلها"

ليس أغلب المشاكل متعلقة بمقاومة المريض، ولكن كون المختص غير متحكم بالتقنيات.

غالبا المريض يريد أهداف " أن يصبح سعيدا"، " لا يريد أن يكون قلق بعد اليوم"، وأكبر خطأ يرتكبه المعالج هو عدم سؤال المريض عن الأهداف التي يريد القضاء عليها، مثل " كيف تريد ان تكون مختلفا" أو " هل تريد أن تكون حياتك مختلفة"، كنتيجة للعلاج " ما هي التغيرات التي تريد أن تضعها في العمل، العلاقات الاجتماعية، البيت، صحتك.."، "كيف ستنتظر للحياة إذا كنت سعيدا".

- تحديد خلفية الأهداف من خلال التخيل: وهنا يساعده على بناء الأمل من خلال تجارب مستقبلية بسؤاله مثلا: " هل تستطيع التخيل سنة بعد الآن وأنت تشعر بحال أفضل؟"، دعنا نتحدث حول كيف ستنتظر للحياة، لنفترض أنه آخر الأسبوع، وأنت تشعر أفضل، ونمت جيدا، وأنت تملك بعض الطاقة، ما الوقت الذي ستنهض فيه صباحا؟ كيف أنت تشعر؟ ما الذي تريده في ما بعد؟ هذا يولد مجموعة من الأهداف.

- رصد الأهداف من خلال كون الأهداف متعلقة بالآخرين، مثل " أريد أن يتوقف زوجي عن معاملتي هكذا"، وهنا يجب أن يفهم بأنه لا يمكن تغييرهم مباشرة.

المعتقدات اللا وظيفية للمريض حول رصد الأهداف:

المعتقدات الجوهرية مثل " أنا ضعيف"، " عاجز"، تؤدي إلى ظهور مجموعة من الافتراضات حول ما هو قادم، وحول رصد الأهداف، وأكد هذه الافتراضات ترتبط بسلوكيات غير وظيفية في الحصوص.

افتراضات حول الذات: اذا حددت الأهداف سأسر بالسوء، " سأتغير"، واذا تغيرت فهذا يعني بأنني سأصبح خاطئ وسيئ، إذا حاولت التغيير، سأفشل.

افتراضات حول الآخرين: "اذا تغيرت الناس الذين يجب عقابهم سيفلتون مني"

السلوكيات اللاوظيفية: نفي وجود المشاكل، تحميل مسؤولية المشاكل لأشخاص آخرين، يصرح بأن العلاج لا يساعده، يرصد أهداف غير واقعية.

الشخصيات المرضية وتحدي العلاج:

- اضطراب الشخصية الهستيرية: المعتقدات داخل العلاج (إذا قمت بتسليية معالجي سيحبني، إذا أضحكت ومسرحة مشاكلي سيساعدني معالجي)، السلوك داخل العلاج (خلق الدرامي، كلام مسلي، أفعال مغرية، طلب التملق، تجنب الواجبات المنزلية).
- اضطراب الشخصية الوسواسية: المعتقدات داخل العلاج (إذا لم أتحدث بشكل صحيح لمعالجي وأخبره بجدية ما يريد معرفته سيصبح غير قادر على معالجاتي، إذا لم أدلي بتوقعاتي حول ذاتي والآخرين شيء سيء سيحدث).
- اضطراب الشخصية السلبية العدوانية: المعتقدات داخل العلاج (إذا فعلت ما يقوله المعالج فهذا يعني بأنني ضعيف).
- اضطراب الشخصية الحدية: المعتقدات داخل العلاج (إذا وفقت بالمعالج، في الأخير سيرفضني، إذن سأرفضه أولاً، إذا ركزت على حل المشكلات فسأشر بالسوء)، السلوك داخل العلاج (الانتقاص من المعالج، الإفراط في الاعتماد على المعالج من أجل الاحساس بالأفضل، وضع الكثير من الأزمات بين الحصص).
- اضطراب الشخصية التابعة: المعتقدات داخل العلاج (إذا حاولت استعمال مهاراتي الشخصية سأفشل، إذا كنت مصراً سيبتعد عني الآخرين)، السلوك داخل العلاج (أنتظر من المعالج أن يحل لي مشاكلتي ويتخذ عني القرارات، أحاول بصعوبة ارضاء المعالج).
- اضطراب الشخصية التجنبية: المعتقدات داخل العلاج (إذا وثقت بالمعالج سيظهر الاهتمام والشفقة وهذا غير جيد، إذا تكلمت عن الجزء السلبي من تاريخي، معالجي سيجكم علي بالسلبية)، السلوك داخل العلاج (تجنب ابراز الذات، تغيير الموضوع إذا شعر بمشاعر مقلقة في العلاج).
- اضطراب الشخصية البارانويدية: المعتقدات داخل العلاج (إذا وثقت في المعالج سيكرهني، غذا لم اكن حذراً في العلاج سأكون في خطر)، السلوك داخل العلاج (رفض علامات الاهتمام من طرف المعالج).

- اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع: المعتقدات داخل العلاج (إذا سيطرت على معالجي سيريد اذا مراقبتني، اذا استمررت مع معالجي فهذا يعني أنه قوي وأني ضعيف)، السلوك داخل العلاج (محاولة تخويف المعالج، الكذب عليه، محاولة استغلاله).

مقابلات الدافعية:

هذه المقابلات تساعد الحالة على:

- الوعي بخصائص المشكلة وسلوكاتها.
- اكتشاف تناقضاته، وإدراك وتشكيل سلوكيات المواجهة عندما يكون في ورطة.
- تحديد نوع التغيرات الحاصلة جراء مواجهة الادمان يعزز الإحساس بحرية الاختيار.
- اتخاذ القرار وتحقيق التغيير.

المبادئ الخمسة للمقابلة التحفيزية:

- التعبير عن التعاطف الوجداني.
- تنمية الوعي بالمتناقضات.
- تجنب جدالات المواجهة.
- تعزيز الإحساس بالفعالية الذاتية.
- التشكيل

نموذج التغيير ل Prochaska and Diclemente:

- تم انشائه لمدمني الكحول والمدخنين، وهو مستوحى من اعمال باندورا، هدفه احداث التغيير:
- الناس الذين لا يخططون لتغيير تصرفاتهم مضغوطون من طرف عوامل خارجية تمنعهم من التغيير.
 - تبدأ مرحلة التأمل عندما يعرف الفرد أن له مشاكل، مما يؤدي لاعتزام التغيير (ملاحظة الآخرين، البحث عن المعلومة والوعي، المواجهة مع مشاكل أخرى والدخول أحيانا في العلاج).
 - مرحلة القرار، حيث يتم النظر في الاجراءات اللازمة للتغيير والبحث عن الحل في الخبرات والتجارب السابقة، وهم بحاجة إلى التشجيع بسبب المحاولات الفاشلة.

- مرحلة الفعل والبدا في تغيير السلوك غير المرغوب.
- مرحلة الصيانة والتغيير المستمر.
- إذا كانت هذه الجهود فاشلة فانه سيدخل في مرحلة انتكاسة إلى مرحلة ما قبل التأمل.
- مهمة المعالج هي مساعدة العميل على الانتقال من مرحلة إلى أخرى في أسرع وقت.

نموذج Freeman and Nolan:

- حددا عشرة مراحل في عملية التغيير: - مرحلة عدم التأمل (لا أفكر) - مرحلة ضد التفكير - مرحلة ما قبل التأمل - مرحلة التأمل - مرحلة التخطيط للعمل مع المعالج - مرحلة العمل (تغيير تدريجي في السلوك) - مرحلة قبل العجز - مرحلة العجز - مرحلة الانتكاسة - مرحلة الصيانة.

مخطط لعلاج مختصر مقترح مع حالة الادمان على القنب الهندي (Luise verra):

الحصة 1 إلى 3:

- التقييم التشخيصي (نمط الاستخدام أو الاستهلاك للمواد، والارتباط مع مختلف المواد الأخرى، ظاهرة التعود مع زيادة الجرعات، وحضور محك التبعية).
- تقييم الاعتلال المشترك (حالة اكتئابية حادة، اضطرابات القلق، شخصية فصامية، أعراض ذهانية بتطور خطير، شخصية انفعالية).
- تقديم استبيانات التقييم.
- تقييم حضور عوامل الخطر من استعمال القنب.
- معلومات حول استهلاك القنب، وتأثيراته الفورية، والقصيرة وطويلة المدى.
- البحث عن التعقيدات.
- في وظيفة التقييم: اقتراح تدخل دوائي عند مختص اذا لزم الأمر.

الواجبات المنزلية: الملاحظة الذاتية لتناول المواد.

