

فاعلية العلاج المعرفي المستند إلى الوعي الكامل في علاج اضطراب الهلع

(دراسة إكلينيكية، في الشعبة النفسية في مشفى المواساة بدمشق)

د. رآفات أحمد*

الملخص

توجهت هذه الدراسة لمعرفة فاعلية العلاج المعرفي، المستند إلى الوعي الكامل في علاج اضطراب الهلع المندرج ضمن طائفة اضطرابات القلق، وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM5. طُبِّقَ برنامج علاجي من إعداد الباحثة، متضمناً تقنيات إعادة البناء المعرفي في العلاج المعرفي من ناحية، وتقنية الوعي الكامل La pleine conscience التي تحدث عنها سيجال Segal (2006) من ناحية أخرى. كما استُخدم في الدراسة مقياسي الاكتئاب بيك 21، ومقياس الصحة النفسية المعدل SCL-90-R ل ديروجيتس (1981) Derogatis & al، لقياس التغيرات الحاصلة لدى المرضى.

طُبِّقَ البرنامج على عينة من المرضى، المراجعين للشعبة النفسية في مشفى المواساة في دمشق. اختيرت حالة إحدى المريضات المراجعات للشعبة، للقيام بالدراسة الإكلينيكية وفق المنهج الكيفي وتوثيق ما طُبِّقَ على المرضى. أظهرت النتائج؛ فعالية العلاج المعرفي بالوعي الكامل في علاج اضطراب الهلع. حيث تراجعت أعراض الاضطراب، وقلَّ عدد تكرار نوبة الهلع لدى المريضة، وعادت المريضة لحياتها اليومية الدراسية والاجتماعية بعد أن كانت قد اعتزلتَهما.

الكلمات المفتاحية: الوعي الكامل، الموجة الثالثة في العلاج، اضطراب الهلع.

* مدرّسة - قسم الإرشاد النفسي - كلية التربية - جامعة دمشق.

The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy in the Treatment of the Panic Disorder A Clinical Study in the Clinical Division of Al-Mouwasat Hospital in Damascus.

Dr. Rafat Ahmad*

Abstract

This study aimed to find out the effectiveness of cognitive therapy based on full awareness in treating panic disorder that falls within the group of anxiety disorders, according to the Fifth Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM5). A treatment program prepared by the researcher was applied, including cognitive reconstruction techniques in cognitive therapy on the one hand and La Pleine conscience technique **used by** Segal (2006) on the other hand. The study also used the two Beck 21 depression measures and the modified mental health scale by R SCL-90- by Derogatis & al, (1981) to measure changes in patients.

The program was applied to a sample of patients visiting the Psychological Division at Al-Mouwasat Hospital in Damascus.

The case of one of the patients reviewed by the division was selected to conduct a clinical study, according to the qualitative approach, and to document what has been applied to the patients

Results showed the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in treating panic disorder. As the symptoms of the disorder receded, the number of the patient's panic attacks decreased, and the patient returned to her daily academic and social life after she had retired.

Keywords: Mindfulness, Third-wave therapy, Panic disorder.

*Prof. Psychological Counseling Department. Faculty of Education. University. Damascus

المقدمة:

يُعد العلاج المعرفي بالوعي الكامل *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience* أو *cognitive therapy based on Mindfulness* مرحلة متطورة ومهمة من مراحل العلاج المعرفي؛ إذ يمثل المرحلة التي لها علاقة بدراسة الترابط بين الشعور والفكرة.

يعود هذا النوع من العلاج بجذوره إلى الفلسفات المتحدرة من مجموعة الثقافات الشرقية المتعلقة بالتأمل، لذلك فإنه يخرج عن النطاق التقليدي للعلاج المعرفي المتمثل بتطبيق تقنيات معرفية لاستخراج الفكرة اللامنطقية المسيطرة والكامنة في تفكير الفرد، والتي تقوده لأنواع من السلوك اللا تكيفي.

كما يختلف عن عملية تطبيق تقنيات سلوكية تهدف إلى تعديل السلوك في ضوء التغيير المعرفي الحاصل. من هنا؛ تتبثق أهمية الخوض في هذا المضمار، مضمار الربط بين تقنيات العلاج المعرفي _ لا سيما إعادة البناء المعرفي_ من جهة، وتقنية الوعي الكامل من جهة أخرى لعلاج الاضطرابات النفسية. كان أول من تطرّق لهذا النوع من البحوث Kabat_Zinn (2010، 1992، 2003، 1986)، حيث وضع برنامجاً عملياً تطبيقياً للعلاج المعرفي بالوعي الكامل أسماه: برنامج خفض الشدة النفسية القائم على الوعي الكامل (MBSR) *mindfulness-Based Stress Reduction*، ليعقبها برنامج (MBCT) *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* لعلاج المعرفي بالوعي الكامل لتوقع الانتكاس لدى مجموعة من مرضى الاكتئاب الذين تعافوا منه، والذي وضعه مجموعة من العلماء الفرنسيين) والذي عدّه كوترو (2007) *Cottraux* تطوراً مرحلياً ومعرفياً عن برنامج MBSR.

أما اضطراب الهلع، فهو من اضطرابات القلق الأكثر شيوعاً والأقوى شدة بين جميع اضطرابات القلق والأكثر كلفةً للشخص من الناحية النفسية والاقتصادية بما يحمله من أعباء وضغوطات على المريض، بسبب سلوك التجنب الذي يطوره المريض في أثناء الاضطراب. حيث إنَّ معظم المرضى يطوِّرون نوعاً من السلوكيات التجنبية لمواقف تثير الهلع في الحياة اليومية. (Barlow, 2002).

مشكلة الدراسة:

في ظل الحرب الكونية التي تُشن ضد سوريا، سجّلت الأقسام النفسية في المشافي الحكومية تزايداً في أعداد المراجعين الذين شُخصوا باضطرابات نفسية متعددة، كاضطراب الشدة التالي للرض PTSD، واضطراب الاكتئاب الجسيم، إلا أن أكثر أنواع الاضطرابات تواتراً وتكراراً كانت اضطرابات القلق بأنواعها. والتي تمتاز بترافقها مع نوبات هلع (حسب سجلات المشافي الحكومية المسجلة، والتي اطّلت عليها الباحثة). فبرزت هنا أهمية وجود برامج علاجية واضحة ومحددة، وذات فعالية مثبتة، قائمة على العلاجات المعرفية -جنباً إلى جنب مع العلاجات الدوائية- تمكن المختص النفسي من تطبيقها على المريض حال تحقق التشخيص، لمساعدته في العودة إلى التكيف مع حياته اليومية.

ونظراً لافتقار أدبيات العلاج النفسي في سوريا، بل وتكاد تنعدم البرامج العلاجية الواضحة المعالم، والبروتوكولات التطبيقية المحددة الخطوات، التي يمكن للمختص استخدامها مع المرضى النفسيين، توجهت الباحثة لإعداد برنامج علاجي معرفي قائم على الوعي الكامل، يمكن للباحثين اعتماده لعلاج اضطراب الهلع، وليكون بذرة أولية لأعمال لاحقة تغني المكتبة العربية ببروتوكولات علاجية، إن لم نقل موحدة، فإنها تستند في مراحل تطبيقها، إلى مبادئ عالمية موحدة للعلاجات النفسية المعرفية.

