



جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس

العلاجات السلوكية المعرفية Cognitive Behavioural Therapies

مطبوعة بيداغوجية لوحدة العلاجات السلوكية المعرفية
موجهة لطلبة سنة ثالثة لسانس في علم النفس العيادي

إعداد الأستاذة : سليمة طاجين

السنة الجامعية 2022 - 2023

Summary

The CBT module is a basic unit in the curriculum for Bachelor's students in Clinical Psychology and serves several general educational objectives:

- Knowledge of the general theoretical foundations of cognitive behavioural therapies.
- To be aware of the indications for using cognitive behavioural therapy.
- Knowledge of cognitive-behavioural specificity in a clinical approach.
- To discover different therapeutic tools, techniques and protocols using a variety of behavioural, cognitive and emotional models.

The student will acquire basic knowledge and skills in applying a cognitive behavioural perspective in his clinical practice.

- Ability to diagnose (description of cases in terms of symptoms, issues, precedents, personal and family history, mental exam, ...)
- Able to develop a clinical understanding of the case from a cognitive-behavioural perspective and propose a diagnostic hypothesis.
- Knowledge of functional analysis models, which form the basis for clinical understanding of the case, as well as the basis for treatment decision.
- Ability to develop a cognitive-behavioural therapeutic plan.
- Knowledge of stabilisation and emotion management techniques.
- Knowledge of desensitizing behavioural techniques.
- Knowledge of cognitive techniques, mainly cognitive restructuring.

Keywords: CBT, therapeutic alliance, functional analysis, exposure, cognitive re-structuring

ملخص:

وحدة العلاج السلوكي المعرفي هي وحدة أساسية في برنامج تكوين طلبة اللسانس في علم النفس العيادي ؛ يسمح تناولها بتحقيق عدة أهداف تعليمية عامة:

- معرفة الأسس النظرية العامة للعلاجات السلوكية المعرفية
- معرفة دواعي استخدام العلاج السلوكي المعرفي
- معرفة خصوصية المنظور السلوكي المعرفي في المقاربة العيادية
- اكتشاف مختلف الأدوات والتقنيات والبروتوكولات العلاجية المقترحة في إطار النماذج المختلفة: السلوكية والمعرفية والانفعالية.
- سيكتسب الطالب المعرفة والمهارات الأساسية في تطبيق المنظور السلوكي المعرفي في ممارسته العيادية وأمها:
- القدرة على التشخيص (وصف الحالة من حيث الأعراض والمشاكل والسوابق والتاريخ الشخصي والعائلي والفحص العقلي...)
- القدرة على بناء فهم عيادي للحالة من منظور سلوكي معرفي واقتراح فرضية تشخيصية
- التحكم في نماذج التحليل الوظيفي، وهي أساس الفهم العيادي للحالة وأيضًا أساس القرار العلاجي.
- يكون قادرًا على بناء خطة علاجية سلوكية معرفية
- معرفة تقنيات إدارة الانفعالات و الاستجابات الفسيولوجية
- معرفة التقنيات السلوكية لإزالة الحساسية (تقنيات التعرض)
- معرفة التقنيات المعرفية وبشكل أساسي إعادة الهيكلة المعرفية

الكلمات المفتاحية: العلاج المعرفي السلوكي، التحالف العلاجي، التحليل الوظيفي، التعرض، إعادة البناء المعرفي

المحتوى

- I. مقدمة
- II. المبادئ العامة للعلاجات النفسية
 1. مستويات المساعدة النفسية والتدخلات العلاجية
 2. العناصر المستهدفة بالعلاج
 3. مراحل العملية العلاجية المنظمة
 4. العوامل غير المشتركة بين العلاجات النفسية
 5. العوامل المشتركة بين العلاجات النفسية
- III. العلاجات السلوكية المعرفية
- IV. التحالف أو العلاقة العلاجية في العلاجات السلوكية المعرفية
- V. مراجعة تاريخية لتطور النماذج والعلاجات السلوكية المعرفية
 1. الموجة الأولى: السلوكية، مبادئها، روادها، أدواتها
 2. الموجة الثانية: المعرفية، مبادئها، روادها، أدواتها
 3. الموجة الثالثة: المعرفية الانفعالية، مبادئها، روادها، أدواتها
- VI. العملية العلاجية السلوكية المعرفية
 1. مراحل العملية العلاجية السلوكية المعرفية
 2. بناء الحالة وصياغة الفرضية التشخيصية
 3. مفهوم وشبكات التحليل الوظيفي
- VII. التقنيات الأساسية في العلاجات السلوكية المعرفية
 1. تقنيات التهدئة وتسيير الانفعالات
 2. التقنيات والعلاجات السلوكية
 3. التقنيات والعلاجات المعرفية
 4. تقنيات وعلاجات الموجة الانفعالية المعرفية

.VIII العلاج السلوكي المعرفي واضطرابات الحصر

1. المخاوف النوعية أو البسيطة

2. المخاوف الاجتماعية

3. اضطراب القلق المعمم

4. نوبات الذعر

5. اضطراب الوسواس القهري

.IX العلاج السلوكي المعرفي واضطراب ضغط ما بعد الصدمة

.X العلاج السلوكي المعرفي والاكتئاب

.XI المراجع

.XII ملحق

I. مقدمة:

تعتبر وحدة العلاجات السلوكية المعرفية وحدة أساسية في برنامج تكوين طلبة السنة الثالثة ليسانس تخصص علم النفس العيادي، حيث يسمح تناولها بتحقيق عدة أهداف تعليمية وأهمها التعرف على الأسس النظرية العامة للعلاج السلوكي المعرفي، والتعرف على دواعي ومجالات استعمال العلاج المعرفي السلوكي، التعرف على خصوصية تناول العيادي من منظور سلوكي معرفي وكذا الأدوات والتقنيات والبروتوكولات العلاجية المقترحة في إطار مختلف النماذج السلوكية المعرفية الانفعالية. ويفترض أن يكون الطالب في هذا المستوى قد اطلع مسبقا على مبادئ علم النفس المرضي بمستوياته الوصفي والتفسيري وخصائص أهم الاضطرابات النفسية، بالإضافة إلى اطلاعه على أهم مواضيع علم النفس المعرفي وعلم النفس الفسيولوجي، وأهم نماذج التعلم والنظرية السلوكية، والنموذج المعرفي لمعالجة المعلومة والتشوهات المعرفية. يهدف تدريس وحدة العلاجات السلوكية المعرفية إلى إكساب الطالب معارف أساسية ومهارات قاعدية وكيفية تطبيقها من منظور سلوكي معرفي وأهمها:

القدرة على وصف الحالة من حيث أعراضها، مشاكلها، سوابقها المرضية وتاريخها الشخصي والعائلي والقدرة على ربط مختلف العوامل المرتبطة بالمشكل المطروح وتقديم فهم عيادي للحالة واقتراح فرضية تشخيصية من منظور سلوكي معرفي...

التعرف على عملية التحليل الوظيفي التي تعتبر أساس الفهم العيادي للحالة ومنطلق القرارات العلاجية التعرف على مختلف التقنيات والبروتوكولات العلاجية المقترحة في مختلف النماذج النظرية السلوكية المعرفية والانفعالية، سواء تلك التي تستهدف الانفعالات والاستجابات الفسيولوجية، أو تلك التي تستهدف إزالة التحسس وفك الاشرط وتعديل السلوك أو تلك التي تستهدف تعديل المحتوى المعرفي الكامن وراء أي اضطراب.

القدرة على اقتراح مخطط علاجي سلوكي معرفي مناسب للاضطراب أو المشكل المطروح أمامه كمارس.

ومن أجل تغطية هذه الأهداف يتعين على المحاضرات أن تعرض الخطوط العريضة لكل المحاور وتقدم المفاهيم والتأسيس لفهم المنظور السلوكي المعرفي بموجاته الثلاثة، بينما يمكن تخصيص الأعمال الموجهة لتناول بعض الاضطرابات من منظور سلوكي معرفي خاصة اضطرابات الحصر واضطرابات المزاج، وتخصيص وقت لتناول أدوات التقييم وكيفية بناء الحالة في منظور سلوكي معرفي: وصف العرضية، استعمال السلام والمقابلات التشخيصية، التحليل الوظيفي، وصياغة الفرضية التشخيصية

واقترح خطة علاجية سلوكية معرفية. كما ومن أجل تقريب الصورة للطالب يمكن مشاهدة تسجيلات حول كيفية تطبيق بعض التقنيات السلوكية المعرفية كالتعرض، وإعادة البناء المعرفي ...

.II المبادئ العامة للعلاجات النفسية:

سنعتمد في هذا الجزء على ملخص ما جاء في كتاب les bases de la psychothérapie , approche intégrative et éclectique للكاتبين Chambon et Marie-Cardine (2003) حول أهم مبادئ المساعدة والعلاج النفسي، وما هي النقاط المشتركة بين مختلف العلاجات النفسية، قبل أن نتطرق لخصوصية العلاج السلوكي المعرفي.

1. مستويات المساعدة النفسية والتدخلات العلاجية

يمكن أن تتوفر المساعدة النفسية والتدخلات العلاجية في مستويات عدة، وبأساليب وأدوات وأهداف مختلفة وحسب (Chambon et Marie-Cardine 2003) هي خمس مستويات:

- المستوى الأول: المساعدة النفسية في الحياة اليومية
- المستوى الثاني: مهن العناية التي تنطوي على تأثير علاجي نفسي
- المستوى الثالث: العلاجات النفسية المنظمة
- المستوى الرابع: العلاجات التكاملية
- المستوى الخامس: العلاجات المؤسسية

المساعدة النفسية في الحياة اليومية Aide psychologique de la vie courante:

ويمكن أن تتلخص في المشورة العفوية وغير المهنية counseling non professionnel وهي تلك المساعدة والدعم والمشورة التي يقدمها الأصدقاء والعائلة والزملاء وغيرهم، والتي من ميزات القبول، والإصغاء، وتقديم نصائح، إتاحة الفضفضة ومن أخطارها شيوع وسهولة الوقوع في أحكام القيمة، وإمكانية تقديم نصائح سيئة، وإمكانية عكس الأدوار وتبادل المشورة من الطرفين.

العناية والمواقف التي تنطوي على تأثير علاجي Soins et attitudes impliquant un changement ou un effet thérapeutique

ويمكن أن تتلخص في المشورة شبه المهنية counseling para professionnel وهي ذلك الدعم النفسي الذي لا يحتاج ممارسه بالضرورة لتدريب مهني في علم النفس أو في الاستشارة النفسية ولكن تتم ممارسته من خلال مهن في مجال المساعدة والرعاية؛ والتي تنطوي بالضرورة على علاقة اعتناء وإصغاء وإعلام وتقديم المساعدة والدعم والمرافقة والتوجيه والتي تكون كلها جزء من أداء تلك المهن. فالطبيب،

والممرضة، والممرضة طب عقلية، والمربي، والقابلة، والعاملة اجتماعية يقدمون عناية وممارسات تنطوي على تأثير علاجي.

العلاجات النفسية المنظمة Interventions et thérapies systématisées: هي علاجات يحكمها إطار مرجعي نظري وإطار عيادي محدد ولديها تقنيات وأدوات تسمح بالعمل العلاجي، ولديها مسار محدد أي مراحل وعمليات إجرائية محددة ومعروفة.

يمكن تصنيفها حسب عدة معايير:مثل مدة العلاج، عدد أطراف العملية العلاجية، الخلفية النظرية، والرواد.حيث توجد علاجات نفسية لفظية أي تعتمد أساسا على الكلام مثل العلاج التحليلي الدينامي مقابل علاجات نفسية غير لفظية أي قليلة الاعتماد على الكلام مثل العلاجات الجسمانية.

وتوجد علاجات نفسية فردية مقابل علاجات نفسية جماعية موجهة للعمل على مجموعات وبعض العلاجات النفسية يمكن ممارستها فرديا وجماعيا. توجد علاجات نفسية طويلة المدى أو غير محددة المدة مقابل علاجات نفسية قصيرة المدى حيث يكون عدد الحصص العلاجية محدد مسبقا.

أمثلة:علاج التحليل النفسي،علاجات مستلهمة من التحليل النفسي، العلاجات السلوكية المعرفية،EMDR، العلاج النسقي، التنويم المغناطيسي، العلاج الداعم، المشورة

تتقسم العلاجات المنظمة هي نفسها إلى مستويين، مستوى المشورة النفسية أو الإرشاد والعلاج الاسنادي ومستوى العلاجات النفسية.

المشورة أو الإرشاد-العلاج بالدعم Therapies de soutien et counseling

يتم استهداف الإشكاليات النفسية الاجتماعية غير المرضية في هذا المستوى، حيث تكون المشاكل ذات طبيعة أدواتيه أو أدائية وذات صلة بالحاضرو غالبا ما يكون طلب المساعدة محددا وواضحا ولموسا، يعتمد العلاج في هذا المستوى التوجيه والتنقيف النفسي والعقلانية واستعمال الموارد وتقنيات حل المشكل والمساعدة في اتخاذ القرارات وتسيير الأزمات

العلاجات النفسية Psychothérapies:

يتم استهداف الاضطرابات والحالات المرضية المزمنة أو الخطيرة في هذا المستوى حيث تكون المشاكل شخصية وانفعالية وتتعلق بالنمو وتاريخ الشخص وغالبا ما يكون طلب المساعدة معقدا وقليل الوضوح وعاما، تكون العناصر المستهدفة بالعلاج أعمق مثل الصدمات، اضطرابات التعلق،الفقدان والحداد ...

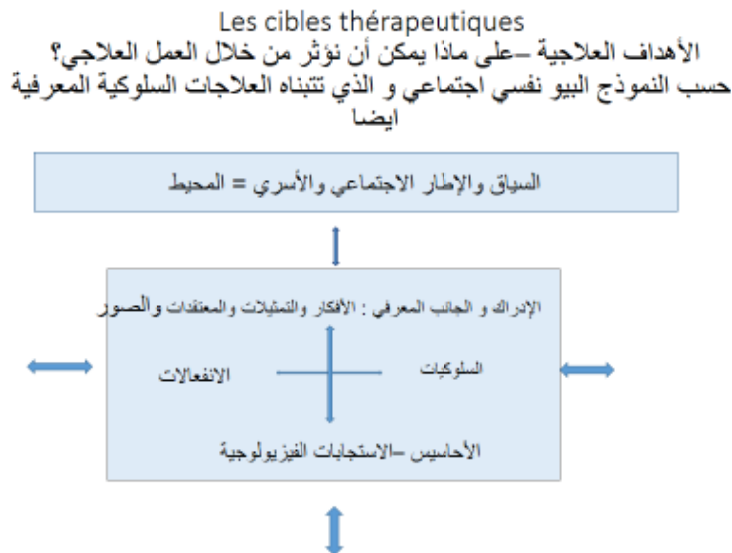
2. العناصر المستهدفة في العلاجات النفسية: Les Cibles Thérapeutiques

توجد خمسة عناصر أساسية يمكن استهدافها في أي عملية علاجية، وهي:

- الجانب المعرفي والإدراكي وما ينطوي عليه من أفكار، ومعتقدات وتصورات،
- السلوكيات والأفعال اللفظية والحركية
- الانفعالات،
- الأحاسيس والاستجابات الفسيولوجية
- السياق العلائقي والإطار الاجتماعي والمحيطي

وتختلف العلاجات النفسية في العناصر المستهدفة بالعلاج التي تعطيها أهمية أكثر أو تقتصر على العمل عليها، فالعلاج التحليلي الدينامي مثلا يستهدف التفكير ويعمل به وعليه من خلال التداوي الحر للأفكار، بينما تستهدف النماذج السلوكية الأعراض السلوكية ويمكن أن تستعين بالعمل على المعتقدات والانفعالات أيضا، في حين تستهدف النماذج المعرفية الجانب المعرفي والإدراكي أو ما يعرف بالتشوهات المعرفية والمخططات المعرفية غير المتكيفة، ويمكن أن تستعين بالعمل على الانفعالات والأحاسيس. ويستهدف العلاج النسقي بأولوية السياق العلائقي والإطار الاجتماعي أو ما يسمى بالمنظومة.

الشكل رقم (01):



3. مراحل العملية العلاجية المنظمة

تقوم معظم العلاجات النفسية المنظمة بتطبيق الطريقة العلمية في العيادة، حيث سيستخدم المعالج الذي يواجه مشاكل واضطرابات المفحوص نفس المنهج الذي يستخدمه الباحث الذي يواجه ظاهرة ما في إطار البحث العلمي.

الشكل رقم (02):



العلاقة: تبدأ كل عملية علاجية بلقاء وطلب للمساعدة وتتطور إلى إرساء علاقة علاجية أو تحالف علاجي أو عقد علاجي، وتستند هذه العلاقة العلاجية أو التحالف العلاجي على دافعية طالب المساعدة وما الذي يريد تغييره؟ وما مدى استعداده والتزامه للقيام بهذه العملية؟ وهل هذا هو الوقت المناسب للقيام بهذا العمل العلاجي؟ ..

كما يتم الاتفاق على الإطار العيادي والإجرائي لهذه العملية العلاجية بما فيها احترام السرية، وانتظام المواعيد، وتقنين الغياب ومدة الحصة العلاجية وكلفتها، ووسائل وأهداف العمل العلاجي الذي يتعين القيام به.

الفهم: تتضمن فهم طلب المساعدة واستقصاء المشاكل الرئيسية ودراسة البعد التاريخي والراهن للاضطرابات، وتقييم الأداء الحالي للشخص. والهدف هو تحديد العوامل المفجرة والعوامل المتسببة في استمرار السلوك المشكل ومعرفة وفهم الأعراض بشكل أفضل. لا تقتصر هذه العملية على التشخيص، بل

تستهدف إقامة روابط بين الأعراض والمتغيرات البيئية المختلفة، ويعني ملاحظة الوقائع وجمع المعلومات التي يتم قياسها كمياً في كثير من الأحيان.

التخطيط: صياغة الفرضيات، من أجل تحديد الهدف العلاجي، وبالتالي بناء برنامج علاجي يتلاءم مع الحالة.

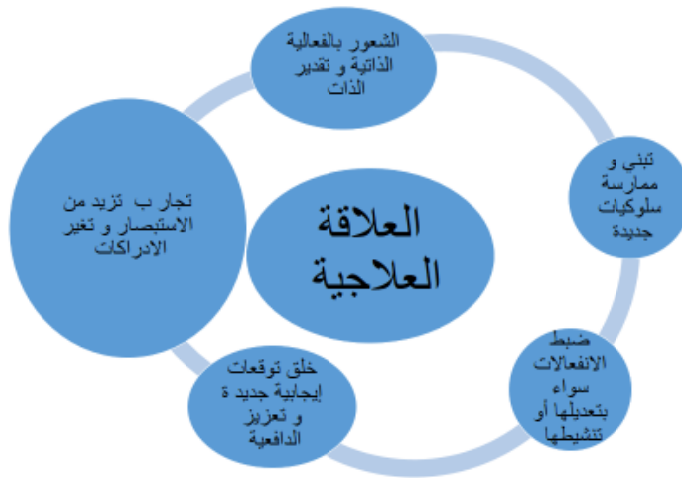
التدخل: تنفيذ خطة علاجية من خلال الاختيار المبرر لتقنية أو إجراءات علاجية والتخطيط للجلسات وتنفيذها

التقييم: تقييم نتائج العلاج على أساس القياسات التي تم إجراؤها قبل وأثناء وبعد العلاج وتقييم التقنيات والإجراءات العلاجية باستخدام التسجيل الذاتي ومقاييس التقييم الذاتي وفي النهاية تقييم فعالية العلاج.

العوامل غير المميزة للعلاجات النفسية: حسب (Chambon et Marie-Cardine 2003) يفسر 15 بالمائة من التأثير العلاجي من خلال مجموعة العوامل غير المميزة للعلاج النفسي وهي: خصائص المريض بما فيها دافعيته وتوقعاته. وخصائص المعالج وتوازنه النفسي، وقدرته على إقامة علاقة علاجية موثوقة وخصائص العلاقة بين المريض والمعالج، والمتغيرات الأخرى المتعلقة بالعملية العلاجية، مثل مستوى التنشيط الانفعالي، وأما التقنيات المحددة فهي أبعد ما تكون عن كونها العامل الأساسي في فعالية أي علاج.

الشكل رقم (03):

العوامل المشتركة بين العلاجات النفسية



العوامل المشتركة بين العلاجات النفسية

يكاد يكون هناك إجماع في الكتابات حول العلاجات النفسية فيما يتعلق بالمكانة المركزية للعلاقة العلاجية في فعالية العلاجات باختلاف النماذج والتقنيات والأدوات المستخدمة. حسب Chambon et Marie- Cardine (2003) 35% من التأثير العلاجي تفسره العوامل العلاجية المشتركة بما في ذلك العلاقة العلاجية أو جودة التحالف العلاجي، والتجربة العاطفية التصحيحية التي تسمح بتنظيم أفضل لمستوى التنشيط الانفعالي، والرغبة في التغيير ودافعية المريض، الصفات الشخصية للمعالج، تحسين إدراك الذات، اكتساب سلوكيات جديدة، تحسين قدرات الاستبصار. علاوة على ذلك، عندما نشير إلى البحث حول فعالية العلاجات، نجد أن العلاج المعرفي السلوكي يحتل المرتبة الأولى مقارنة بالأنهج العلاجية الأخرى، سيكون من المناسب معرفة كيف تساهم خصائص التحالف العلاجي في تفسير `` فعالية العلاج المعرفي السلوكي " .

III. العلاجات السلوكية المعرفية

تمثل العلاجات السلوكية المعرفية مقارنة عيادية تعمل على تطبيق خطوات المنهج التجريبي في العلاج النفسي (صياغة الفرضيات، وهي تنبؤات قابلة للاختبار، ثم اختبار هذه التنبؤات عن طريق جمع البيانات والملاحظات و/أو التجارب، ثم استخلاص الاستنتاجات). (Hofmann et al., 2012, p. 427)

تعتمد المقاربة السلوكية على قوانين التعلم ودورها في فهم وتفسير ظهور السلوكيات المضطربة وغير المتكيفة، وتعتمد المقاربة المعرفية على دور تشوه الإدراك وأخطاء معالجة المعلومة في فهم وتفسير نشأة الاضطرابات النفسية والعقلية، وتفترض المقاربة السلوكية المعرفية أن تعديل السلوك و/أو تعديل الإدراك من شأنه أن يؤدي إلى التخفيف من المعاناة الانفعالية والسلوكيات غير المتكيفة. تطورت المقاربة السلوكية المعرفية نحو مقارنة سلوكية معرفية انفعالية حيث أعطت أهمية لفهم دور الانفعالات في ظهور واستمرار المعاناة النفسية، من خلال تطوير أساليب علاجية تعمل على تحسين القدرة على التعرف على المشاعر خاصة السلبية وتسميتها وتعلم تحملها وكيفية تسييرها. (Hofmann et al., 2012, p. 427)

تتماشى المقاربة السلوكية المعرفية مع المقاربة الطب عقلية وتهدف إلى التخلص من الأعراض والمعاناة، وتحسين الأداء في ميادين الحياة، ورفع رصيد الفرد من حيث السلوكيات المتكيفة وتعزيز استقلالته. (Hofmann et al., 2012, p. 427)

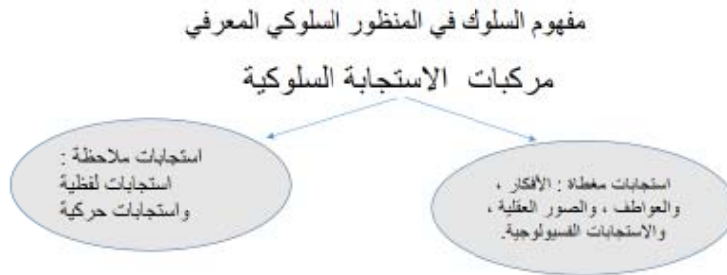
حاليا، تعد العلاجات السلوكية المعرفية من أكثر العلاجات المصادق عليها والمثبتة فعاليتها، حيث أثبتت العلاجات السلوكية المعرفية فعاليتها مع العديد من الاضطرابات النفسية وخاصة مع الاضطرابات التالية: الاكتئاب، اضطرابات القلق، الرهاب، الوسواس القهري، اضطرابات الأكل، واضطرابات النوم، سلوكيات الإدمان. (Hofmann et al., 2012, pp 428-440)

تستهدف العلاجات السلوكية المعرفية ثلاث مركبات أساسية: المركبة السلوكية، المركبة المعرفية، المركبة الانفعالية.

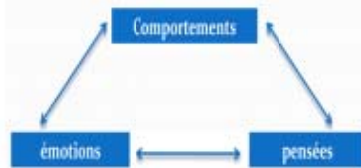
- **السلوك le comportement**: ولا يقصد السلوك بتعريفه الضيق: كفعل منعزل أو فريد أو كحركة عضلية ظاهرة للملاحظة بل هو مكمل للطابع "العقلي" للعمليات الداخلية التي تنشط في وجود مثيرات من أجل صياغة الاستجابة المناسبة. أي أنه "عبارة عن تسلسل سلوكي، أو سلسلة من الأفعال تخلق سيرة معينة سواء كانت متكيفة أو مضطربة. والاضطراب عبارة عن سلوك أي مجموعة من العلامات والأعراض التي تظهر من خلال سلسلة من الأفعال والاستجابات المعرفية والانفعالية. وعليه يعرف السلوك حسب Cottraux(2020) على أنه: تسلسل منظم من الإجراءات التي تهدف إلى تكيف الفرد مع الوضعيات كما يدركها أو يفسرها.

- تسلسل: تتابع وتزامن أفعال معينة
 - منظم: يعني هادف، له غرض، له وظيفة
 - الإجراءات: قد تكون حركية أو لفظية
 - الوضعيات: هي المثبرات المحفزة
 - الإدراك والتفسير: النظام المعرفي الذي يعمل على التفسير.
 - المعرفة la cognition: وتشمل المخططات المعرفية وعمليات معالجة المعلومات (الانتباه، والذاكرة، والتفكير، حل المشاكل، واتخاذ القرارات). تم توسيع نطاق التعريف ليشمل العمليات الأساسية التي تشارك في الوظائف العليا: الإدراك، المهارات الحركية، المشاعر
 - الانفعال Emotion: التعبير النفسي عن الأحاسيس الجسمية، قد تكون ردود فعل أو مثبرات في نفس الوقت.
 - الانفعالات الأساسية: الفرح، الغضب، القرف، الخوف، الحزن
 - الانفعالات المعقدة/الثانوية/المختلطة: الشعور بالذنب، الحنين
- هذه الأبعاد الثلاث: الفعل، الانفعال، الأفكار كلها مترابطة، وتؤثر على بعضها البعض كما هو موضح في الشكل رقم 4 التالي:

الشكل رقم (4): مفهوم السلوك في العلاجات السلوكية المعرفية.



- هذه الأبعاد الثلاث: الفعل ، الانفعال ، الأفكار كلها مترابطة ، وتؤثر على بعضها البعض كما هو موضح في الرسم البياني التالي:



بعض الأحكام المسبقة حول العلاجات السلوكية المعرفية:

ناقش (2013) Van Rillaer في مداخلة له في مؤتمر حول الطب العقلي وعلم النفس المؤسس على البرهان عدد كبير من الانتقادات والأحكام المسبقة التي واجهتها العلاجات السلوكية المعرفية يقال أن العلاجات السلوكية المعرفية اختزالية بسيطة وسطحية يقال أن العلاجات السلوكية المعرفية تهمل المحتوى غير الواعي والعالم الداخلي للشخص يقال أن العلاجات السلوكية المعرفية لا تهتم بماضي الشخص يقال أن العلاجات السلوكية المعرفية تؤدي إلى ظهور بدائل للأعراض التي تعالجها يقال أن بعض التقنيات العلاجية السلوكية المعرفية فظيعة ولا أخلاقية يقال أن العلاجات السلوكية المعرفية تختزل الفرد إلى مجرد عضويه تستجيب إلى مثيرات المحيط يقال أن العلاجات السلوكية المعرفية دائما قصيرة المدى يقال أن العلاجات السلوكية المعرفية لا تهتم بالعلاقة العلاجية يقال أن العلاقة العلاجية في العلاجات السلوكية المعرفية هي علاقة تربية توجيهية صارمة وباردة تخلو من التعاطف يقال أن العلاجات السلوكية المعرفية عبارة عن ترويض بمعنى تدريب الشخص على تعلم سلوك معين يعتقد أنه سلوك أكثر تكيف. يقال أن العلاجات السلوكية المعرفية تحاول إدخال الفرد في إطار معايير معرفة مسبقا، بمعنى تحدد ما هو السلوك المتكيف وما هو السلوك غير متكيف على أساس معايير معينة. يقال أن العلاجات السلوكية المعرفية لا تحترم فردية وذاتية الشخص يقال أن العلاجات السلوكية المعرفية لا تحترم إنسانية الشخص

خصائص المعالج السلوكي المعرفي:

وحرص (2013) Van Rillaer على تقديم خصائص وأسلوب المعالج السلوكي المعرفي حيث يرى أنه يتميز بالاحترام والتعاون والشفافية والعمل وهو أبعد ما يكون عن كونه معلم روجي ومصدر الحلول. بل يعمل المعالج السلوكي كمعلم يحترم الطالب، يحرص على تسريع وصوله إلى المزيد من الاستقلالية. إنه يمنع إقامة علاقة مع المفحوص تتميز بطاعة السلطة أو الحب. إنه يسعى جاهداً لخلق جو هادئ وودود للقيام بالعمل مع المفحوص. وهو يوضح للمفحوص كل المبادئ والأهداف والأساليب والعقود ومعايير التقييم ونتائج العمل العلاجي. قد يقترح بعض القراءات تسمح للمفحوص فهم سياقات اضطرابه وفهم ومنطق العلاج.

يتمتع عن استخدام مصطلحات علمية دقيقة أو غير مفهومة لإبهار المفحوص أو إخفاء عدم فعاليته كـمعالج.

كما أنه لا يمكن للمفحوصين الذين يرغبون في تحرير أنفسهم من استجاباتهم المرضية أو غير المتكيفة(الأفكار المثيرة للقلق، والإكراه، وما إلى ذلك) التحدث وتلقي التفسيرات لمدة ساعة أو ساعتين في الأسبوع. بل يجب أن تأدية «المهام العلاجية» في الحياة اليومية، أي القيام بملاحظة واختبار السلوكيات الجديدة في الواقع. العلاج المعرفي السلوكي ليس سحرًا، ولكن إجراءات التعلم التي، مثل العديد من تجارب التعلم الأخرى، تتطلب جهدًا.

IV. التحالف العلاجي : l'Alliance thérapeutique

يمثل العلاج المعرفي السلوكي تطبيق للمنهج التجريبي على علم النفس العيادي، وكما هو الحال مع أي علاج، فإنه يتم في إطار عقد أو تحالف علاجي، وهو تحالف تعاون تجريبي بين أطراف العملية العلاجية وهي عملية منظمة ومحددة مسبقاً من قبل المعالج.

غالباً ما تكون الأدبيات المكرسة للعلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي موجزة، نجدها في بعض المراجع تحت تسمية تحالف العمل وتمثل اللبنة الأساسية للعلاقة بين المعالج والعميل وهي التي تسمح لكل من العميل والمعالج بالعمل معاً حتى عندما يرغب أحدهما أو كلاهما القيام بالعكس. يساعد تحالف العمل على الربط والتوليف بين الجانب العقلاني لدى العميل وعمل للمعالج.