الحصة 4 إلى 6:

- مقابلات تحفيزية، ومساعدة الحالة على الوعي بخصائص المشكلة واستهلاكها، وتحديد التغيير الذي يجب اتباعه.

- تقييم ضرورة تعلم تقنيات بديلة من أجل تسيير الصعوبات في الحياة اليومية.

- تقييم العوامل البيئية المثبتة لاستهلاك القنب (العلاقات الودية، العائلية...).

الواجبات المنزلية: نطلب منه رد فعل شخصي حول الطريقة التي يراها مناسبة للنمط الجديد لحياته بدون استخدام القنب.

الحصة 7 إلى 9:

- تعلم تقنيات إدارة القلق وتقنيات الاسترخاء.

- التدريب على القدرات الاجتماعية وتأكيد الذات ضرورية.

- متابعة المقابلات التحفيزية.

الواجبات المنزلية: الحالة يجب أن يعيد تنظيم كل مظاهر الحياة الاجتماعية بطريقة تجنب تام للإغواء.

الحصة 10 إلى 12:

- إعادة تقييم استخدام القنب بنفس الأدوات التي تم استخدامها في التطبيق الأول.

- الحديث حول التغييرات المحققة والمقارنة مع نتائج أدوات التقييم.

- تعزيز الإحساس بالفعالية الذاتية وتقدير الذات من خلال النجاحات المحققة.

- برمجة حصص ومقابلات متباعدة.

بعض التقنيات العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي:

تقنيات سلوكية: راجع التعزيز، الاسترخاء (طريقة جاكوبسون، أو شيلت)، اقتصاد القريصات.. الخ

تقنيات معرفية:

1- وسائل لتعديل الأفكار التلقائية: من خلال طرح التساؤل: ما الذي كان يدور في ذهنك حينئذ؟

اجعل الحالة تتذكر موقفاً أو وقتاً معيناً لاحظت فيه تغيير في المشاعر، وأسأل السؤال السابق.

اجعلها تستخدم الخيال في وصف موقف معين، وإذا لزم الأمر اجعلها تلعب معك دوراً في موقف سابق، ثم اسأل السؤال السابق.

2- أسلوب السهم الهابط: عند التعرف على فكرة تلقائية مهمة، يسأل المريض عن معنى هذه الفكرة، وإذا كانت حقيقية فماذا تعني؟ وما السيئ في ذلك؟ وما أسوأ جزء في المشكلة؟ وماذا يعني ذلك بالنسبة لك؟

بعد ذلك يتم دفعه إلى التشكيك في تلك الفكرة وتوليد بدائل أخرى منطقية.

3- صياغة اعتقاد جديد مقابل الاعتقاد القديم: من هنا يتم وضع معتقد جديد مكان القديم

مثلاً: إذا لم أعمل جيداً مثل بقية الناس فأنا فاشلة ← إذا لم أعمل جيداً مثل بقية الناس أنا لسا فاشلة، أنا مجرد إنسانة.

أنا شخص سيء ← أنا شخص ذو صفات حسنة وصفات سيئة لكنني ذو قيمة.

4- استخدام الآخرين كنقطة مرجعية: اجعلها تتعرف على شخص يؤمن بنفس معتقداتها المعطلة، وفي آخر المطاف غير معتقداته نحو الأحسن، والطريقة التي اتبعها في تحقيق ذلك.

5- تقنية كما لو: يتم التصرف عكس المعتقد المعطل.

6- اعادة تشكيل الذكريات الأولى من خلال لعب الأدوار: يتم تذكر الذكريات المؤلمة التي كانت سببا في اكتساب المعتقد المعطل، ثم يتم تخيل سيناريو بين الحالة والشخص الذي كان مشتركا في هذه الذكريات والقيام معه بحالة من الحوار الخيالي والتنفيس الانفعالي.

7- التجارب السلوكية: بحيث تلعب الحالة مع المعالج تجارب سلوكية معينة. مثلا:

أنا لا أعرف ماذا أقول له ← تلعب الحالة دور نفسها، ويمثل المعالج الطرف الآخر

8- رصد الأنشطة وجدولتها: وضع جدول بأيام أسبوعية وفيه الساعات، وهو يرصد أنشطة المريض اليومية المطلوب، وقياس المشاعر والانفعالات اليومية، والأفكار الآلية.

9- بطاقات التكيف: أوراق وقصاصات صغيرة الحجم يحتفظ بها المريض بالقرب منه، ويقرأها ثلاث مرات في اليوم مثلا، أو عند الحاجة. نكتب فيها الأفكار المعطلة والاستجابات التكيفية التي يقوم بها في هذه الحالة.

