

النموذج المعرفي السلوكي لتفسير وعلاج توهم المرض المرتكز على الأفكار الصحية
اللاعقلانية لكل من salkovskis & warwick .

**The cognitive-behavioral model of the interpretation and treatment of
hypocondriasis based on irrational health Beliefs for both salkovskis &
warwick.**

الباحث: نبيل قندول، جامعة بسكرة، الجزائر، gundoul.nabil@yahoo.com

الأستاذ الدكتور: محمد بلوم، جامعة بسكرة، الجزائر

تاريخ القبول : 2017/12/20

تاريخ الاستلام : 2017/9/15

الملخص:

نظرا للغموض الذي كان يحيط باضطراب توهم المرض و فشل المدرسة التحليلية في إيجاد تفسير له ، جاءت المقاربة المعرفية السلوكية كطرح بديل ، من خلال النموذج المعرفي السلوكي لتوهم المرض الذي طوره كل من salkovskis و warwick، و الذي يرى أن توهم المرض ينطوي على نزعة مستمرة لتفسير الأعراض و المعلومات ذات الصلة بالصحة بطريقة كارثية، و العوامل المسببة قد تشمل تجارب الطفولة أو وجود أحد الوالدين مصاب بقلق الصحة، وتسهم هذه التجارب في تطوير معتقدات لا عقلانية و هذه المعتقدات تؤدي إلى تزايد حدة القلق، و سنحاول في هذا المقال أن نتطرق لهذا النموذج بالتفصيل.
الكلمات المفتاحية : النموذج المعرفي السلوكي؛ توهم المرض؛ الأفكار الصحية اللاعقلانية.

Abstract:

According to the ambiguity that has been covering the hypocondriasis and the fail of the psychoanalysis to find the exact explanation for this disorder, the cognitive behavioural approach as an alternative suggestion through the cognitive behavioural model of hypocondriasis - developed by both Salkovskis and Warwick –This model suppose that the hypocondriasis Involves on the continued tendency to explain the symptoms and all the health-related information in a catastrophic way, the causes behind that may include the childhood experiences or one of the parents has a health anxiety, these experiences can help developing some irrational believes these believes can lead to the increase of the anxiety and we will try in this essay to discuss this model with more details .

Keywords, The cognitive-behavioral model, hypocondriasis, irrational health Beliefs .

مقدمة:

يرتكز النموذج المعرفي السلوكي لتوهم المرض أساسا على فرضية مؤداها أن الأفراد الذين يعانون من توهم المرض يحملون معتقدات لا عقلانية على الأمراض، خصوصا المعتقدات التي تدور حول إمكانية الإصابة بمرض خطير، فالإيمان المطلق بشيوع الأمراض الخطيرة و إمكانية الإصابة بها يتحول إلى عامل خطر يبعث عن توهم المرض، و بالتالي للأفراد الذين يعتقدون أن الأمراض عامة وشائعة يكونون أكثر عرضة لإساءة تفسير أي اختلال جسدي و اعتباره مصدرا للقلق، وتعتبر دراسة الاضطرابات جسدية الشكل عموما و اضطراب توهم المرض اساسا من المجالات التي أهملها الباحثين والدارسين العرب على الرغم من أنها تعتبر نقطة مهمة في سبيل الرقي بالجانب الصحي للأفراد، الذي أصبح مصب اهتمام العام والخاص في جميع الميادين، فمن الملاحظ أن سلوكيات الأفراد، وتصوراتهم لحالتهم الصحية وإدراكهم للمرض تختلف باختلاف معتقدات الأفراد حول صحتهم، و هذا ما ينتج عليه إدراك مشوه لقوة الجسم ومناعته وتصورات خاطئة مبالغ فيها عن حدة وخطورة الأمراض وتطورها نحو الأسوء، مما ينجم عن ذلك مضاعفات أخرى قد تكون أكثر ضررا .

وعلى هذا الأساس جاء هذا المقال للاجابة عن التساؤلات التالية:

- ما هي أهم الأطر النظرية التي جاء بها النموذج المعرفي السلوكي لتفسير توهم المرض و قلق الصحة ؟
- ما هي أهم الأساليب العلاجية المبتكرة من قبل كل من salkovskis & warwick لعلاج مثل هذه الاضطرابات .