يستخدم العلاج السلوكي المعرفي أسلوباً علائقي محدد، حيث يكون المعالج توجيهي وتجريبي (يصوغ ويتحقق من الفرضيات التشخيصية)، ويكون متعاون، ومتعاطف، ودافئ، وموضوعي، واستقرائي أو واستنتاجي ولكن نادراً ما يكون تفسيرياً.

يتحدث المعالج كثيراً مع العميل ولا يكتفي "بالاستماع فقط إلى معاناته". بحيث يتم استخدام تقنية "الحوار السقراطي": وهو سلسلة من الأسئلة المفتوحة التي يصوغها المعالج، لجعل العميل يكتشف ما لم يكن يعرفه عن طبيعة سيره النفسي والمعرفي؛ يعمل المعالج كمرشد للعميل، ويقوده إلى إيجاد أجوبة للإشكاليات التي يطرحها بنفسه. (Cottraux, 1995).

يقوم المعالج بإعادة صياغة كل ما يقال خلال الجلسة بانتظام (نوع من الملخصات المنتظمة). يجب تنظيم الجلسات وتركيزها على مشكلة معينة. بشكل عام، في نهاية كل جلسة، يتم تحديد مهمة للعميل يجب أن يؤديها خارج الجلسة (على سبيل المثال، لاحظ وسجل على ورقة الأفكار والانفعالات التي ظهرت خلال اليوم، والمواقف المحددة التي أدت إلى ذلك).

العلاجات السلوكية المعرفية قصيرة نسبياً، وتتم باستخدام مقابلات عيادية وجهاً لوجه، وتتميز بتنظيم محكم للجلسات حسب جدول أعمال محدد، كما تتميز بخطاب شارح جلي لكل ما يتم الاتفاق عليه واقتراحه أثناء العمل العلاجي، وتقديم معلومات وتفسيرات هدفها تعزيز التعلم المعرفي والسلوكي حول مشاكل العميل.

عرّف كل من (Alford et Beck (1997) العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي على أنها علاقة داعمة وتعاونية تجريبية يمكن مقارنتها بعلاقة عالمين يعملان معاً لحل مشكلة ما.

الخطوة الأولى في إقامة تحالف علاجي مع العميل تبدأ بالانطباعات الأولية التي يجب أن تخلق شعوراً إيجابياً لدى العميل من خلال التعاطف والدفء والاهتمام الحقيقي والقبول غير المشروط له. ونقل الشعور بأن المعالج شخص مؤهل وأهل للثقة ويمكن تكوين علاقة آمنة معه.

الاستشارة في إطار العلاج السلوكي المعرفي لا بد أن تتم حسب (Mirabel-Sarron, 2014) في بيئة ممتعة وآمنة وخالية من كل المشتتات. يجب أن يقدم المعالج عدداً معيناً من التوجهات والأساليب السلوكية التي تسمح بإقامة علاقة تعاونية: مبنية على التعاطف، والأصالة، والدفء، والمهنية.

- الحرص على إعلام العميل بما يمكن توقعه من العمل العلاجي من خلال شرح مسار العلاج
- التحكم في مهارات الإصغاء الأساسية والمتعلقة بالانتباه والملاحظة وهي أساس إرساء العلاقة العلاجية
- يشمل الاهتمام أن تكون كلك آذان صاغية، وأن توصل انتباهك للعميل عن طريق التواصل غير اللفظي
- تشمل الملاحظة الانتباه إلى الخصائص التواصل اللفظي وغير اللفظي للعميل والتعارض المحتمل بينهما
- يتضمن الاستماع النشط استخدام مهارات استماع أكثر تعقيداً، تسمى مهارات الاسترداد ومهارات الانعكاس.
- مهارات المتابعة هي استخدام تقنيات الدعوة للكلام، والحد الأدنى من التشجيع، والأسئلة المفتوحة، والصمت الحكيم وتشمل مهارات الانعكاس إعادة الصياغة، وعكس المشاعر، والتعبير عن المعاني، والتلخيص

خصائص التحالف العلاجي الجيد: ويلخص (Chambon et Marie-Cardine, 2003) العوامل المرتبطة بالعلاقة بين العميل والمعالج والتي تساهم بشكل إيجابي في نجاح العلاج

- تحالف العمل
- الصدى التعاطفي
- القبول المتبادل
- التعاون في تقاسم المبادرة والمسؤولية

إنها علاقة حيث: نثق في بعضنا البعض، نشعر بالفهم، نشعر بالاهتمام والاستعداد للتعاون، وحيث يشعر العميل بمشاعر دافئة تجاه المعالج ويقبل المعالج ويشعر بالشبه معه. فوفقاً Bordin cité par Chambon et Marie-Cardine (2003) يتكون التحالف العلاجي من 3 عناصر:

- الأهداف المشتركة
- اتفاق حول أساليب العمل العلاجي
- علاقة الثقة المناسبة للأهداف

هذه العناصر الثلاثة ستسهل تعاون العميل والمعالج وهو أمر ضروري في العلاقة العلاجية. ومن بين المهارات والتوجهات الضرورية في اللقاء العلاجي يشير (Chambon et Marie-Cardine 2003) إلى

- المهارات: (متابعة الكلام، العكس، إعادة الصياغة... تقنيات التواصل)، هذه هي المهارات، والدراية الفنية التي يجب تصنيفها ضمن التقنيات القاعدية.
- التوجهات أو المواقف: (موقف إنساني، التعاطف، الدفء، ...) تشكل التصرفات العلائقية، وكيفية التواجد مع العميل.

7. مراجعة تاريخية لتطور النماذج والعلاجات السلوكية المعرفية

عرض (2020) Bouvet و(2020) Cottraux التطور التاريخي للعلاجات المعرفية السلوكية وأشار إلى الموجات الثلاثة التي تميزت من جهة باختلاف نماذجها النظرية وتقنياتها العلاجية وحتى تنظيرها للشخصية، ومن جهة أخرى تبقى متكاملة فالبعد المعرفي جاء ليكمل البعد السلوكي والبعد الانفعالي جاء ليكمل البعدين السلوكي والمعرفي.

1. الموجة الأولى: السلوكية

2. الموجة الثانية: المعرفية

3. الموجة الثالثة: الانفعالية- المعرفية

الموجة الأولى: السلوكية

ترى أن سلوك الإنسان مصدره التعلم وتفاعل الفرد مع محيطه وليس الصراعات المكبوتة أو الخبرات اللاشعورية. ويعتقد علماء السلوك أن أسلوب البحث العلمي الحقيقي يجب أن يقتصر على دراسة السلوكيات الموضوعية والملحوظة في الواقع، وأنه يمكن النظر إلى أي سلوك كاستجابة لمثير (شيء أو حدث، داخلي أو خارجي، يحفز أو يسبب استجابة لدى العضوية). فالعوامل المحيطة هي التي تحدد سلوك الفرد. الداخل ما هو إلا علبة سوداء لا يهم ما يحدث فيها.

تأسست المدرسة السلوكية و تطبيقاتها العيادية على أعمال العديد من الباحثين حول قوانين التعلم:

Ivan Petrovitch Pavlov (1849-1936): تجربة الكلب وقوانين التعلم الإشرطي: التكرار لخلق الاقتران، الانطفاء، التعميم، التمييز، الاسترجاع التلقائي

Joan Broadus Watson (1878-1958): تجربة الطفل ألبرت (التسبب في ظهور رهاب عن طريق الاشرط الكلاسيكي)

الاشراط الكلاسيكي: التعلم الاستجابي، عن طريق الربط بين استجابة غير مشروط بمثير شرطي، يكون الربط أسرع عندما يكون المثير الشرطي منفرا

التعميم: توسع قدرة المثير الشرطي على إثارة استجابة شرطية إلى مثيرات مشابهة أو مقترنة به

الانطفاء: انتهاء قدرة المثير الشرطي أو المثيرات المقترنة به على تحفيز الاستجابة الشرطية عندما يتعرض لها الفرد بصفة متكررة ومطولة (التعود وإزالة التحسس)

الاستجابات غير الشرطية (استجابات فطرية ونمطية تضمن البقاء على قيد الحياة وليست مشروطة بتجارب سابقة، الخوف عند سماع صوت عنيف ومفاجئ، كاستجابة التوجه وتتمثل في توجيه الانتباه نحو

مصدر مثير جديد أو تغيير مفاجئ في مثير معين، واستجابة التنبية وتتمثل في تعبئة الاستجابات الفسيولوجية للاستجابة الفورية أمام أي مثير مهدد)

التعود والتحسس: ويعني التعود انخفاض شدة استجابة معينة اتجاه مثير يتم التعرض له بصفة متكررة (انطفاء المخاوف نتيجة التعرض)، بينما يعني التحسس ارتفاع شدة استجابة معينة اتجاه مثير يتم التعرض له بصفة متكررة (المخاوف)

الاشراط الإجرائي: يتم تعلم سلوك معين بناء على عواقبه، حيث تصبح عواقب السلوكيات في حد ذاتها محفزات لسلوكيات متعلمة.

Frederic Skinner (1904-1990): عمق أعمال Thorndike حول التعلم بالمحاولة والخطأ وقانون الأثر واستعمل مصطلحات مثل قوانين التعزيز والتعلم الإجرائي، التعزيز الايجابي، والتعزيز السلبي، المثير المعزز، المثير العقابي والمثير الحيادي.

Mary Cover Jones (1897-1987) : استلهمت فكرة إزالة التحسس من مثير معين من تجربة واطسون الذي أدت إلى ظهور رهاب لدى الطفل ألبرت، حيث عكست العملية من تحسس - إلى إزالة تحسس عند الطفل بيتر الذي كان يخاف الأرانب ، بجعله يتعرض تدريجيا للأرنب و جعله يلاحظ لعب مجموعة من الأطفال مع الأرانب

Albert Bandura (1925): التعلم الاجتماعي أو التعلم بالتقليد أو النمذجة ويعني التعلم بملاحظة السلوك عند الآخرين. عالج رهاب الثعابين بعرض نموذج يتفاعل بسهولة مع الثعابين، حيث يسهل النموذج ملاحظة التعرض للثعابين.

Joseph WOLPE (1915-1997): صاحب تقنية إزالة الحساسية المنتظم (التعرض بالتخييل للمواقف المثيرة للحرص بعد ترتيبها من الأقل شدة إلى الأكثر شدة و من ثمة التعرض لها في الواقع) والكف المتبادل (الاسترخاء قبل التعرض للمواقف المقلقة). وسادت هذه التقنيات في المجال العيادي بين 1950 و 1970 بالإضافة إلى أساليب تعزيز رصيد مهارات وتوكيد الذات، والتعرض الفعلي والتعرض التخيلي. بالإضافة إلى الاسترخاء العضلي. يمكن القول أن العمل العلاجي بفك الاشرط وتغيير السلوك يهدف إلى:

- تعلم كيفية التصرف
- مواجهة المشاكل بدلا من الهروب منها
- التعلم بالتعرض والتجريب

• الموجة الثانية:المعرفية

جاءت النماذج المعرفية كمكمل للسلوكية حيث يشبه الفرد بالحاسوب، فهو يجمع معلومات من خلال الإدراك عن طريق الحواس، ثم يشكل خبراته من خلال استخدام العمليات المعرفية لمعالجة المعلومة.

تاريخيا، يجد علم النفس المعرفي جذوره في مدرستين فكريتين هما علم نفس الجشطالت وعلم التحكم الآلي المصاحب لظهور الحوسبة، في النصف الثاني من القرن العشرين، وروادها BECK وELLIS وتهتم بكيفية معالجة المعلومة وبالمخططات المعرفية والتشوهات المعرفية. بدأت هذه الموجة مع أعمال Bandura حول التعلم الاجتماعي والفعالية الذاتية ثم أعمال ELLIS وBECK، وفسرت السلوكيات والانفعالات المضطربة بالتشوهات المعرفية والتفكير غير العقلاني.

Albert ELLIS (1913-2007) محلل نفسي سابق، استلهم من أعمال الموجة الأولى في علاج قلقه الاجتماعي. وأسس العلاج العقلاني (1955) ثم أسس العلاج العقلاني الانفعالي معتمدا على فكرة أن المعتقدات غير العقلانية لدى الفرد هي التي تؤدي إلى اضطراباته العقلية يعمل المعالج على تحديد تلك المعتقدات وتوعية الشخص بطبيعتها غير المنطقية ثم مساعدته على تعديلها بالمنطق والحجج والإقناع، الدعابة والسخرية وبالطبع المواجهة مع الواقع، ويربطها بالاحتمالات غير العقلانية الثلاثة التالية:

1. يجب أن أفعل الأشياء بشكل صحيح وأحصل على رضا وموافقة الآخرين وإلا لن أكون صالحا.
2. ويجب على الآخرين أن يتصرفوا بشكل جيد وإن لا فإنهم أشرار ويستحقون العقاب
3. الحياة يجب أن تكون سهلة، بدون إزعاج أو سلبيات

الاعتقادات غير العقلانية:

- من الضروري للغاية أن يحصل الإنسان على الحب أو الموافقة من طرف جميع الأشخاص من حوله
- يجب أن تكون ذو كفاءة تامة وأن تُتجز في مجال مهم واحد على الأقل لكي تعتبر نفسك جديرا بالاهتمام
- بعض الناس أشرار، سيئون أو ومؤذون وينبغي أن يعاقبوا بشدة أو يلاموا على أفعالهم السيئة
- سيكون من الرهيب والكارثي إذا لم تحدث الأمور كما كنا نحب.
- أسباب تعاستنا خارجة عن نطاقنا ولن يكون لدينا القدرة على التحكم في معاناتنا وصعوباتنا
- إذا حدث شيء خطير أو فظيع، لا بد من أنه سيستدعي الكثير من القلق واليقظة
- ستكون الحياة أسهل بتجنب الصعوبات والمسؤوليات
- سنكون دائما معتمدين على الآخرين وسنحتاج بالضرورة إلى شخص أقوى منا للاعتماد عليه.

- نحن متأثرون كثيرا بماضيها وما أثر علينا في الماضي سيستمر دائما في التأثير علينا
- لا بد أن نتأثر دائما بمشاكل الآخرين وأخطائهم وسوء تصرفاتهم
- يوجد بالضرورة حل دقيق ومثالي لكل مشكلة في الحياة وسيكون كارثة إذا لم يتم العثور عليه
- يمكن تقدير قيمة الشخص، وتتوقف هذه القيمة على نوعية أفعال الشخص المعني

(1921) Aaron T. BECK طبيب نفسي، ومحلل نفسي سابق، قام بتطوير العلاج المعرفي في الستينات وخاصة مع المرضى الذين يعانون من الاكتئاب في البداية ثم اتسع نطاقه ليشمل معظم الاضطرابات النفسية. وهو صاحب **الثلاثية المعرفية**: الاعتقادات حول الذات والآخرين، والاعتقادات حول المستقبل والمستويات المعرفية الثلاثة: التفكير الآلي، التشوهات المعرفية، والمخططات المعرفية.

وهو من اقترح تقنيات إعادة البناء المعرفي وتعتمد على الملاحظة الذاتية من أجل التعرف على الأفكار الآلية وغير العقلانية، التعرف على التشوهات المعرفية ومن ثمة التعرف على المخططات المعرفية واستبدالها بأفكار عقلانية، أهم تقنيات إعادة البناء المعرفي هي: جداول باك، الحوار السقراطي، السهم النازل ...

(1950) Jeffrey E. YOUNG عالم نفس أمريكي تعاون مع العديد من زملائه ومن بينهم Aaron BECK وعمل على تطوير علاج المخططات المعرفية، وهو أسلوب علاجي يستلهم من النماذج السلوكية المعرفية ونظرية التعلق والتناول السيكودينامي، وهو أسلوب علاجي يتناسب مع اضطرابات الشخصية.

ومقارنة بالعلاج المعرفي "التقليدي" يتطلب علاج المخططات المزيد من العمل العلاجي على مرحلة الطفولة والنمو (الاحتياجات العاطفية الأساسية)، والعمل على أنماط المخططات المبكرة غير المتكيفة والعمل على أساليب واستراتيجيات المواجهة غير الفعالة، كما يتميز بمزيد من العمل بشأن العلاقة العلاجية وعدد أقل من المهام المنزلية للمفحوص.

يمكن القول أن العمل العلاجي على الجانب المعرفي يهدف إلي:

- تعلم التفكير المنطقي والموضوعي والآني
- تشجيع التفكير العقلاني
- إعادة البناء المعرفي، وتعلم حل المشاكل

• الموجة الثالثة: الانفعالية-المعرفية

تعتمد على فكرة تقبل العواطف بدلا من الاستسلام والخضوع لها، والابتعاد عن الأفكار التلقائية وتعتمد على التعريض بالخيال، وتقنية الوعي التام، وهي التقنيات تستدعي تطوير قدرات الفرد في التعامل مع مشاكله وتعتمد نظرة سياقية للمحيط وتهتم بوظيفة السلوك وأساليب تجريبية للتغيير.

- العلاج القائم على خفض الضغط بالوعي التام Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) ل Jon KABAT-ZINN (1944)
- العلاج المعرفي بالوعي التام (MBCT) ل Z.Segal وهو تدخل نفسي مصمم للحد من الانتكاس في حالات الاكتئاب الجسيم المتكرر.
- العلاج الجدلي MarashaLenhan
- العلاج بالقبول والالتزام.
- العلاج على التفتح الانتباهي " Therapie de l'ouverture attentionnelle " هذا العلاج مقترح من طرف كل من Les Fehmi و Susan ShorFehmi
- العلاج الإيجابي أو علم النفس الإيجابي

يمكن القول إن العمل العلاجي على الجانب الانفعالي أو المعرفي-الانفعالي وربطه بملاحظ وتقبل اللحظة الراهنة يهدف إلي:

- تعلم قبول الذات
- التسامح مع نقاط الضعف، وتطوير نقاط القوة
- تواصل وارتباط أحسن مع الذات ومع الآخرين

VI. العملية العلاجية السلوكية المعرفية

1. مراحل العملية العلاجية السلوكية المعرفية

تتبع العملية العلاجية في العلاجات السلوكية المعرفية سلسلة من المراحل الثابتة نسبيا، تتم هذه المراحل كلها في إطار علاقة علاجية أو تحالف علاجي يتم إرساؤه وتفعيله والحرص على دوره في العملية العلاجية في كل مرحلة.

هي مراحل ثابتة نسبيا في العلاج السلوكي المعرفي ولكن يتم إنجازها والعبور من خلالها بإيقاع مختلف من حالة إلى أخرى ومن إشكالية إلى أخرى، حيث هناك تفاوت في السرعة التي يستغرقها عبور هذه المراحل في العملية العلاجية من مشكل إلى آخر ومن حالة إلى أخرى. وقد تتعدد المشاكل عند الحالة الواحدة . حيث يمكن أن نكون في مرحلة متقدمة في حل مشكل معين ونكون في المراحل الأولى من العمل العلاجي على مشكل آخر، بمعنى في الحصة الواحدة يمكن أن نعمل على أكثر من مشكل ونكون في مراحل مختلفة من التقدم في العمل العلاجي. سنرجع في هذا الجزء إلى درس (2012) De vries في إطار التدريب على العلاج السلوكي المعرفي الذي قمنا به.

هذه المراحل كما هي معروضة تناسب العمل العلاجي السلوكي المعرفي في استشارات خارجية سواء في المستشفى أوفي عيادات متعددة الخدمات أو عيادات خاصة.(2012) De vries ويمكن تعديل هذه المراحل حسب أطر أخرى من الممارسة العيادية خاصة تلك التي تتم في إطار مؤسساتي ومتعدد التخصصات.

- تلقي طلب المساعدة، إرساء علاقة علاجية، قائمة جرد المشاكل
- الاستقصاء والاستكشاف وبداية صياغة أولية للنظرية الشاملة للحالة
- اختيار المشكل وتحديد إجراءاته وبصفة ملموسة
- قياس الخط القاعدي أو المرجعي
- التحليلات الوظيفية
- المشروع والأهداف العلاجية
- اختيار عمليات وإجراءات التعديل السلوكي
- التطبيق (التطبيق الذاتي)
- التقييم.(2012) De vries
- المتابعة ومنع الانتكاس

1. تلقي طلب المساعدة، إرساء علاقة علاجية، جرد قائمة المشاكل:

هي مرحلة جمع المعطيات والملاحظات العيادية من خلال المقابلات الأولى حيث يتم التعارف بين العميل والمعالج وإرساء علاقة علاجية، ثم جرد قائمة المشاكل وتقديم معلومات حول ماهية العلاج السلوكي المعرفي وإطارة العيادي ودور كل من المعالج والعميل في العملية العلاجية

2. الاستقصاء والاستكشاف وبداية صياغة أولية للنظرية الشاملة للحالة:

هي مرحلة بداية تنظيم المعطيات من خلال استكمال قائمة جرد المشاكل وصياغة أولية لنظرية شاملة مؤقتة تقترح فرضية تفسيرية للحالة واختيار أول مشكل للعمل على حله

3. اختيار المشكل وتحديده إجرائيا وبصفة ملموسة:

هي مرحلة اختيار أول مشكل من قائمة المشاكل أو الأعراض أو الاضطرابات التي تم جردها لدى الحالة وتحديده إجرائنا ووصفه بصفة ملموسة من حيث تكراره، مدته، شدته، ظروف ظهوره.

4. قياس الخط القاعدي أو المرجعي:

هي مرحلة التشخيص والتكيم بالاعتماد خاصة على المقابلات المركبة والمعيارية والتي تعتمد على الدليل التشخيصي الإحصائي DSM والتقييم الكمي من أجل قياس الخط القاعدي أو المرجعي للحالة نحتكم إليه بعد التقدم في العملية العلاجية، قد يكون درجة شدة الاضطراب أو تكراره باستعمال الاستبيانات السلام والاختبارات المناسبة للاضطراب أو المشكل المطروح، قد نكتفي في التقييم بحساب تكرارات المشكل أو العرض في اليوم أو الأسبوع، أو التقييم الذاتي بالاعتماد على ما يسمى الوحدة الذاتية للمعانة.

5. التحليل الوظيفي:

وهي مرحلة صياغة فرضيات حول عوامل التعزيز والحفاظ التي ساهمت في ظهور المشكل واستمراره ويتم ذلك بالتحليل المعمق للسلوكيات المشكل في إطار سياقها ويسمى التحليل الوظيفي للمشكل: فرضية حول عوامل استمرار السلوك المشكل والتي ترجعنا إلى قوانين التعلم كالأشراط الكلاسيكي والأشراط الإجرائي.

6. المشروع والأهداف العلاجية:

وهي مرحلة صياغة تنبؤات حول الحلول الممكنة للمشكل، والأهداف العقلانية التي يمكن تحقيقها في إطار العمل العلاجي السلوكي المعرفي، بحيث يتم تحديد أهداف حول حلول المشكل الذي يتم العمل

عليه مع العميل، مع أخذ بعين الاعتبار توقعاته وما يريد الوصول إليه أي ما يمكن أن نطمح عقلا نيا الوصول إليه وما يمكن أن يحفز العميل ويجعله ينخرط في العمل العلاجي من اجل تحقيق تلك الأهداف ومن ثمة صياغة مشروع علاجي للمشكل والاتفاق عليه وقد يتم ذلك بعقد علاجي مكتوب كوسيلة إضافية للتحفيز .

7. اختيار عمليات وإجراءات التعديل السلوكي:

وهي مرحلة اختيار إجراءات التعديل السلوكي حسب المشروع العلاجي المتفق عليه وحسب المعارف في الأدبيات والفنيات الموصى بها في مجال الممارسة السلوكية المعرفية وحسب إمكانيات المعالج وحدود العميل.

8. التطبيق (التطبيق الذاتي):

وهي مرحلة تطبيق التقنيات وانجاز المشروع العلاجي كما تمت صياغته ويمكن الاعتماد على التطبيق الذاتي أكثر من التطبيق الذي يقوم به المعالج على العميل في مكتب الاستشارة أو في الوضعيات المقلقة خارج مكتب الاستشارة.

9. التقييم:

يتم تقييم العمل العلاجي المنجز بعد عدد مناسب من الحصص باستخدام نفس الأدوات التي استخدمناها في قياس الخط القاعدي، بالنظر إلى نتائج القياسات الكمية المحصل على ها. فإذا تم حل المشكل تماما ننتقل إلى الخطوة 3 من مراحل العملية العلاجية السلوكية المعرفية ونختار مشكل آخر لحله إذا وجد، أو ننهي العلاج ونخطط للمتابعة المتباعدة والوقاية من الانتكاس. أما إذا لم يحل المشكل أو تم حله جزئيا، نحاول أن نراجع التحليل الوظيفي أو أهداف المشروع العلاجي أو الإجراءات والتقنيات أو طريقة التطبيق.

10. المتابعة ومنع الانتكاس:

وهي المرحلة الأخيرة في العلاجات السلوكية المعرفية، حيث الهدف من العلاج السلوكي المعرفي هو تمكين المفحوص من خلال:

- معرفة ذاته وكيف يتصرف وكيف يفكر على وجه الخصوص، لاسيما فيما يتعلق بالصعوبات أو الاضطرابات التي قد تعترضه
- تطوير مهارات الجلد في مواجهة الضغوط، أو حل المشكلات، أو العثور على المساعدة، أو توفير الموارد، أو التعرف على اختلال أو نمطية في التفكير.

فحتى لو اكتسب المفحوص الكثير من خلال المهام المنزلية طوال فترة العلاج، فإن تعميم التعلم خارج الإطار العلاجي يمكن أن يفشل، خاصة في مواجهة الضغوط الكبيرة أو غير المتوقعة. للحد من ذلك، يبرمج المعالج حصص متباعدة في نهاية العلاج (عادةً 1 شهرًا، ثم 3، ثم 6) لضمان الحفاظ على تقدم الشخص بمرور الوقت، أو للقيام بالتذكير بما تم اكتسابه وتعزيزه أو لمعرفة ما إذا ظهرت مشاكل أخرى. قبل القيام بهذه الحصص المتباعدة للتعامل مع الانتكاس، يكون المعالج قد طلب من المفحوص تسجيل المشاكل التي واجهها كتابيًا في مذكرات صغيرة وعرضها من أجل العمل عليها.

الخطوات الأساسية:

بينما يلخص Cottraux(2020) هذه المراحل في سبع خطوات، ويعتبرها ركائز ثابتة في العلاج السلوكي المعرفي

1. التشخيص.
2. التحفيز من أجل التغيير.
3. العلاقة التعاونية التجريبية والتحالف العلاجي.
4. التحليل الوظيفي.
5. التنقيف النفسي وتحديد أهداف العلاج.
6. تنفيذ برنامج علاجي يستند على التعلم والنظريات المعرفية.
7. تقييم نتائج العلاج.

البنية النموذجية لحصة العلاج السلوكي المعرفي:

بالنسبة ل Coutreaux(2005) حصص العلاج السلوكي المعرفي منظمة بشكل صارم جدا حيث تقسم الحصة إلى عدة أجزاء

- مراجعة مدى انجاز المهام المنزلية التي طلبت من المفحوص في الحصص السابقة.
- تخطيط الجدول الزمني للحصة الحالية بالتشاور مع المفحوص.
- مراجعة منتظمة لسير الحصة الحالية مع المفحوص وتلخيص يتضمن ملاحظاته باستخدام تقنيات الاستماع النشط والمقابلة العيادية.
- يطلب من المفحوص تلخيص ما دار في الحصة لمعرفة ما استوعبه ثم مناقشة هذا الملخص.
- يسأل المفحوص عن ردود فعله حول ما قاله المعالج والإشارة إلى النقاط السلبية المحتملة (التي أثارت استياء المفحوص).

- يخصص في بعض الحصص وقت لتطبيق تقنيات معينة داخل مكتب الاستشارة حسب الاضطراب أو المشكل الذي يتم العمل عليه.
- يتم انجاز قائمة بالمهام السلوكية والمعرفية التي يتعين على المفحوص إنجازها قبل الحصة القادمة.
- الإشارة إلى أهم ما سيتم تناوله في جدول أعمال الحصة المقبلة.

2. بناء الحالة وصياغة الفرضية التشخيصية

في العمل العيادي كل حالة فريدة من نوعها ويكمن العمل العيادي في القيام بأحسن تحليل من أجل الفهم والتكفل الجيد والمناسب. حيث يتم التشخيص في العلاجات السلوكية المعرفية بالعودة إلى معايير طب عقلية كما هي موضحة في الدليل التشخيصي الإحصائي مما يساعد في تسمية ووصف الأعراض واللوحات المرضية، ولكن التشخيص لا يسمح لنا بشرح كيف وما هي العوامل التي أوصلت الحالة إلى ما هي عليه.

وبما أنه يصعب اقتراح علاج مناسب انطلاقاً من التشخيص الطب عقلي فقط، فلا بد من بناء فهم للحالات بالرجوع إلى المبادئ والنماذج السلوكية المعرفية وتحليل السلوك المشكل تحليلاً عملياً وعلمياً بإتباع خطوات البحث العلمي التجريبي. أشار (De vries 2010) إلى أن العلاجات السلوكية المعرفية خرجت من مخابر علم النفس التجريبي واستلهمت من التناول العلمي للظواهر عبر الخطوات التالية:

- التعرف على الشكاوى المقدمة من المريض أي وصف الظاهرة
- جمع البيانات بالملاحظة المباشرة و/ أو من قبل الشخص نفسه مما سيسمح بقياس خط قاعدي أو مرجعي
- مراعاة المعرفة الحالية وصياغة فرضيات حول أصل الاضطراب وعوامل استمراره وكيفية ظهوره في الوقت الحاضر.
- التنبؤ حول التقنيات الواجب استخدامها والتي ستتبع مباشرة الفرضيات التي سبق صياغتها والتي يتم مناقشتها مع المريض لاختيار تقنية وطريقة التطبيق لتغيير السلوك المشكل.
- تنفيذ المشروع العلاجي وتطبيق التقنيات المختارة.

ثم يأتي التقييم. وتعاد الدورة حسب النتيجة المحصل عليها، إذا خف المشكل واختفى؟ يمكن إنهاء العلاج والتخطيط لمنع الانتكاس أو تناول مشكل جديد، أما إذا لم يحدث تغيير في حالة العميل فنتم مراجعة ما هي الخطوة التي لم تتم بصفة صحيحة سواء في الصياغة الأولية وملاحظة السلوك المشكل أو في الفرضية حول عوامل استمرارية السلوك المشكل؟ أو في اختيار التقنيات؟ أو في التطبيق الصحيح لهذه التقنيات؟

تشبه مهام المعالج السلوكي المعرفي مهام الباحث التجريبي:

وبين (2010) De vries أنه يمكننا أن نرى بسهولة من خلال عرض المنهج العلاجي الذي تتضمنه العلاجات السلوكية المعرفية أن للمعالج العديد من المهام المعقدة، باستخدام أدوات متفاوتة التعقيد أو السهولة

- جمع الملاحظات الموضوعية
- وصف السلوك المشكل بدقة
- تنظيم هذه البيانات في فرضيات بالاستناد على نظريات علم النفس وعلم النفس المرض التي تسمح بقراءة أحسن للحالة
- استنتاج تنبؤات من هذه الفرضيات مفيدة لاختيار تقنيات التعديل السلوكي
- معرفة كيفية تطبيق هذه التقنيات، وتقييم النتيجة، وما إلى ذلك.