ما هو محتوى الواجبات المنزلية؟

غالبا نطلب منه القيام بأنشطة سلوكية، رصد الأفكار التلقائية، القراءة، مراجعة الجلسات العلاجية السابقة، الاعداد للجلسات القادمة..الخ

التفسير المعرفي لاضطرابات القلق والخوف (نموذج باك وكلاارك):

يتميز القلق والخوف المرضي بأنه نتاج عن خلل وظيفي معرفي، ناتج عن افتراض خاطئ لتقييم مختل للمواقف غير المؤكدة بالملاحظة المباشرة، ثم التفعيل اللاوظيفي لمخططات الخطر وارتباطه بالعمليات المعرفية الخاطئة، مع تسجيل فرط الحساسية للمثيرات والتنبهات الخاطئة واستراتيجيات تكيف غير وظيفية.

في المتلازمات العيادية الاحساس بالهشاشة والضعف مبالغ فيه بسبب العمليات المعرفية اللاوظيفية:

فإذا كان هناك احتمال وتوقع خطر عال، مع استراتيجيات تكيف منخفضة فإن الفرد يختبر قمة القلق. اما اذا كان احتمال الخطر منخفض واستراتيجيات تكيف عالية فالنتاج قلق منخفض.

وإذا كان هناك احتمال خطر متوسط واستراتيجيات تكيف لآبأس بها فإن الحالة تعيش قلق معتدل.

تفترض النظرية المعرفية ان المخططات المعرفية متنوعة بحيث هناك:

- مخططات للمفاهيم المعرفية (تتضمن تخمينات للتهديد والخطر وتقدير الامن)
- مخططات سلوكية (وتحتوي على الموقف الدفاعي الاولي لسلوكيات المواجهة او الهروب)
- مخططات فيزيولوجية (تحتوي على النظرة الفردية للجهاز العصبي والاحاسيس الجسدية)
- مخططات مرتبطة بالدوافع (مثل الطموح والتنبؤ وفقدان التحكم)
- مخططات انفعالية (وتحتوي الذاتية الانفعالية من عصبية وهيجان ..).

اقترح باك وكلاارك سنة 2009 النموذج المعرفي لتفسير اضطرابات القلق في ثلاث مراحل:

عند مواجهة المثير يتم تفعيل اسلوب التوجيه (من خلال تفعيل معتقدات معينة من احد انواع المخططات المذكورة سابقا)، لتظهر نتائج أسلوب التهديد الاولي(التي تتجلى أساسا في : زيادة عمل الجهاز العصبي الاعاشي، كف الاستجابة الدفاعية، ظهور العمليات المعرفية الخاطئة والانحرافات المعرفية مثل الشخصنة والتعميم وتصغير الايجابيات وتعظيم السلبيات وانحياز الانتباه لما هو سلبي، ظهور الأفكار الآلية المناسبة للتهديد)، في المرحلة الثالثة والتي تسمى بإعادة التخمين المعرفي والتي تتم بعد انقضاء المثير وهي تمثل نشاط ماوراء معرفي حيث يقوم الفرد بتذكر الاحداث السابقة اثناء مواجهة المثير ويتم تقييم مصادر المواجهة

والبحث عن الامن وتقييم العمليات المعرفية والحالة الشخصية. في بعض الاضطرابات تقود هذه المرحلة الاخيرة إلى مرحلة جديدة تسبق كل المراحل وهي **طور التوقع** (اي توقع الخطر قبل مواجهة المثير ما يؤدي لتجنبه مسبقا).

ولنبداً الحديث عن نوبة الذعر، فإن المثيرات ذات طابع جسدي متعلق بالأحاسيس الجسدية، والتقييم المعرفي الجوهري مرتبط بالخوف من ذعر توقف القلب وفقدان السيطرة والوعي ومعايشة نوبات ذعر أخرى مستقبلاً، فتوجيه الانتباه نحو الاحاسيس الجسدية يتبعه تضخيم للأحاسيس الجسدية من خلال عمليات ما وراء معرفية مختلة وظيفياً.

اما في الرهاب الاجتماعي فإن المثيرات مرتبطة بالمواقف الاجتماعية والعمومية، مع تقييم معرفي مرتبط بالخوف من التقييم السلبي من الآخرين.