بناءً على ما سبق، يمكن تحديد مشكلة البحث بالسؤال الآتي:

ما فعالية العلاج المعرفي المستند إلى الوعي الكامل في علاج اضطراب الهلع ؟

أهمية الدراسة:

تتجلى أهمية الدراسة بما يأتي:

1. يسجل للمرة الأولى في حدود معرفة الباحثة في أدبيات العلاج النفسي في كلية التربية في سوريا، دمج تقنيات العلاج المعرفي مع تقنية الوعي الكامل Mindfulness لعلاج اضطراب الهلع.
2. تعدُّ هذه الدراسة أول دراسة من نوعها في سوريا في حدود معرفة الباحثة تُشرِّحُ فيها طريقة الرءاءات الأربعة 4R ل كينجي جنباً إلى جنب مع بروتوكول التحليل الوظيفي للحالة، بشقيه الآتي والتاريخي وفق نموذج كوترو.
3. للمرة الأولى في سوريا في حدود معرفة الباحثة يطبَّقُ فيها العلاج المعرفي بالوعي الكامل على المرضى النفسيين بشكل فردي (علاج فردي)، واستخدام المنهج الكيفي في البحث، وشرح خطوات العلاج وعرض النتائج. حيث إنَّ جميع البرامج العلاجية التي تصدَّت لعلاج الاضطرابات النفسية سابقاً، كانت ذات طابع كمي، وطُبِّقت البرامج بشكل جماعي (علاج الجماعي).
4. تُزوِّد هذه الدراسة ببروتوكول عملي تطبيقي، يمكن لأي طبيب أو معالج نفسي تطبيقه لاحقاً مع المفحوصين والمرضى النفسيين لعلاج الاضطرابات النفسية، ولا سيما اضطراب الهلع.

أسئلة الدراسة:

تحاول الدراسة الإجابة عن الأسئلة الآتية:

1. ما المقصود بالعلاج المعرفي بالوعي الكامل؟
2. ما الخطوات التطبيقية للعلاج المعرفي بالوعي الكامل؟
3. ما مدى فعالية العلاج المعرفي بالوعي الكامل في علاج اضطراب الهلع؟

الدراسات السابقة:

1. دراسة الضبع (2013)

حول فاعلية الوعي الكامل أو اليقظة العقلية في خفض أعراض الاكتئاب لدى طلبة الجامعات. هدفت الدراسة إلى تعرف العلاقة الارتباطية بين الوعي الكامل وأعراض الاكتئاب النفسي ومدى فاعلية هذا الوعي في خفض أعراض الاضطراب. تكونت العينة من أربعة وعشرين طالباً من كلية التربية في جامعة أسيوط، قُسموا إلى مجموعتين: ضابطة؛ لم يطبق عليها أية علاجات، وتجريبية طُبّق عليها برنامج تدريبي على الوعي الكامل من إعداد الباحثين مدة 18 جلسة تدريبية. استُخدم في الدراسة مقياس بيك للاكتئاب لقياس التغيرات الحاصلة لدى المجموعة التجريبية. أظهرت النتائج وجود علاقة سلبية بين المتغيرين ، كما أظهرت انخفاضاً واضحاً في أعراض الاكتئاب.

2. دراسة سيجال Segal (2013)

في هذه الدراسة؛ طُبّق العلاج الدوائي على 165 مريضاً اكتئابياً مدة 8 أشهر. سُفي منهم 84 مريضاً. أُخضعوا لثلاثة أنواع من العلاجات: مجموعة العلاج الدوائي، ومجموعة العلاج المعرفي بالوعي الكامل ، ومجموعة العلاج الوهمي. كما مُيز مسبقاً بين المرضى من خلال تقسيمهم لمجموعتين، 49% هم المرضى الذين لديهم حالة شفاء مستقرة ، و51% الذين لديهم حالة شفاء غير مستقرة. أظهرت النتائج أن معدل الانتكاس لدى مرضى حالة الشفاء غير المستقر: 28% بالنسبة للذين تلقوا العلاج الدوائي. و27% بالنسبة للذين تلقوا العلاج المعرفي بالوعي الكامل، بينما كان معدل الانتكاس للذين تلقوا العلاج الوهمي 71%.

3. دراسة أحمد (2012) Ahmad

رسالة دكتوراه غير منشورة في مخبر EPSILON جامعة مونبلييه الثالثة، حول فاعلية العلاج المعرفي المستند إلى الوعي الكامل في علاج مريضات فقد الشهية العصبي (Anorexia). تألفت العينة المشاركة في الدراسة من 16 مريضة مقيمة في

مستشفى Saint Vincent de Paul. ضمت العينة التجريبية 8 مريضات خضعن للعلاج الدوائي، إضافة لبروتوكول للعلاج المعرفي المستند للوعي الكامل من إعداد الباحثة استندت فيه إلى مبادئ الوعي الكامل La pleine conscience، وتقنيات إعادة البناء المعرفي لدى المريض. استخدمت الباحثة في رسالتها مقياس بيك للاكتئاب 21، ومقياساً لمركز الضبط، إضافةً إلى مقياس لقياس ما وراء المعرفة لدى المرضى (Questionnaire de méta- cognition) كل ذلك لقياس التغيرات المعرفية الحاصلة لدى المرضى. كما طُبِّقَ مقياس Inventaire de troubles alimentaires، لرصد وجود أعراض الاضطراب لدى المرضى.

أظهرت النتائج؛ تفاضلية وتحسناً لدى المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب، ومقياس أعراض الأوروكسيا مقارنة بالمجموعة الضابطة. كما سجلت المجموعة التجريبية تغيراً في مركز الضبط لدى المرضى عقب تطبيق العلاج (كان خارجياً أضحى داخلياً)، وانخفاضاً في وجود الأفكار المعرفية المسبقة أو أفكار ما وراء المعرفة لدى المرضى.

4. دراسة مونتل (Montel, 2009) :

هدفت الدراسة إلى علاج نوبة الهلع المتعلقة بالأماكن المغلقة في أثناء إجراء الفحوصات الطبية لدى إحدى المراجعات، من خلال استخدام العلاج المعرفي السلوكي، حيث درست حالة واحدة، هي حالة سيدة تبلغ من العمر 49 عاماً، وتعاني من سرطان في الثدي. وغدت تعاني من نوبات هلع عند إجراء الفحوص بالرنين المغناطيسي IRN. استخدم الباحث التأهيل النفسي، للتحكم بالأحاسيس الفيزيولوجية ومواجهة المواقف الرهابية، من خلال التعرض لها، وتعزيز كل إحساس للتحكم الذاتي والكفاءة من خلال التعديل المعرفي. توصل الباحث؛ إلى أن العلاج المعرفي السلوكي، فعّال في علاج رهاب الأماكن المغلقة المصحوب بنوبات هلع. إذ انخفضت مرات حصول نوبات الهلع في أثناء الفحص بعد الخمس جلسات الأولى للعلاج.