3. نمذجة الحالة من خلال شبكات التحليل الوظيفي

عرض (2018) Chappelle et al., شبكات التحليل الوظيفي وبين كونها ليس لديها بالضرورة نفس الهدف أو نفس الخلفية النظرية، أو درجة التعقيد. نذكر أهمها:

• Kanfer and Saslow (1969) – SORKC

• Analyse fonctionnelle rétroactive –Fontaine et Ylieff (1981)

• Cottraux (1990) –SECCA

• BASIC IDEA

• ABC

(Modèle SECCA (Cottraux, 85): هذه الشبكة هي الأكثر استخدامًا في البلدان الناطقة بالفرنسية. تسمح شبكة التحليل الوظيفي SECCA بفحص وربط العوامل المتتابة والعوامل المتزامنة التي كانت وراء نشأة واستمرار الاضطراب، وتنقسم الشبكة SECCA إلى جزأين:

التتابع: والذي يمكن التعرف عليه من خلال تاريخ الحالة باستخدام البيانات البنوية (الوراثية/الشخصية)

العوامل الأولية التي يذكره المفحوص كأول مفجرات للأحداث:

- عوامل استمرارية الأعراض أي عوامل التعزيز
- الأحداث المسرعة أو الحادثة للاضطراب.
- التلازم المرضي، الأمراض المصاحبة وسوابق العلاجات سواء عضوية أو نفسية ..

الجزء المتزامن: تحليل المفحوص في وقت الاستشارة أي حاضر المفحوص، ويركز هذا الجزء بشكل كبير على الجوانب المعرفية المتعلقة بجوانب الشخصية.

يرمز S للمواقف المثيرة للمشكل، غالبا هناك عدة مواقف ولذلك فإن السؤال المطروح هو ما إذا كانت تستخدم شبكة أو أكثر من شبكات التحليل الوظيفي.

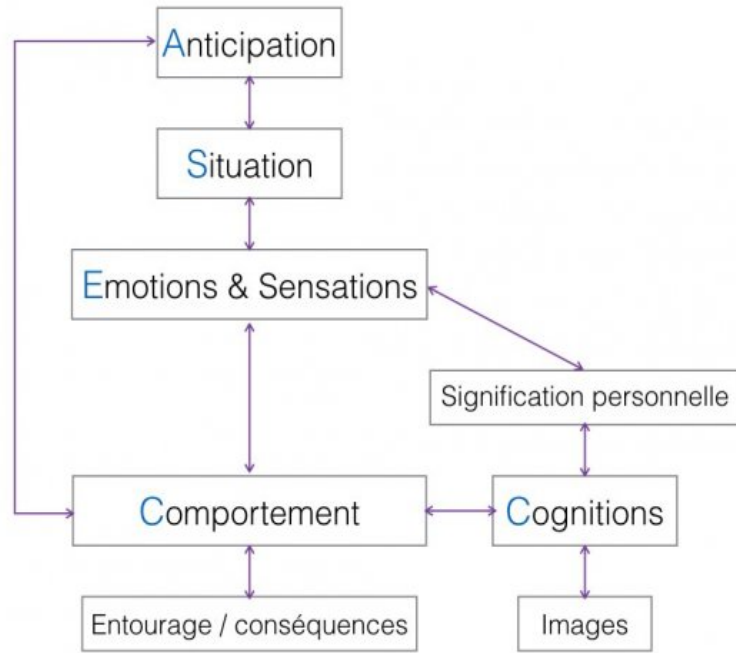
يرمز E للانفعالات (ردود الفعل الانفعالية)

يرمز C للجانب المعرفي بما فيه من صور عقلية ومعتقدات شخصية. تركز SECCA بشدة على الجوانب المعرفية.

يرمز C للسلوكيات وعواقبها وعوامل تعزيزها.

يرمز A للتوقع أو التفكير الاستباقي.

الشكل رقم (5) نموذج التحليل الوظيفي SECCA



: SORC ou les cercles vicieux

يرمز S للمثير التمييزي الذي إذا تواجد في محيط المفحوص يظهر المشكل لديه
يرمز O إلى ما يحدث في العضوية ويتمثل في مجموعة المشاعر والأحاسيس الجسدية والإدراك التي
يختبرها المفحوص أثناء تعرضه للمثير والتي يحتمل أن يكون لها دور في ظهور السلوك المشكل. حيث
سيتم تفسير هذا المثير من خلال إدراكه بصفة معينة ولكن أيضاً من خلال الانفعالات والمظاهر
الфизиولوجية. وسيؤدي إلى ردود فعل معينة.

يرمز R للاستجابة للمثير المدرك وما أثاره من انفعالات فتحدث استجابة (سلوك) مرئي لهذا المثير.
سيكون لهذه الاستجابة عواقب معينة.

يرمز C لعواقب الاستجابة (عامل الحافظ أو الاستمرارية) حيث يتوقف استمرار سلوك معين على العواقب
التي تلتها والتي تلعب دور المعزز أو عامل الحافظ

Modèle BASIC IDEA (Lazarus, 77, Cottraux, 85))

تم اقتراح شبكة التحليل الوظيفي هذه من طرف Lazarus في عام 1976، واستكملها Cottraux في عام
1985 وهي شبكة تسهل جمع معلومات شاملة ودقيقة تسمح للمعالج بالحصول على فكرة أولية قبل اتخاذ
أي قرار علاجي. حيث تأخذ في الاعتبار السلوكيات المفتوحة (العلنية)، التي يمكن ملاحظتها
والسلوكيات الضمنية (الكامنة) التي لا يمكن ملاحظتها.

:«BASIC»

يرمز B إلى السلوك المشكل الذي يأتي المريض للاستشارة بسببه بالإضافة إلى العوامل التاريخية
(الهشاشة في الطفولة)، والعوامل المفجرة والعوامل المعززة ...

يرمز A للاستجابة الانفعالية: الانفعالات التي تمثل مشكلة.

يرمز S للأحاسيس الجسدية التي ترافق الانفعالات.

يرمز I للصور العقلية أو السيناريوهات والمشاهد العقلية التي تغذي السلوك المشكل.

يرمز C إلى الأفكار والمعتقدات والأفكار التلقائية حول المشكلة وحول إمكانية الشفاء.

« IDEA »:

يرمز ل Interpersonal خصائص السلوك العلائقي للمفحوص هل هو توكيدي أم أنه انطوائي؟ ما طبيعة علاقاته مع المحيطين به؟

يرمز D إلى أي مواد دوائية أو مخدرات بالمعنى الواسع (مؤثرات نفسية). ما هي العلاجات الدوائية التي يتناولها المفحوص حالياً؟

يرمز E لتوقعات المفحوص من العلاج: طلبه، أهدافه: ما هي آماله وتحفظاته؟ وهذا ما يحدد جزئياً فعالية ما بعد العلاج. قد يتطلب تثقيفاً نفسياً

يرمز A لما ينتظره المعالج، أو ما يتوقعه من حيث النجاحات أو الإخفاقات أو طول مدة العلاج ...
ميزة هذا النموذج هي عدم نسيان أي شيء. ومع ذلك، تكمن المشكلة في عدم وجود جانب ديناميكي بين الفئات، لفهم كيفية ارتباط كل متغير بآخر.

نموذج ABC:

مستمد من العلاج الانفعالي العقلاني لألبرت إليس ويهدف هذا النموذج إلى جرد المعتقدات اللاعقلانية للمفحوصين الذين يعانون من مشاعر مؤلمة وسلوكيات هدامة

يرمز A إلى الموقف الذي نشط الاستجابة، المثير أو الحدث الذي أحدث الخلل ويكون خارجياً أو داخلياً، واقعي أو خيالي

B إلى الاعتقاد Beliefs، أو نظام المعتقدات والأفكار غير العقلانية

يرمز C إلى العواقب وهي تلك المشاعر السلبية المؤلمة والسلوكيات المضطربة

حسب (2010) De Vries هذه التحليلات الوظيفية التي نجدها عادة في الأدبيات السلوكية المعرفية بالفرنسية لا تسهل تعلم تحليل وبناء الحالة من قبل الطلاب، لأنها توجي بما يلي:

- أنه سيكون من الممكن القيام بتحليل الحالة، بعد بضع جلسات ومرة واحدة ونهائياً، ثم تطبيق تقنيات علاجية.
- توجي انه من الممكن ومن الضروري أن نضع في نفس التحليل الماضي والحاضر معا.
- توجي انه ممكن أن نضع في نفس التحليل سلوكيات ذات عواقب ووظائف أخرى مختلفة.

- توجي باعتبار معظم الحالات كحالات لابد لها علاج المعرفي والاستغناء عن التحليل السلوكي الذي يضع السلوك المشكل في سياقه لتحديد العوامل التي تحافظ عليه وتضمن استمراره في الوقت الحاضر.
- كما أن العديد من المتدربين لديهم شكوك حول قدراتهم عندما يحاولون متابعة نماذج تحليل وظيفي للحالات العيادية المنشورة، والتي يمكن للمرء أن يعتبرها تحليلات وظيفية تمت كتابتها بعد نهاية العمل العلاجي وليس قبله.

ويرى (2010) De Vries أنه يمكن صياغة نظرية شاملة للحالة، وهي عبارة عن ملخص مكثف لتاريخ الحالة، تاريخ تجارب التعلم لدى الشخص، وهي عبارة عن منظومة من الفرضيات المستندة على معارف علمية مؤكدة في علم النفس، علم النفس المرضي والسياقات المرضية.

فأثناء استماعنا وبحثنا وجمعنا للمعطيات المفيدة والمساعدة على الفهم السلوكي للحالة، سنبني فرضيات على أساس تلك المعطيات، هذه الفرضيات ستتحدد بالتدرج من حصة إلى أخرى وما نعتقد أننا فهمناه في الحصة الأولى قد يتغير في الحصص الموالية وهكذا دواليك. لأنه انطلاقا من نظريتنا الأولى سنتبثق أسئلة جديدة وستظهر حقائق جديدة إلى غاية نهاية العلاج، حيث تبقى معرفتنا بالحياة الشخصية للمفحوص شديدة التعقيد للفرد جزئية.

- تساعد النظرية الشاملة للحالة على دمج الفرضيات والمعطيات ونتائج الاختبارات والملاحظات في صياغة منطقية.
- تساعد النظرية الشاملة على تأسيس تفكير المعالج حول التسلسل التاريخي والترابط بين عدة جوانب من إشكالية المفحوص.
- تسمح بتبرير اختيار المشكل المستهدف للبداية بالعلاج.
- يكون بناء مثل هذا الفهم الشامل لحياة المفحوص ذهنيا، ويبدأ بسيطا ويتبلور بالتدرج.
- صياغة النظرية الشاملة ينفع أكثر في الحالات المعقدة حيث يتزايد فهمنا للحالة بتقدمنا في الحصص ومع الوقت.

وخلاصة القول حسب (2010) De Vries إنه لا يمكننا أن نرى الأمور بوضوح منذ البداية ومع جميع الحالات، النظرية الشاملة للحالة هي تفكير يتبلور من حصة إلى حصة ومن مرحلة علاجية إلى أخرى، هي تفكير يأخذ بعين الاعتبار تداخل ما هو متزامن وما هو متتابع في حياة الشخص، بمعنى حاضره بكل ما يؤثر فيه وتاريخه بكل ما أثر فيه.

التحليل الوظيفي للمشكل: ABC

من خلال الملاحظة المنتظمة لكل السلوكيات والأفعال التي تطرح مشكل في سياق حدوثها، ملاحظة مباشرة وغير مباشرة باستعمال شبكات ملاحظة، استبيانات، ملاحظة ذاتية ... الخ، يتم جمع حقائق حول المشاكل، المدة، الشدة، التكرار، ووصف المركبات الثلاثة للاستجابات:

- الاستجابة الفسيولوجية الانفعالية.
- الاستجابة اللفظية المعرفية.
- الاستجابة الحركية، الفعلية، السلوكية.

أول خطوة في التحليل الوظيفي أو ما يسميه (2010) De Vries التحليل السلوكي هي التحليل الطوبوغرافي، ويعني وضع الملاحظات وترتيبها وفق تسلسل الأحداث والسلوكيات في المكان والزمان، ويسمح برؤية مبثثة لتعقيد وكثافة مشكل معين. فمشهد عنف بين طفل وأمه مثلا، ينطوي على عدة سلوكيات وردود فعل من طرف الأم ومن طرف الطفل، التحليل الطوبوغرافي يسمح لنا بتقطيع ذلك المشهد إلى مجموعة من السلوكيات والتي يمكن تحليلها بطريقة سلوكية معرفية والخروج بمعادلة سلوكية تفسر لنا ما الذي أنشأ المشكل بالنظر إلى سياقه.

فلكل سلوك مشكل (السلوك المضطرب) مثير، والسلوك المشكل عبارة عن ردود الفعل المعرفية اللفظية، الانفعالية الفسيولوجية، الحركية السلوكية اتجاه المثير.

ولكل سلوك مشكل وظيفة معينة يسمح لنا التحليل الوظيفي بالتعرف عليها من خلال البحث عن عواقبه الإيجابية وعواقبه السلبية في حياة المفحوص.

العواقب الإيجابية للسلوك المشكل هي ما يحققه ويحصل عليه المفحوص بصفة فورية، مؤقتة أو دائمة من خلال ذلك السلوك، هذا يعني أن العواقب الإيجابية هي ما يعزز ويضمن استمرار المشكل أي هي عامل حفاظ واستمرارية للسلوك المشكل لأنها تحقق فائدة معينة وتؤدي وظيفة معينة.

بينما العواقب السلبية للسلوك المشكل فهي ما يعاني منه المفحوص ويتعرض له من ضرر نتيجة السلوك المشكل، أي هي ما يجعل المفحوص يأتي إلى طلب المساعدة والعلاج.

ولابد لكل سلوك مشكل عاقبة إيجابية على الأقل حتى يتمسك به المفحوص، فيستمر المشكل ويتعزز، كما أنه لابد لكل سلوك مشكل عاقبة سلبية على الأقل تجعل المفحوص يعاني ويأتي إلى الاستشارة وطلب العلاج.

يتعلق الأمر حسب (DeVries 2010) في سياق العلاج السلوكي المعرفي بدراسة السلوك المشكل والقيام بتعريفه وتحديده وقياسه ومعرفة متى وكيف يحدث. ثم البحث في كيفية تعديله من خلال العمل على الأبعاد الثلاث المختلفة: السلوكيات والانفعالات والأفكار.

يجيب التحليل الطوبوغرافي: على ثلاث أسئلة:

- ما هو السياق الذي حدث فيه السلوك؟= المثير S
- ما هي الاستجابة؟ R =
- ما هي العواقب؟ C =

يهيئ لنا هذا التحليل مرحلة التحليل الوظيفي للمشكل ABC:

- A السياق، الوضعية أو المثير
- B الاستجابة
- C ما ينتج عن الاستجابة، ما يفعله المفحوص وما لا يفعله

مثال 1: تحليل وظيفي ABC لحالة امرأة لا تأكل ولا تتحمل رؤية اللحوم الحمراء ورائحتها بعد صدمة حدثت لها في المستشفى.

مثال عن تحليل وظيفي ABC للمشكل: حالة امرأة لا تأكل ولا تتحمل رؤية اللحوم الحمراء ورائحتها بعد صدمة حدثت لها في المستشفى

A	B	C
عندما يتوجب عليها طبخ اللحوم الحمراء	رد الفعل الانفعالي : الاشمنزاز والرغبة في التقبؤ رد الفعل المعرفي: عودة الصور الدم ورائحة الغرفة التي خضعت فيها للعملية ، ردود الفعل السلوكية: تضع قناع على الفم و الأنف، غسل الأيدي عدة مرات لجعل الرائحة تختفي.	C+ تجنب يهدئ الاشمنزاز الذي تثيره رائحة اللحم ولونه يتجنب إعادة تنشيط وعودة المشاعر المتعلقة بالعملية الجراحية. C- لم تعد تأكل اللحم -أصببت بفقر الدم

مثال 2: تحليل وظيفي ABC لحالة امرأة مكتئبة، تقديرها لذاتها منخفض وتكره جسمها

مثال عن تحليل وظيفي ABC
المشكل: حالة امرأة مكتئبة ، تقديرها لذاتها منخفض و تكره جسمها

A	B	C
عندما أنظر في المرآة و أرى جسمي المملوء	<p>الاستجابة المعرفية و اللفظية : أنا وحش أنا بالون أنا قبيحة أنا سمينة مشوهة لم أكن هكذا من قبل</p> <p>C+</p> <p>C-</p> <p>لا تحب نفسها (انخفاض احترام الذات) حزن لا تبذل أي جهد لتبدو جميلة قرف محرجة دائما في السرير مع الزوج غضب مزاج مكتئب ندم</p> <p>الاستجابة السلوكية : لا تطول النظر في المرآة</p>	

VII. التقنيات الأساسية للعلاجات السلوكية المعرفية:

تختلف التقنيات حسب النماذج النظرية التي اقترحتها فهناك تقنيات تستند على قوانين التعلم والمبادئ السلوكية كالأشراط الكلاسيكي والأشراط الإجرائي ومبدأي التحسس والتعود ونذكر منها:

- تقنيات التعرض عن طريق التخيل وفي الواقع
- تقنية التعرض مع منع الاستجابة لتحديد الطقوس في حالة الوسواس القهري، الرهاب، المشاكل الجنسية، ضغط ما بعد الصدمة،)

وهناك نماذج علاجية تستند على مبادئ التعلم الاجتماعي ونذكر منها:

- لعب الأدوار
- توكيد الذات
- تنمية "المهارات أو الكفاءات الاجتماعية (الرهاب الاجتماعي والاكتئاب وإعادة تأهيل حالات الذهان)

وهناك نماذج علاجية معرفية وتقنيات إعادة البناء المعرفي التي تستند على فكرة معالجة المعلومة والمخططات المعرفية والتشوهات المعرفية ونذكر منها:

- الحوار السقراطي، تعديل الأفكار التلقائية،
- تعديل المسلمات والمخططات المعرفية،
- حل المشكلات
- خاصة مع حالات الاكتئاب والرهاب واضطراب الشخصية

بالإضافة إلى عدد كبير من التقنيات التي تستهدف الأحاسيس الجسمية والاستجابات الانفعالية من أجل تسييرها وضمان الاستقرار النفسي والجسمي للمفحوص إعدادا للعمل العلاجي بتقنيات سلوكية أو معرفية أو كهدف علاجي ونجد ذلك خاصة في الموجة الثالثة للعلاجات السلوكية المعرفية، ونذكر منها:

تقنيات تهدئة الجسم: التنفس، الاسترخاء العضلي التدريجي لإدموند جاكوبسون، الترسخ الجسدي وتمارين إعادة التوجيه.

تقنيات التهدئة النفسية/ الانفعالية: تدريب التوليد الذاتي لشولتز، المكان الآمن، الوعي التام، التأمل، تقنية الدوامة الحسية (54321)، التفكير ايجابي، إدارة الغضب (بروتوكول)

1-تقنيات التهدئة وتسيير الانفعالات:

متى نعمل على تهدئة المفحوص؟

التهدئة مفيدة وضرورية بمجرد ملاحظة أن المفحوص منشط انفعاليا للغاية ومتألم، مثلا أثناء المقابلات الأولى حيث يتم تناول تاريخه الشخصي أو في وقت لاحق خلال الجلسات العلاجية.

- نعمل على تهدئة المفحوص قبل أي علاج إذا كانت هناك حالة من القلق الشديد والحصص، أو حالة صدمة معقدة
- نعمل على تهدئة المفحوص قبل بدء الجلسة إذا لم يكن المفحوص مستقر انفعاليا.
- نعمل على تهدئة المفحوص أثناء الجلسة إذا كان المفحوص مستثار أكثر من اللازم.
- نعمل على تهدئة المفحوص إعدادا لاستخدام بعض تقنيات التعرض.
- نعمل على تهدئة المفحوص في نهاية الجلسة إذا كان المفحوص لازال غير مستقر انفعاليا وفي حالة استثارة.

قبل استعمال أي تقنيات بهدف تهدئة المفحوص هناك أدوات عيادية للتهدئة وتسيير الانفعالات وهي أساسية في كل عمل علاجي مهما كان توجهه النظري وهي:

- ضبط الإطار العيادي: استقرار وانتظام الاستشارة العيادية من حيث الموعد، والمكان والمدة والسرية، والثقة كلها تساعد على استقرار المفحوص.
- بناء تحالف علاجي وعلاقة علاجية آمنة ومنتجة وفعالة
- قد يساهم التنقيف والتربية النفسية بصفة جيدة في تخفيف القلق وتهدئة المفحوص
- تطوير المهارات وتعزيز الموارد والتزويد بها، يساعد على الاستقرار الانفعالي للمفحوص

وتبقى أهم تقنيات التهدئة وتسيير الانفعالات هي تمارين التنفس والتدريب على الاسترخاء وخاصة الاسترخاء العضلي التدريجي بالإضافة إلى تمارين الترخيخ الجسمي وتمارين إعادة التوجيه

كيف يؤثر التنفس والاسترخاء؟

- على مستوى التنفس: انخفاض معدل التنفس، انخفاض استهلاك الأوكسجين
- على مستوى النشاط القلبي: انخفاض معدل ضربات القلب وتحسن تدفق الدم إلى المخ
- على مستوى اللحاء المخي:زيادة في إيقاع ألفا وتزامن وتوافق توزيع نشاط ألفا في الدماغ
- على المستوى البيوكيميائي:انخفاض في الاستجابة لمستقبلات الأدرينالين، انخفاض الكورتيزول، زيادة في السيروتونين وعلى مستوى العضلات: انخفاض في صلابة العضلات

وتكمن الآثار النفسية على مستوى الإدراك والسلوك في: زيادة المهارات الإدراكية، مرونة في الإدراك الحسي والردود الانفعالية اتجاه المحيط، زيادة التعاطف مع الآخرين، انخفاض الحصر والقلق يجعل الاسترخاء الدماغ يعمل على إيقاع ألفا، فيتمكن نصفي الكرة المخية من العمل في انسجام تام، مما يسمح لنا أن يكون لنا نظرة شاملة للأشياء مما يسمح لنا بما يلي:

- تحسين التركيز
 - تحسين الذاكرة.
 - تحسين تسيير حالات الضغط النفسي وانفعالاتنا.
 - استعادة القدرة على التحكم الواعي في أجسادنا وأعضائنا واستجاباتنا الفسيولوجية.
 - استعادة القدرة على التحكم في عاداتنا ، وخاصة تلك التي نرغب في تغييرها.
 - يمكن خلق عادات جديدة أكثر إيجابية ومفيدة لحياتنا.
 - يسمح النشاط الدماغ في مستوى ألفا بإدراك أفضل لحواسنا، ونكون أكثر قدرة على الإنصات لحدسنا، مما يعني أننا سنعرف ما يجب القيام به في الوقت المطلوب القيام به.
- لمن الاسترخاء ؟**

- الأشخاص الخاضعين بحكم مهنتهم للتعب والضغط أو الانفعالات القوية كالمدرّاء التنفيذيين أو الأطباء.
- ذوي مشاكل ارتفاع ضغط الدم، وتسارع القلب
- من لديهم الصداع النصفي
- من لديهم أمراض تنفسية مثل: ضيق التنفس، الربو
- من لديهم اضطرابات في الغدد الصماء والأبيض
- من لديهم فرط نشاط الدرقية
- من لديهم مرض السكري
- اضطرابات الجهاز الهضمي
- اضطرابات البلع : عسر البلع تشنجات هستيرية من المريء.
- التهاب المعدة والقرحة الهضمية: ضمور المعدة أو تضخم.
- التهاب القولون.
- اضطراب في التبول، سلس البول.
- متلازمة الألم في منطقة الأعضاء التناسلية لدى النساء: مثل توتر ما قبل الحيض.
- مشاكل في الوظيفة الجنسية: مشاكل في الانتصاب، القذف، التشنج المهبلية عند النساء
- الاسترخاء للولادة بدون ألم.

- إجهاد العين
- الاضطرابات الجلدية النفسية المنشأ أو الحساسية مثل الصدفية والاكزيما.
- متلازمة الإصابات الدماغية (الدوار والصداع، والطنين، والوهن).
- الصرع: للحد من الجزء الانفعالي الذي يفاقم ظهور نوبات الصرع.
- تخفيض الحساسية للألم.
- بعض أعراض الحصر
- الآلام الجسمية النفسية المنشأ
- اضطرابات النوم

مع من لا يجب استخدام الاسترخاء؟

- الأشخاص المصابين بمرض عقلي حاد
- الأشخاص المتخلفين عقليا
- أولئك الذين يجعلون من التقنية مصدرا للاستثارة أو المتعة الجنسية
- الأشخاص المصابين بالاكتئاب الجسيم.

كيف أعرف أنه يمكن استعمال الاسترخاء مع شخص ما؟

- المرحلة الأولى: تشخيص أو تقييم الشكوى المطروحة
- المرحلة الثانية: معرفتي بتقنية الاسترخاء ودورها في السياق (ما هي الفرضية التي جعلتني أختار الاسترخاء كوسيلة؟).
- المرحلة الثالثة: هل حصلت على موافقة المستفيد من أجل استعمال هذه التقنية؟
- المرحلة الرابعة: ما هي طريقة الاسترخاء الأكثر ملائمة للحالة؟

2-التقنيات السلوكية:

- تقنيات التعرض: داخل وخارج مكتب الاستشارة، التعرض بالتخيل، التعرض للمثيرات الفسيولوجية، التعرض الافتراضي، التعرض مع منع الاستجابة، التعرض المعمق
- التحكم في المثير
- التجريب السلوكي
- حل المشكلات
- بطاقة استراتيجيات التعامل
- تقنيات تأكيد الذات، للتدريب على المهارات الاجتماعية بالنمذجة ولعب الأدوار

تقنيات التعرض:

هناك عدة طرق للتعامل مع الاستجابات الانفعالية السلبية المفرطة، فإما يتم تجنبها لتخفيف القلق والانزعاج وضمان الراحة الفورية ولكن غالباً مؤقتة، ولهذا السبب هذا المسار هو الأسهل ويلجأ إليه المفحوص بسرعة، غير أن المشكلة هي أن استجابة مثل هذه تلغي القدرة على التصرف والفهم الموضوعي للوضعية.

وإما يتم مواجهتها، حيث يحافظ الفرد على مجال أوسع للاستجابة الفعلية ويعاكس اتجاه الخوف ويكون الحصول على الراحة بطيئاً ومؤجلاً ولكن أكثر استمراراً وصلابة.

أحياناً يمكن أن يكون هناك تخزين لذكرى اللقاء المخيف مع مثير ما وقد يتعزز تأثيره المقلق مع الوقت ولا يحدث الانطفاء بصفة بشكل عفوية وهو ما يسمى التحسس

أحياناً يحدث التعود نتيجة التعرض المطول للوضعية التي تنتج استجابات انفعالية سلبية مفرطة، مما يؤدي إلى انخفاض في قوة الاستجابة.

بينما يحدث الانطفاء في حالة الانخفاض التدريجي للقلق واختفاء ما كان يتسبب في استمرار الاستجابة الانفعالية المفرطة ويعززها.

يكمن التعرض في وضع الشخص في موقف بحضور (حقيقي أو خيالي) لما يولد الاستجابة الانفعالية غير المتكيفة (أمام مثير الخوف أو القلق) حيث تؤدي المواجهة مع الوضع المخيف في البداية إلى رد فعل انفعالي شديد للغاية، وستستمر الانفعالات في الزيادة لفترة معينة ثم تستقر.

فإذا لم تتحقق التوقعات الكارثية للمفحوص، ستنخفض الانفعالات السلبية تدريجياً، حيث لا شيء يأتي لتأكيد توقعات الشخص الكارثية. وتسمى ظاهرة التعود (يعتاد على موقف يتم تجنبه بشكل عام). ومن

ثمة إطفاء سلوك الخوف والتجنب. وبالإضافة إلى انطفاء السلوك، يشجع التعرض على الحد من القلق وتعلم سلوكيات جديدة (المواجهة بدلا من الفرار) ويعيد التحكم ويساعد على تصحيح نظام التقييم المعرفي لدى الشخص.

أنواع تقنيات التعرض:

هناك عدة أنواع من تقنيات التعرض

- التعرض في الخيال: تخيل الشيء أو الموقف المولد للخوف.
- التعرض الافتراضي: تعرض من خلال وسائط إلكترونية وبرامج تحاكي الموقف المخيف
- التعرض الفعلي في الواقع: التعرض الطبيعي والتدريجي للمنبه أو الموقف المولد للخوف.
- التعرض للمثيرات الداخلية والأحاسيس المروعة: الشعور بالاختناق، زيادة معدل ضربات القلب.
- التعرض مع منع الاستجابة: تعريض المفحوص للوساوس ومنعه من تنفيذ الاستجابة الطقسية
- التعرض المعمق
- النمذجة بالمشاركة
- الغمر في الواقع أو في العيادة: يواجه الشخص أكثر المواقف المقلقة أو المخيفة شدة وبصفة مباشرة بالتخيل أو في الواقع دون تدرج ودون استعمال الاسترخاء.
- إزالة الحساسية المنتظم (مفهوم التثبيط المتبادل): استرخاء -تعرض (Cottraux, 2020, pp. 119-121)

ترتبط حسب (Bouvet, 2020) بعض تقنيات التعرض باضطرابات معينة:

- التعرض للمثيرات الجسمية الداخلية مع نوبات الهلع
- التعرض الفعلي الواقعي مع المخاوف النوعية والاجتماعية
- التعرض بالتخيل، والتعرض المعمق مع اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وحالات القلق المعمم
- التعرض مع منع الاستجابة مع الأعراض الطقوسية لدى حالات الوسواس القهري

ما هي شروط فعالية التعرض؟

يعدد (Bouvet, 2020) أهم شروط فعالية التعرض والوصول إلى مرحلة التعود

- تكرار التعرض للموقف، حتى يتم إدارته بشكل جيد، قبل الانتقال إلى مواقف أخرى.
- يجب أن يحدث التعرض إلى القلق المتوقع، والذي يمكن أن يعتاد عليه المفحوص بالتدريج.
- يجب أن يكون التعرض كاملاً، دون مناورات تجنب خفية من شأنها أن تساعد على استمرار المشكلة.
- أن يستغرق التعرض فترات طويلة أو لفترة كافية على الأقل حتى يهدأ القلق.
- يجب أن ننتظر انخفاضاً بنسبة 50% على الأقل من شدة القلق.
- يكون التعرض تدريجي ومرتب ترتيباً سُلّمياً، يبدأ من الوضعيات الأقل إثارة للقلق إلى أشدها إثارة للقلق. وهذا حتى لا نخيف المفحوص فينسحب من العملية العلاجية، ونحدث انطفاء الاستجابة الانفعالية بجرعات صغيرة ونعيد له القدرة على التحكم مرة أخرى ونبين له أنه قادر على التغلب على خوفه: تأثير التعميم الإيجابي المتوقع.
- يكون التعرض متكرر ومنتظم: لا يكفي التعرض لمرة واحدة للتخلص من الخوف أو القلق
- يجب أن يكون منتظماً وممارساً في سياقات وأماكن متنوعة،
- يجب أن يكون التعرض بالتخيل قبل التعرض الفعلي في الواقع خاصة إذا كان القلق قويا جدا
- يجب أن يكون التعرض في البداية من خلال حصص مقاربة ثم تتباعد بالتدريج، في مكتب الاستشارة وكمهام منزلية.
- لكي يكون التعرض محضراً جيداً لابد من العمل على توقعات المفحوص السلبية من خلال التنقيف النفسي حول عمليات التعود والانطفاء، كما يمكن إعطاء أمثلة شخصية وتوضيح أهمية التخلص من التجنب وقد يحتاج المعالج القيام بإعادة البناء المعرفي قبل اقتراح تقنيات التعرض على المفحوص.