وفي اضطراب القلق العام المثيرات مرتبطة بالقلق من أحداث الحياة أو أشخاص مرتبطين بها، مع تقييم معرفي مرتبط بالخوف من امكانية المستقبل المعاكس او تهديد الحياة القادمة.

فيما يخص الوسواس القهري فالمثيرات مرتبطة بالأفكار والصور والطقوس والدوافع غير المقبولة، مع تقييم معرفي مرتبط بالخوف من فقدان العقل او السلوك ومن تحمل المسؤولية السلبية لما هو قادم لذاته وللآخرين.

وفي اضطراب قلق ما بعد الصدمة فإن المثيرات مرتبطة بالذكريات والاحاسيس والمثيرات الداخلية المرتبطة بالتجارب الصادمة الماضية، وتقييم معرفي جوهري مرتبط بالخوف من الأفكار والذكريات والاعراض والمثيرات المرتبطة بالحادث الصدمي.

العلاج المعرفي السلوكي مع حالات القلق: اضطراب الذعر والهلع أنموذجاً

يوجد العديد من نوبات الذعر التي قد تصيب الانسان في حياته اليومية، حاول بعض الباحثين تحديد بعضها:

- نوبة الذعر العضوية: وهي نوبة ذعر فجائية، غير مرتبطة بمثيرات، أو مواقف، داخلية، أو خارجية.
- نوبة الذعر الليلية: يستيقظ الشخص فجأة من النوم، مع حالة من الفزع والقلق، بدون وجود مثيرات أحدثتها مثل الأحلام.
- نوبة الذعر الموقفية: أي تلك النوبة التي تظهر عند التعرض للمواقف المثيرة.
- نوبات غير محددة.

الأحاسيس الجسدية والمخططات المرتبطة بها:

مخططات التهديد	الأحاسيس الداخلية
معتقدات القابلية للإصابة بنوبة قلبية، معتقدات حول امكانية الاختناق والموت، معتقدات حول فقدان السيطرة والجنون. تؤولي كارثي للأحاسيس الجسدية	ألم، خفقان سريع للقلب، زيادة التنفس، الاحساس بالاختناق، دوار، اغماء، غثيان، تخدير، أرق، توتر، هياج، رعاش، فقدان التركيز، النسيان.

يتمحور اعادة البناء المعرفي في تعديل هذه المخططات، من خلال تعديل الانتباه نحو الأحاسيس الجسدية، من دون تضخيم تلك الأعراض الناتجة.

مخطط العلاج (مكيف):

الحصة 1 و2:

تشخيص الأمراض النفسية والسلوكية، والأعراض المرافقة، وتقييم القلق

الواجب المنزلي: يطلب تسجيل عدد مرات التجنب أي التي يتجنب فيها، وكذلك قائمة الوضعيات المقلقة التي يتجنبها.

الحصة 3 و 4:

نشرح للحالة كيف أن معارفها وسلوكياتها المحافظة مثل التجنب، والبحث عن شريك مطمئن تعزز أو تشدد من استمرار القلق. يتم بعدها صياغة العقد العلاجي أين يتم تحديد الهدف العلاجي بوضوح.

البدأ في تعلم الاسترخاء مع التركيز على التنفس البطني، وشرح مبادئ التعرض التدريجي (إذا كان في حاجة لبدأ إزالة التجنب).

الواجب المنزلي: ممارسة الاسترخاء، البدء في مراقبة ردود فعل القلق من خلال تطبيق الاسترخاء.

الحصة 5 و 6:

تطبيق الاسترخاء، وإعادة التعرض (التعزيز الإيجابي لسلوكيات عدم التجنب)، والتعرض لقائمة المواضيع المقلقة الناتجة، وفي النهاية نقوم بالحديث حول انخفاض القلق.

الواجب المنزلي: ممارسة الاسترخاء، ممارسة التعرض، الملاحظة الذاتية للأفكار المقلقة في كل يوم.

الحصة 6 و 7:

تطبيق الاسترخاء، ويتم تحديد المعارف المقلقة واقتراح بدائل لها. تسمية هذه الأفكار المقلقة: الكارثة، الإحساس بالضعف، الخجل من أن ينظر إليه الآخرون وهو في وضعية غير مريحة.

الواجب المنزلي: ممارسة الاسترخاء والتعرض، الملاحظة الذاتية للأفكار المقلقة في كل يوم والطلب منه محاولة تعديلها.