إن كانت قد تعددت الدراسات العربية والأجنبية حول العلاجات المعرفية المستندة إلى الوعي الكامل لبعض أنواع الاضطرابات النفسية، إلا أنه لم توجد بعد- بحدود معرفة الباحثة_دراسة تطبيقية تستند إلى التحليل الكيفي لفاعلية هذا النوع من العلاج مع مرضى اضطراب الهلع، وهذا ما يقدمه هذا البحث من إضافة علمية في هذا المجال. حيث يشكل البحث إضافة علمية تتعلق بتقديم بروتوكول علاجي يستند إلى العلاج المعرفي بالوعي الكامل لعلاج اضطراب الهلع.

الجانب النظري:

يحاول هذا الجانب الإجابة عن سؤالي الدراسة:

1. ما المقصود بالعلاج المعرفي بالوعي الكامل؟
2. ما الخطوات التطبيقية للعلاج المعرفي بالوعي الكامل؟

أولاً: لمحة تاريخية عن تطور العلاج المعرفي:

جاء العلاج المعرفي بالوعي الكامل كنتيجة لثلاث موجات اجتاحت ميدان الطب النفسي وأدبيات العلاج النفسي، كان أولها الموجة السلوكية، التي بدأت مع أعمال سكنر Skinner (1957) في خمسينات القرن الماضي، والتي قام من خلالها بالتحليل التجريبي للسلوك، عن طريق دراسة المعززات القادمة من الخارج. عقب ذلك توسعت الأعمال في مضمار التعلم والسلوك لنراها تنعكس في أعمال باندورا Bandura (1977)، حيث اقترح أنموذجاً بديلاً قائماً على التعليم الاجتماعي، الذي يأخذ بالحسبان قدرات الإنسان وبناء المعرفة للتحكم بالموقف وإدارته، مما يسمح له بتطوير مشاعره. في خضم البحث السلوكي للعلاجات النفسية، انبثقت المدرسة المعرفية في العلاج النفسي. فحسب دويري ونوليت Debray & Nollet (2001) فإن الأب الروحي المؤسس للعلاج المعرفي؛ هو كيلي Kelly (1950) الذي رأى أن العالم الحقيقي ليس موجوداً بالنسبة لكل شخص، إلا من خلال مصفاة شخصية، تعمل كـ "فلتر" يقوم الفرد من

خلاله بصياغة فرضيات منتقاة من التوقعات والتنبؤات، انطلاقاً من نظام التصنيف والبنى المعرفية للشخصية.

انطلاقاً من ذلك، فإن الأصل في اضطرابات الشخصية، لا يجب البحث عنه ابتداءً من صدمات الماضي كما هو الحال في التحليل النفسي، وليس ابتداءً من المثيرات الخارجية كما هو الحال لدى السلوكيين، ولكن انطلاقاً من التفاعل بين المفاهيم الشخصية للفرد والعالم الحقيقي الموجود. (Debray & Nolet, 2001).

في بداية الستينات، كانت أول معالجة معرفية للاكتئاب، والتي اقترحت من قبل آرون بيك Aron Beck ليأتي تحقيق خطواتها العلمية والعملية في السبعينات. بيك؛ تحوّل سريعاً من مصطلح البناء المعرفي، إلى مصطلح المخططات المعرفية أو المساقات التي يتبعها التفكير (Schema).

تمثل ال (schema) مستوى عميقاً من التفكير، وهو عبارة عن جملة من قواعد الحياة، ونقاط انطلاق، تبدو مشروعة للفرد (الحاجة لأن يكون محبوباً، الرغبة بأن ينال الرضا... الخ). ولكن تظهر المعاناة النفسية، مع التطبيق القاسي والشديد لهذه القواعد الحياتية، والتي تكمن في الدماغ لفترة طويلة ويتردد صداها في العمق، إلى أن تخرج في مواجهة مع مثير ما.

في مرحلة الثمانينات إلى منتصف التسعينات، طرح هانز روية جديدة في المعالجة المعرفية أسماها؛ استراتيجية السياق أو الخبرة. حيث تحدث في آن معاً؛ عن العلاج بالقبول والانخراط (الالتزام) والعلاج بالوعي الكامل. (Forgas,2000).

ثانياً: تقنيات العلاج المعرفي:

• التحليل الوظيفي:

يُعدُّ التحليل الوظيفي؛ الخطوة الجوهرية في العلاجات المعرفية. حيث يُحدِّدُ فيها الموقف الأكثر إزعاجاً للمريض، والأكثر استثارةً للسلوك المرضي، ليتم في ضوءه تحديد متى بدأ الموقف؟ وكيف؟ وأين؟ وما العوامل التي تزيده أو تخفضه؟ وما العوامل المرتبطة به والمُعزِّزة له؟

فيما يأتي أحد أهم نماذج ما اصطلح على تسميتها؛ شبكات (Grille). والتي يمكن عدُّها بروتوكولات للتطبيق في الجلسات العلاجية، تسمح للمعالج بالتحليل الوظيفي لحالة المريض للوصول إلى وضع خطة علاج فعالة.

• شبكة سيكا (SECA Grille):

طرح هذا النموذج كوترو Cottraux (1995) الذي يتضمن جزأين مكملين لبعضهما بعضاً غير منفصلين. يختص الأول بالعناصر الآتية للسلوك المُشكل، بينما يتعلق الثاني بالعناصر التاريخية له.

(a) التحليل الوظيفي الآني، ويشمل:

S. الموقف أو الحدث، حيث يشعر المريض بأعلى درجات الانزعاج.

E. المشاعر لحظة حدوث الموقف.

C. الأفكار التي تمر في الفكر لحظة حدوث الموقف، أو حتى لحظة توقعه.

A. التوقع لدى المريض عقب حدوث الموقف لأول مرة.

(b) التحليل الوظيفي التاريخي، ويتضمن:

i. معطيات بنبوية ممكنة، العوامل التاريخية (القديمة) المُحافظة على السلوك غير

التكيفي، عوامل محرِّضة للسلوك المرضي، حدث سابق مباشرة للسلوك المرضي،

معالجات سابقة إضافة إلى الأمراض الجسدية.

• **الدائرة المفرغة: (Cungi, 1996)، (Cottraux, 2007)**

تبدأ هذه الدائرة بالموقف أو الحدث الذي يسبب أعلى درجة ضغط نفسي للمريض. ليتم بعدها تحديد الأفكار اللاعقلانية، والصور اللامنطقية، التي تمر في الذهن لحظة الموقف، والتي ستؤدي بدورها إلى مجموعة من المشاعر والأحاسيس السلبية، التي تؤدي في النهاية إلى جملة من السلوكيات غير المتكيفة مع الموقف.

• **التقنيات المعرفية:**

1. جدول بيك:

وضعه بيك Beck عام 1979، يتألف من خمسة أعمدة، اختصره لاحقاً لثلاثة فقط، مخصصة لاستخراج الأفكار اللامنطقية "الأثوماتيكية" التي يؤمن بها المريض، مع تحديد نسبة المشاعر السلبية المرافقة، ليُصار إلى إيجاد الأفكار البديلة، التي يمكن أن تحتل مكانها في البناء المعرفي.. (Cottraux, 2007).