مراحل عملية التعرض

- 1-تحديد السلوكيات أو الوضعيات المسؤولة عن تنشيط القلق أو الخوف
- 2-تقييم الوضع (الموقف) المخيف
 - منذ متى وهو يخاف أو يقلق من هذا المثير أو هذا الموقف؟
 - ما هو الخطر الذي يحاول تفاديه حقاً، بما ذا يذكره الموقف؟
 - من المهم في هذه الخطوة الحصول على الكثير من المعلومات والملاحظات.
- 3-إنشاء قائمة متدرجة من المواقف المخيفة، من الأسهل إلى الأصعب للمواجهة، يمكن أن تكون هذه المواقف حقيقية أو متوقعة.

4-يبدأ التعرض بشكل عام في الجلسات، ولكن من المهم تكرار الجلسات في المنزل، يجب على المريض أولاً أن يضع نفسه في حالة من الاسترخاء، سيكون أقل عرضة للقلق، ثم يواجه أدنى موقف مخيف بمفرده مع شخص قريب.

5-يجب على المريض البقاء على اتصال مع هذا الموقف أو فيه دون تجنبه، حتى تتخفف شدة القلق بمقدار ثلاثة أرباع.

6-على المفحوص أن يبقى على اتصال مع الشيء أو الموقف المخيف حتى تتخفف درجة القلق، أو يصبح غير خائف

7-يتم تكرار الجلسات على الأقل كل يوم، وكلما دعت الضرورة، حتى يدرك المريض أن الموقف الذي واجهه لم يعد يشكل عقبة بالنسبة له.

كيف يتم التعرض للمثيرات الجسمية مع ذوي نوبات الذعر؟

- ضع قائمة بالأحاسيس الجسدية التي تولد القلق
- رتبها ترتيباً سلمياً
- يمكن التعريض لها بطرق عديدة حتى يتعود عليها المفحوص ويتكيف معها
- الإحساس بنقص الهواء (تطلب منه التنفس من خلال قصبه القش)
- الخفقان القلب (تطلب منه صعود السلالم عدة مرات مثلاً، ...)
- الدوار والدوخة(تطلب من المفحوص التحرك في حركات دائرية)
- الحرارة / العرق (عن طريق النشاط البدني)

كيف يمكن التعرض الفعلي(في الواقع)؟

- حدد المواقف التي يتم تجنبها
- حدد مستوى الشدة من 0 إلى 10 مثلاً لكل موقف
- رتبها سلمياً من الأقل شدة إلى الأشد
- ابدأ بالموقف الذي يولد أقل قدر من القلق
- إذا كانت جميع المواقف تولد الكثير من القلق، فيمكن أن تبدأ بالتعرض بالتخيل
- الهدف هو تعلم تحمل القلق وليس القضاء التام عليه.

متى يتوقف التعرض الفعلي(في الواقع)؟

- عندما يكون الشخص قادر على تحمل القلق (الحد الأدنى من الانزعاج)
- عند اختفاء الرغبة في الهروب من الموقف الذي كان مخيفاً من قبل
- عند التخلص من الاعتقاد بأن شيئاً خطيراً سيحدث
- عدم استخدام سلوكيات تجنب أو ما يعرف بالإجراءات المطمئنة
- عندما يصبح المفحوص يتعرض عفويا إلى مواقف عديدة مشابهة للموقف المخيف
- قد يكون من المفيد أن يُطلب من المفحوص أن يتنبأ بما سيحدث قبل التعرض وأن يأخذ الوقت الكافي للتحقق بعد التعرض مما إذا كانت توقعاته واقعية أم لا.

كيف يتم التعرض مع منع الاستجابة عند مرضى الوسواس القهري؟

- التعرض للوسواس والامتناع عن اللجوء إلى السلوك القهري/الطقوس
- التوقف عن تجنب الأماكن / المواقف / الأنشطة / العواطف المرتبطة بالوسواس القهري
- تعلم أن أسوأ المخاوف تبقى مجرد مخاوف ولا تتحقق غالبا
- نحن بذلك ننزع فتيل الدائرة المفرغة (تفقد الوسواس أهميتها وشدة تأثيرها، وتصبح أقل تكراراً وشدة وغزواً)

مثال عن ترتيب هرمي لوضعيات يخشاها المصاب بالوسواس القهري يعاني من طقوس المراجعة والتفحص المتكرر خشية من حدوث شيء كارثي إذا لم يفعل ذلك.

- مغادرة المنزل والاكتفاء بفحص الغسالة مرة واحدة فقط: 10/4
- مغادرة المنزل بدون فحص الغسالة: 10/5
- مغادرة المنزل والاكتفاء بفحص النوافذ مرة واحدة: 10/6
- مغادرة المنزل بعد التحقق من الموقد: 10/6
- مغادرة المنزل بفحص قفل الباب مرة واحدة: 10/7
- مغادرة المنزل دون فحص النوافذ: 10/8
- مغادرة المنزل دون فحص الموقد: 10/8
- مغادرة المنزل دون التحقق من قفل الباب: 10/9

ما هي الإجراءات المطمئنة التي يتجنب من خلالها المفحوص التعرض المثير للقلق والمخاوف؟

قد يلجأ المفحوص إلى سلوكيات وإجراءات يتحايل بها أثناء عمليات التعرض تجنباً للشعور بالقلق والخوف وهي ما يسمى بالإجراءات المطمئنة ويمكن اعتبارها استمراراً لسلوك التجنب ولكن بصفة خفية وتتمثل في الإجراءات التالية:

- تغيير نمط الحياة اليومية: التسوق خارج أوقات الذروة بالنسبة للرهاب الاجتماعي وتجنب بعض الطرق (الطرق التي يمكن التوقف فيها)، واختيار أماكن معينة (المقاعد في نهاية الصف في السينما)، إلخ.
- اللجوء إلى بعض الأدوية المهدئة وحملها في الجيب
- الانشغال بالهاتف المحمول، مفاتيح السيارة، لبس نظارات شمسية،...
- الحاجة لمراقبة شخص آخر
- الانشغال بالأكل والشرب
- تشتيت الانتباه: قراءة، موسيقى، مناقشة...

يمكن السماح بالسلوكيات المطمئنة في أول عمليات التعرض، ولكن يجب على المفحوص أن يدرك أنه يجب التخلي عنها في المستقبل.

- قد يكون من المفيد في بعض الأحيان عمل قائمة لتلك الإجراءات المطمئنة
- يمكن تحديد ما إذا تم اللجوء إلى هذه الإجراءات خلال التعرض
- يجب أيضاً العمل على تقليلها: بحيث لا يدرك المريض ذلك بوضوح دائماً فلا بد من جعله يتعرف السلوكيات المطمئنة التي يلجأ إليها وتشجيعه على التخلي عنها شيئاً فشيئاً ...

الشكل رقم (6): عملية التعود بعد التعرض ل (Bouvet (2020)

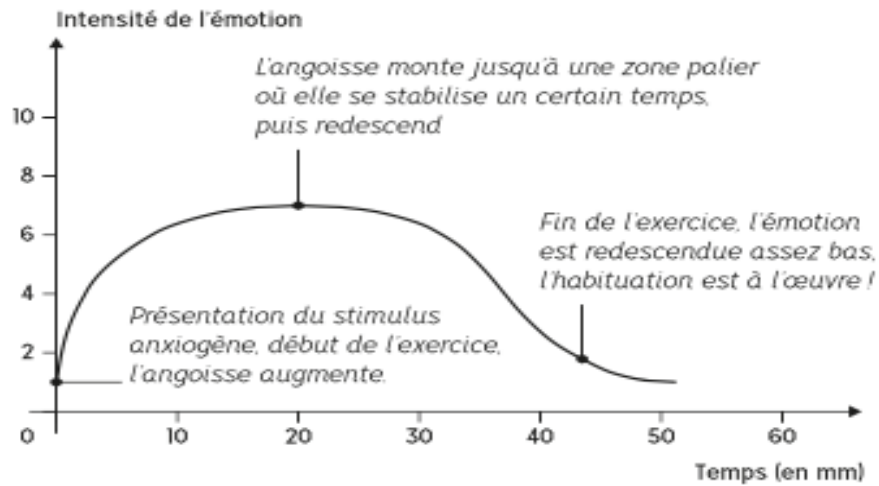


Figure 2.1 – Le cycle de l'anxiété durant une séance d'exposition

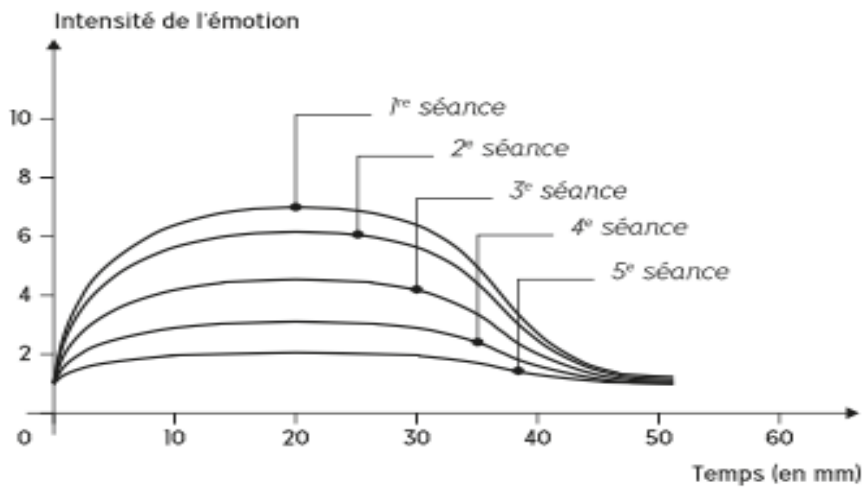


Figure 2.2 – Évolution de l'anxiété au fur et à mesure de la répétition de l'exposition

إزالة التحسس المنتظم (مفهوم التثبيط المتبادل): استرخاء - تعرض:

اقترحها جوزيف ولوبي (1915 -1997) هو طبيب نفسي سلوكي ولد في جنوب أفريقيا ونال الجنسية الأمريكية. كان أستاذاً للطب النفسي في كلية الطب بجامعة تمبل في فيلادلفيا، بنسلفانيا من عام 1965 إلى عام 1988. يمثل عمله بداية انتشار العلاجات السلوكية والمعرفية في عام 1958 وهو تقنية إزالة التحسس الممنهج أو المنتظم التي تساعد على إدارة حالات القلق والرهاب.

يستخدم جوزيف ولوبي العلاج السلوكي والمعرفي لمساعدة الأشخاص في التغلب على رهابهم من خلال إزالة الإحساس الفسيولوجي باضطراب الذعر تدريجياً أثناء المواجهة مع الموقف أو الشيء المثير للخوف. إنها طريقة لطيفة لإزالة التحسس.

يتلخص مبدأ إزالة التحسس المنتظم: في فكرة أنه لا يمكننا القيام بسلوكين متضادين في نفس الوقت (المشي أو الجري) بنفس الطريقة التي لا يمكننا الاسترخاء والذعر في نفس الوقت. هذا يسمى التثبيط المضاد.

لذلك فإن مبدأ الطريقة هو تطبيق تمرين «استرخاء» جسدياً على المفحوص مع تعريضه تدريجياً لمنبهات الرهاب ذات الشدة المتزايدة. عندما يكون المفحوص مسترخي، لا يمكنه الشعور بالذعر في نفس الوقت. بعد عدة جلسات، يتم تعديل سلوك المفحوص عن طريق التعود والربط بين «الاسترخاء» ومثيرات

القلق. <http://www.theraphobia.fr/definition-de-phobie/classification-des-methodes/la->

[/desensibilisation-systematique](http://www.theraphobia.fr/definition-de-phobie/classification-des-methodes/la-/desensibilisation-systematique)

3-التقنيات المعرفية

- التنقيف أو التربية النفسية
- تقنيات توكيد الذات (وفيه أيضا جانب سلوكي)
- حل المشكلات (وفيه جانب سلوكي)
- تقنيات إعادة البناء المعرفي: الحوار السقراطي، السهم النازل، السيناريو الأسوأ، أعمدة BECK، فحص الفرضيات، الاستكشاف موجه...
- تقنيات التعرض المعرفي:
 - التعرض من خلال التخيل التعرض بالحكاية أو السرد
 - الواقع الافتراضي
 - التعرض للاعتقادات السلبية والذكريات الصدمية، EMDR

النظرية المعرفية:

تستمد النظرية المعرفية فهمها للتوظيف المعرفي من الحاسوبية حيث تعتبر المثيرات المحيطة أو الداخلية معلومات يتم استقبالها وإدراكها وهي ما يسمى في اللغة الحاسوبية **مدخلات**، يتم إدراك هذه المعلومات ومعالجتها وتنظيمها وتصنيفها من خلال مخططات معرفية ووفق عمليات معرفية معينة تشبه البرمجيات، ما ينتج عن هذه المعالجة المعرفية يسمى حدثا معرفيا وقد يكون فكرة أو صورة أو حوارا داخليا وترافقه استجابة سلوكية أو انفعالية وهي ما يسمى في اللغة الحاسوبية **المخرجات**:

- المثيرات = المدخلات
- المخططات = معالجة المعلومات
- العمليات المعرفية = البرمجيات
- الحدث المعرفي = الناتج
- الاستجابة = المخرجات

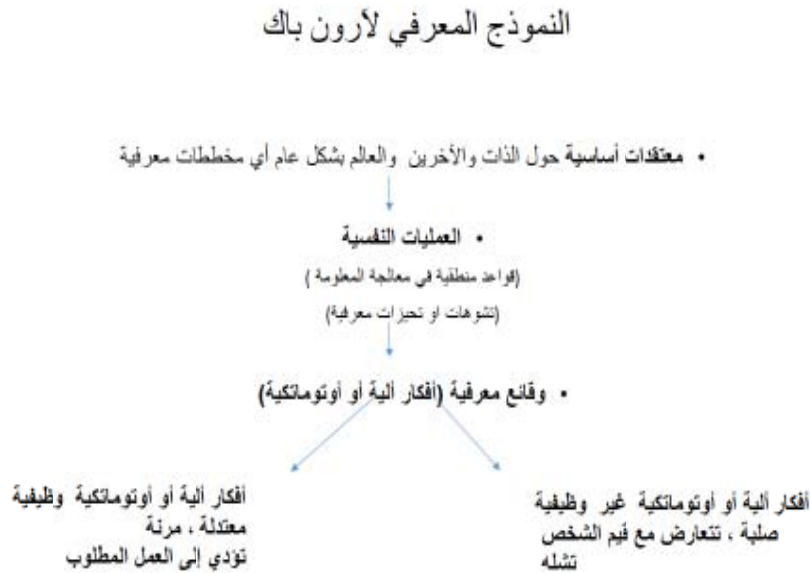
تفترض العلاجات المعرفية أن المشاكل النفسية مرتبطة بخلل وظيفي في معالجة المعلومات، وبشكل أدق بالأخطاء والتحييزات في طريقة التفكير والتقييم والاستنتاجات الخاطيء. ويُعتقد أن سوء معالجة المعلومات ينتج عن تفاعل العوامل البيولوجية وخبرات التعلم مدى الحياة.

النموذج المعرفي لآرون باك

حيث تركز تصرفاتنا قبل كل شيء على رؤيتنا للعالم. تتكون رؤية العالم هذه من معتقدات لا نعيها. تدور حول تصورنا لذاتنا والآخرين والعالم بشكل عام.

- معتقدات أساسية حول الذات والآخرين والعالم بشكل عام أي المخططات المعرفية.
- العمليات النفسية هي قواعد منطقية في معالجة المعلومة قد تصيبها تشوهات او تحيزات معرفية.
- وقائع معرفية وهي الأفكار الألية.

الشكل رقم(7): النموذج المعرفي لآرون باك



ما هي المخططات المعرفية؟ وما هي خصائصها؟

- هي بنيات معرفية مستقرة، ومخزنة في الذاكرة طويلة المدى.
- يتم تنظيم المخططات في شبكة تقوم هذه المنظمة بالرباط بين الذكريات الشخصية (الذاكرة البيوغرافية) والمفاهيم العامة وقواعد التوظيف (الذاكرة الدلالية)
- تعمل تلقائياً، دون إرادة الشخص ووعيه ولكنها قابلة للتفعيل أو التنشيط والإحياء.
- تحتوي المخططات تعليمات لفظية على شكل أوامر ذاتية حتمية
- المخططات تنتظم في كوكبة أو أنماط مستقرة بصفة نسبية

- تكتسب من خلال التجارب المبكرة من خلال التفاعل بين البنية العصبية المحيط.
- تنشطها الانفعالات التي تشبه وقت نشأتها
- تسهل المخططات استحضار الذكريات وفي نفس الوقت تسبب تشوهات منتظمة للبنى العقلية الجديدة.
- تعزز المخططات المعرفية معالجة المعلومات بطريقة سريعة ونمطية وشمولية
- تعطي المخططات المعرفية معنى للتجربة، وتحدد تصورنا، وعواطفنا وردود أفعالنا
- المخططات المعرفية غير المتكيفة توقعات مختلفة بدرجات متفاوتة.
- تميل المخططات إلى الاستدامة والصلابة وصعوبة تعديلها

المخططات المعرفية

- الحب: لكي أكون سعيداً، يجب على الجميع أن يحبوني
- الموافقة: تعتمد قيمتي الشخصية على ما يعتقد الآخرون عني
- واجب الآخرين نحوي: يجب أن يكون الآخرين صادقين ولطفاء معي دائماً
- الكمالية: يجب أن أفعل كل شيء بشكل مثالي، وإلا فإن قيمتي الشخصية هي صفر
- فرط السيطرة / فرط اليقظة: يجب أن أعرف كل شيء، وأن أفهم كل شيء، وأخطط لكل شيء.
- الاستقلالية المطلقة: يجب أن أفعل كل شيء بمفردي. طلب المساعدة من الآخرين هو علامة ضعف

- النجاح مهما كان الثمن: يجب أن أنجح في كل ما أقوم به، وإلا فأنا غبي.
- القانون الأخلاقي: يجب أن أكون دائماً لطيفاً مع الآخرين وإلا أنا شخص حقير

ما هي أهم التشوهات المعرفية؟

- الاستدلال التعسفي
- الاغفال الانتقائي
- الشخصنة
- التعميم المفرط
- التضخيم -التقزيم
- تفكير ثنائي القطب
- المنطق العاطفي
- الوصم ووضع علامات
- «لابد» و «يجب»

ما هي الوقائع المعرفية؟

تمثل منتج معالجة المعلومات من خلال المخططات والعمليات المعرفية. يتعلق الأمر بالأفكار التلقائية وتكون على عدة أشكال:

- إما فكرة أو صورة مرئية قد لا يدركها الفرد إلا إذا ركز عليها
- مونولوج أو حوار داخلي، ألفاظ ذاتية، أفكار، صور ذهنية
- تكون آلية، أي أنها عفوية وسريعة الظهور وليست نابعة من التفكير الممعن
- صيغت في جمل قصيرة ومشحونة عاطفياً
- لا إرادية ولا يسيطر عليها المفحوص
- غير شعورية
- قد تمر دون أن يلاحظها أحد
- تبدو عقلانية وصادقة بالنسبة للشخص
- متفاوتة الشدة -من صرخة داخلية إلى الضوضاء في عمق الفكر
- تسبق وتسبب انفعالات سلبية للشخص
- تخاطب في كثير من الأحيان الشخص نفسه
- قد تكون ذات طبيعة متنوعة: تفسيرات، التوقعات، أحكام القيمة صور ذهنية، ذكريات، مشاهد متخيلة

التقنيات المعرفية:

التثقيف أو التربية النفسية: هي عملية شبه تعليمية، يتم فيها تزويد المفحوص بمعلومات أو توضيحات من شأنها تسهيل انخراطه في العملية العلاجية، حيث تتناول في بداية العلاج شرح خطوات العملية العلاجية، وشرح دور المعالج ودور المفحوص، شرح الاضطراب أو الأعراض التي يعاني ومنشأها ومآلها، وعلاقتها باستجاباته، وكيف تؤثر على جوانب معينة من حياته، شرح مختلف الاختيارات العلاجية وشرح سبب اختيار تقنية علاجية معينة وكيفية استخدامها وكيفية تأثيرها على حالته...وأحيانا شرح كيفية سير بعض السياقات الفسيولوجية والانفعالية حتى يتمكن المفحوص من تشكيل تصور أكثر عقلانية. يمكن استخدام التثقيف النفسي في أي مرحلة من مراحل العلاج كانت فيها حاجة لتحسين معارف المفحوص أو تصحيح تفكيره حول موضوع ما .

تهدف التربية النفسية أو التثقيف النفسي إلى هدفين رئيسيين هما: تهدئة المفحوص وطمأنته من خلال منحه فهما عقلانياً للأمور والتخفيف من التضخيم والتهويل والتعميم أو العكس التقزيم والاستهانة، كما تحقق شكل من أشكال إعادة البناء المعرفي أو إعادة التأطير المعرفي حيث تضع الأمور في سياقها

المنطقي لدى المفحوص وتسهل عليه التعامل مع صعوباته والانسجام متطلبات العملية العلاجية. (Bouvet, 2020, p. 113).

نستعمل عدة أساليب حيث نقدم معلومات علمية، وأحيانا إحصائيات، أو أمثلة عامة أو أمثلة شخصية، كما نستخدم الرسوم والمخططات التبسيطية على الورق أو على السبورة، وأحيانا نوجه المفحوص نحو مصادر المعلومات كالكتب أو الأفلام أو الفيديوهات.

تقنيات توكيد الذات:

يرتبط السلوك التوكيدي بالتعبير عن النفس دون قلق كبير، والتعبير عن مشاعر المرء بشكل مريح، أو ممارسة حقوقه دون إنكار حقوق الآخرين» (Speed et al., 2018، ص 1). فعندما نفتقر إلى التوكيد، نجد صعوبة في الدفاع عن أنفسنا وتأكيد ما نريده ونحتاجه ونشعر به. ويمكن أن يظهر بعدة طرق، بما في ذلك الموافقة المفرطة والعدائية المفرطة (Speed et al., 2018).

يشمل التدريب على توكيد الذات التدريب على المهارات السلوكية التي يفتقر إليها المفحوص، كالرفض، التعبير عن طلب، المدح، تقبل المدح، ... ويشمل أيضا إعادة البناء المعرفي للأفكار المقلقة التي من المحتمل أن تؤدي إلى سلوك التجنب.

لعب الأدوار:

وهي طريقة تستخدم بشكل متكرر أثناء العلاج لإعادة تنشيط الصدمات النفسية والانفعالية أو محاكاة الوضعيات العلائقية الصعبة، ويهدف لعب الأدوار إلى:

- تخفيض استجابة القلق
- التعرض التدريجي
- التدريب على المهارات الاجتماعية
- لعب الأدوار كاشف للإدراك السلبي والتشوّهات المعرفية
- وعي أفضل بالذات ومن ثمة زيادة الشعور بالهوية
- زيادة الإحساس بالكفاءة الشخصية
- زيادة وتيرة السلوك التوكيدي في الحياة اليومية

تقنية حل المشكل:

تهدف هذه التقنية إلى تطوير المهارات الشخصية فكرية كانت أو انفعالية والمهارات العلائقية لحل المشكلات وتمثل مراحل تقنية حل المشكل فيما يلي:

1. تحديد المشكلة
2. البحث عن جميع الحلول الممكنة
3. تقييم مزايا وعيوب كل حل مقترح
4. اختيار الحل الذي يتميز بأكثر مزايا وأقل عيوب مع تحديد كيف يمكن تنفيذه عملياً
5. تقييم الوسائل اللازمة للحل المختار
6. التأكد مما إذا كانت هذه الوسائل متوفرة للحل المختار
7. إذا لم تكن كذلك، اختيار حل غيره (أو ربما إعادة تحديد المشكلة)
8. تطبيق الحل وتقييم نتائجه، (Bouvet, 2020, p.115)

تقنيات إعادة البناء المعرفي:

• **جداول وأعمدة لآرون باك:** إنها أداة رئيسية للعلاجات المعرفية والعلاجات السلوكية المعرفية التي تسمح باستكشاف الأفكار المضطربة لدى لمفحوص من أجل مساعدته على تحليلها بشكل أفضل. هذه الأداة تمكن المفحوص من تناول المشاكل المختلفة في حياته بشكل أكثر عقلانية وكفاءة. وهي عبارة عن جداول قد تحتوي على 3 أو 5 أو 10 أعمدة

- هدفها زيادة الوعي بالأفكار المصاحبة للانفعالات السلبية
- استجواب الأفكار لفحص صحتها
- البحث عن تفسيرات أكثر واقعية
- استكشاف وتعديل المعتقدات الخاطئة الأساسية (المخططات)
- الربط بين الأحداث والأفكار والانفعالات والسلوكيات.
- مع العلم أن هذه الأفكار المختلفة تؤدي إلى أفعال ومعتقدات غير متكيفة. (Bouvet, 2020, p. 107)

المساءلة أو الحوار السقراطي: هو مصطلح يستخدمه BECK لوصف استخدام الأسئلة لتعزيز التغيير المعرفي بحيث يساعد المفحوص على الخروج بإجاباته الخاصة بعناية باستخدام سلسلة من الأسئلة مع مراعاة عدم فرض إجابات أو مناقشة تصورات المفحوص أو تفسيراته: لا حكم ولا مواجهة. وتكمن فوائد هذه التقنية فيما يلي:

- جمع المعلومات أكثر من المفحوص
- انخراط أكبر للمفحوص
- فعالة خاصة إذا كان المفحوص هو الذي يبحث عن البديل ويجده
- يقترح إعادة تقييم وبدائل (Bouvet, 2020, p. 106)

أمثلة عن الحوار السقراطي:

- ما هي الأدلة المؤيدة أم المضادة؟
- ما هو الدليل الذي تبني عليه؟
- دعونا نرى ما إذا كانت الأشياء مثل هذه قد حدثت بالفعل.
- ما هي مصادر معلوماتك؟ هل سيكون من الممكن رؤية الأمر بشكل مختلف؟
- هل هناك تفسيرات أخرى محتملة؟ ماذا يمكن أن يفعله لك شخص آخر؟
- إذا وضعت نفسك في موقف الشخص آخر، فما وجهة نظرك الآن؟
- ما هي احتمالات حدوث أسوأ شيء؟
- وإذا حدث أسوء ما تخشاه، ماذا ستكون العواقب؟
- هل سيكون أسوأ بكثير؟ هل يمكنك التأقلم؟
- كيف تتصور رؤية للمشكلة بعد 20 سنة من الآن؟

تقنية السهم النازل:

تهدف هذه التقنية إلى التعرف على التشوهات المعرفية والمخططات المعرفية العميقة الكامنة وراء سلوك أو تفكير المفحوص من خلال طرح متواصل ومتكرر لأسئلة كسهم نازل يحفر ويستكشف ويدفع المفحوص إلى التعبير عن أحاسيسه وأفكاره الأكثر عمقا في كل مرة إلى غاية انتهاء حججه أو تبريراته أو تفسيراته. (Bouvet, 2020,p.110)

المهام المنزلية في العلاجات السلوكية المعرفية:

أنواع الأنشطة المنزلية وشبكات العمل والملاحظة الذاتية المطلوبة من المفحوص في العلاج السلوكي المعرفي

- تعيين / كتابة المهام المنزلية مع تسجيلها في كراسة العلاج
- الملاحظة الذاتية
- التسجيل الذاتي
- تدوين الملاحظات

- أوراق المراقبة والمتابعة المنشأة مسبقا مثل أعمدة باك
- تخطيط النشاط
- التقييم الذاتي للانزعاج أو القلق عن طريق الوحدة الذاتية لتقييم شدة المعاناة
- لعب الأدوار
- التعرض للمواقف التي يجب التعرض لها.

4-تقنيات وعلاجات الموجة الانفعالية -المعرفية:

تطمح علاجات الموجة الثالثة إلى شمولية وتكاملية أكثر بالمقارنة مع الموجه السلوكية والموجة المعرفية، حيث تبنت الموجة الثالثة أدوات جديدة ومنها: الوعي التام، التخيل، القبول (الرضا)، القيم الشخصية، المرونة النفسية، الوعي الذاتي، الجانب الروحي، الميتمعرفية (حيث نخرج من أنفسنا لمراقبة والتعرف على طريقة تفكيرنا)، العلاجات التالية مصنفة ضمن الموجة الثالثة:

- العلاج بالقبول والالتزام
- التنشيط السلوكي
- العلاج الذي يركز على التعاطف
- العلاج الجدلي
- العلاج الميتمعرفي
- العلاج المعرفي القائم الوعي التام
- علاج المخططات المعرفية.

العلاج بالقبول والالتزام

يستخدم ACT الوعي التام كأحد أدواته الرئيسية وهدفه مساعدة الشخص على عيش حياة أكثر فائدة وإنتاجية من خلال تطوير «المرونة النفسية». ويتعلق الأمر أساساً بتعلم قبول ما لا يمكن التحكم فيه، ثم التعرف على الإجراءات التي من شأنها تحسين الحياة والمزاج والالتزام بها. هو علاج فريد يمكن تقديمه كعلاج قصير المدى أو علاج طويل الأمد (Harley therapy counselling blog, 2022).

التنشيط السلوكي:

علاج نفسي منظم وموجز يمكن تنفيذه فردياً أو جماعياً. قد يتطلب حوالي 15 جلسة أسبوعية. على الرغم من أنه تم تطويره في الأصل كعلاج للاكتئاب، فقد تم تطبيقه أيضاً على الاضطرابات الأخرى المرتبطة بالانسحاب والتجنب السلوكي، مثل اضطراب ما بعد الصدمة، وهو أحد مكونات العلاجات الأخرى، مثل العلاج المعرفي السلوكي.

بدلاً من الاعتماد على تطوير البصيرة من جانب المرضى، يستهدف التنشيط مباشرة، من خلال تشجيع السلوك القائم على الهدف والعمل على تقليل الحواجز مثل سلوكيات التجنب والاجترار. (Martell, Dimidjian 2007).

ثبت أن التنشيط السلوكي هو تدخل فعال من أجل علاج الاكتئاب وله خصائص علاجية يمكن دمجها في مسار الموجة الثالثة من العلاجات السلوكية المعرفية، حيث يتم تنظيم علاج الاكتئاب وفقاً لثلاثة مكونات رئيسية:

(1) تطوير التحالف العلاجي وكذلك عرض نموذج الاكتئاب والدائرة المفرغة للانسحاب الإكتابي

(2) التحليل والتخطيط الوظيفي للأهداف قصيرة وطويلة المدى

(3) ترسيخ المعرفة المكتسبة ومنع الانتكاس (Jacobson et al., 2010)

أولاً: تتمثل المرحلة الأولى من التنشيط السلوكي في تقييم السلوكيات الحالية للمفحوص وأسلوب حياته من أجل تحديد نقاط الضعف في عادات المفحوص اليومية (النظافة والنظام الغذائي ومدة النوم ووقت النوم ووقت الاستيقاظ، وما إلى ذلك)؛ ثم تتم مراقبة مستوى عدم النشاط، وتحديد سلوكيات الانسحاب والتجنب وكذلك تقييم الروابط بين المزاج والأنشطة اليومية.