الحصة 8 إلى 9:

النقاش حول التعرض وانخفاض نوبة الهلع. استئناف الحديث حول الأفكار المقلقة في بداية العلاج ومناقشتها وربطها بالوضعيات الراهنة التي يكون فيها في حالة راحة، ثم محاولة إعادة كتابة الأفكار البديلة للأفكار المقلقة.

الواجب المنزلي: ممارسة التعرض في الوضعيات المقلقة بدرجة كبيرة، وتوقع الوضعيات المقلقة بتحديد التشوهات المعرفية.

الحصة 11 إلى 14:

القيام بتقييم ثاني من خلال الاستمارات، ومقارنة التقييم الثاني مع التقييم الأول في بداية الحصص حول انخفاض القلق ونوبات الذعر، مع التركيز والتأكيد على النتائج المتوصل إليها. مواصلة تعديل الأفكار والاسترخاء.

عند التحسن، نقوم ببرمجة حصص متباعدة.

الواجب المنزلي: ممارسة التعرض في الحالات الأكثر قلقا.

الحصة 15:

وضع مخطط لمنع الانتكاسة، وتوديع الحالة، وانهاء العلاج

العلاج المعرفي السلوكي مع اضطراب قلق ما بعد الصدمة

التدخل من خلال نموذج PE:

وصف هذا التدخل من طرف (Foa and Rothbaum (1998)، بحيث يحتوي من 09 حصص إلى 12 حصة. كل حصة تمتد حوالي 90 دقيقة.

محتوى هذا التدخل مبني على الصياغة وتقديم شروحات حول الصدمة، ورد فعل الصدمة، وقلق ما بعد الصدمة.

كما يتم تعليم الحالة تمارين التنفس، والقيام بالتعرض في الحقيقة، وفي المواقف التي تتجنبها الحالة.

كما يتم القيام بالتعرض في الخيال من خلال اعادة صياغة الصدمة من جديد من خلال الذاكرة، وفي نهاية الحصة تتبع بواجب منزلي فيه وصف للصدمة.

في أول حصة يتم تعلم كيفية التحكم في التنفس واعطائها له كواجب منزلي (3 مرات لمدة 10 دقائق في اليوم)، وفي الحصة الثانية يتم التركيز على عنصرين من العلاج، الأول يعلم الحالة ويشرح لها حول اضطراب قلق ما بعد الصدمة من خلال امثلة عاشها أناس آخرون مثله ولردود أفعالهم، والثاني من خلال ادخال التعرض لمواقف حقيقية، بحيث يقوم المعالج والحالة بترتيب المواقف المتجنبة، ثم يتم التعرض لها.

في الحصة الثالثة يتم التعرض في الخيال لمدة 45 دقيقة، وهكذا دواليك في الحصص القادمة، مع الانقاص في مدة التعرض إلى 20 دقيقة في الحصة الأخيرة.

بالنسبة لإعادة البناء المعرفي للأفكار فهي تبدأ من أول حصة إلى آخر حصة حسب هذا النموذج.

العلاج المعرفي السلوكي مع حالات الرهاب الاجتماعي

الرهاب هو خوف مرضي دائم، من وضع، أو موضوع، أو شخص، أو شيء، أو فعل، أو مكان، غير مخيف بطبيعته، ولا يمكن التخلص منه أو السيطرة عليه، ويختفي الخوف لغياب الموقف، أو الموضوع، مما يدفع الحلة إلى تجنب الالتقاء مع الموضوع المثير.

الرهاب الاجتماعي هو خوف مرضي دائم من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو المواقف الأدائية التي يكون فيها الشخص عرضة للتفحص من قبل الآخرين، فيخاف أن يتصرف بطريقة مخزية أو أن تظهر عليه أعراض القلق التي قد تأخذ شكل نوبة هلع مرتبطة بالموقف، ويدرك الشخص أن الخوف زائد أو غير معقول.

يرى (Leary 1982) في نظريته حول تقدير الذات في تفسير القلق الاجتماعي، أن القلق الاجتماعي يظهر عندما يندفع الفرد نحو تشكيل انطباع مفضل لدى الآخرين، لكنه يشك في قدرته على ذلك، ويتوقع منهم ردود فعل تقييمية غير مرضية، حيث يرغب الفرد في حضور الآخر أن يقيم ذاته في أفضل صورة هناك عوامل تولد الشك لدى الفرد في قدرته على اعطاء صورة مرضية عن ذاته، جزء يتعلق بصفاته، وجزء بصفات الآخر، وجزء بصفات الموقف والظروف المحيطة به كغموض الموقف، عدم معرفة الصفات التي يرغبها الآخرون.