I. المقاربة المعرفية السلوكية لتوهم المرض :

كانت بداية المقاربة المعرفية السلوكية لتوهم المرض مع العالمان SALKOVSKIS & WARWICK 1986 أين قدما تقريرا عن حالتين مصابتين بتوهم المرض تمت معالجتهما بنجاح بالتباعد العلاج السلوكي المعرفي وحالة واحدة تجريبية استعمل معها العلاج بالتناوب، ولاحظا التشابه بين توهم المرض والحالات المرضية كالهلع والوساوس القهرية و التي حققت المناهج النفسية نجاحا باهرا في علاجها، وتم وضع العلاج المعرفي السلوكي للاضطراب من طرف SALKOVISKIS 1989 وكانت الفرضية المعرفية السلوكية التي يركز عليها هذا الطرح كالتالي :

II. ظهور توهم المرض :

من المنظور المعرفي يحدث القلق بسبب مواجهة الفرد لمثير يدركه على أنه يتضمن عنصر التهديد، ويشك الفرد في قدرته على مواجهة هذا التهديد المدرك⁽³⁾، والنظرية المعرفية ترى أن متوهم المرض ينظر للإشارات الجسدية و الأعراض على أنها أكثر خطورة مما هي عليه في الواقع⁽¹⁶⁾، و في نفس الوقت من المحتمل أن المريض يتصور نفسه عاجز و أنه غير قادر على مواجهة هذا التهديد، وتفسر النظرية المعرفية نشأة وتطور توهم المرض بإرجاعه للمعتقدات الصحية اللاعقلانية التي يتبناها الفرد و تتكون لديه هذه الافتراضات من مجموعة مختلفة من المصادر ، لا سيما التجارب المبكرة مع المرض (سواء تجارب الفرد الخاصة أو تجارب المقربين منه)⁽¹¹⁾، وهناك عامل آخر يتمثل في المعلومات التي تنقلها وسائل الإعلام ، وهناك مثال واضح على ذلك تزايد حالات توهم الإصابة بالايذز الذي لوحظ بعد حملة دعائية واسعة النطاق وكما هو حاصل أيضا مع موضوع السرطان في الآونة الأخيرة⁽¹¹⁾ (10).

III. المعتقدات الصحية اللاعقلانية التي تسيطر على متوهم المرض:

ومن بين المعتقدات التي تسيطر على متوهم المرض:

إن التغيرات الجسدية هي إشارات لمرض خطير لأنه لا يوجد عرض دون سبب عضوي، فالفرد الذي يعتقد هذه الفكرة اللاعقلانية يكون دائما في حالة توجس وقلق من أن هناك مرض ما خطير سيصيبه، ويكون بانتظاره باستمرار، وربما يترك ما هو مهم في حياته و يضل في انتظار و ترقب حدوث هذا المرض لذلك فهو يبالغ في تحسس و مراقبة أعضاء جسمه، كما أنه يمكن أن يحدد مرض ما و يركز عليه ومع ازدياد مدة التوقع يزداد قلق الفرد⁽¹⁶⁾.

إذا لاحظت تغير جسدي ما ولم تذهب فورا إلى الطبيب فإنه سيكون قد فات الأوان، فالشخص الذي يتبنى هذه الفكرة نجده يسعى دائما إلى طلب الطمأنة من الأطباء، ومساءلة المقربين منه كما نجده كثير الشكوى. كما توجد هناك اعتقادات أخرى متعلقة بالضعف الجسدي أو بالمرض في حد ذاته على سبيل المثال (مرض القلب شائع في أسرتي)، (لقد كانت رئتي ضعيفتين منذ أن كنت صغيرا)⁽⁸⁾.

و من المعتقدات المحتملة أيضا تلك التي تؤدي بالمريض إلى انتقاء المعلومات التي تؤكد فكرة وجود المرض الخطير ويتجاهل بشكل انتقائي المعلومات المناقضة التي تدل على أنه بصحة جيدة وهذا ما يعرف بالانتباه الانتقائي الذي عادة ما ينتج عنه سوء تفسير الأعراض و الإشارات الجسدية على أنها دلائل على مرض خطير⁽²⁰⁾ أن تكون بصحة جيدة لا بد أن تكون خالي تماما من الأعراض⁽²⁾ .