ثانياً، يتخذ المفحوص والمعالج منهجاً موجهاً نحو الهدف، يهدف إلى مراعاة المفحوص في عاداته اليومية وأسلوب حياته؛ وتجنب السلوك المعاكس؛ واستعادة الأنشطة الممتعة والمجزية في حياته اليومية.

حيث يساعد المعالج المفحوص على توقع العقبات المحتملة، وإيجاد الحلول، ثم إدارة العقبات التي أعاققت تحقيق الأهداف المحددة مسبقاً، يتم تشجيع المفحوص طوال فترة التدخل وكل الأسبوع، كما يطلب منه التسجيل الذاتي للأنشطة المنجزة، وكذلك تقييم مستوى المزاج، قبل وأثناء وبعد النشاط من أجل ملاحظة تأثير الأنشطة المختلفة على المزاج والأعراض (Martellet al., 2010)

العلاج الذي يركز على التعاطف

علاج نفسي مصمم لمساعدة أولئك الذين يعانون من مستويات عالية من النقد الذاتي والشعور بالعار. يساعد على تعلم الشخص كيف يشعر بلطف تجاه نفسه والآخرين، وأن يشعر بالأمان والمقدرة في عالم قد يبدو ساحقاً. أسسه عالم النفس الإكلينيكي البريطاني بول ريموند جيلبرت، وهو نهج تكاملي يستخدم الأبحاث والأدوات ليس فقط من علم النفس، ولكن أيضاً من النظرية التطورية وعلم الأعصاب والبوذية (Harley therapy counselling blog, 2022).

العلاج الجدلي

طورته مارشا لنهان وهو علاج نفسي طويل الأمد يهدف إلى مساعدة الشخص على خلق حياة يشعر أنها ذات مغزى ويريد أن يكون فيها. ويعتقد أن طريقة القيام بذلك هي إيجاد التوازن الصحيح بين القبول والتغيير. لهذا السبب يطلق عليه العلاج «الجدلي». الجدلية هو مصطلح يشير إلى شيئين يبدوان متناقضين، ولكن يمكنهما العمل معاً. (Harley therapy counselling blog, 2022).

العلاج المعرفي القائم الوعي التام

علاج يجمع العلاج المعرفي القائم على الوعي التام بين أفضل الجوانب من العلاج المعرفي وتقنية الوعي التام. تركز MBCT على قبول الأفكار والمشاعر دون حكم، بدلاً من محاولة التخلص منها. هذا يجعل من السهل التعرف على التشوهات المعرفية وتصحيحها (Harley therapy counselling blog, 2022).

علاج المخططات المعرفية

عالم النفس الأمريكي الدكتور جيفري يونغ هو مبتكر علاج المخططات المعرفية، وبدأ لأول مرة في تجربة مفاهيمه في الثمانينيات. بعد تدريبه على العلاج المعرفي، وجد أن استخدام ما تعلمه يساعد العملاء المصابين بالاكتئاب، ولكن ليس بالضرورة أولئك الذين يعانون من مشاكل مدى الحياة مثل اضطرابات الشخصية. لذلك بدأ في إضافة عناصر أخرى إلى عمله، بما في ذلك عناصر العلاج النفسي الديناميكي ونظرية التعلق. هذا يعني أنه بينما رأت التقنيات المعرفية أن عملائه يعملون على تغيير الطريقة التي يتخذون بها الخيارات في الوقت الحاضر تجد جذورها في طفولتهم. ثم قام بدمج عناصر العلاج الجشطالتي، والتي تختلف تمامًا عن العلاجات المعرفية والنفسية الديناميكية. حيث يركز على نقل العميل إلى ما وراء المنطق إلى حالة حيث يمكنه إثارة ومعالجة المشاعر المدفونة في اللاوعي، من خلال سلسلة من التقنيات مثل التخيل و«عمل الكرسي» (التحدث إلى جزء آخر من «الذات» الذي تتخيله يجلس على كرسي آخر مقابلك). (Harley therapy counselling blog, 2022).

VIII. العلاج السلوكي المعرفي واضطرابات الحصر :

الضغط: مجموع استجابات فسيولوجية أي عصبية إيعاشية أمام أي خطر أو تهديد على الجسم أو أي تحدي أو تغير مفاجئ في محيط الشخص، هي استجابة تكيف طبيعية تسمح إما بمواجهة الموقف أو تجنبه، يتم تنشيط هذه الاستجابة عندما يدرك الشخص أن متطلبات الوضعية التي يواجهها تفوق موارده وقدرته على مواجهتها فتصبح مهددة لسلامته واتزانه.

الخوف: خشية ورهبة عقلانية في حالة مواجهة خطر وشيك أو التفكير في خطر وشيك، يكون الخطر وشيك أو متوقع ويدفع الخوف إلى الهروب وتجنب الوضعية

الحصر: حالة من التأهب واليقظة المفرطة غير الإرادية، وشعور مبهم بانعدام الأمن والقلق المؤلم، وتوتر عصبي نتيجة التوجس وانعدام التيقن. وتظهر على شكل استجابات مزعجة وشديدة ومستمرة يدور محتواها حول ما يمكن أن يحدث في المستقبل لكن دون أي سبب عقلائي. وتظهر استجابات القلق والحصر على عدة مستويات: فسيولوجي، انفعالي، معرفي، سلوكي

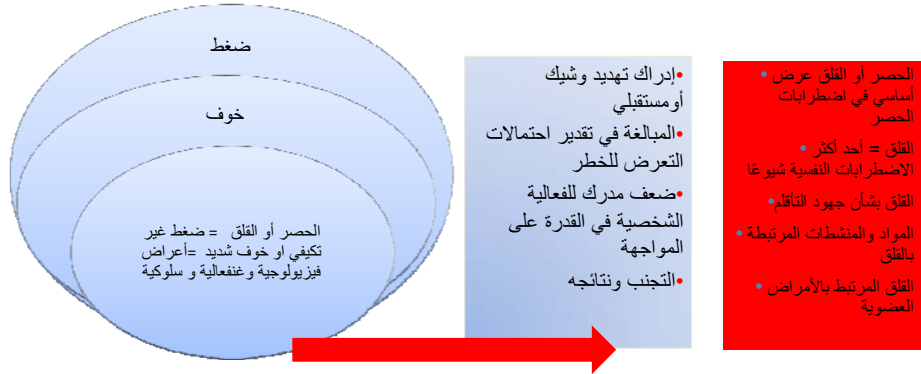
خصائص استجابة الحصر :

- إدراك التهديد: وهذا الخطر يتعلق بمستقبل قريب أو بعيد؛ وقد تكون خسارة مادية، أو معاناة بدنية أو عقلية، أو إهانة أو رفض، أو غير ذلك من أشكال الخطر الفعلي أو المعنوي. ... «هناك خطر يهددني ولا يمكنني تجنبه».
- ضعف فعلي أو مدرك للفعالية الشخصية في القدرة على المواجهة: حيث إذا كان الشخص يعتقد أنه يمكنه تجنب الخطر بسهولة أو التحكم فيه، فلن يكون هناك قلق أو حصر.
- المبالغة في تقدير التهديدات والخطورة والاحتمالات السلبية.

تتشأ استجابات الحصر من اللحظة التي يبدأ فيها المرء في الاعتقاد بإمكانية التعرض للخطر، وكما أصبح هذا احتمالاً أو يقيناً، زادت شدة القلق أو الحصر وبدأ الشخص بالتجنب وما يخلفه من عواقب.

ينتج الحصر عن العديد من الأسباب، فقد يكون عرضاً أساسياً في اضطراب من اضطرابات الحصر، أو يكون واحد من أعراض العديد من الاضطرابات العقلية والنفسية، كما يمكن أن يكون رد فعل عادي أثناء تكيف الشخص مع وضعيات الحياة. وقد يرتبط الحصر أيضاً ببعض الإصابات العضوية مثل أمراض الغدة الدرقية وغيرها، أو ينتج عن استهلاك بعض المواد المنشطة أو المخدرة.

الشكل رقم(8): مخطط يلخص الفرق بين الضغط والخوف والحصر

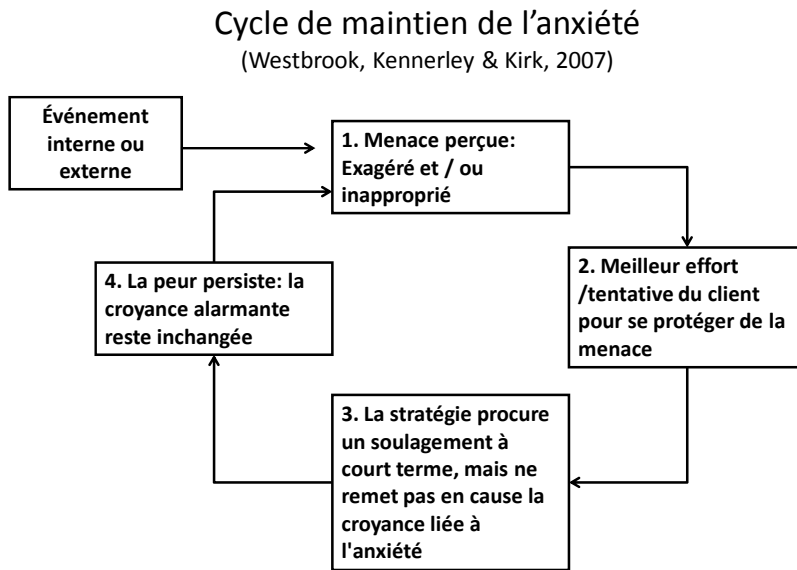


أهم النظريات المفسرة لآلية الحصر أو القلق:

النماذج السلوكية: القلق هو استجابة عاطفية مكتسبة، تثيرها بعض المحفزات البيئية

النماذج المعرفية: الذاكرة ووجود مخططات معرفية مضطربة أو غير متكيفة

الشكل رقم(9): Cycle de maintien de l'anxiété (Westbrook, Kennerley & Kirk, 2007)



الشكل رقم (10): الصياغة الطولية لآلية حدوث استجابة الحصر

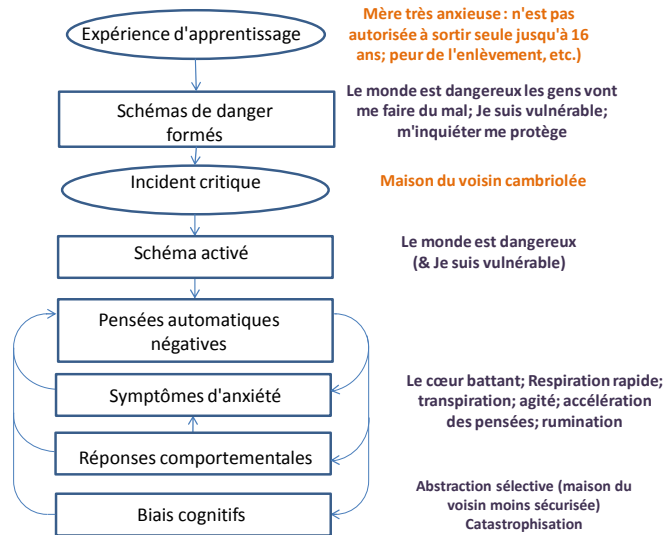
Formulation Longitudinale

Anxiété:
Théorie cognitive générale du trouble anxieux
Ref: Wells, A. (2007) Thérapie cognitive des troubles anxieux.
Chichester: John Wiley & Sons

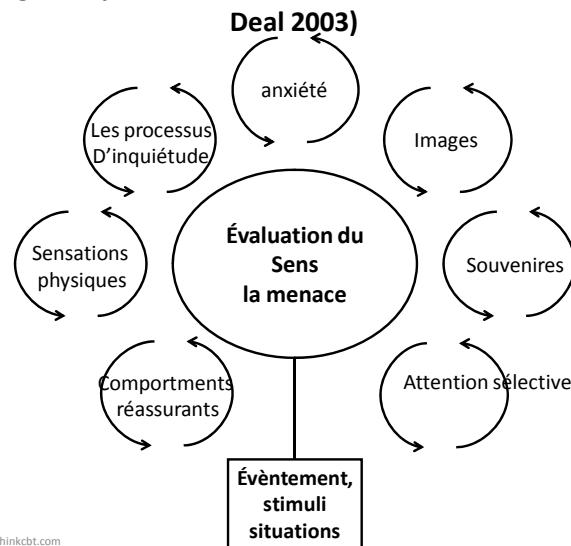
Je serai le prochain; J'ai besoin de plus de cadenas. Je dois avoir le numéro de la police à portée de main; Et si cela se produit quand je suis seul la nuit?

Planifiez les voies d'évacuation et l'emplacement des armes. vérifiez les serrures fréquemment; avoir mobile par lit; acheter un système d'alarme

© Think CBT Ltd. info@thinkcbt.com
01732 808 626 www.thinkcbt.com



الشكل رقم (11): Conceptualisation générale «Fleur vicieuse» (Salkovskis, Warwick et Deal 2003)



© Think CBT Ltd. info@thinkcbt.com
01732 808 626 www.thinkcbt.com

ما يجب أن يعرفه المعالج فيما يخص اضطرابات الحصر:

تميل اضطرابات الحصر إلى التلازم بكثرة، يعني احتمال تشخيص أكثر من اضطراب من اضطرابات الحصر لدى الحالة الواحدة ولكن يمكن تمييز اضطرابات الحصر المختلفة حسب ما يلي:

- أنواع الوضعيات أو المواقف التي يخشاها الشخص أو تجنبها (المواقف الاجتماعية، الظواهر الطبيعية ...)
- شدة ومدة أعراض الحصر /أو سلوك التجنب فقد تتراوح بين الخوف إلى نوبات الهلع ومن المتوقع والتوجس إلى الإجراءات المطمئنة والتجنب والهرب
- محتوى الأفكار أو المعتقدات المرتبطة بأعراض الحصر

ما يجب أن يعرفه المفحوص فيما يخص اضطرابات الحصر:

تعتمد المشكلة إلى حد كبير على الحل الذي يجده المفحوص لقلقه ولهذا عليه التعرف على استجاباته المبرمجة اتجاه الخوف وفي أي ظروف يتجنب المواقف المخيفة بالنسبة له

كما عليه أن يعرف أن التجنب يعزز المشكلة ولا يحلها لأنه:

- يمنع التعلم الجديد
- يقلل من الشعور بالسيطرة
- ويعمم الخوف على عدة مواقف لم تكن من قبل مخيفة

يتم تشخيص اضطراب من اضطرابات الحصر: إذا كانت ردود الفعل شديدة، وإذا استمرت لأكثر من 6 أشهر، وتوفرت الخصائص التالية:

- إدراك تهديد وشيك أو مستقبلي
- المبالغة في تقدير احتمالات التعرض للخطر
- ضعف مدرك للفعالية الشخصية في القدرة على المواجهة
- التجنب ونتائجه

1.العلاج السلوكي المعرفي والمخاوف النوعية أو المخاوف البسيطة

المخاوف النوعية في dsm5 (في اللغة العربية نستعمل إما كلمة مخاوف أو رهاب أو فوبيا)

المعيار أ: خوف مستمر وشديد وغير عقلاني أو مفرط، ناجم عن مواجهة أو توقع مواجهة شيء ما أو موقف معين (على سبيل المثال، ركوب الطائرة، والمرتفعات، والحيوانات، والحقن، مشاهدة الدم)

المعيار ب: يثير التعرض لمثير للخوف وبشكل ألي تقريباً رد فعل قلق وحصر فوري يمكن أن يأخذ شكل نوبة هلع مرتبطة بالموقف بالنسبة للأطفال، يمكن أن يظهر الحصر خلال البكاء أو نوبات الغضب أو التجمد أو استجابات التشبث

المعيار ج: يعي الشخص ويقر بالطبيعة المفرطة أو غير العقلانية للخوف الذي يشعر به

المعيار د: يتم تجنب المثيرات أو المواقف المسببة للخوف أو تُعاش بقلق وضيق شديدين.

المعيار هـ: يؤدي التجنب أو توقع الحصر أو المعاناة أثناء التعرض للموقف المخيف أو المواقف المخيفة إلى تعطيل كبير في عادات الفرد أو أنشطته العملية (أو أنشطته المدرسية) أو أنشطته الاجتماعية أو علاقاته مع الآخرين، أو شعور الشخص بمعاناة كبيرة لأنه لديه تلك المخاوف أو الرهاب.

المعيار و: بالنسبة للأفراد الذين تقل أعمارهم عن 18 سنة لابد من استمرار الأعراض المدة 6 أشهر على الأقل.

المعيار G. الحصر أو نوبات الهلع أو الخوف المرتبط بشيء ما أو بموقف معين لا يتم تفسيرها بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر.

هناك عدة أنواع من المخاوف المحددة النوعية والتي كانت تسمى مخاوف بسيطة:

- رهاب الحيوان: الخوف من الحيوانات أو الحشرات (يبدأ في الطفولة)
- رهاب الظواهر الطبيعية: الخوف من العواصف الرعدية والمرتفعات والمياه (يبدأ الطفولة)
- رهاب الحوادث والحقن والدم: قد يكون خوف عائلي وغالبا ما يتميز باستجابة إغماء
- الرهاب الموقفي: الخوف من وسائل النقل العام، والأنفاق، والجسور، والمصاعد، والطائرات، وقيادة السيارات، والمناطق المغلقة (البداية في مرحلة الطفولة ثم بين 20 و 30 سنة)
- أنواع أخرى: الحالات التي يمكن أن تؤدي إلى الاحتقاق أو القيء أو الإصابة بالأمراض، ورهاب الفضاء الشاسع.

الرهاب بشكل عام هو مخاوف ظرفية تقود الشخص إلى استخدام استراتيجيات التأقلم التي تسمح له بالتعامل مع الموقف المخيف. يعتبر تناول الكحول والمهدئات وحمل أشياء تمييزية كأن يحمل الشخص معه حرز يحميه هي جزء من هذه الإجراءات، وبالتالي فهو اضطراب حصر ولكنه يمكن أن يصبح معيقا للغاية ويسبب طلب المساعدة العلاجية. تظهر الأعراض الأولى المخاوف المحددة النوعية عادة أثناء الطفولة أو المراهقة المبكرة. تلت المخاوف عبارة عن مخاوف محددة النوع.

كما يبدو أيضا أن خطر الإصابة بالرهاب تتزايد بين أفراد الأسرة الواحدة، حيث تجدر الإشارة إلى أن الرهاب الذي يبدأ في مرحلة الطفولة ويستمر في مرحلة البلوغ لا يختفي تلقائيا إلا في 5/1 من الحالات وتتفاقم بعض الحالات إلى مضاعفات أخطر كالعزلة الاجتماعية ونوبات الاكتئاب.

تستخدم الكلمة اللاتينية Phobie /Phobia لتسمية الرهاب ويضاف إليها وصف نوع الرهاب مثل ما هو مبين في الأمثلة التالية:

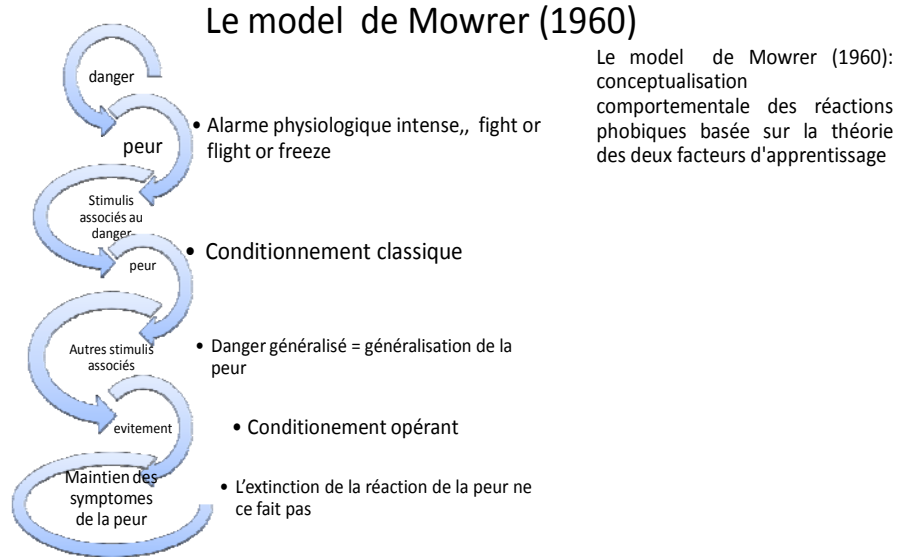
- الخوف من الأماكن المرتفعة Acrophobie
- الخوف من الأماكن الواسعة Agoraphobie
- الخوف من السرطان Cancérophobie
- الخوف من القيء Emétophobie
- الخوف من الدم Hématophobie

انتشار المخاوف النوعية:

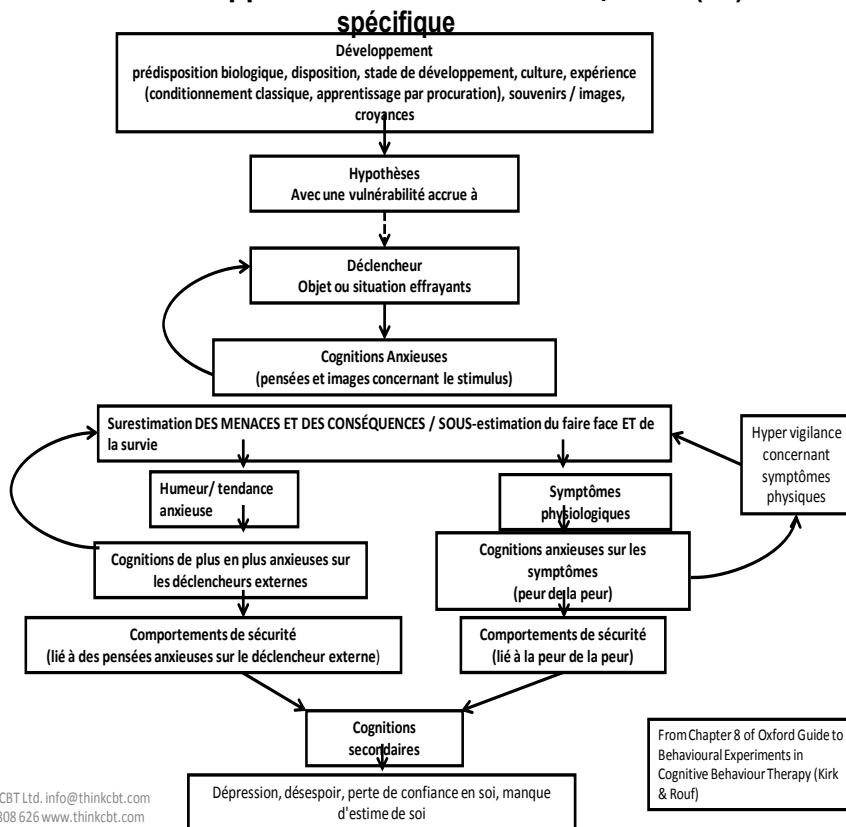
تنتشر المخاوف النوعية بنسبة 10 إلى 13 بالمائة لدى عينات عامة، عند النساء أكثر من الرجال، المخاوف الأكثر شيوعا عند النساء هي رهاب الحيوانات بينما عند الذكور فنجد رهاب الأماكن المرتفعة، كما قد نجد عدة مخاوف عند الشخص الواحد.

بعض النماذج التفسيرية للمخاوف النوعية أو المخاوف البسيطة

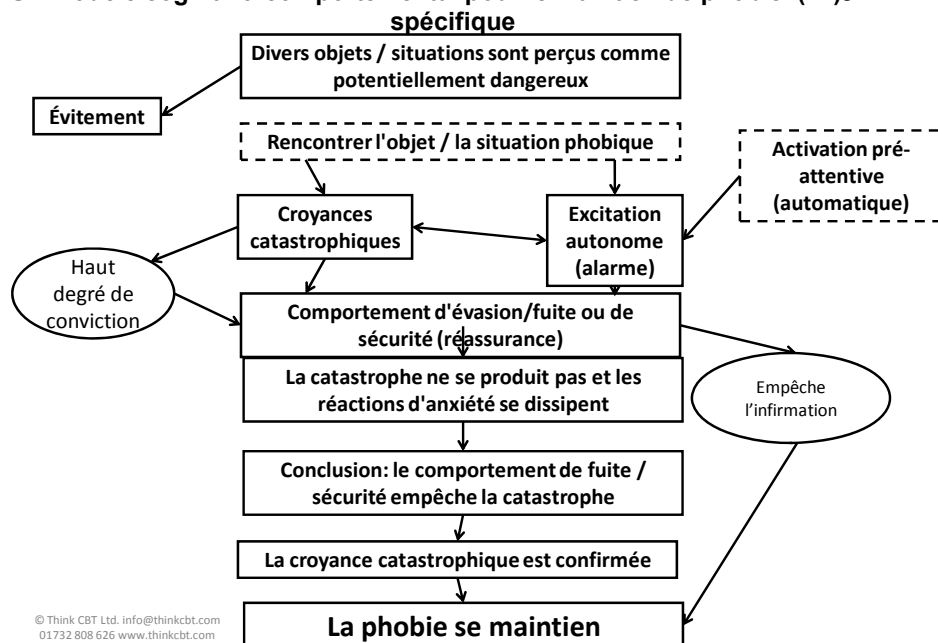
الشكل (12): نموذج مورر لتفسير المخاوف النوعية



الشكل (13): modèle de développement et de maintien de phobie



الشكل (14): Un modèle cognitivo-comportemental pour le maintien de phobie



التحليل الوظيفي للمخاوف النوعية:

• تحديد خصائص الوضعية الأولى التي ظهر فيها الخوف.

• تحديد العوامل التي أدت إلى استمرار العرضية الخوافية

• تحديد ما هو العامل المخيف بالضبط في تلك الوضعية (المثير المميز). (Lamy, 2012)

العلاج السلوكي المعرفي للمخاوف النوعية:

-العلاج الدوائي: البنزوديازيبين إذا كان القلق استباقي ومضاد للاكتئاب إذا كان المفحوص يستجيب بنوبة هلع أمام الموقف المخيف

-التثقيف النفسي : حول نوع الخوف، آلية الخوف، آلية التعريض والانطفاء ...

-التهدئة والاستقرار: متى؟ أي تقنية؟ كيف؟

-التعرض: تقنية إزالة الحساسية المنتظم (الاسترخاء، التعرض داخل مكتب الاستشارة النفسية)

التعرض الفعلي التدريجي، الإغراق، تقنية النية المتناقضة، أي الاستسلام للقلق وعدم مقاومته وبالتكرار ستخفض شدة الاستجابة الانفعالية بالتدرج. (Lamy, 2012)

2. العلاج السلوكي المعرفي والرهاب الاجتماعي أو المخاوف الاجتماعية:

الرهاب الاجتماعي: معايير التشخيص DSM-5

أ. الخوف أو القلق الملحوظ من موقف اجتماعي واحد أو أكثر يتعرض فيه الشخص لملاحظة محتملة من الآخرين. وتشمل التفاعلات الاجتماعية (على سبيل المثال، إجراء محادثة، مقابلة أشخاص غير معروفين)، وأن يكون محط الملاحظة (على سبيل المثال، الأكل أو الشرب) والقيام بأداء معين أمام الناس (على سبيل المثال، إلقاء خطاب)

ملاحظة: عند الأطفال، يجب أن يحدث القلق في سياق الأقران وليس فقط أثناء التفاعلات مع البالغين.

ب. يخاف الشخص التصرف بطريقة ما أو أن تظهر عليه أعراض القلق وتكون محط تقييم سلبي من طرف الآخرين (أي ستكون مهينة أو محرجة: ستؤدي إلى رفض الآخرين أو الإساءة إليهم)

ج . يسبب الموقف الاجتماعي دائما الخوف أو القلق.

ملاحظة: عند الأطفال، يمكن التعبير عن الخوف أو القلق من خلال البكاء أو نوبات الغضب أو الوقوف ثابتاً أو التثبث أو عدم القدرة على الكلام في المواقف الاجتماعية.

د. يتم تجنب المواقف الاجتماعية أو تحملها بخوف شديد أو قلق شديد.

هـ. الخوف أو القلق لا يتناسبان مع التهديد الحقيقي الذي يشكله الموقف الاجتماعي والسياق الاجتماعي والثقافي.

و. أن يستمر الخوف أو القلق أو التجنب لمدة 6 أشهر أو أكثر.

ي. يسبب الخوف أو القلق أو التجنب معاناة عياديه شديدة ودالة أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من المجالات المهمة.

ز. لا يرجع الخوف أو القلق أو التجنب إلى الآثار الفسيولوجية لمادة مستهلكة (مثل المخدرات أو الأدوية) أو أي حالة طبية أخرى.

ر. الخوف أو القلق أو التجنب لا يتم تفسيره بشكل أفضل من خلال أعراض اضطراب عقلي آخر

يمكن التمييز بين نوعين من المخاوف الاجتماعية:

النمط المحدد: حيث يتجنب الشخص ببساطة تقديم عرض معين أو محاضرة، يخشى الأكل في الأماكن العامة....

النمط المعمم: حيث يتجنب الشخص معظم المواقف الاجتماعية التي من المحتمل أن يكون فيها محط مراقبة وملاحظة وتقييم وهي تتعلق بالخوف من عدم التمكن من الدفاع عن النفس، أو التعرض للإذلال أو الرفض، أو عدم الحصول على أصدقاء، وفي بعض الأحيان يمكن أن تركز المخاوف الاجتماعية على المظهر الجسدي والأداء الاجتماعي و/أو الأداء الفكري.