الرهاب الاجتماعي والخجل:

الرهاب الاجتماعي اضطراب نفسي، به القلق والذعر في مواقف التقييم الاجتماعي، تجنب المواقف الاجتماعية، طويل الأمد ومتواصل، بداية مع المراهقة.

الخجل سمة شخصية عادية، كف اجتماعي أولي وقلة الكلام، امكانية الارتباط الاجتماعي، أقل احتمالية لتجنب المواقف الاجتماعية، ظهور مبكر في سنوات الدخول المدرسي، لا يؤدي لمشاكل مهنية عكس الرهاب الاجتماعي.

العلاج المعرفي السلوكي مع الرهاب الاجتماعي:

- أول تدخل هو انقاص القلق، وعزل الاحساس بالارتباك، ثم تصحيح التخمين الخاطئ لتقييم المواقف الاجتماعية، والمعتقدات حول التهديد الاجتماعي.
- العمل على تأكيد الذات: من ناحية التعبير عن الذات، أو رفض بعض الطلبات للآخرين غير المعقولة.
- التدريب على المهارات الاجتماعية اللفظية وغير اللفظية.
- نزع الحساسية المنتظم من خلال التعرض التدريجي في الخيال وفي الواقع
- اعادة البناء المعرفي.

مخطط العلاج (verra):

الحصة من 1 إلى 3:

- التقييم التشخيصي، تقييم المواقف (الاضطرابات المصاحبة أو المشتركة)، تقييم درجة الإعاقة
- التحليل الوظيفي

الواجبات المنزلية: جعل المريض ينتبه للوضعيات المقلقة التي لم تكن مدرجة

الحصص من 4 إلى 6:

- تعلم المهارات الاجتماعية: الالتقاء مع أشخاص جدد، والمبادرة إلى الحديث، وتقنيات لعب الأدوار والنمذجة... الخ

الواجبات المنزلية: نطلب من المفحوص مواجهة الوضعيات المقلقة حسب قائمة المواقف المقلقة.

الحصص من 7 إلى 9:

- إعادة البناء المعرفي
- عرض المواقف الاجتماعية المتدرجة في الوضعيات القلقة، والاشتراك في الحكم على هذه الوظائف بتقنيات معينة.

الحصص من 10 إلى 12:

- تعريف وتعليم بالسلوكيات التجنبية
- تنمية تقدير الذات بمهارات تأكيد الذات، والمهارات الاجتماعية

الحصص الموالية:

- المواصلة عل هذا المنوال
- وضع مخطط الانتكاسة
- انتهاء العلاج

العلاج المعرفي السلوكي مع حالات الاكتئاب

• بنية الحصص:

الحصّة الأولى والثانية:

- التعرف على العميل.
- القياس القبلي.
- التحليل الوظيفي من خلال شبكة SECCA.
- تحديد وجود أفكار انتحارية.

الحصّة الثالثة: التعليم النفسي:

- شرح ما هو العلاج المعرفي السلوكي.
- شرح العلاقة بين الفكرة والسلوك والعاطفة.
- التعرف على الأفكار الآلية والجوهرية.
- إعطاء تفسيرات معرفية حول الاكتئاب.

الواجب المنزلي: تلخيص الحصّة

الحصّة الرابعة: التدريب على التقنيات

- التدريب على تقنيات الاسترخاء والتنفس
- القيام بتقنية الاسترخاء والتنفس.

الواجب المنزلي: ممارسة الاسترخاء والتنفس

الحصّة الخامسة والسادسة:

- مناقشة الواجب المنزلي السابق.
- وضع أجندة عمل مرتبطة بانحيازات المنطق (الانتباه الموجه، التعميم، التضخيم..الخ) التي يواجهها العميل
- استخدام التقنيات المعرفية لضدها: لعب الأدوار (معالج/عميل، عقل/عاطفة بالتداول).
- تلخيص الحصة من طرف العميل.

الواجب المنزلي: تحديد الأفكار الألية والمعتقدات الجوهرية والانحيازات المنطقية من خلال برنامج يومي.

الحصة السابعة والثامنة:

- مناقشة الواجب المنزلي السابق.
- وضع أجندة مرتبطة بالأفكار الالية والجوهرية التي يواجهها العميل
- استخدام تقنيات معرفية من أجل ضحد هذه الأفكار: الجدل السقراطي، السهم الهابط، نقد الأفكار السلبية وتنمية بدائل إيجابية.
- تلخيص الحصة من طرف العميل.