2. تقنية (مع / ضد):

إن كانت التقنيات الأنفة الذكر لتحديد الأفكار اللامنطقية لدى المريض، فإن تقنية (مع/ضد) هي لمساعدة المريض على إيجاد البديل المنطقي لأفكاره اللامنطقية.

3. تقنية (فوائد /عدم فوائد):

تقوم على المبدأ نفسه للتقنية السابقة؛ من حيث تسجيل الأفكار اللامنطقية في حقل مستقل. ولكن هنا نطلب إلى المريض، البحث عما يمكن أن يجنيه من فوائد جزاء اعتناقه للفكرة اللامنطقية، ومن ثم البحث عن عدم فوائد أو أضرار اعتناقه لها مقابل تخليه عنها. هنا تُعنى هذه التقنية بالنتيجة وليس بالسبب كما هو الحال في التقنية السابقة (مع / ضد) .

ثالثاً: المقصود بالوعي الكامل : Mindfulness أو La Pleine Conscience

قبل أن نخوض في المعنى العلمي السيكولوجي لمصطلح La pleine conscience، لا بد أن نتطرق إلى ترجمة المصطلح في اللغة العربية. حيث يقوم بعض الباحثين باستخدام مصطلح "اليقظة العقلية" كترجمة واحدة لمصطلحي Mindfulness أو La pleine conscience، إلا أن هذه الترجمة لا تصف حقيقة ما تتضمنه عملية العلاج وفق تقنية Mindfulness et La pleine conscience.

استُخدمت كلمة "Mental" لإعطاء صفة "العقلية" للكلمة المراد وصفها، مثلاً: البنية العقلية Mental structure والحياة العقلية Mental life، إذاً سنبعد عن المعنى الدقيق لجوهر التدريب في حال قمنا بترجمة Mindfulness باليقظة العقلية. لا سيما أن المدرسة الفرنسية قد ترجمت هذا المصطلح إلى La pleine conscience، أي الوعي الكامل، أو التركيز الذهني الكامل. أضف إلى ذلك فإن ترجمة اليقظة في قاموس المعاني عربي _ إنكليزي هي: Vigilance، Vigilantism، أما مصطلح "عقلي": فكان Mentality.

من ناحية أخرى، فقد ورد في قاموس أكسفورد الجزء الثاني، ترجمة لمصطلح Mindfulness تركيز أو ذهن، ومن ثم لم تعتمد المدرسة الفرنسية الترجمة الحرفية ل Mindfulness بل ما يمكن أن يدل عليه المصطلح من عمليات علاجية، مثل التركيز La concentration ومصطلح ال Pleine conscience يشمل التركيز الآني في اللحظة الراهنة، لذلك اعتمده كترجمة لمصطلح ال Mindfulness. عرّف كابات (1986) Kabat-Zinn حالة الوعي الكامل La pleine conscience بأنها حالة من الوعي، ينتج عن تركيز الانتباه على الخبرة التي تمر في الذهن في اللحظة الراهنة، دون الحكم عليها. كما عرفها فونتن Fontaine (2007) بأنها معالجة تستند إلى التنظيم الذاتي، يقوم فيها المريض بتثبيت تركيزه على الخبرة الداخلية والخارجية التي تدور في اللحظة الراهنة، دون أي حكم أو تقييم. أما كوترو (Cottraux2007)، فقد عدّ المعالجة بالوعي

الكامل (MBCT)، تطوراً نوعياً مهماً عن برنامج (MBSR)، الذي هو عبارة عن برنامج لتوقع الانتكاس لدى مرضى الاكتئاب. بينما يؤكد هايز (2004) Hayes أن تقنية العلاج بالوعي الكامل (La pleine conscience) ليست فقط وسيلة علاج، إنما هي أيضاً طريقة مستدامة، لتغيير العلاقة مع الذات والعالم المحيط، بوساطة تغيير الذات وتغيير المحيط.

رابعاً: مبادئ المعالجة بالوعي الكامل:

لخص كابا زين Kabat-Zinn (2010) مبادئ العلاج المعرفي بالوعي الكامل كما يأتي:

1. التركيز La concentration: أي القدرة على الاحتفاظ بالانتباه على نقطة ما، في لحظة ما.
2. اليقظة/الوعي بالتفكير و المشاعر: لأن الوعي نفسه يزيل المصادر العقلية للتفكير السلبي غير الوظيفي.
3. الكينونة في اللحظة الراهنة: أي الوعي في اللحظة الراهنة.
4. القبول وعدم النفور: إن الحافز الذي يقوي التفكير الأتوماتيكي "اللامنطقي" هو اتجاه "النفور" المكوّن عند الشخص. لذا تنمية اتجاه القبول، يسمح لنا بتقبل الأوجه السلبية والإيجابية للخبرة، دون أن نبقي مكبلين بالجانب السلبي للخبرة.
5. اتركها تمر: (أي دع الخبرة السلبية تمر بسلام في الوعي حالما تطرأ، لا تقف عندها). هذا المبدأ هو مفتاح تنافس الشخص مع نفسه، لتجنب أن يكون مأخوذاً أو غارقاً بدائرة المشاعر السلبية غير المفيدة.

6. الكلمة التي تصف وضع المريض هنا " الكينونة" أكثر منها " الفعل": إذأ، ما من عمل معين مطلوب هنا من المريض، كما هو الحال في الاسترخاء. ففي هذه الأخيرة، يُطلب من المريض أن ينتبه لحالة التوتر التي يعيشها، وللحالة التي يجب أن يصل إليها من الهدوء والاستقرار، ويقارن بينهما. هذا التباعد بين الحالتين، يخلق حالة من الشعور السلبي والتوتر.

7. أن يكون الفرد واعياً لظهور مشكلة من نوع ما في الجسد، لأن ذلك يعطي دلالة على اتجاه النفور وعدم القبول الذي كان المريض قد طوره في مراحل سابقة.

(Zinn,2010,118).

خامساً: اضطراب الهلع:

دُكر اضطراب الهلع في المحور الأول ضمن اضطرابات القلق في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM5 وفق التشخيص الفارقي الآتي:

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

1. خفقان القلب الشديد أو تزايد سرعة القلب، التعرّق، ارتعاش وارتجاف، إحساس بالاختناق، ألم أ وانزعاج صدري، الإحساس بالدوار أو عدم الثبات أو خفة الرأس أو الإغماء، قشعريرة أو أحاسيس بالحرارة، نشوش الحس(إحساسات بالتمميل أو بالوخز، وتبدد الواقع) .

B. يجب أن تتواجد واحدة على الأقل من الهجمات لثلاث أشهر (أو أكثر) لأحد كلاً ما يأتي:

- 1) قلق مستمر أو خوف حول هجمات إضافية من الهلع أو حول عواقبها.
- 2) تغيير كبير لسلوك التكيف ذي الصلة بهجمات الهلع.