يحصي (Stein et al., 1994) عدد من المواقف الاجتماعية ونسبة انتشارها

- التكلم أمام جمهور (عدد كبير وذو أهمية) 31 في المائة
- التكلم أمام حضور (مجموعة صغيرة) 7 في المائة
- مخاطبة أشخاص ذوي مكانة أو في مناصب السلطة 3.6 في المائة
- التحدث إلى الغرباء 3 في المائة
- المشاركة في التجمعات 1.3 في المائة
- الكتابة أمام أشخاص آخرين 1 في المائة
- تناول الطعام أمام الآخرين 0.8 في المائة

33.3 في المائة من عامة الناس يعانون من خوف من موقف واحد على الأقل من المواقف المذكورة في هذه القائمة

التشخيص الفارق: لابد أن نميز بين المخاوف الاجتماعية و باقي الحالات والاضطرابات المتعلقة بالجانب الاجتماعي

- الخجل: هو قلق معتدل، ويكون التجنب نسبي، حيث يظهر الشعور بعدم الراحة في بعض المواقف الاجتماعية منذ الطفولة وتختفي حالة الخجل أو تقل مع التقدم في السن ومع تراكم النجاحات.
- اضطراب الذعر
- رهاب الأماكن المغلقة أو المفتوحة حيث يتجنب الشخص الأماكن التي لا يمكن الحصول فيها على مساعدة الغير في حالة حدوث نوبة هلع
- الاكتئاب غير النمطي: قد يكون الانسحاب الاجتماعي و فرط الحساسية للانتقادات من أعراض أثناء الاكتئاب الجسيم.
- الذهان والشخصيات شبه الفصامية: حيث نلاحظ هيمنة الانسحاب الاجتماعي، عدم الاهتمام بالآخرين، اللامبالاة بحكم الآخرين. كما قد تبدأ بعض الذهانات أو يصاحبها قلق اجتماعي.
- خوف المسرح أو الارتباك: يتمثل في الإحساس بالقلق الشديد والعاور، ويقتصر على موقف ووقت معين. يمكن أن يحدث هذا الاضطراب في جميع المواقف ويتجلى في نوع من الشلل النفسي الجسدي
- على عكس الرهاب الاجتماعي، حيث يحدث القلق طوال فترة التعرض لتقييم وملاحظة الآخرين
- يشعر المصاب بالارتباك أو خوف المسرح بالقلق قبل التعرض ولكن قلقه ينخفض ويختفي مع تقدم التعرض.
- الشخصية المتجنبة - في تصنيفات DSM: الشخصية المتجنبة هي في الأساس مشكلة في العلاقة مع الغير ؛ بينما الرهاب الاجتماعي هو أساسا مشكلة في الأداء أما الغير - من الناحية العملية، من الصعب جدًا التمييز بين الشخصية المتجنبة والرهاب الاجتماعي، حيث أن اللوحة العيادية متقاربة جدا. - يمثل اضطراب الشخصية المتجنبة أعلى شدة للقلق الاجتماعي. بينما يعتبر الرهاب الاجتماعي المعمم أقل بقليل من الشخصية المتجنبة من حيث الشدة
- قلق الانفصال
- القلق المعمم
- المخاوف النوعية
- طيف التوحد
- الشخصية الشبه الفصامية

الوصف العيادي للمخاوف الاجتماعية:

• يمكن أن يظهر القلق الاجتماعي من خلال الأعراض الفسيولوجية التالية: الحلق الجاف، العرق، الارتعاش (اليدين والساقين والصوت)، خفقان القلب، الإحساس بالاختناق، الاحمرار، في الحالات القصوى، يمكن أن يؤدي هذا القلق إلى نوبة هلع. تبدأ المخاوف الاجتماعية تدريجياً في مرحلة الطفولة المتأخرة أو المراهقة المبكرة حيث يظهرون هؤلاء الأطفال كف، يتجنبون التواصل البصري وعند مواجهة الموقف الاجتماعي، تظهر عليهم الأعراض الجسدية التالية: تسارع معدل ضربات القلب، الاحمرار، العرق، فقدان مهارات التكيف بما في ذلك ذاكرة الاستحضار (الثقب الأسود)، الخوف غير العقلاني من السخافة. القلق الاجتماعي غالباً ما يستمر طوال الحياة ولكن تقل شدته وأحياناً يختفي في مرحلة البلوغ

تختلف شدة الاضطراب حسب ضغوط ومتطلبات الحياة المهنية والاجتماعية وقد يستمر الرهاب الاجتماعي ويشند في مرحلة البلوغ ولكن في سن 40 قد يتلاشى أو يتطور إلى مضاعفات تدريجية مثل تعاطي الكحول و/أو الاكتئاب.

يتعلق القلق الاجتماعي في مرحلة المراهقة والبلوغ بالرغبة في تجنب الظهور والمروء دون أن يلاحظه أحد، اختيار الألوان التي لا تجذب الانتباه، النمطية (أي تجنب التغيير أو أي شكل من أشكال الغرابة والالتزام بنفس قصة الشعر، ونفس نوع الملابس)، كما قد يرتبط القلق الاجتماعي في المراهقة أحياناً بتجربة رهاب التشوه (الأنف طويل جداً، شعر مجعد) وهذا ما يبرر عدم التحدث إلى الآخرين.

- القلق الاجتماعي عند الأطفال والمراهقين
- متوسط العمر الذي يظهر فيه القلق الاجتماعي هو 15 سنة مع الذروة الأولى عند سن 5 سنوات
- بداية خفية أو بعد تجربة عائلية ضاغطة أو مهينة
- يظهر خاصة عند الأطفال الخجولين والمتحفظين ولكن في بعض الأحيان يظهر الرهاب الاجتماعي بصفة مستقلة عن الخجل
- يظهر القلق في الحالات التي يواجه فيها الطفل أشخاصا غير مألوفين
- يحدث الانزعاج في العلاقات مع الأطفال الآخرين، وليس فقط البالغين
- يأخذ القلق الاجتماعي لدى الأطفال الصغار بعض المظاهر الخاصة مثل:
 - البكاء، ردود فعل غاضبة
 - الخفقان والارتعاش والغثيان
- وبعض المظاهر الأكثر نمطية
 - يكون الطفل متحفظ في القسم، يرفض المدرسة
 - وقد يعاني من صمت انتقائي

التحليل الوظيفي للقلق الاجتماعي: . حسب (Lamy (2012) يجب أن يحدد التحليل الوظيفي العوامل التالية لدى المفحوص الذي يقلق من المواقف الاجتماعية:

- المواقف الاجتماعية المخيفة
 - مستوى التجنب
 - موقف الشخص وأفكاره حول الموقف الاجتماعي واستجاباته الانفعالية وسلوكياته
 - ما الذي يخيفه في الموقف الاجتماعي: الحكم السلبي من قبل الآخرين؟
 - تعبير الجسم: الوضعية والتواصل البصري وتوتر العضلات ...
 - التعبير اللفظي: هل يستطيع المريض إيصال آرائه وأفكاره ومشاعره...
 - الأفكار المولدة للقلق: هل يقول المفحوص لنفسه عبارات قلق قبل أو أثناء موقف معين: «أنا متوتر وسيلاحظ الجميع ذلك"
 - هل هناك استراتيجيه عفوية: محاولة التعامل مع الموقف المولد للقلق = إستراتيجية يحتمل أن تكون فعالة ولكنها سيئة الاستخدام
 - العلاقات الشخصية: وجود بيئة داعمة للقلق الاجتماعي
 - الآليات النفسية الكامنة وراء الرهاب الاجتماعي
- يرى (Fenigstein (1987 أن أصل القلق الاجتماعي هو تصور التفاعلات الاجتماعية، كمجموعة من سلوكيات التقويم الخارجي بعبارة أخرى الملاحظة المفرطة للذات.
- يعتبر (Mark (1985 يرى أن الرهاب الاجتماعي يمثل صعوبة في تبني سلوكيات اتصال مُرضية، أي صعوبة في التعلم واعتماد سلوكيات الاتصال.
- آلية الترقب أو الاستباق وهي مجموعة من الاستجابات الفسيولوجية والسلوكية والمعرفية التي تسبق بعض المواقف أو الأحداث التي يجب أن يواجهها الشخص أو يتوقع حدوثها

العوامل المسببة للرهاب الاجتماعي:

- التفاعل بين المورثات والمحيط
- الاستعداد البيولوجي (التراث العائلي، الفطري)
- التأثيرات البيئية (التاريخ الشخصي والمكتسبات)
- 4 أنواع من التعلم (المحفزات وعوامل الإدامة):
- الأحداث الحياتية الصادمة (اعتداء والحوادث)
- أحداث الحياة المؤلمة والمتكررة (الإذلال وانعدام الأمن وما إلى ذلك)
- التعلم الاجتماعي (نموذج خوف الوالدين)
- استدخال الرسائل التحذيرية (التعليم)

نموذج كلارك وويلز (1995):

يصف العوامل المختلفة في الحفاظ على القلق الاجتماعي على الرغم من التعرض المتكرر للمواقف الاجتماعية، وكذلك العمليات التي تتدخل قبل وبعد هذه التعرض والتي تعزز المعتقدات السلبية وبالتالي تعزز الهشاشة في المواقف الاجتماعية المستقبلية.

المعتقدات المختلة:

معتقدات مختلة فيما يتعلق بالذات وبالآخرين الذين يمكن تصنيفها إلى ثلاث فئات:

- معايير الأداء الاجتماعي العالية بشكل مفرط (على سبيل المثال: احمرار الخدود علامة ضعف ولا ينبغي أن أبدي أي علامة ضعف أو قلق)
- المعتقدات المشروطة بشأن النتائج السلبية لبعض السلوكيات (على سبيل المثال: إذا أعربت عن رأيي الشخصي فسوف أرفض)
- معتقدات سلبية غير مشروطة عن الذات (على سبيل المثال: أنا لا أستحق الحب، أنا غير ملائم كشخص)

تدفع هذه المعتقدات الشخص إلى توقع تهديد اجتماعي بسبب الفشل المتوقع في تلبية المطالب الاجتماعية. وتفسير العناصر الغامضة في المواقف الاجتماعية بطريقة متحيزة بمعنى يتوافق مع معتقداته السلبية. على سبيل المثال، سيتم تفسير تناؤب من التعب من طرف المستمع كما لو أنه يشعر بالملل منه، والضحك في الجزء الخلفي من الغرفة كما لو كان الناس يضحكون عليه (شخصنة).

تركيز الانتباه على الذات:

يركز الأشخاص في المواقف الاجتماعية بشكل كبير على الأعراض الفسيولوجية والقلق والأداء. ويستخدم الفرد تصوراته الداخلية لبناء تصور لكيفية إدراكه من طرف الآخرين. ونظرًا لكون تصور الذات سلبي يرتفع إدراك القلق، ويستنتج الشخص أنه يُنظر إليه نظرة سلبية. يكون الشخص مقتنع بأن قلقه ظاهر بقوة أمام الآخرين (التفكير العاطفي)، والذي يُفسر على أنه فشل في بلوغ المعايير الاجتماعية التي تعتبر طبيعية (في حين أنها عالية). وبالتالي، يتوقع الفرد أن يتم الحكم عليه بشكل سلبي.

يمكن أن يقلل التركيز الشديد على الذات أيضًا من قدرة الفرد على التركيز بشكل فعال على المحادثة والإشارات الاجتماعية التي من شأنها أن تسمح بالتفاعل الهادف مع الآخرين (إدراك المشاعر، والحيل اللغوية، وفهم الموضوع...). هذا التركيز على الذات (بدلاً من المهمة) يعيق أيضًا تصور التعليقات

المحايدة أو الإيجابية من المحاورين. كما سيتم تفسير عدم وجود ردود فعل إيجابية على أنه دليل على الفشل. ستغذي ذكريات الفشل بعد ذلك التصور السلبي العام للشخص.

سلوكيات الطمأنة والسلامة:

السلوكيات المطمئنة هي مراوغات خفية تستخدم في محاولة لتجنب تحقق التوقعات السلبية في حالة مواجهة الموقف المثير للقلق.

- عدم المساهمة في المحادثات
- قلة الاتصال بالعين أو عدمه
- التخطيط مسبقاً لما سيقوله
- تناول الكحول أو غيره من المخدرات
- استخدام المكياج لإخفاء الاحمرار
- استخدام مضادات العرق
- ارتداء ملابس محتشمة
- الجلوس في أماكن تمكن من الخروج بسرعة (بالقرب من مخرج، في نهاية صف، بالقرب من الحمام).

يقترح كلارك وويلز أنه من ناحية، ينتج عن هذا التجنب تعزيز سلبي عن طريق تقليل القلق وزيادة الشعور بالسيطرة. ومن ناحية أخرى، عندما يمر الموقف الاجتماعي على ما يرام، يعزو الفرد النجاح إلى ما قام به من سلوكيات مطمئنة. ويمكن لسلوكيات الطمأنة هذه أن تخلق نبوءات ذاتية التحقيق prophéties auto-réalisatrices وبشكل عام، ستمنع سلوكيات الطمأنة هذه مهارات التفاعل الاجتماعي الطبيعي للشخص.

آلية الاستباق أو التوجس:

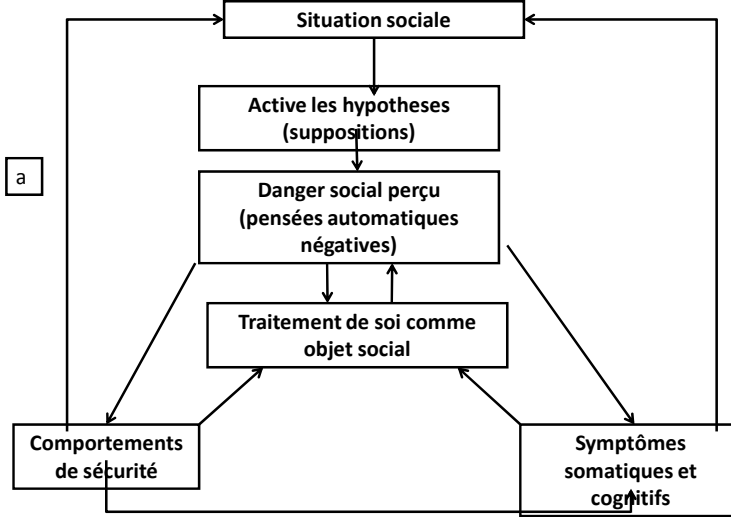
الأشخاص الذين يعانون من القلق الاجتماعي أحياناً يستبقون التفاعلات الاجتماعية قبل حدوثها بوقت طويل. هذا الترقب القلق بمثابة استهلال للقلق، لذلك يصبحون متمركزين حول أنفسهم ويتوترون قبل أن يدخلوا الموقف. فيؤدي هذا الترقب أيضاً إلى الكثير من التجنب. أمثلة عن أفكار الترقب السلبية التلقائية: لن أعرف ماذا أقول، سيجدني الناس غيباً، سأحجل، سأكون سخيفة. سوف أرتجف أو أتلعثم، سيرى الناس عدم ارتياحي ويعتقدون أنني غريب.

آلية تشريح الموقف أو اجتراره بعد حدوثه:

من الشائع أن يعيد الشخص التفكير في أدائه بطريقة سلبية للغاية وهذا ما يغذي الأفكار المنكرة السلبية التي ستغذي بدورها حكما سلبيا معمما (أنا غير قادر على إقامة علاقات اجتماعية، لست مثيِّرًا للاهتمام). مما يؤدي إلى انخفاض في احترام الشخص لذاته وزيادة رغبة الشخص في تجنب هذه المواقف. هذا يساعد في إدامة الاضطراب.

الشكل رقم (15): النموذج المعرفي للمخاوف الاجتماعية لكلاارك وويلز.

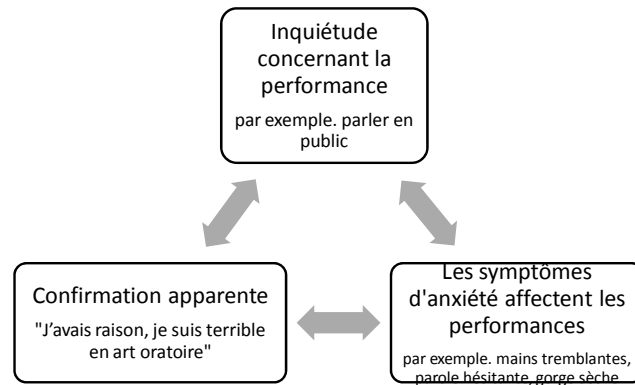
Modèle cognitif de phobie sociale [Clarks et Wells (1995) et Wells et Clark (1997)]



© Think CBT Ltd. info@thinkcbt.com
01732 808 626 www.thinkcbt.com

Wells, A., 1997. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

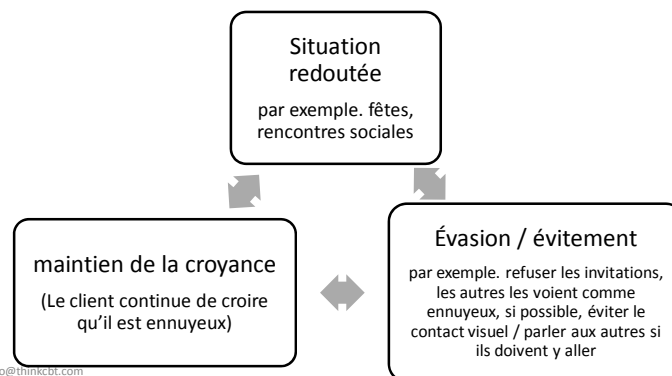
الشكل رقم (16): Cycles de maintien : Anxiété de performance



© Think CBT Ltd. info@thinkcbt.com
01732 808 626 www.thinkcbt.com

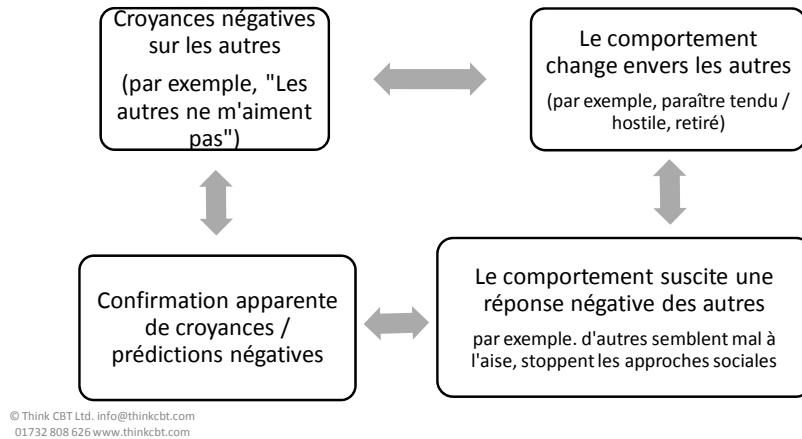
الشكل رقم (17): Cycle de maintien :

Évasion / évitement (p. Ex. Anxiété sociale)

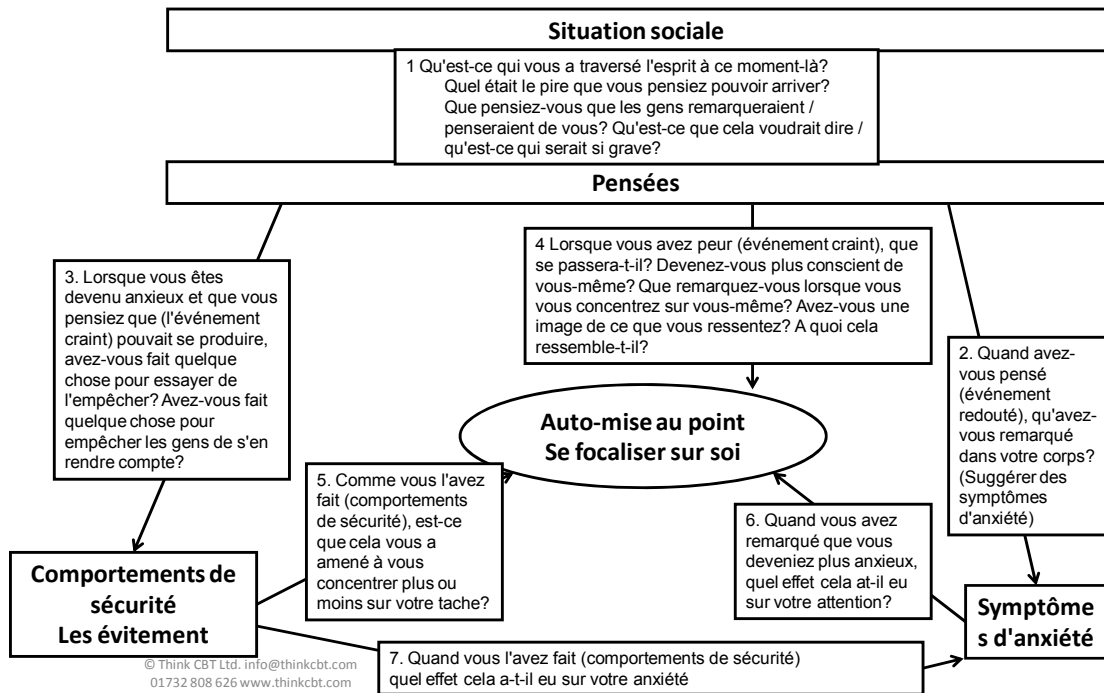


© Think CBT Ltd. info@thinkcbt.com
01732 808 626 www.thinkcbt.com

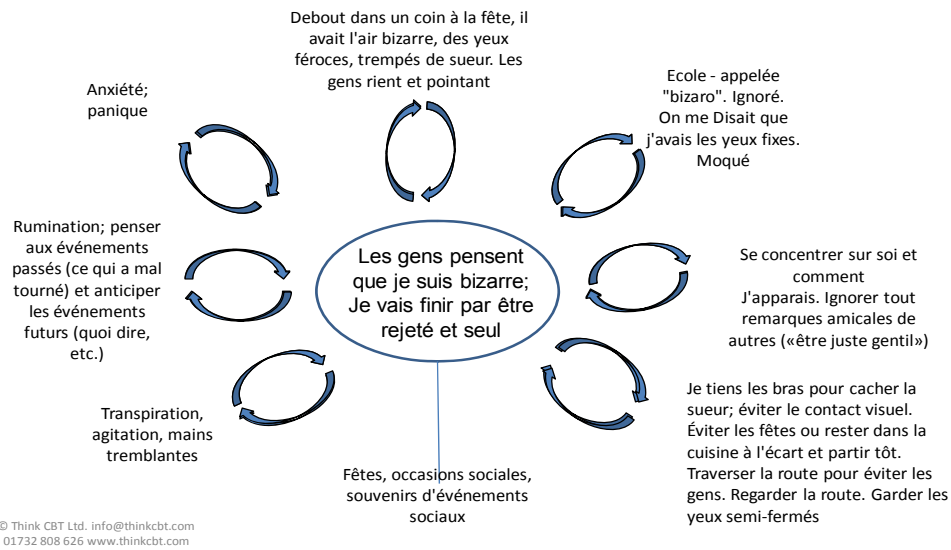
الشكل رقم (18) : Cycle de maintien
 Prophéties auto-réalisatrices



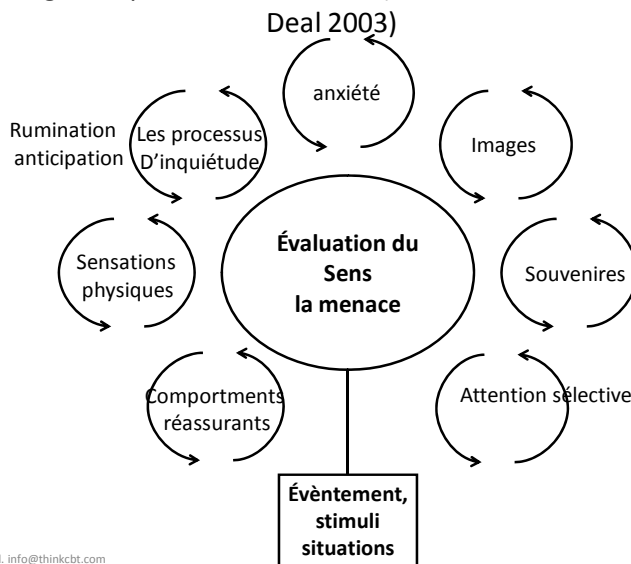
الشكل رقم (19) : Based on Wells 1997, adapted by Stopa



Modèle «Fleur vicieuse» (Salkovskis, Warwick & Deale) الشكل رقم (20):



Conceptualisation générique «Fleur vicieuse» (Salkovskis, Warwick et Deal 2003) الشكل رقم (21):



العلاج السلوكي المعرفي للرهاب الاجتماعي:

- التعرض داخل العيادة (بالتخيل، لعب الأدوار)
- النمذجة = تقليد الأقران
- إزالة الحساسية المنتظم
- التعرض التدريجي والسلمي
- التعرض الفعلي
- إعادة البناء المعرفي وتطوير تأكيد الذات: يتم تركيز الاهتمام على الأفكار التي تسبق المواجهة أو تصاحبها، ويتم استخدام تقنيات تأكيد الذات أي تعلم سلوكيات الاتصال
- العلاج الجماعي: التدريب على الحزم وتأكيد الذات (الاستماع، إعادة الصياغة، طرح الأسئلة) (التعبير عن الآراء، تأكيد الرفض، إلخ)
- لعب الأدوار السلوكية
- التعزيز من خلال المصادقة أو الإشادة عندما يظهر المفحوص تحسنا في السلوك (Lamy, 2012).

الخطة العلاجية المقترحة من طرف كلارك لعلاج الرهاب الاجتماعي

- تطوير نموذج خاص بالحالة
- تمرين التعلم التجريبي أو التعلم بالخبرة
- التغذية الراجعة المباشرة بالتسجيل الصوتي أو الفيديو إن أمكن
- تمارين التدريب على الانتباه
- مراجعة فرضيات الشخص حول البيئة الاجتماعية من خلال التجارب السلوكية (اختبار الفرضية)
- إدارة التوجس مما قد يحدث والقلق المرتبط باجتياز الماضي
- إعادة كتابة الذكريات المبكرة المرتبطة بالصور العقلية حول ما يحدث في المواقف الاجتماعية
- بناء تصور للذات الاجتماعية أكثر واقعية

3.العلاج السلوكي المعرفي واضطراب الحصر المعمم

معايير تشخيص اضطراب القلق المعمم في الدليل التشخيصي والإحصائي DSM5

اضطراب القلق المعمم هو قلق وانشغال مفرطان (توقع توجس) فيما يتعلق بعدد من الأحداث أو الأنشطة (مثل العمل أو الأداء المدرسي).يستمر 6أشهر أو أكثر حيث يواجه الشخص صعوبة في التحكم في هذا القلق .

- يرتبط القلق والانشغال بثلاثة (أو أكثر) من الأعراض الستة التالية (بعضها على الأقل موجود معظم الوقت في الأشهر الستة الماضية؛ ملحوظة: هناك بند واحد فقط مطلوب في تشخيص القلق المعمم لدى الأطفال):
- القلق أو الشعور بالإثارة المفرطة أو الإرهاق
- القابلية للتعب بسهولة
- صعوبة في التركيز والتذكر
- التهيج
- التوتر العضلي
- اضطراب النوم (صعوبة النوم أو النوم المتقطع أو النوم المضطرب وغير المرضي).

-يؤدي القلق أو المخاوف أو الأعراض الجسدية إلى معاناة كبيرة سريريًا أو اختلال الأداء الاجتماعي أو المهني أو أي عمل مهم آخر.

-لا يرجع الاضطراب إلى الآثار الفسيولوجية المباشرة لتعاطي مادة مثل المخدرات أو الأدوية أو حالة طبية عامة (على سبيل المثال، فرط نشاط الغدة الدرقية).

لا يتم تفسير الاضطراب بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر

متى يتوجب على العيادي التفكير في القلق المعمم كتشخيص؟، هناك عدة وضعيات قد تجلب انتباه الممارس

- شكاوى جسدية متعددة و/أو متكررة لا تفسر بالكامل بالأمراض العضوية
- طلبات الفحص المتكررة التي لا تطمئن المريض
- البحث عن علاجات أو وصفات طبية متكررة يصعب تخليص المفحوص منها
- ردود فعل مفرطة أمام أحداث الحياة

- تصرفات قد يصفها المفحوص أو محيطه بأنها غير طبيعية ومزعجة دون تمكنهم من ربطها بالضرورة بالقلق

الخصائص العيادية للقلق المعمم:

قلق وانشغال مفرطين

المخاوف قريبة جداً من الانشغالات والمنغصات اليومية (العمل والصحة والأسرة وما إلى ذلك) أو الأنشطة العادية (تقويت الحافلة)، ومع ذلك، فإن هذا الانشغال يكون:

- مستمر
- مستدام: ستة أشهر على الأقل
- لا يمكن التحكم فيه
- يركز على مواضيع كثيرة ومختلفة (موضوعين على الأقل)
- المجالات الأكثر حضوراً في انشغالات المصاب بالقلق المعمم هي:
 - المرض والصحة وخطر وقوع الحوادث (للشخص نفسه أو أقربائه)
 - المصاريف والمال
 - العمل أو المدرسة
 - المشاكل العائلية والمنزلية والعلائقية
 - تقويت موعد، وقوع حرب، سوء إيصال معلومات مهمة، كسر الأشياء
- تطغى الأفكار أو الصور العقلية على الواقع الموضوعي
- الاجترار المتكرر والمشحون بالقلق والتجريدي
- تصرفات تعزز التجنب (الطمأننة والتحقق والتسوية وما إلى ذلك)
- اجترار الانشغالات

أفكار وانفعالات وسلوكيات المصابين باضطراب القلق المعمم:

- صعوبة الاعتراف بأن انشغالاتهم وقلقهم على أنها مفرطة
- صعوبة التحكم في مخاوفهم وانشغالاتهم
- ضعف الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني لديهم
- صعوبات في منع الأفكار المقلقة
- صعوبة في الامتناع عن القلق
- يعيشون في شعور دائم بانعدام الأمن واليقظة المفرطة

- يستهينون بقدرتهم على مواجهة الخطر .
 - غير قادرين على وضع خطة معرفية متكيفة
 - لديهم اضطراب في التركيز (عدم القدرة على تركيز الانتباه على ما يفعلونه)
 - لا يتوقفون عن التفكير في مخاوفهم، ويعانون من الاجترار، المماثلة، التحقق...
 - يصغون غالبا إلى أجسادهم وأحاسيسهم، ويخشون موجات القلق بالإضافة إلى التجنب الانفعالي
- تختلف طبيعة المخاوف والانشغالات عند الأطفال والمراهقين عن تلك التي لوحظت عند البالغين: الأداء، والكفاءة المدرسية، والالتزام بالمواعيد = الامتثال، والكمال، وانعدام الثقة بالنفس.
- الفرق الآخر هو أن الطفل أو المراهق يقوده والداه، الذين قد تكون لديهم أحيانا توقعات غير واقعية بشأن أطفالهم (يجب أن يكون قادرا على العمل بشكل جيد في المدرسة، والتعبير عن عواطفهم...).
 - قد تكون مهمة المعالج بعد ذلك إعادة صياغة توقعات الوالدين بدلاً من محاولة تغيير سلوك الطفل بشكل مباشر.
 - وبالإضافة إلى ذلك، يجب على الوالدين المساهمة في تقييم وإنشاء
 - ينبغي تقييم دور بعض السلوكيات الأبوية في تطور اضطراب القلق المعمم لدى الطفل وإدامتها

تطور ومآل القلق المعمم:

يبدأ اضطراب القلق المعمم تدريجياً وغالباً ما يستقر في سن المراهقة ويصل إلى عتبة سريرية في سن 20 تقريباً. المصابين باضطراب القلق المعمم هم أقل من يطلب الاستشارة النفسية بالمقارنة مع المصابين باضطرابات القلق الأخرى، وعادة ما يستغرقون حوالي 20 عاماً في المتوسط منذ بداية الأعراض قبل طلب الاستشارة. كما يتميز هذا الاضطراب بتلازم كبير مع الاضطرابات الجسمية والعقلية

أفاد 66% من الأشخاص المصابين باضطراب القلق المعمم أنهم أصيبوا باضطراب من الاضطرابات التالية في الأيام 30 السابقة.