الواجب المنزلي: إعادة رصد للأفكار الالية والجوهرية، ومحاولة إعطاء بدائل تنقدها كتابيا.

الحصة التاسعة والعاشر:

- مناقشة الواجب المنزلي السابق.
- وضع أجندة عمل حول تعلم مهارات حل المشكلات ومهارات التواصل
- استخدام التقنيات السلوكية: تعلم مهارات التواصل الاجتماعي والضبط الانفعالي
- استخدام التقنيات المعرفية: تعلم مهارات حل المشكلات وتوليد البدائل واتخاذ القرار

- تلخيص الحصة من طرف العميل

الحصة الحادية عشر والثانية عشر: منع الانتكاسة

- مناقشة الواجب المنزلي السابق.

- القياس البعدي.

- تثبيت العلاج ومنع الانتكاسة: إعادة تذكر التقنيات المتعلمة وكيفية استعمالها في حالة الانتكاسة.

- تلخيص الحصة من طرف العميل.

- شكر العميل وانهاء العلاج

العلاج المعرفي للفصام:

1- بناء علاقة علاجية.

2- بناء قائمة المشاكل ذات الأولوية:

- الأعراض (مثل الهذيانات والهلاوس)، أهداف الحياة (علاقات العمل، التعليم، البيت).

3- التعليم النفسي حول الأعراض الذهانية:

- الحديث حول ظهور القلق في بناء واستمرار الأعراض

- الحديث حول المظاهر البيونفس اجتماعية للمرض.

- الخفض من الوصم من خلال التعليم النفسي.

4- تنمية وبناء المفهوم المعرفي:

- تحديد الرابط بين الأفكار.

- تحديد الرابط بين الانفعال والسلوك.

- تحديد تأثير ذلك في السلوكيات والمشاكل.

5- تنفيذ التقنيات المعرفية والسلوكية لعلاج الأعراض الإيجابية والسلبية:

- الأسئلة السقراطية (مثل تقنية كولونبو).

- قياس المعتقدات

- استخدام الاقناع

- الأخذ بعين الاعتبار للشروحات البديلة.

- استخدام التجارب السلوكية

- ترتيب المخاوف والشكوك

- التعرض في الخيال

- انقاص سلوكيات الأمان

- اثاره المعتقدات حول الذات (الضعف والقوة).

6- تطبيق الاستراتيجيات المعرفية لعلاج الاكتئاب والقلق المرتبط بالفصام:

- تكييف استراتيجيات العلاج المعرفي القاعدي من أجل القلق والاكتئاب.

- قياس التخمين/ المعتقدات المرتبطة بالقلق (مثل الخطر والهشاشة) والاكتئاب (مثل الضعف والعجز).

- التعرض للتمارين وبناء قوائم للنشاطات.

- التجريب السلوكي.

- الاسترخاء وتمارين التنفس.

7- استراتيجيات احتياطية من أجل منع الانتكاسة:

- تحديد المواقف ذات الخطر العالي.

- تدريبه على المهارات اللازمة

- بناء مخطط للحركة خطوة بخطوة للتكيف مع الانتكاسة.

• الحصص النموذجية للعلاج المعرفي (25-50 دقيقة):

1- قياس المزاج:

- استبيان قياس المزاج

- التأكد من تناول الأدوية.

- التشجيع على التوجه إلى المصالح المتخصصة بالمرض عند الحاجة.

2- بناء جسر مع الحصة السابقة:

- تلخيص الحصة السابقة

- بناء أجندة للحصة الحالية.

3- مناقشة الأجندة:

- التركيز على أعراض الذهان (مثل الاستراتيجيات المعرفية للهذيان).
- التركيز على الأعراض المرتبطة بالاكتئاب والقلق (قائمة حول القلق الاجتماعي).
- التركيز على المشاكل غير المرتبطة بالأعراض (مثل التكيف مع أزمات البيت).
- الوقاية من الانتكاسة لتنمية قائمة المصادر.

4- تلخيص ووضع واجب منزلي.

5- تلخيص من طرف الحالة والتغذية الرجعية.

6- نظرة عامة حول المخطط العلاجي في الحصة القادمة، والتشديد على تناول الأدوية وزيارة

المشفى

النهاية

دعواتكم لنا