C. لا يُعزى الاضطراب للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة أو إساءة استخدام عقار أو لحالة طبية أخرى كفرط نشاط الدرق أو الاضطرابات القلبية الرئوية.

D. لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل بمرض عقلي آخر. (الحمادي، 2019).

د. الجانب التطبيقي

1. منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة المنهج الكيفي لدراسة حالة المريضة، وتحليلها، من حيث جمع المعلومات والبيانات عن الحالة، ومعالجتها، وتفسيرها.

2. عينة الدراسة:

طُبِّقَ البرنامج على عينة مقصودة من المرضى المراجعين للشعبة النفسية في مشفى المواساة في دمشق. اختير المرضى العُصابيين دون الذهانيين. ومن العصائبيين اختير المرضى المشخصين باضطراب الهلع بناءً على تشخيص الأطباء المقيمين في المشفى. روعي تجانس العينة في العمر (بين 21 عاماً إلى 35) والمستوى الثقافي والاجتماعي، إضافةً للتشخيص الإكلينيكي الموحد.

اختيرت حالة إحدى المريضات المراجعات للشعبة، لتوثيق ما أُنجز في الدراسة الإكلينيكية وفق المنهج الكيفي، وتوثيق ما طُبِّقَ في البرنامج العلاجي.

4. منهج الدراسة:

استُخدم في الدراسة المنهج الكيفي، الذي يقوم على جمع بياناته؛ كالمقابلة والملاحظة، بهدف القيام بالتحليل النوعي للدراسة. وقد يستخدم الاختبارات والاستبانات والمقاييس، ولكن الاستخدام يأتي بغرض خدمة التحليل النوعي للبيانات، وليس بهدف القياس الكمي. (ريان، 2003) وهذا ما اعتمدت عليه الباحثة في هذه الدراسة.

أحد أشكال تطبيق المنهج الكيفي هو المنهج الإكلينيكي في دراسة الحالات الفردية. حيث تستند الدراسة إلى مجموعة من المقابلات، يُطبق فيها مجموعة اختبارات وبرامج علاجية، لتحديد التشخيص الحالي والتغير الحاصل للحالة لاحقاً (لريونة، 2015).

المصطلحات الإجرائية للدراسة:

العلاج المعرفي: يقصد به في هذا البحث مجموعة التقنيات المعرفية التي تُستخدَمُ لدحض الأفكار اللاعقلانية واستبدالها بأخرى أكثر عقلانية ومنطقية، وهنا استخدمت الباحثة:

التحليل الوظيفي حسب كوترو Cottraux (1995)، الدائرة المفرغة للتفكير اللامنطقي حسب كينجي 199 (Cunji) ، جدول بيك، تقنية مع/ضد، مهمات منزلية تقوم بها المريضة.

اضطراب الهلع: ويُقصد به في هذه الدراسة مجموعة الأعراض التشخيصية الفارقة لاضطراب الهلع الموصوفة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس ضمن قائمة اضطرابات القلق، كما نقصد به الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على محور الهلع في مقياس الصحة النفسية المعدل SCL-90- R .

الوعي الكامل La pleine conscience: يقصد به في هذا البحث التقنية التي شرحها واستخدمها Kabat- Zinn (2003)، والتي يمكن للمريض أن يفهمها ويمارسها من خلال تقنية شاشة الجسد Body scan وتمارين إمساك الكتاب الذي يقوم على مبدأ تمرين العنب نفسه الذي تحدث عنه سيجال Segal (2006).

3. أدوات الدراسة:

اعتمدت في الدراسة الاختبارات النفسية التالية، التي تقيس مقدار التحسن الحاصل لدى المريض، عقب انتهاء فترة تطبيق البرنامج:

(1) **مقياس بيك 21 للاكتئاب:** الذي قنن سامر رضوان النسخة المعربة منه المنشورة 1987 على البيئة السورية (رضوان، 2001)، وهو من بين أكثر الأدوات التشخيصية استخداماً في ميدان الطب النفسي وتشخيص اضطراب الاكتئاب، حيث وُضعت نسخته الأولى عام 1961، وعُدلت في عام 1971. ظهرت لاحقاً نسخة معدلة له 1987، وهي النسخة التي وردت في دليل التعليمات الصادر عام 1993 وعربها

- وقدّنتها على البيئة العربية أحمد عبد الخالق(عبد الخالق، 1996) . جدير بالذكر أن مقياس بيك (21) لا يقيس الاكتئاب فقط، إنما يقيس أيضاً مدى وجود الأفكار اللامنطقية لدى المريض.
- (2) مقياس الصحة النفسية المعدل SCL- 90 - R: الذي قام بوضعه ديروجيتس وآخرون (Derogatis & al, 1981,1985) .
- (3) ترجمه وقرنه على البيئة الفلسطينية عبد العزيز موسى ثابت ، ودرست الخصائص السيكومترية للمقياس ليصبح قابلاً للتطبيق في البيئة السورية. (أحمد، 2019).
- (4) في نهاية تطبيق البرنامج، عُرِضَتْ المريضة على الكادر الطبي في الشعبة النفسية لإعطاء الرأي الطبي، والاطلاع على التحسن الحاصل لدى الحالة.
- (5) استُخدم في الدراسة بروتوكول علاجي وفق ما يأتي:
1. بناء العلاقة مع المريض وفق طريقة الرءاء الأربعة 4R.
 2. تطبيق الاختبارات النفسية تطبيقاً قبلياً.
 3. التحليل الوظيفي بشقيه الآني والتاريخي وفق كوترو (Cottraux (1995) .
 4. التشخيص النفسي بالاستناد إلى نتائج التحليل الوظيفي، وعادة يجب أن يتسق مع التشخيص السريري للطبيب النفسي في المشفى عند مراجعة المريض للعيادة النفسية للمرة الأولى.
 5. تحديد أهداف العلاج بالاتفاق مع المريضة.
- (6) **التثقيف النفسي، ويشمل:**
- تعريف المريضة بماهية الاضطراب الذي تعاني منه، والمخططات المعرفية اللاعقلانية التي يستند إليها الاضطراب، والتي تسهم في البقاء عليه وتعزيزه.
 - الشرح للمريضة عن ماهية العلاج، والأسس التي يستند إليها، ودورها في أثناء سير العلاج من خلال تنفيذ المهمات المنزلية الموكلة إليها من المعالجة.

■ التعريف بالأساس الفيزيولوجي لنوبات الهلع مع تمارين التعريض للأعراض المرافقة لنوبة الهلع، أي مساعدة المريضة على افتعال نوبة هلع، ومن ثم التدريب على التحكم بأعراضها من خلال تمرين التنفس الحجابي العميق. وشرح علاقة الأعراض الفيزيولوجية، بتنشيط الجهاز العصبي الودي.