رهاب نوعي، رهاب اجتماعي، اضطراب مزاج، اضطراب الذعر، إساءة استخدام البنزوديازيبينات

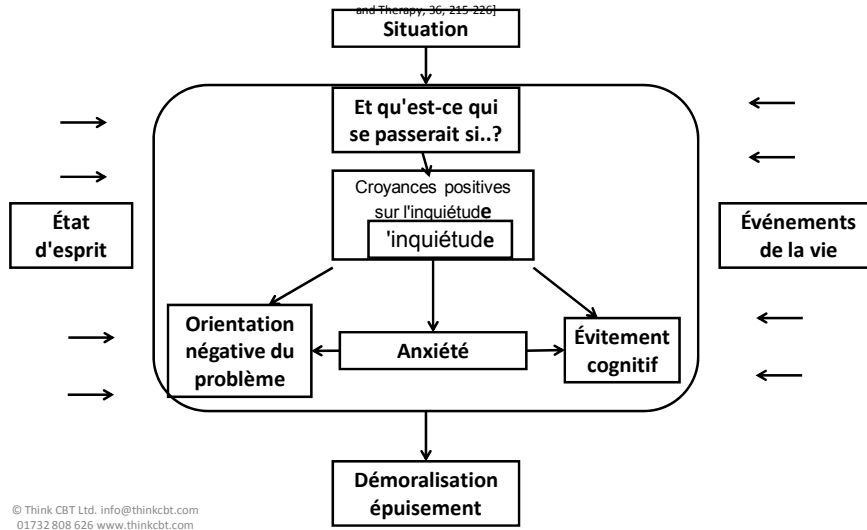
معدل انتشار القلق المعمم:

- ينتشر اضطراب القلق المعمم بنسبة 4-5% من العينات العامة
- وهو الاضطراب الأكثر شيوعاً لدى كبار السن الأكثر بالمقارنة مع اضطرابات القلق الأخرى

- وأكثر شيوعا عند الإناث أكثر من الذكور
- 80% من الناس لا يتذكرون بداية الاضطراب ولكن نادراً ما يبدأ بعد سن 20.
- هذا الاضطراب يشبه سمة شخصية.
- بعض النماذج المفسرة للقلق المعمم:

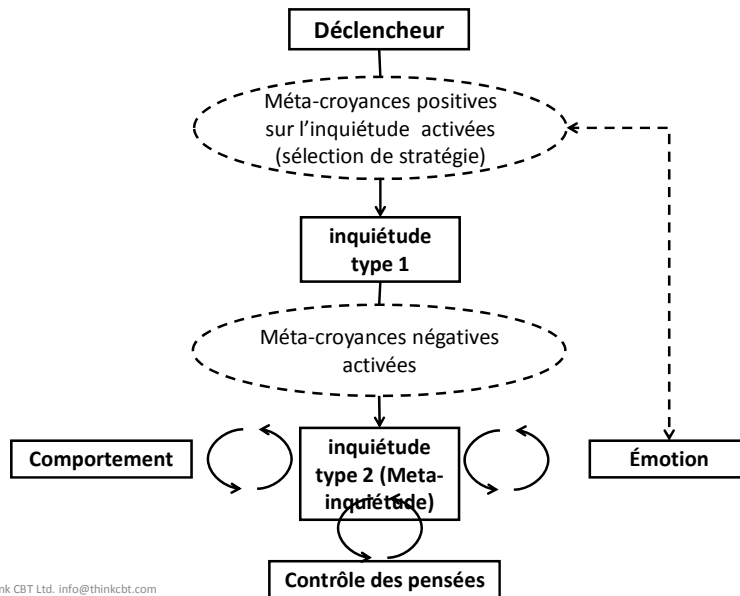
الشكل رقم (22): Modèle cognitivo-comportemental du trouble d'anxiété généralisé

[From Dugas, M.J., Gagnon, F., Ladoucer, R. & Freeston, M.H. (1998) Generalized Anxiety Disorder: A preliminary test of a conceptual model. Behaviour Research and Therapy, 36, 215-226]



© Think CBT Ltd. info@thinkcbt.com
01732 808 626 www.thinkcbt.com

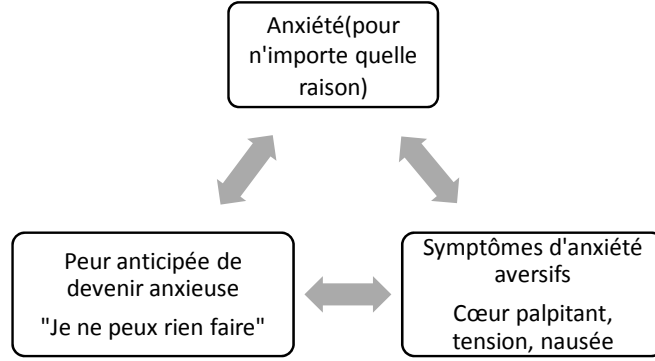
الشكل رقم (23): Un modèle cognitif de TAG (Wells, 1995)



© Think CBT Ltd. info@thinkcbt.com
01732 808 626 www.thinkcbt.com

الشكل رقم(24): Cycle de maintien

Peur de la peur (par exemple, cas de TAG)



© Think CBT Ltd. info@thinkcbt.com
01732 808 626 www.thinkcbt.com

التحليل الوظيفي لاضطراب القلق المعمم: حسب Lamy, (2012). البحث عن العناصر التالية

- البحث عن فوائد القلق والانشغال بالنسبة للمفحوص
- تقييم مستوى تحمل غياب التأكد وعدم اليقين
- تحديد ما هي المجالات التي يشملها الانشغال والقلق
- التعرف على كيفية حل المشكلات
- البحث عن التطير والخرافات والتجنب
- تحديد ما الذي يخيف المفحوص: عدم تحمل غياب التأكد وانعدام اليقين
 - لتحفيز الذات
 - لإيجاد الحلول
 - استعدادا للأسوأ
 - لتجنب الأسوأ
 - عدم التفكير في أشياء أكثر خطورة
 - لدرد الأسوأ

- 1. محتوى القلق
 - حدوث مشكلة أو كارثة
 - الخوف من الفشل أو عدم النجاح
 - الخوف من عدم سير الأمور على ما يرام، وعدم الاستعداد في الوقت المناسب
 - الخوف من الشعور بتوعك
- 2. الوضعيات أو الظروف التي تثير القلق والانفعال
 - ذهاب أحد أفراد الأسرة وخروجه من المنزل
 - السماع بمرض شخص ما
 - الكوارث أو المخاطر المبلغ عنها على التلفزيون أو في وسائل الإعلام
 - سوء الأحوال الجوية (الضباب والأمطار وما إلى ذلك)
 - رؤية الفقر والعنف في الحياة اليومية...
- 3. الوضعيات التي يتم تجنبها بسبب القلق والانفعال
 - الخروج من دائرة الأمان «القاعدة الآمنة»
 - القيام بشيء يمنع أو يعيق التفكير القلق
 - الانخراط في علاقة أو في مشروع
 - الاستعلام، والرغبة الحقيقية في الاستكشاف
- 4. السلوكيات التي تحافظ على القلق
 - عدم الجرأة على اتخاذ أي إجراء قد يعرض الشخص أو أحبائه للخطر،
 - إعادة النظر في الأشياء أو القرارات المتخذة بالفعل (المماثلة)
 - الحصول على جميع المعلومات المتاحة
 - الرغبة في التحكم في كل شيء أو التحقق منها شخصياً،
 - صعوبة الثقة في الغير أو تفويضه
 - التماس الطمأنينة
 - الوصول مبكراً جداً للمواعيد
- 5. الانفعالات التي تمنع المفحوص من التركيز بشكل كامل على شيء آخر.
 - يكف القلق عدد من السلوكيات ويعزز سلوكيات أخرى

- الخطة العلاجية السلوكية المعرفية لاضطراب القلق المعمم:
- التنقيف النفسي: شرح الاضطراب، وخاصة دارة الخوف وكيفية استمراره، شرح الأعراض الجسمية وربطها بالحالة النفسية كما يتم شرح التقنيات المقترحة للعمل العلاجي
- تعلم منهجية حل المشكل
- التعرض
- إعادة البناء المعرفي
- تفسير انفعالات المفحوص وتهديته عند الحاجة.(Lamy,P. 2012)

4.العلاج السلوكي المعرفي ونوبات/اضطراب الذعر:

معايير تشخيص نوبة الهلعفي الدليل التشخيصي والإحصائيDSM5

- تتمثل نوبة الهلع في الشعور المفاجئ والمتصاعد بالخوف والضييق الشديد
- تتميز بمجموعة من 13 عرضاً جسدياً ومعرفياً
 1. الخفقان أو زيادة معدل ضربات القلب.
 2. العرق.
 3. الارتعاش أو تشنجات.
 4. الإحساس بضيق في التنفس أو الاختناق.
 5. الشعور بالخنق.
 6. ألم أو انزعاج في الصدر
 7. الغثيان أو عدم الراحة في البطن.
 8. الشعور بالدوار أو عدم الاستقرار أو الدوخة أو الضعف.
 9. قشعريرة أو إحساس بالحرارة.
 10. الشعور بالخدر أو بالوخز.
 11. الإغماء (الشعور بعدم الواقعية) أو فقدان الشخصية (الشعور بالانفصال عن الذات).
 12. الخوف من فقدان السيطرة أو «الجنون».
 13. الخوف من الموت.
- قد ينطلق هذا الشعور المفاجئ بالهلع من حالة من هدوء أو حالة حصر وقلق.
- الظهور: قد يكون ظهور النوبة خفي، مفاجئ وعنيف
- تبلغ الأعراض ذروتها في دقائق
- نوبة هلع كاملة = أربعة أعراض أو أكثر
- نوبة هلع محدودة = أقل من أربعة أعراض.

اضطراب الذعر:

- نوبات هلع متكررة (بدون مثيرات واضحة)
- يشترط أن يأتي بعد شهر واحد من نوبة الهلع أحد المظاهر التالية:
- الانشغال أو القلق المستمر بشأن نوبات هلع جديدة وعواقبها (على سبيل المثال، الخوف من فقدان السيطرة، والإصابة بنوبة قلبية، والجنون)
- تغيير كبير وغير متكيف في السلوك فيما يخص نوبات الهلع (على سبيل المثال، تصرفات تهدف إلى تجنب النوبات، مثل تجنب التمارين الرياضية أو الوضعيات غير المألوفة).

- لا يرجع الاضطراب إلى الآثار الفسيولوجية لمادة مستهلكة (مثل تعاطي عقار أو دواء) أو حالة طبية أخرى (مثل فرط نشاط الغدة الدرقية واضطرابات القلب والرئة)

انتشار اضطراب الذعر:

- يبلغ تقدير انتشار اضطراب الذعر في العينات العامة على مدار 12 شهرا في الولايات المتحدة والعديد من الدول الأوروبية حوالي 2% إلى 3% بين البالغين والمراهقين.
 1. نوبات الهلع مدى الحياة أكثر من 20%.
 2. اضطراب الذعر مع رهاب الأماكن المكشوفة 2% إلى 6%.
- نوبات الهلع المعزولة: 15% في عينات عامة
- نوبات الهلع المتكررة: 4-7%
- اضطراب الذعر: 3.5%
- بداية مبكرة جداً لنوبات الهلع: 40% لدى المراهقين (15-24)
- اضطراب الذعر: بداية عند الشباب (29 عاماً)

تطور ومآل اضطراب الذعر:

- يميل اضطراب الذعر المتلازم مع رهاب الأماكن المكشوفة، إلى أن يكون مزمنًا للغاية، حيث يكون ماله أكثر إيجابية إذا كان غير متلازم مع رهاب الأماكن المكشوفة
- 10% شفاء عفوي بعد بضعة أشهر أو سنوات،
 - 30% استمرار متقطع لنوبات الهلع دون تأثير على نوعية الحياة،
 - 30% تطور مزمن دون تقادم الأعراض،
 - 30% تقادم اضطراب الذعر مع بداية المضاعفات (الاكتئاب وتعاطي المخدرات وما إلى ذلك)

أعراض الذعر المعرفية

تتميز نوبات الهلع بميل الشخص إلى الحركة وحث عاجل على الهروب ونادرا ما يقاوم يحاول المقاومة، حيث تنطوي نوبات الهلع على إثارة عالية للجهاز العصبي اللاإرادي وتتضمن في كثير من الأحيان تصورات عن تهديد وشيك، مثل الموت أو فقدان السيطرة والإصابة بالجنون أو أن يبدو سخيلاً

- هناك حالات ذعر دون محتوى معرفي: عدم وجود تصور لفقدان السيطرة أو الموت أو الجنون، على الرغم من وصف حالة من التنشيط الفسيولوجي والخوف الشديد

أعراض الذعر الليلي

- يعاني بعض الأشخاص المصابين من نوبات الهلع الليلية ويشير الذعر الليلي إلى الاستيقاظ من النوم في حالة ذعر مع ظهور أعراض مشابهة لنوبات الهلع التي تحدث أثناء حالات الاستيقاظ.
- 44% إلى 71% من الأفراد أصيبوا بالذعر الليلي مرة واحدة على الأقل و 30% إلى 45% أبلغوا عن ذعر ليلي متكرر

أعراض الذعر السلوكية

- تجنب المواقف أو الأماكن التي يمكن أن تحدث فيها نوبات هلع
- تجنب الأنشطة المسببة للذعر
- تجنب التجارب الحياتية الجديدة
- استراتيجيات لتنظيم المشاعر المختلة لأن... المبالغة في التقدير أو التقليل من شأنه
- التجنب من خلال سلوكيات مطمئنة:
- التحقق من القرب من الحمامات أو المستشفيات، وحمل الأدوية المضادة للقلق، بما في ذلك القوارير الفارغة
- إحضار أو التحقق من مكان وجود شخص آمن، غالباً ما يكون الشريك

أجريت تغييرات في DSM-5 لاضطراب الذعر ورهاب الأماكن المكشوفة، حيث أصبحت نوبة الهلع محددًا يمكن تطبيقه على أي تشخيص في اضطرابات الحصر

يتطلب تشخيص نوبة الهلع مع رهاب الأماكن المكشوفة الآن 2 أو أكثر من المواقف المخيفة، كما أصبحا الآن اضطرابين منفصلين ولكن متلازمين للغاية، حيث يظهر العديد من الأشخاص جميع خصائص رهاب الأماكن المكشوفة ولكنهم لم يصابوا بنوبة هلع كاملة أو حتى أعراض تشبه أعراض الذعر.

التشخيص الفارقي لاضطراب الذعر وتلازمه المرضي

- يتم تشخيص اضطراب الهلع أو الذعر يتكرر حدوث العديد من نوبات الهلع غير المتوقعة والتخوف المستمر من تكرارها/ وتغير السلوك الناتج عن نوبات الهلع.
- نوبات الهلع وحدها لا تستحق تشخيص الاضطراب
- قد يتلازم اضطراب الذعر والرهاب الاجتماعي واضطراب القلق العام واضطراب الاكتئاب الشديد وتعاطي المخدرات
- الاعتلال المشترك مع اضطرابات القلق الأخرى 53 في المائة
 - اضطراب القلق المعمم 25 في المائة
 - الرهاب الاجتماعي 15-30 في المائة
 - الرهاب النوعي 10-20 في المائة
- الوسواس القهري من 8 إلى 10 في المائة
- اضطراب الذعر يسبق الاكتئاب في 3/2 من الحالات
- قد يتلازم اضطراب الذعر وتعاطي المخدرات
- 25 إلى 60 في المائة يستوفون معايير اضطراب الشخصية، وخاصة اضطراب الشخصية المتجنبة واضطراب الشخصية التابعة
- نوبات الهلع الناجمة عن مواجهة مثير أي شكل من أشكال الرهاب
- نوبات الهلع ذات منشأ سمي (منشطات أو مخدرات) أو طبية أو دوائية
- نوبات الهلع المتعلقة بالتضخيم التدريجي للاجترار الاكتئابي أو القلق

السببية المقترحة لاضطراب الذعر:

عوامل الاستعداد المسبق

- الهشاشة البيولوجية
- المواقف الأبوية
- الضغوط المبكرة

العوامل المسرعة

- الصدمات
- الضغوط النفسية والاجتماعية
- الضغوط المزمنة

عوامل الإدامة

- العوامل المعرفية
- العوامل السلوكية
- الفائدة الثانوية
- العوامل الظرفية والفردية

السلوكيات والإشارات المطمئنة (أشياء وتصرفات مطمئنة)

- تقليل القلق على المدى القصير
- إدامة اضطراب الذعر عن طريق تجنب إبطال التوقعات الكارثية و/أو انطفاء الاستجابة الشرطية
- وجود علامات مطمئنة يعمل كمثبط شرطي يتداخل مع الانطفاء
- العلاج بالتعرض مع العمل على السلوكيات والإشارات المطمئنة أكثر نجاحًا من العلاج بالتعرض وحده
- تجنب المدركات الحسية الجسمية:

- عندما يرفض الشخص أن يكون على اتصال بأحاسيس جسدية معينة وانفعالات وأفكار
- فإنه يتخذ خطوات لتغيير شكل أو تكرار هذه الأحاسيس/المشاعر
- ويندرج أي شكل من أشكال الإلهاء للتخلص من القلق والأعراض المرتبطة بالذعر في هذه الفئة: مشاهدة التلفزيون ولعب ألعاب الفيديو وتناول الطعام
- وغالبًا ما يؤدي قمع الفكر والانفعالات إلى نتائج عكسية، مما يسهل عودة التفكير أو الانفعال التي تم تجنبها

الخصائص المعرفية

المعتقدات القوية والمخاوف من الأذى الجسدي أو العقلي الناتج عن الأحاسيس الجسدية المرتبطة بالذعر، وقد يؤثر القيام بتقييم شدة الأحاسيس على شدة الضيق الناتج هنا

الانفعالات، وسمات الشخصية وتجارب التعلق المبكرة: بين علم الأعصاب ارتباط الاستعداد لمعايشة المشاعر السلبية استجابة للضغوط بجميع اضطرابات القلق، بما في ذلك اضطراب الذعر. كما يوجد ارتباط بين التعلق المبكر غير الآمن وتطور اضطرابات القلق في وقت لاحق من الحياة

الصددمات والمرض خلال الطفولة:

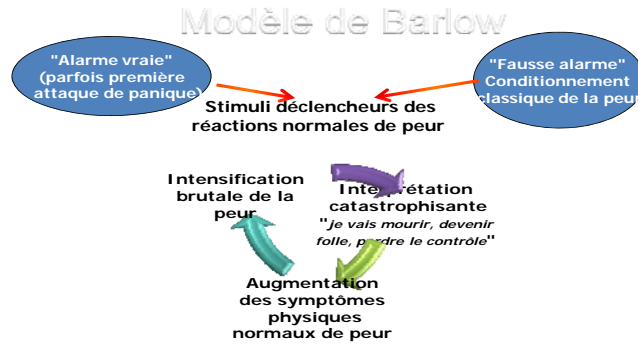
تزيد تجارب المرض في مرحلة الطفولة من خطر الإصابة اضطراب الذعر لاحقًا

تزيد تجارب الاعتداء الجنسي والجسدي في الطفولة من خطر الإصابة باضطراب الذعر لاحقاً

نموذج بارلو:

نوبات الهلع هي إنذارات كاذبة يتم فيها إطلاق رد فعل المواجهة أو الهروب في غياب مثيرات مهددة نوبات الهلع شائعة نسبياً بين عامة السكان، فلماذا يصاب بعض الأشخاص فقط باضطراب الذعر؟ لأنهم يعانون من الخوف من الخوف، ويسمى الحساسية للقلق والميل إلى تفسير أعراض القلق على أنها خطيرة ومهددة

الشكل رقم (25): نموذج بارلو



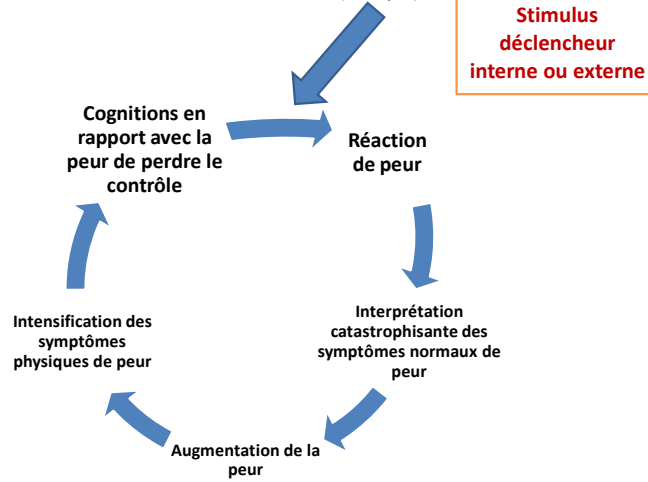
23

نموذج كلارك:

تعتبر الأخطاء الكارثية في تقييم أحاسيس الجسم (على سبيل المثال، تفسير أحاسيس الذعر على أنها علامات الموت الوشيك) ضرورية لتطور اضطراب الذعر واستمراره.

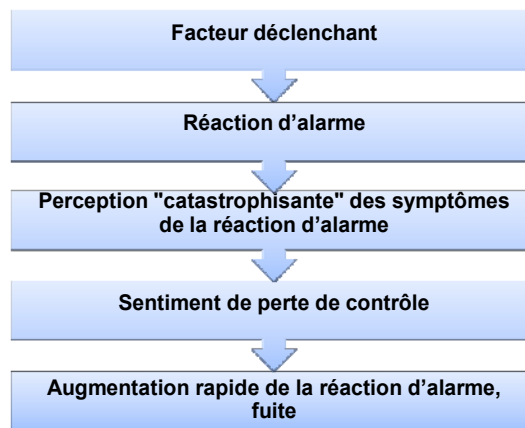
انتقد هذا النموذج لأنه لا يستطيع تفسير الذعر الليلي والذعر في غياب محتوى معرفي أثناء نوبة الذعر.

الشكل رقم (26): Modèle de Clark



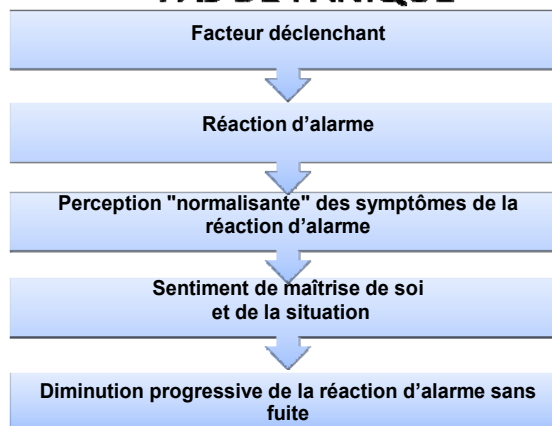
25

PANIQUE



26

PAS DE PANIQUE



27

اشراط الخوف المدرك داخليا interoceptif :

تصبح الأحاسيس الجسدية للإثارة أو القلق (على سبيل المثال، ارتفاع معدل ضربات القلب) مثيرات شرطية بسبب ارتباطها بالخوف الشديد أو الألم أو الضيق

لا تعتمد الاستجابات الشرطية الداخلية على إدراك العلامات المفجرة ويتم ملاحظتها حتى تحت التخدير

السببية البيولوجية: الوراثة: تمثل وراثه اضطراب الذعر حوالي 30% إلى 40%

تم تحديد عاملين وراثيين:

العامل الأول مرتبط بالميل المستمر لمعايشة الانفعالات السلبية

العامل الثاني مرتبط بأعراض الخوف (أي ضيق التنفس ونبضات القلب)

التحليل الوظيفي لنوبات الهلع:

• ما هي خصائص نوبات الهلع؟ الأحاسيس، تكرارها ومدتها ونوعها

- ما هي سوابق الحالة ؟
- العوامل المفجرة: الظرفية والأحاسيس الداخلية
- أخطاء التقييم: جسدية، معرفية، انفعالية، اجتماعية
- المثيرات المفجرة
- الأعراض الجسدية والعواقب المخيفة المتوقعة
- ردود الفعل السلوكية
 - التجنب -الهرب
 - البحث عن المساعدة
- ردود الفعل السلوكية الاستباقية
 - التجنب السلوكي
 - التجنب المعرفي والانفعالي
- السلوكيات المطمئنة
 - عقاقير مهدئة
 - أنشطة ملهية
 - استراتيجيات التحكم الخفية
 -

• المعتقدات الكارثية

- النتائج السلبية +
- المكاسب الثانوية +
- الظروف التي تحافظ على اضطراب الذعر . (Lamy,P. 2012)

الخطوط العريضة لعلاج اضطراب الذعر:

- التنقيف النفسي
- إعادة البناء المعرفي
- التعرض للمثيرات الحسية الداخلية
- التعرض الفعلي للمواقف المدركة على أنها خطيرة
- التدريب على التنفس . (Lamy,P. 2012)

كيف يتم التعرض للمثيرات الجسمية مع ذوي نوبات الذعر؟

- ضع قائمة بالأحاسيس الجسدية التي تولد القلق
- رتبها ترتيباً سُلُمياً
- يمكن التعريض لها بطرق عديدة حتى يتعود عليها المفحوص ويتكيف معها
- توليد الأحاسيس الجسدية
- الإحساس بنقص الهواء (نطلب منه التنفس من خلال قصبه القش)
- الخفقان القلب (تطلب منه صعود السلالم عدة مرات مثلاً، ...)
- الدوار والدوخة - (نطلب من التحرك في حركات دائرية)
- الحرارة / العرق (عن طريق النشاط البدني)
- يركز المفحوص على الأحاسيس المزعجة
- يتم تقييم شدة القلق كل خمسة دقائق
- يهدف هذا العمل إلى التعود على الأحاسيس والسماح بإعادة صياغة المعتقدات الخاطئة للمفحوص
- بأن هذه الأحاسيس خطيرة.
- نفس المبادئ: فك الاشرط، والتعلم بال تكرار، وانطفاء استراتيجيات التجنب . (Lamy,P. 2012).

5.العلاج السلوكي المعرفي لاضطراب رهاب الأماكن المغلقة/المفتوحة

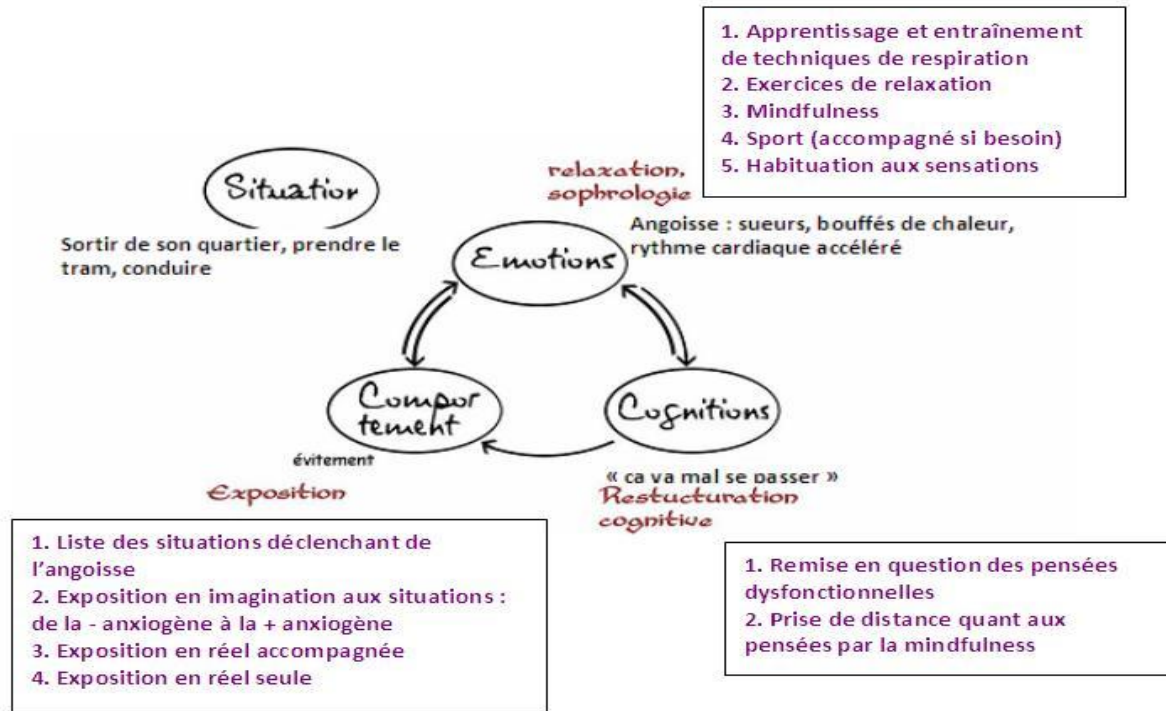
يُشخص اضطراب رهاب الأماكن المغلقة/المفتوحة حسب معايير تشخيص الدليل التشخيصي الإحصائي في نسخته الخامسة كما يلي:

- الخوف أو القلق الملحوظ بشأن 2 (أو أكثر) من الوضعيات التالية 5:
 1. استخدام وسائل النقل العام (مثل السيارات والحافلات والقطارات والسفن والطائرات).
 2. التواجد في الأماكن المفتوحة (مثل مواقف السيارات والأسواق والجسور).
 3. التواجد في الأماكن المغلقة (مثل المتاجر والمسارح ودور السينما).
 4. الوقوف في الطابور أو في حشد من الناس.
 5. التواجد خارج المنزل وحيدا.
- قد يخشى الشخص أو يتجنب هذه المواقف بسبب فكرة أن الإفلات من هذه المواقف قد تكون صعبا أو قد لا تكون المساعدة متوفرة في حالة الإصابة بأعراض الذعر أو أعراض معيقة أو محرجة أخرى
- غالبا ما تسبب المواقف المفتوحة الخوف أو التجنب.
- يتم تجنب المواقف المفتوحة بشكل فعال، وتتطلب وجود مرافق، أو تعاش بخوف أو قلق شديد.
- الخوف أو القلق غير متناسب مع الخطر الحقيقي الذي تشكله الأماكن المفتوحة والسياق الاجتماعي-الثقافي.
- يدوم الخوف أو القلق أو التجنب غالبا لمدة 6 أشهر أو أكثر

التحليل الوظيفي لاضطراب رهاب الأماكن المغلقة/المفتوحة:

- التوجس مما قد يحدث والقلق أثناء التواجد في الوضعية المخيفة
- المثيرات المفجرة
- التجنب والتجنب الجزئي أو الخفي
- ما الذي يخيف المفحوص: عدم الحصول على النجدة، وعدم القدرة على الهروب من الوضعية المخيفة .(Lamy,P. 2012)

الشكل رقم (27): ملخص التحليل الوظيفي لرهاب الأماكن المغلقة



الخطة العلاجية في حالة رهاب الأماكن المغلقة

- نفي المسببات العضوية والدوائية والمرض العقلي.
- تدابير تحسين نوعية الحياة: ممارسة نشاط جسمي، النوم الجيد، النظام الغذائي المتوازن، تجنب المواد المنبهة
- العلاج السلوكي المعرفي: فك الاشرط / إزالة الحساسية / إعادة البناء المعرفي وتأكيد الذات
- التعرض التدريجي والمتكرر لمثيرات رهاب الأماكن المغلقة و/أو المفتوحة مع منع التجنب.

6.العلاج السلوكي المعرفي واضطراب الوسواس القهري:

يعتبر اضطراب الوسواس القهري (OCD) أخطر اضطرابات القلق لأنه يعيق حياة الفرد ومحيطه. حيث يعاني الشخص من وساوس متكررة تولد لديه قلقاً شديداً تجعله يسعى إلى تخفيفه من خلال استراتيجيات تحييد مختلفة تسمى أيضاً «السلوكيات المطمئنة» والتي تتخذ عادةً شكل الإكراه أو الطقوس القهرية. حيث يدرك المصاب نفسه عدم عقلانية هواجسه وأفكاره المقترحة.

تغير تصنيف هذا الاضطراب في الإصدار الخامس من DSM والذي كان في محور اضطرابات القلق، وتم وضعه حالياً في فئة منفصلة تسمى الوسواس القهري وما يرتبط به.

يؤثر اضطراب الوسواس القهري على ما يقرب من 2 إلى 3٪ من السكان البالغين.

بشكل عام، يتساوى عدد الذكور والإناث الذين يعانون من الوسواس القهري. وقد يكون الوسواس القهري رابع أكثر الأمراض النفسية شيوعاً بعد اضطرابات الرهاب والإدمان (الكحول والمخدرات) والاكنتاب.