7) تطبيق التقنيات المعرفية وتقنيات الوعي الكامل: والتي تعتمد على:

➤ استخراج الأفكار اللامنطقية بالاستناد إلى التحليل الوظيفي السابق واستبدالها بأخرى أكثر منطقية بالاعتماد على التقنيات المعرفية: جدول بيك، تقنية مع/ضد.
➤ تدريب المريض على تقنيتي التنفس الحجابي، والتركيز على اللحظة الراهنة (الوعي الكامل هنا والآن). التدريب يكون في أثناء الجلسة، وفي المنزل أيضاً. وفق تمرين شاشة الجسد Body Scan التي تحدث عنها (Kabat-Zinn 1986) و Segal (2006) وتشمل هذه التقنية مرحلتين أساسيتين:

- i. التمرين الأساسي: الذي يُمارَسُ بتحديد وقت ثابت يتراوح بين 20 إلى أربعين دقيقة.
- ii. التمرين غير الأساسي: حيث يقوم المريض بممارسة الوعي الكامل في الحياة اليومية في أثناء النشاطات المعتادة، والتركيز على اللحظة الراهنة (هنا والآن) دون الانشغال بالماضي أو المستقبل.

6. تطبيق الاختبار تطبيقاً بعدياً لتقييم الأهداف وتفسير النتائج. حيث قُيِّمَ مدى تحقق الأهداف بالاستناد إلى نتائج التطبيق البعدي، التقارير اللفظية من قبل المريضة ومن قبل عائلتها، ومن ثم تقييم الأطباء في الشعبة النفسية في المشفى.

إجراءات الدراسة:

طَبَّقَتُ الباحثة برنامج العلاجي القائم على دمج تقنيات العلاج المعرفي مع تقنية الوعي الكامل على عينة مقصودة من المرضى المراجعين للشعبة النفسية في مشفى الموساة عام 2020 مدة ثلاثة أشهر، من شهر كانون الثاني إلى شهر آذار. بواقع جلستين أسبوعياً في الشهرين الأوليين، ومن ثم بمعدل جلسة واحدة أسبوعياً في الشهر

الثالث. بعد نهاية الجلسات، أُعيد تطبيق الاختبارات، لسبر التغيرات الحاصلة لدى المرضى عقب تطبيق البرنامج العلاجي. روعي تجانس العينة في أثناء اختيار المرضى، إذ طُبِّقَ على المرضى الذكور والإناث في سن الرشد تراوحت أعمارهم بين الـ 23 و 35 سنة، ممن ينتسبون لمستوى اجماعي وثقافي بين المتوسط والجيد، واعتمد على نسبة التعليم لدى المرضى لتحديد هذا المستوى، إذ جميع المرضى من الحاصلين على الثانوية على الأقل في دراستهم. بعد ذلك اختيرت حالة مريضة واحدة، لتسجيل مجريات الجلسات، واستخدام أسلوب البحث الكيفي لعرض النتائج، وتفسيرها.

وصف الحالة:

ف: طالبة في السنة الثانية أدب عربي. تعاني من أعراض جسدية متعددة _من رجفان وخوف وتسارع في ضربات القلب والإحساس بالاختناق وخوف من السقوط والموت_ حال دخولها الحرم الجامعي. تزداد حدة الأعراض عند دخولها للمدرج الكبير حيث الدروس النظرية . تستمر هذه الأعراض لدقائق، سواء بوجود الآخرين أو غيابهم. تطورت الحالة لدرجة تجنب الخروج من المنزل للذهاب إلى أي مكان خوفاً من تكرار نوبات الهلع. وإن اضطرت للخروج فهي تخرج بمرافقة أمها أو صديقتها. أما مبنى الكلية في الجامعة، فقد قامت بتجنبه كلياً، وانقطعت عن متابعة دراستها بشكل نهائي. شُخصت حالة المريضة من قبل الأطباء النفسيين في الشعبة النفسية في المشفى باضطراب الهلع، بعد استيفائها للأعراض التشخيصية الفارقة الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية. ووُصِفَت الأدوية اللازمة للمريضة من حالات القلق ومضادات الاكتئاب المستخدمة عادةً مع هذا الاضطراب.

سير الجلسات:

بناء العلاقة مع المريضة:

المقابلات الابتدائية:

بطبيعة الحال وقبل الخوض في تفاصيل مجريات الجلسات العلاجية، لا بد من التفصيل في الجلسات الابتدائية والمقابلات الأولى، التي قامت بها الباحثة في استقبال المريضة، وأخذ المعلومات الضرورية لبناء علاقة مهنية أساسها التقبل والثقة والتعاطف. قامت الباحثة، في الجلستين الأوليتين، بأخذ البيانات الضرورية للاسم والعمر والوضع العائلي والاستماع لقصة المريضة، وتطبيق الاختبارات تطبيقاً قلياً. قامت الباحثة في أثناء سير الجلسات وعلى طول العملية العلاجية، باتباع تقنية الرءاءات الأربعة 4R في بناء العلاقة المهنية مع المريضة. وهي تقنية ذكرها كينجي (Cungi, 2006) في كتابه L'alliance Thérapeutique .

المقابلات العلاجية:

الجلسة الثالثة: (التطبيق القبلي):

بالمقارنة بين درجات المريضة على المحاور المتعددة على مقياس الصحة النفسية المعدل SCL-90-R نجد ارتفاعاً في درجتها على محور الأعراض الجسمية، وهذا ما يبدو منطقياً، نظراً للأعراض الجسدية المرافقة عادةً لنوبة الهلع. كما ارتفعت درجتها على محور الفوبيا، بسبب أن نوبة الهلع في اللوحة تتوافق ببعض الأفكار اللاعقلانية حول الآخرين، الخوف من الموت، وفقدان السيطرة على الذات بوجود الآخرين، على الرغم من عدم استيفاء المريضة للأعراض التشخيصية الفارقة للفوبيا في أثناء المقابلات التشخيصية. كما نلاحظ ارتفاع درجات المريضة على محور القلق، ويبدو هذا منطقياً ومتسقاً مع المسار العام للاضطراب، كون اضطراب الهلع ينتمي لقائمة اضطرابات القلق في التصنيف الوارد في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس.

التحليل الوظيفي للحالة:

(1) التحليل الوظيفي التاريخي:

(2) التحليل الوظيفي الآني:

تحت بند التفسيرات الشخصية والأفكار، يحدد المريض مجموعة من الأفكار اللا منطقية (الأتوماتيكي) والتي تؤدي به إلى السلوك غير المنكيف. هذا التحديد يسمح للمعالج بالقيام بالتشخيص النفسي استناداً إلى طبيعة البنية المعرفية، والمخططات التي يستند إليها المريض في تفكيره. كما تسمح للمعالج، بالتعاون مع المتعالج لتغييرها، من خلال التقنيات المعرفية، إلى أفكار أكثر منطقية وأقل انفعالية.

التشخيص النفسي:

لدى مطالعة نتائج تطبيق الاختبارات القبلية للمريضة نجد ارتفاعاً على محور القلق، ومحور الأعراض الجسدية المميزة لنوبة الهلع وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، وعلى الرغم من حصولها على درجة مهمة على مقياس بيك 21 للاكتئاب، إلا أننا ننفي تشخيص اضطراب الاكتئاب لديها، لعدم تحقق المعايير التشخيصية الفارقة، الكافية لتشخيص الاكتئاب وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس. وتُفسر درجة الرضا على مقياس بيك 21 بوجود عدد كبير من الأفكار اللا منطقية لدى المريضة، حيث إنَّ مقياس بيك 21 يشير إلى نسبة وجود الأفكار اللامنطقية لدى المريض. شُخصت المريضة في الشعبة النفسية في مشفى المواساة باضطراب الهلع. بالعودة إلى الأفكار اللا منطقية لدى المريضة في مخطط التحليل الوظيفي) ، نجد أفكاراً تتمحور حول الخوف من تكرار ما يحدث معها من نوبات فجائية. والخوف من فقدان السيطرة، والخوف من الموت دون أن يعلم بها أحد في أثناء النوبة. وهذه البنى المعرفية مزية عادة لمرضى القلق عموماً، والهلع بشكل خاص.

تحديد أهداف العلاج:

حُدِّتْ أهداف العلاج بالتعاون مع المريضة كالآتي:

- 1) انتظام ساعات النوم وتحسن نوعيته، أي النوم ليلاً دون استيقاظ وقلق (حالياً 10%) .
- 2) القدرة على الدراسة في المنزل (حالياً 10%) .
- 3) القدرة على الخروج وحيدة إلى الجامعة دون الخوف من نوبات الهلع (حالياً 10%) .
- 4) تقليل عدد مرات نوبات الهلع لتصبح ثلاث نوبات أسبوعياً، بدلاً من نوبة يومياً.
- 5) القدرة على الدخول وحيدة إلى مبنى الكلية دون قلق ودون تكرار نوبة الهلع (حالياً: يترافق كل دخول للمبنى بنوبة) .

جلسات التثقيف النفسي (Psychoe ducation):

يأتي التثقيف النفسي للمريض حول مرضه، بشكل طبيعي ضمن سياق الحديث. دون أن يُفْرَضَ بطريقة اعتباطية، أو بشكل منفصل عن سياق الجلسات. حيث شُرحَ للمريضة في الجلسات الرابعة والخامسة، حول طبيعة أعراض نوبة الهلع، وأساسها الفيزيولوجي، وآلية ارتباطها بالجملة العصبية. كما شُرحَتْ كيفية استناد الاضطراب إلى جملة من المخططات المعرفية اللامنطقية التي تحافظ عليه وتغذيه. كما شُرحَ للمريض في الجلسات السادسة والسابعة، مفهومان أساسيان سيكرران باستمرار في أثناء الجلسات الآتية، وهما: الأفكار اللا منطقية (الأتوماتيكية)، وشاشة الجسد أو مسح الجسد Body Scan.

أما شاشة الجسد التي تحدث عنها كابا زين (2010) Kabat _ Zinn وتمارين العنب الذي قدمها لشرح معنى التركيز الذهني في اللحظة الراهنة، فقد شُرحا للمريض بالاعتماد على تمارين إمساك الكتاب وتمارين شاشة الجسد.

الجلسات: من الثامنة وحتى الجلسة الثامنة عشر (نهاية العلاج):

لُحِصَتْ الجلسات السابقة، وطلب إلى المتعالجة تنفيذ تمارين شاشة الجسد. ودُرِّبَتْ عليها في الجلسة في كل مرة تجد فيها صعوبة في التركيز. في الجلسات التي تليها، دُرِّبَت المريضة على تقنية التنفس الحجابي العميق، حيث طلب إلى المريضة أخذ

شهيق عميق من الأنف مع إغلاق الفم وتعليق اللسان في سقف الحلق للسماح بمرور أكبر كمية ممكنة من الهواء للرئتين. و من ثم الاحتفاظ بالنفس مدة 6 أو 7 ثوان، حسب قدرة المريضة على إمساك الشهيق ثم الزفير عن طريق فتح الفم. كما اعتمدَ على التحليل الوظيفي _الأنف الذكر_ لاستخراج الأفكار اللاعقلانية واستبدالها بأخرى عقلانية، لإعادة بناء مخططات جديدة في الدماغ باستخدام جدول بيك وتقنيات مع/ضد. وفي نهاية كل جلسة تُكَلَّفُ المريضة بممارسة التركيز والتنفس العميق في الموقف الذي تراه متطلباً لذلك، مع الطلب إلى المريضة تسجيل أفكارها الأوتوماتيكية في لحظة الحدث. كما أجرت المعالجة بالتعاون مع المريضة تمارين توضح كيف يمكن افتعال نوبات الهلع بطريقة إرادية، ومن ثم اللجوء إلى التنفس العميق في لحظة استئثاره النوبة.

التقنيات المعرفية:

التقنية الأولى: جدول بيك.

التقنية الثانية: تقنية مع/ ضد.

باستطلاع الأفكار المدونة لدى المريضة نجد أنه بالنسبة للمريضة، لن تؤدي نوبة الهلع للموت، وهناك إمكانية للتحكم بها وبشدة الأعراض المرافقة لها، كونها ذات منشأ فيزيولوجي بحت.

في الفواصل الزمنية بين الجلسات، كُلفَت المريضة بإجراء تمرين شاشة الجسد في المنزل في كل مرة تراودها الأفكار المزعجة حول مستقبلها، وأن تقوم بتسجيل الأفكار التي تتوارد للذهن في لحظة الانزعاج، دون إطلاق أحكام حولها وإنما فقط التركيز حول إحساساتها الجسدية ومشاعرها في لحظة المرور تلك (هنا والآن).

التطبيق البعدي:

تحليل الحالة، ومناقشة النتائج :

نلاحظ انخفاضاً في درجات المريضة في التطبيق البعدي على مقياسي الاكتئاب بيك 21، ومقياس الصحة النفسية المعدل SCL-90-R، عنه في التطبيق القبلي. مما يدل على انخفاض نسبة تواجد الأفكار اللامنطقية كما يقيسها مقياس بيك 21 ، إذ إنَّ مقياس بيك 21 للاكتئاب لا يقيس الأعراض الاكتئابية فقط وإنما يقيس أيضاً تواجد الأفكار الأوتوماتيكية لدى المريضة.

أسهم التنقيف النفسي للمريضة، لا سيما شرح آلية عمل الأفكار اللامنطقية الأوتوماتيكية في الدماغ من خلال مخطط الدائرة المفرغة للتفكير اللامنطقي، في استيعاب الحالة المرضية التي تعاني منها وعلاقتها بالأعراض الفيزيولوجية التي تخبرها من جهة، والأفكار اللامنطقية التي يقوم الدماغ باجترارها بشكل دائم من جهة أخرى. إن وعي المريضة بأفكارها اللامنطقية من خلال التحليل الوظيفي ومن خلال تقنيات؛ جدول بيك وتقنية (مع/ضد)، جعلها تنجح أكثر في عدم التركيز عليها، وفي السماح لهذه الأفكار بالمرور دون دفاع أو خوف طالما أن الفكرة المنطقية البديلة موجودة.