التحليل الوظيفي لاضطراب الوسواس القهري: على المعالج أن يحدد النقاط التالية:

- الأفعال القهرية: مثل الغسيل، المراجعة والفحص، البحث عن الطمأنينة، التجنب
- الأفكار: ماذا لو كنت ملوث بالجراثيم؟، ماذا لو نقلت العدوى لأشخاص آخرين؟
- الانفعالات:القلق والاشمئزاز والشعور بالذنب
- السلوكيات: الغسيل المتكرر، المراجعة والفحص، البحث عن الطمأنينة، التجنب

التحليلي الوظيفي للوسواس القهري حول فكرة إلحاق الأذى: قد أظن طفلي بسكين وما تسببه هذه الفكرة من القلق والشعور بالذنب

النشأة في إطار نموذج تربوي أو ديني صارم، الأم صارمة، كان من الصعب إرضاءها

الأفكار: أنا في خطر فقدان السيطرة. لا أريد أن أفعل هذا كما أن الأمهات الطيبات لا يفكرن في إلحاق الأذى

الانفعالات:القلق والشعور بالذنب

السلوكيات: يتجنب السكاكين والأشياء الحادة والتحقق من سلامة الطفل، طلب الطمأننة من الزوج، القلق على صحة الطفل، صعوبة الحمل والإنجاب قلقاً على الأطفال.

العلاج السلوكي بالتعرض مع منع الاستجابة (ERP)

الهدف العام هو مساعدة المفحوص على تحديد السلوكيات غير المتكيفة (على سبيل المثال، سلوكيات التجنب والطقوس) واستبدالها بسلوكيات أكثر صحة بالتدرج: التعريض للوضعيات والأفكار المخيفة والمتجنبة مع منع من الانخراط في أي سلوكيات غير متكيفة (الاستراتيجيات المطمئنة، والفحص، والعد، والغسيل، وما إلى ذلك من أفعال قهرية سواء فعلية أو ذهنية). تساعد كل من آليات التعود والتعلم في خفض القلق والتأكد من أن العواقب الوخيمة المخيفة المتوقعة من طرف المفحوص لن تحدث.

مثال عن الترتيب الهرمي للتعرض لوسواس التلوث

الوضعيات المثيرة للقلق والتجنب مرتبة حسب شدتها من 0 إلى 100

- تناول الأكل من على الأرض 100
- إعطاء الأكل لطفل صغير من على طاولة مطعم 90
- تناول الطعام الذي سقط على الطاولة في المطعم 90
- تناول طعامًا لزجًا دون غسل اليدين 80
- تناول البسكويت دون غسل اليدين أولاً 70
- لمس مقبض قاطرة مترو الأنفاق 65
- لمس الباب الرئيسي للمبنى العام 60
- لمس الباب الأمامي للمنزل 55
- لمس باب غرفة النوم 45
- لمس مقبض باب المستودع 40-35
- لمس مقبض باب خزانة صغيرة مستعملة بيد عارية 30-10

كيف يتم منع الاستجابة؟

منع أي سلوك موجه للتخفيف من القلق أو الانزعاج مثل طلب فتح الباب من طرف شخص آخر، وغسل اليدين، والبحث عن الطمأنينة.

- التحكم في المثير يجعل من الصعب حدوث الطقوس
- اختيار الطقوس التي يجب منعها (العميل يختار معاركه)
- تقليل الطقوس (توقيتها ومراقبتها تكرارها)
- تأجيل القيام بالطقوس (التسويق والمماطلة)
- فرض نشاطات أو إجراءات منافسة للطقوس (إجراءات تتعارض مع الطقوس)

الاستراتيجيات المعرفية (أمثلة)

الوضع: مغادرة المنزل

الفكرة الوسواسية المقتحمة: لم أطفئ الموقد وسيحترق المنزل.

التفسير: أنا لا أهتم بأسرتي لأنني أريدهم أن يتأذوا.

الانفعال: القلق

الطقوس: فحص الموقد بشكل متكرر

الرد العقلاني: هذه مجرد فكرة. لقد فكرت في هذا مرات عديدة ولم يحترق منزلي أبداً. هذا يدل على أن

الفكرة لا يمكن أن تتحول من تلقاء نفسها إلى أفعال.

- من المهم عدم مجادلة المفحوص أو طرح أسئلة فضولية
- من الأحسن إتباع منطق المفحوص
- أسأل المفحوص عن التناقضات المنطقية
- أعمل بالتعاون مع المفحوص

أهمية التثقيف النفسي في حالة الوسواس القهري: من المهم تطبيع حقيقة أن كل شخص تقريباً لديه أفكار مقتحمة من وقت لآخر وأن الاختلاف ليس في وجود الأفكار، بل في كيفية رد فعل الناس عليها، يمكن الاستعانة بخبراء لتقديم معلومات إضافية.

تقنيات معرفية متقدمة:

تقنية الخط المتواصل:

رسم خط متواصل ووضع نقيضي الفكرة في بداية ونهاية الخط، ثم يطلب من المفحوص أن يضع نفسه في نقط ما على الخط، ثم يطلب منه المراهنة بالمال على النتيجة (على سبيل المثال، المفحوص الذي يشعر بالقلق من حرق المنزل أي ما مقدار المال الذي يراهن به على احتراق منزله بحلول الوقت الذي يعودون فيه إلى المنزل؟)

يطلب من المفحوص عدم مقاومة الوسواس المقتحمة وجعلها تأتي باسترسال

يطلب من المفحوص التفاعل مع وساوسه بشكل مختلف أي أن يدع الأفكار تأتي وتذهب دون الرد عليها، ويطلب منه عدم اللجوء إلى الطقوس أو التصرف بطريقة معينة استجابة للأفكار لأن هذا سيقوي الوسواس القهري.

عندما تكون العواقب المخيفة غير قابلة للاختبار (على سبيل المثال، سأذهب إلى الجحيم لأن لدي أفكار سيئة) قد يحتاج المعالج إلى إشراك الآخرين (مثل رجال الدين الموثوق بهم) لتقديم معلومات/منظور إضافي.

IX. العلاج السلوكي المعرفي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة:

تتضمن العلاجات السلوكية المعرفية عادةً مزيجاً من التعليم النفسي والتعرض وإعادة البناء المعرفي والعلاقة العلاجية، يمكن إضافة طرق علاج سلوكية معرفية أخرى لحل المشاكل المرتبطة مثلًا: التدريب على إدارة الغضب وتوكيد الذات، التدريب على المهارات الاجتماعية، ومهارات الاتصال (Sabouraud-Séguin, 2012).

أثبتت العلاجات السلوكية المعرفية فعاليتها في تخفيض ملحوظ جدا في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (عادة 60-80%) وخاصة ضحايا الاغتصاب. يظهر حجم واستمرارية تأثيرات العلاج السلوكي المعرفي أكثر من أي علاج آخر. (Sabouraud-Séguin, 2012).

1. تحالف علاجي
2. التقييم والتحليل الوظيفي
3. التربية النفسية
4. تسيير الانفعالات واستقرارها أو تهدئتها
5. التعرض
6. إعادة البناء المعرفي
7. نهاية العلاج (Sabouraud-Séguin, 2012).

خصائص التحالف العلاجي في حالة ضغط ما بعد الصدمة

- لا يريد المفحوص أن يعتبر مريضاً ولكنه يشعر بالخجل مما يشعر به
- إنه يبحث فقط عن تفسيرات لما لا يفهمه، فقد الثقة في العلاقة
- غالباً ما يكون قد فقد الأمل
- في الاضطرابات الصدمية المعقدة:
- يسعى المفحوص لاختبار الثقة، ويحاول أن يتسبب في تخلي المعالج عنه
- يسعى للسيطرة على الوضع
- يكون في حالة تكرار صدمي حرفي لما عاشه.
- لا بد أن تكون العلاقة التعاونية: العمل معاً للوصول إلى هدف محدد، وما يريدون تحقيقه،
- الحرص على الإصغاء إلى تاريخ الصدمات بتعاطف.

- التركيز على كفاءة الشخص وما فعله بالفعل من أجل النجاة والتعامل مع مشاعره، وليس فقط على الرعب الذي عانى منه (لا نضخم ولا نقزم ...)، زرع الأمل في التغيير. (Sabouraud-Séguin, 2012)

مواضيع التربية النفسية في حالة علاج اضطراب ضغط ما بعد الصدمة

- ما هو اضطراب ما بعد الصدمة؟
- كيف يتطور اضطراب ما بعد الصدمة؟
- ما هو مآل اضطراب ما بعد الصدمة؟
- كيف سيؤثر العلاج السلوكي المعرفي على اضطراب ما بعد الصدمة؟
- كم من الوقت سيستمر؟ (الإطار الزمني)
- فائدة وسبب علاج الدوائي إذا كان ضرورياً.
- فائدة علاج بعض المشاكل (الكحول والمخدرات). قبل تطبيق العلاج السلوكي المعرفي على الصدمة. (Sabouraud-Séguin, 2012)

أهداف التربية النفسية في حالة علاج اضطراب ضغط ما بعد الصدمة

- تعزيز فهم وقبول أفضل لردود الأفعال التي أبدأها المفحوص خلال تعرضه للحدث الصدمي
- واعتبارها ردود فعل طبيعية لحدث غير طبيعي
- شرح أن ما يختبره المفحوص ليس استثنائياً أو مرضياً
- إعادة تسمية الأعراض كمحاولة للمساعدة على التكيف
- المساعدة على فهم ردود أفعال المحيطين به بشكل أفضل
- التعرف على مصادر الدعم الاجتماعي المحتمل
- زيادة الدعم الاجتماعي المدرك
- الاستعداد للعملية العلاجية (Sabouraud-Séguin, 2012).

إعطاء الأولوية لتسيير الانفعالات

لهذا من الضروري أن يكون المعالج:

- مرتاحاً في التعبير عن العواطف.
- القدرة على التعرف على المشاعر وقبولها مثل تلك التي لدى المفحوص،
- لديه مفردات دقيقة لوصف المشاعر

- يعرف كيف يعكس المشاعر .
- يعزز خطاب شخصي ومحدد لدى المفحوص
- بعض تقنيات التهدئة وتسيير للانفعالات في حالات الصدمة
 - التنفس العميق
 - التدريب على الاسترخاء
 - الحوار الداخلي والصور الإيجابية
 - تنمية المهارات الاجتماعية
 - تقنيات الإلهاء (مثل: توقف عن التفكير)
 - العمل على الموارد الشخصية (Sabouraud-Séguin, 2012) .

كيفية التعرض في حالة اضطراب ضغط ما بعد الصدمة

إنها المواجهة مع المواقف المؤلمة والمتجنبة حيث تشجع مواجهة العناصر التي تذكر بالصدمة كالذكريات والمواقف (من خلال التعرض للوضعيات ومن خلال المحادثات)، في أمان تام، وتهدف إلى تغيير الأفكار الخاطئة التي تكمن وراء اضطراب ما بعد الصدمة خصوصية الإطار: لا بد من جو من الثقة والأمن ويتم التعرض إلى الذاكرة كلها، بعض الذكريات، العوامل المفجرة، والمواقف التي يتم تجنبها، بالإضافة إلى رصد المعتقدات الخاطئة صفات المعالج: التقبل، معرفة الصدمة واضطراباتها، الإصغاء النشط، التعزيز الإيجابي موانع للتعرض: لا نعرض المفحوص في حالة التفكك، الغضب الشديد، القلق، الإدمان على الكحول أو المخدرات، المحاولات الانتحارية، خطر إيذاء النفس.

تتنوع وتختلف أساليب وتقنيات التعرض حسب الحالة وحسب الصدمة التي عاشتها (Sabouraud-Séguin, 2012) .

إعادة البناء المعرفي في حالة اضطراب ضغط ما بعد الصدمة

لا تكفي وحدها كتقنية لعلاج الصدمة وهي جزء من برامج العلاج الموجه لاضطراب ما بعد الصدمة

- لا بد من تسيير الانفعالات أولاً
- تستخدم أولاً إذا لم يكن المفحوص جاهزاً بعد للتعرض، وتتضمن 5 خطوات:
- تحديد الانفعالات السلبية والأفكار غير عقلانية

- مساءلة إدراك وتفكير المفحوص عن طريق الاستجواب السقراطي
- تحديد التشوهات المعرفية المرتبطة باضطراب ما بعد الصدمة
- صياغة تفكير بديل واقعي
- العمل على المعتقدات الأساسية: الأمن، لذنب / المسؤولية، الثقة والحميمية التحكم والقوة، القيمة والاحترام
- المتعلقة بالذات، الآخرون والعالم (Sabouraud-Séguin, 2012).

معايير إنهاء علاج حالة اضطراب ضغط ما بعد الصدمة واستراتيجيات نهاية العلاج

انخفاض الأعراض بشكل ملحوظ ولم تعد تتوافق مع تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة
يمكن للضحية التحدث عن الحدث الصدمي من دون الشعور بالارتباك أو الانزعاج
لم تعد سلوكيات التجنب تتداخل مع الأداء اليومي
تم تغيير التشوهات المعرفية المسيطرة (Lealy et Holland 2000)

استراتيجيات نهاية العلاج:

تلخيص تأثيرات الحدث الصدمي في حياة الشخص (تغيير أهداف الشخص في الحياة، وما إلى ذلك).
الوقاية من الانتكاس (إبراز فائدة في العلاج وعوامل الانتكاس الشخصية والتخطيط لكيفية التعامل معها).
الحفاظ على المكتسبات (التباعد التدريجي للجلسات، والتقييم الذاتي، البرمجة الذاتية للمهام، ووضع أهداف طويلة المدى). (Sabouraud-Séguin, 2012)

حالات يفشل فيها العلاج السلوكي المعرفي مع اضطراب ضغط ما بعد الصدمة

نقاط الانسداد:

- مقاومة عمليات التعرض (حالة تفكك)، غياب القلق أثناء التعرض، الكثير من القلق أثناء التعرض، الفشل في التعود، عدم الامتثال للتمارين
- الفترة العلاجية غير مناسبة لعملية التعرض والتحسين (مواجهة قضائية وما إلى ذلك)

توصيات خاصة بالعلاج السلوكي المعرفي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة:

- لا يجب تثقيت أعراض اضطراب ما بعد الصدمة من خلال الخلط بينه وبين أعراض القلق أو الاكتئاب أو المخدرات
- لابد من علاج الاضطرابات المصاحبة أو المتلازمة أولاً، إن وجدت، وإذا كانت معيقة
- لابد من العمل على استقرار وتهئية المفحوص قبل شهرين من بدء العلاج السلوكي المعرفي
- لا بد من استخدام العلاج الدوائي، إذا لزم الأمر وهذا بتوجيه المفحوص عند الطبيب العقلي
- تحديد ومعرفة شبكة ومصادر الدعم الاجتماعي والقانوني
- التعرض وإعادة البناء المعرفي هما أكثر العلاجات فعالية لضغط ما بعد الصدمة
- التعرض فعال وضروري وسريع
- إعادة البناء المعرفي هي الأكثر استخداماً في سياق الصدمة، موانعها أقل ومقبولة بشكل أفضل، ولكنها غير كافية دون التعرض
- لا ينسى المفحوص ما تعرض له ولكنه يدمج الصدمة، وتصبح العودة إلى الحياة الطبيعية ممكنة .
(Sabouraud-Séguin, 2012)

الآثار السلبية على المعالج عند العمل مع المصدومين:

- الشعور بالضيق أو الشعور بالعجز أو الغضب أو الرعب
- الضعف، مع احتمالية حدوث احتراق نفسي
- اضطراب المخططات المعرفية للمعالج حول ذاته والآخرين والعالم
- لابد من التعرف على هذه الآثار والاعتراف بها
- لابد من تجنب الانعزال
- لابد من الإشراف العيادي. (Sabouraud-Séguin, 2012)

X. العلاج السلوكي المعرفي والاكتئاب

يتم تشخيص إصابة الشخص باكتئاب جسيم حسب الدليل التشخيصي الإحصائي في نسخته الخامسة عندما يعاني من خمسة أعراض على الأقل مدرجة أدناه لمدة أسبوعين متتاليين. يجب أن يكون أحد الأعراض الخمسة على الأقل إما (1) مزاج مكتئب أو (2) فقدان الاهتمام أو المتعة. تشمل الأعراض ما يلي:

- مزاج مكتئب معظم اليوم، كل يوم تقريباً
- تقلص الاهتمام أو المتعة بشكل ملحوظ بالأنشطة معظم اليوم، كل يوم تقريباً
- التغيرات في الشهية التي تؤدي إلى فقدان الوزن أو المكاسب زيادة في الوزن
- التغيرات في أنماط النوم
- فقدان الطاقة أو زيادة التعب
- القلق أو التهيج
- القلق
- مشاعر انعدام القيمة، العجز، أو اليأس
- ذنب غير لائق
- صعوبة التفكير أو التركيز أو اتخاذ القرارات
- التفكير في الموت أو محاولات الانتحار

أهداف علاج الاكتئاب: تتلخص أهداف العلاج السلوكي المعرفي مع المكتئبين في إعادة تنشيط حياتهم، حل المشاكل والمعضلات التي أدت إلى سلبيتهم وفقدانهم الطاقة، وتصحيح تفكيرهم حول ذاتهم وحول الآخرين وحول الحياة والمستقبل

- تشجيع حياة يومية مجدية ومجزية
- تعديل التشغيل الآلي لأساليب التخوف من «الواقع»
- تشجيع التعرض للمواقف والعواطف التي يتم تجنبها
- تعديل المخططات التي تعزز تطور ضعف تقدير الذات. وتطوير علاقة لطف مع الذات
- تعديل المخططات أو المعتقدات الأساسية التي تعزز النظرة السلبية للحياة والمستقبل والآخرين
- تعزيز التجارب التصحيحية أثناء جلسات العلاج النفسي
- تقليل أعراض الاكتئاب كعلاج مستقل أو بالاقتران مع الأدوية

- معالجة العديد من المشاكل النفسية والاجتماعية، على سبيل المثال، الخلاف الزوجي، والإجهاد الوظيفي الذي يمكن أن يساهم في ظهور الأعراض
- تقليل تكرار عودة نوبات الاكتئاب
- زيادة الالتزام بالعلاج الطبي الموصى به

أهم الخطوات التي يتطلبها علاج الاكتئاب:

- التنقيف النفسي
- جعل الأنماط العلائقية للشخص مع الآخرين أكثر مرونة
- تعديل التعلق
- التعاطف
- لابد من مراقبة مخاطر الانتحار
- لابد من التنبيه لدور المخدرات..(Lamy,P. 2011)

لابد من فهم الاكتئاب

يرى المكتئب العالم الخارجي بطريقة سلبية وغير متميزة. عندما يواجه ضغوطاً شديدة، يتم تنشيط التشوهات المعرفية. يعلم العلاج المفحوص إعادة عزو الأعراض ليس لنفسه ولكن لاكتنابه. وغالباً ما تكون الأهداف العلاجية للمفحوص إما أكثر تواضعاً أو أكثر طموحاً بالمقارنة مع الأهداف الممكنة. (Lamy,P. 2011).

الأعراض السلوكية السلبية

يتفاعل الأشخاص المعرضون لخطر الاكتئاب مع الأحداث السلبية معتقدين أنهم سيستمرون فيها إلى الأبد وأنهم سيلوثون جميع جوانب حياتهم. إنهم يرون أنفسهم بلا قيمة وشر الناس في الأساس. يجب أن يفهم العميل أن سلبيته تؤثر على واقعه وأنه يمكنه تعديل طريقة التفكير السلبية هذه لصالحه. (Lamy,P. 2011).

سجل النشاط هو الأداة الأولى لزيادة الوعي والتشجيع، ونقصد بها رزنامة أسبوعية نسجل فيها ما يقوم به العميل عادة، ما لا يقوم به وما يجب أن يقوم به.

التجنب

يعني الاكتئاب أن ينسحب الشخص ويستقل من الكثير من النشاطات ولهذا يعمل العلاج على التركيز على فوائد عدم تجنب حيث يمكن من تحقيق الأهداف الشخصية وبيبين أن العمل يقوي الإدراك وأن تكرار المحاولة مجدي دائماً. (Lamy,P. 2011).

الأعراض العاطفية

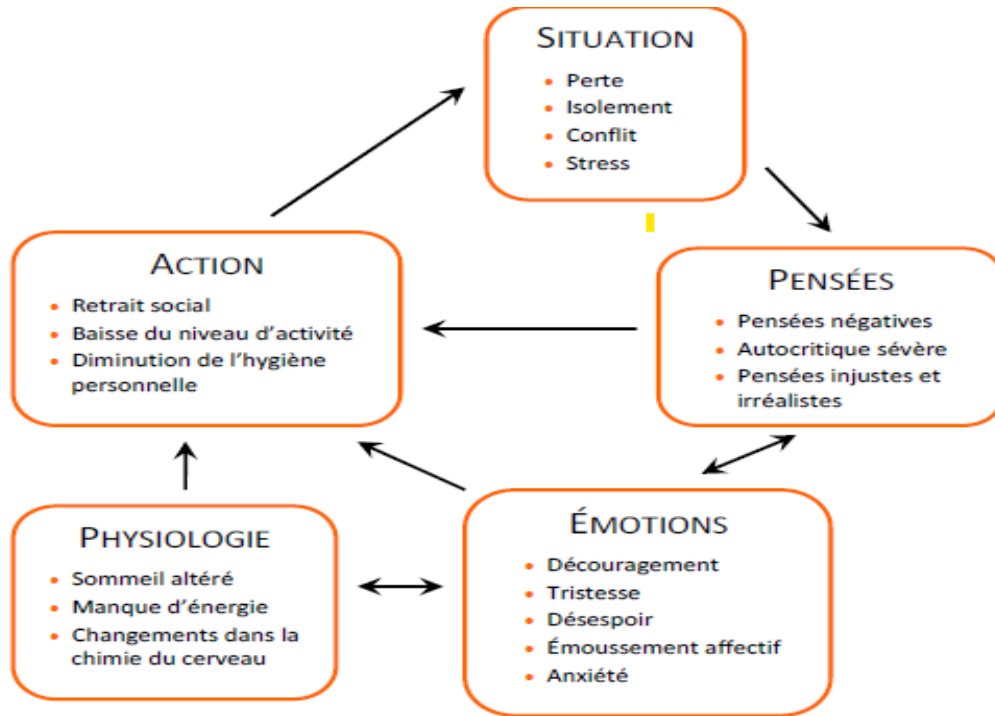
المشاعر السلبية الأكثر شيوعاً في حالات الاكتئاب هي اليأس بالإضافة إلى القلق والغضب والشعور بالوحدة والشعور بالذنب والدونية وهي غالباً مرتبطة بأفكار تلقائية سلبية، يسمح تدوين ملاحظات حول المشاعر بالعثور على الأفكار والمعتقدات التي تعتبر منبعها وبالتالي تسمح بتحديدها والتشكيك فيها لأنها تكف النشاط وتقيده عندما يكون ممتعاً. (Lamy,P. 2011)

الأعراض المعرفية (التشوهات المعرفية)

- أخطاء التفكير النمطي، التفكير القطبي، الإغفال الانتقائي، التفكير العاطفي (اندماج الفكر والعمل)، الاجترار

يعمل العلاج على الوصول إلى المخططات المعرفية التي تكمن وراء التشوهات المعرفية وموجهتها بتفكير أكثر عقلانية. (Lamy,P. 2011)

الشكل رقم(28): مخطط يلخص التحليل الوظيفي للاكتئاب



Ngo, L-I. Chaloult, L. et Goulet, J. guide de pratique pour le diagnostic et le traitement cognitivo-comportemental du trouble dépressif majeur. Document de travail (Aout 2015)

كيف يعمل العلاج النفسي مع حالات الاكتئاب؟

- التقييم والتشخيص
- التعرف النفسي حول الأعراض، والتقنيات العلاجية
- العمل على دافعية العميل
- تحديد الأهداف العلاجية
- التدريب على تمرين المراقبة الذاتية (5 أعمدة) لتسجيل المواقف الصعبة خلال الأسبوع وما يصاحبها من أفكار ومشاعر سلبية
- التدريب على المراقبة الذاتية وكيفية ملأ الرزنامة الأسبوعية للنشاطات اليومية
- ابتداء من الحصة الثانية تتم مراجعة الرزنامة الأسبوعية للنشاطات اليومية
- مراجعة التسجيل الذاتي للأفكار التلقائية والمشاعر السلبية
- إعادة البناء المعرفي
- يمكن الاستعانة بأساليب العلاج الوجودي
- مع التقدم في الحصص يعاد تحديد الأهداف العلاجية تماشياً مع التقدم المنجز
- الاستمرار في دعم اختيار نشاطات يومية جديدة
- التشجيع على تحسين نمط الحياة
- التشجيع على الانخراط في الأنشطة الثقافية والاجتماعية
- دعم أولويات الحياة
- الصبر والتصميم في انتظار «شفاء» الدماغ
- التحضير لانتهاج العلاج
- المتابعة ومنع الانتكاس. (Lamy,P, 2011) .

المراجع

- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). Therapeutic interpersonal support in cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7(2), 105–117. <https://doi.org/10.1037/h0101141>
- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. Guilford Press.
- American Psychiatric Association. (2013), *DSM5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd. traduit par J.-D. Guelfi & M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.
- Antoniou, A. S., & Blom, T. G. (2006). The five therapeutic relationships. *Clinical Case Studies*, 5(5), 437–451. <https://doi.org/10.1177/1534650106292668>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press
- Blackburn, I.M. & Cottraux, J. (2001). *Thérapie cognitive de la dépression*. 2ème édition. France : Masson
- Boutin, m. (2005). Relation entre l'alliance thérapeutique, la santé mentale ainsi que la satisfaction envers la thérapie au cours d'un processus psychothérapeutique chez l'adulte. Mémoire présenté Comme exigence partielle de la maîtrise en Psychologie. Université du Québec à Trois-Rivières
- Bouvet, C. (2020) *Introduction aux thérapies comportementales et cognitives*, Paris : Dunod
- Chambon, o., Marie-Cardine, M. (1999) *Les bases de la psychothérapie , approche intégrative et éclectique ; 1ère édition*, Paris : DUNOD
- Chappelle, F. Monié, B. Poinot, R. Rusinek, S. (2018). *L'Aide-mémoire des TCC*. Paris : Dunod.
- Cottraux, J. (1995). Cognitive behavioral therapies. *La Revue du praticien*. 44. 2670-3.
- Cottraux, J. (2020). *Les psychothérapies cognitives et comportementales*. 7ème édition. France : Masson
- De Vries, H. (2002). Une Phobie des Papillons .Psychologues et Psychologies.
- De Vries, H. (2010). L'Analyse Comportementale, La Conceptualisation des Cas en Thérapie Comportementale et Cognitive, *Le Lien Psy, Revue de la Société Algérienne de Psychiatrie*, N° 10, p. 5-10
- De vries, H. (2012). Processus de la thérapie comportementale et cognitive, [Diapositives]. Certificat de formation aux TCC, SARP.
- Eraldi-Gackiere, D. & Grazziani, P. (2007). *Exposition et désensibilisation en TCC*. Paris : Dunod
- Fontaine, O & Fontaine, P. (2006). *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*. Paris: Editions Retz.
- Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res*. 2012 Oct 1; 36(5):427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1. Epub 2012 Jul 31. PMID: 23459093; PMCID: PMC3584580.
- Harley therapy counselling blog (2022) <https://www.harleytherapy.co.uk/counselling/what-is-third-wave-therapy.htm>
- Kedia, M, Sabouraud-Seguin, A. (2008) *Psychotraumatologie, aide-mémoire : 45 notions clés*. Paris : Dunod

- Lamy,P.(2011). Traitement de la dépression.[Diapositives]. Certificat de formation aux TCC SARP.
- Lamy,P.(2012). Troubles anxieux. .[Diapositives]. Certificat de formation aux TCC. SARP.
- Lopez, G., Jehel, L. (2006). *Le psychotraumatisme*. Paris : Dunod.
- Lopez, G., Sabouraud-Séguin, A. (1999), *Psychothérapie des victimes*. Réédition 2006, paris : Dunod
- Mirabel-Sarron C., Vera L. (2014) *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive*, 4e édition, Paris : Dunod.
- Mirabel-Sarron,C. (2005). *Soigner les dépressions avec les thérapies cognitives*. Paris : Dunod
- Ngo, L-I., Chaloult, L. et Goulet, J. guide de pratique pour le diagnostic et le traitement cognitivo-comportemental du trouble dépressif majeur. Document de travail (Aout 2015)
- Peyré, F. (2002). *Faire face aux paniques*. Paris : Retz
- Sabouraud-Séguin, A. (2012). PTSD la thérapie comportementale et cognitive. .[Diapositives]. Certificat de formation aux TCC, SARP.
- Speed, B. C., Goldstein, B.L. Goldfried, M.R. Assertiveness Training: A Forgotten Evidence-Based Treatment *ClinPsycholSciPrac* 25: 1– 20, 2018
- Stein MB, Walker JR, Forde DR. Setting diagnostic thresholds for social phobia: Considerations from a community survey of social anxiety. *American Journal of Psychiatry*. 1994; 151:408–412. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- Tadjine, S., Aoudi, I. (2019). Les techniques de base dans les thérapies comportementales et cognitives. [Diapositives]. Certificat de formation aux TCC, SARP.
- Van Rillaer, J. (2013) Faits et légendes des thérapies comportementales et cognitives. Texte remanié de la communication présentée au colloque « La psychiatrie et la psychologie fondées sur des preuves », organisé par l’Institut d’Étude de la Cognition de l’École Normale Supérieure, à Paris le 6 avril 2013.
- Van Rillaer, J. (2007). *Peurs, angoisses et phobies*. Ed. Bernet-Danilo, Coll. Essentialis, 1997, 64 p., 4e éd. : 2007. ISBN 2-912663-03-2 Ouvrage épuisé, non réédité
- Van Rillaer, J. (1992), *la gestion de soi*, Liège : Mardaga,

ملحق: محاور الوحدة كما جاء في نموذج مطابقة عرض تكوين السنة الثالثة (ل. م . د) لوزارة التعليم

العالى والبحث العلمى 2017 /2016

السداسى السادس

وحدة التعليم: الأساسية

المادة: العلاجات السلوكية والمعرفية

الرصيد: 05

المعامل: 03

أهداف التعليم:

✓ تمكن الطالب من التعرف على العلاج السلوكي وتطبيقاته.

✓ التعرف على أهم العلاجات المعرفية وخصائصها.

محتوى المادة:

1-العلاجات السلوكية:

-ازالة التحسيس أليا.

-الغمر.

-تأكيد الذات.

2-العلاجات المعرفية:

-التحسيس الداخلي.

-العلاج العائلي الانفعالي لاليس.

-العلاج المعرفي لبيك.

طريقة التقويم: امتحان + تقويم مستمر

المراجع:

- 01-Bensmail .B(1988) : *la psychiatrie Aujourd'hui*.Opu, Alger.
- 02-Bottero .A et Coll(1992) : *psychiatrie de l'adulte*. maloine, Paris
- 03- Bourcet.S(2001) : *Stratégies thérapeutiques*, Ellipses, édition marketing.
- 04- Delay.J-Pichot.P(1990) : *Abréges de psychologie*, Masson, Paris
- 05- Deloune.A(2004) : *Pratiquer la psychothérapie*, Dunod, Paris.
- 06- Laland.P- Grunberg.F(1992) : *Psychiatrie clinique, approche contemporaine*, Géatan Morin, Quebec.
- 07-Lambotte.M.C et coll (1995):*La psychologie et ses applications pratiques*, Editions de Fallois
- 08- Lelord.F- André.G(2000) : *Comment gerer les personnalités difficiles*, édition Odile jacob, Paris.
- 09- Lieury.A(2008) : *Psychologie cognitive*,Dunod, Paris.