إن انتباه المريضة لارتباط أفكارها اللاعقلانية حول نفسها وحول الحياة والموت بحالتها النفسية، جعلها تعي وتتحكم بسيرورة هذه الأفكار، ومنعها من التطور وفق مسارها المرضي المعتاد.

من جهةٍ أخرى، فإن تدريب المريضة على تقنية التنفس العميق، وفهمها لعلاقة النوبة التي تعاني منها بآلية عمل الجملة العصبية لدى أي فرد، أسهم في توليد حالة من الشعور بالسيطرة والتحكم، وعَمَلَ على إخراج المريضة من حالة الإحساس بالعجز، حيال عَرَضٍ غريبٍ يعتريها بين الحين والآخر دون سابق إنذار (نوبة الهلع). عَرَضٍ يجعلها تشعر أنها قريبة من الموت، وأنه واقع لا محالة.

إن الهدف الرئيس لتمارين الوعي الكامل في اللحظة الراهنة، يتعلق أكثر بتغيير اتجاهات المريضة حيال محتوى تفكيرها كما تخبرها (هنا والآن)، وليس فهم أو تحليل أو محاولة تغيير محتوى الأفكار. هذه الأفكار؛ ليست حقيقة مطلقة ولا حدثاً غير قابل للعبور، بل نحن من نمناها إمكانية التأثير السلبي بشحنها بشحنة انفعالية عاطفية بالخوف منها وتجنبها.

أهداف العلاج التي تحققت بناءً على التقارير اللفظية للمريضة وأسررتها:

1. انتظام ساعات النوم وتحسن نوعيته. أي النوم ليلاً دون استيقاظ وقلق. القدرة على الدراسة في المنزل مع القدرة على الخروج وحيدة إلى الجامعة دون خوف من نوبات الهلع.
2. انخفاض عدد مرات نوبات الهلع لتصبح نوبة واحدة كل خمسة أيام.
3. القدرة على الدخول وحيدة إلى مبنى الكلية، دون قلق ودون تكرار نوبة الهلع. في متابعة الحالة بعد شهر من توقف الجلسات، كانت المريضة قد عادت لحياتها الجامعية، وتقدمت لامتحانات الفصل الأول وسجلت نجاحاً في عدد من المواد التي تكرر رسوبها فيها سابقاً.

في نظرة لما طُبِّق و تُويع في البرنامج العلاجي، يتبين أهمية الوقوف على البنية المعرفية لدى المريض، لتتعرف على تفكيره في حياته اليومية، وما المونولوج الداخلي الذي يتردد صداه في عالمه الفكري، لأنه سينعكس بالضرورة على عالمه الخارجي، وعلاقاته الاجتماعية، وعمله اليومي.

تصب النتائج المنحصلة من علاج الحالة، في سياق نتائج الدراسات التي تناولت العلاج بالوعي الكامل، (الضبيع،2013) (Segal,2013)، التي أثبتت فعالية العلاج بالوعي الكامل في خفض أعراض الاكتئاب لدى طلبة الجامعات. كما تتفق مع دراساتي (Teasdale,2004) و (Bondolfi,2010) التي أثبتت أن معدل الانتكاس لدى المرضى الذين كانوا قد عولجوا دوائياً من الاكتئاب، وتلقوا لاحقاً جلسات في العلاج المعرفي بالوعي الكامل، أدنى منه في حال المرضى الذين تلقوا علاجاً دوائياً ولم يخضعوا لجلسات في العلاج المعرفي بالوعي الكامل .

المراجع:

المراجع العربية:

1. أحمد، رآفات. (2019). فاعلية العلاج المعرفي المستند إلى الوعي الكامل في علاج اضطراب الشدة التالي للصدمة PTSD. مجلة العلوم النفسية والتربوية، الجزائر 276_254
2. الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس. (2019). ترجمة أنور الحمادي نشر مكتبة جهاد محمد حمد.
3. رضوان، سامر. (2001). الصورة السورية لمقياس بيك للاكتئاب. عمان. نزوى .
4. ريان، عادل محمد. (2003). استخدام المدخلين الكيفي والكمي في البحث دراسة استطلاعية لواقع أدبيات الإدارة العربية، كلية التجارة، جامعة أسيوط.
5. الضيع، فتحي عبدالرحمن. (2013). فاعلية اليقظة في خفض أعراض الاكتئاب النفسي لدى عينة من طلبة الجامعة. مجلة الإرشاد النفسي، ع 34، 1_75.
6. عبدالخالق، أحمد. (1996). دليل تعليمات قائمة بيك للاكتئاب. الإسكندرية . مصر: دار المعرفة الجامعية .
7. لرينونة، محمد يزيد. (2015). أسس علم النفس. الجسور للنشر والتوزيع.

المراجع الأجنبية:

1. AHMAD, Rafat. (2012), L'efficacité de la thérapie cognitive de pleine conscience chez des jeunes filles anorexiques (une thèse non publiée), École doctorat 60 « TERRITOIRES, TEMPS, SOCIÉTÉS ET DÉVELOPPEMENT » Département de Psychologie UFR V – Montpellier: France
2. BARLOW David.(2002)Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic Second. New York:The Guilford Press
3. BONDOLFI G. & al.(2010).Depression relapse prophylaxis with mindfulness-based cognitive therapy: Replication and extension in the Swiss health care system. Journal of Affective Disorders, 122, 224-231.
4. COTTRAUX, Jean. (1995)Les Thérapies Comportementales et Cognitives, 2^e édition. Paris: MASSON.
5. COTTRAUX Jean.(2007).Thérapie Cognitive et Émotions, RETZ, Paris,
6. CUNGI, Charly. (1996).Savoir s'affirmer.Paris, RETZ
7. CUNGI, Charly. (2006).L'alliance thérapeutique, RETZ. Paris.
8. DEROGATIS;, L R., & al. (1981).Psychopathology in individuals with sexual dysfunction. American Journal of psychiatry, 138(6),757-763.
9. FORGAS J.P. (2000)Feeling and thinking: The role of affect in social cognition.Cambridge University Press.
10. FONTAINE P.(2007)Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive, Paris:RETZ.
11. HAYES, Sc, & al.(2004).Mindfulness and Acceptance,New York: Guilford.
12. MONTEL S.(2009).Cas Clinique. Quand Passer des examens médicaux faits peur. Un Cas Claustrophobie avec attaques de Panique traité par thérapie. Science Direct, Elsevier Masson, France.
13. SEGAL Z.V.(2006).La thérapie Cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression, Boeck, Belgique.

14. SEGAL Z.V. (2013). *Thérapie Cognitive basée sur la pleine Conscience*.Sante mental au Québec, 38(2): 65
15. SKINNER B.F.(1957).Verbal behavior. Prentice Hall, Englewood Cliffs.
16. TEASDALE J. D.(2004).Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72, 31-40.
17. ZINN, Kabat Jean., & al. (1986).Four-year follow-up of a meditation-based program for self-regulation of chronic pain: treatment outcomes and compliance. Clinical Journal of Pain, 2, 159- 173.
18. ZINN, Kabat Jean.(2010).La Thérapie Cognitive basée sur la pleine Conscience pour la dépression, Bruxelles: de Boeck.