IV. عوامل الخطر أو التهديد :

قد تكون المعتقدات الصحية اللاعقلانية مصدر قلق دائم و لكن يجب الإشارة إلى أنه يتم تفعيلها لدى الأفراد سريعي الاستشارة من خلال المثيرات المتضمن للتهديد، والتي يطلق عليها salkoviskis عوامل الخطر و تشمل:

- الأحاسيس الجسدية الغير مألوفة .
- التوتر والأزمات التي يعيشها الفرد في الحياة اليومية .
- التعافي من مرض خطير أو مهدد للحياة .
- المرضى الميئوس من شفائهم .
- فقدان أحد أفراد الأسرة بسبب مرض ما .
- السماع بمرض أحد الأصدقاء من نفس الفئة العمرية .
- السماع بمعلومات جديدة عن المرض .
- تقارير وسائل الإعلام ذات الصلة بالمرض (على سبيل المثال، أخبار أو قصص حول انفلونزا الطيور، سارس، أو الإيدز)
- التغيرات الجسدية و الأحاسيس الغامضة .⁽¹⁾
- التجارب المرضية السابقة و تجارب الطفولة المؤلمة .⁽¹⁶⁾

V. تشكل الحلقة المفرغة :

أن استشارة المعتقدات الصحية اللاعقلانية يؤدي إلى أفكار توهميه تلقائية التي تجعل الفرد أكثر تركيز على ذاته، ونتيجة لذلك يصبح الشخص قلقا على نحو متزايد و جد يقظ للأحاسيس أو العلامات الجسدية التي يمكن أن تكون مؤشرا على المرض⁽⁹⁾، ومن ناحية أخرى فإن الأحاسيس الجسدية التي تم إدراكها كعامل خطر يمكن أن تكون ناتجة عن زيادة اليقظة الناتجة عن القلق، وترتبط

هذه الحالات مع التفسيرات الكارثية الذاتية للأحاسيس والعلامات الجسدية، و التفسيرات الكارثية يمكن أن تؤدي بدورها إلى قلق .

إذ أن الأحاسيس و الإشارات لا تزيد بفعل القلق وإنما بفعل ازدياد اليقظة و المريض لا يعتبرها كارثية على الفور وإنما رد فعله سيكون القلق حيال الصحة و الذي يمس جميع الجوانب المعرفية والسلوكية والسيولوجية والانفعالية على النحو المبين في (الشكل 1) مثلا (ألم في معدتي يعني أن لدي سرطان ولكن لم يتم الكشف عليه) أو بصيغة أخرى فإن الأعراض التي يساء تفسيرها هي تلك التي تظهر كرد فعل عن ازدياد اليقظة الناتجة عن القلق، و التفسير الذي يعطى لهذه الأعراض هو أنها علامات لكارثة فورية (على سبيل المثال هذا الخفقان يعني أن أواجه فعلا نوبة قلبية الآن)، ومن ناحية أخرى تجدر الإشارة إلى أنه إذا ازدادت الفورية في الأعراض فالنتيجة المحتملة هي نوبات الملح و ليس توهم المرض (6).

VI. أثر الأفكار الصحية اللاعقلانية في ظهور اضطراب توهم المرض: يرى أنصار التيار المعرفي السلوكي أننا نلمس تأثير الأفكار اللاعقلانية في ظهور توهم المرض في ثلاث جوانب، الجانب المعرفي، و الجانب السلوكي، و الجانب السيولوجي:

1. الجانب المعرفي :

عندما نشعر بوجود مرض فإنه من الطبيعي أن نبحث عن أدلة إضافية لتأكيد أو دحض مخاوفنا، وفي مثل هذه الحالات فإن معظم الناس يميلون إلى اتخاذ الحيطة و الحذر لأن التكاليف المترتبة عن قرار سلبي خاطئ (كأن يفترض الفرد أنه بصحة جيدة و لكن في الواقع هو مريض فعلا) هي أعلى بكثير من تلك التي تنتج عن قرار ايجابي خاطئ (أن يفترض الفرد أنه مريض في حين هو بصحة جيدة)، الأمر الذي يؤدي إلى الانتباه الانتقائي للمعلومات التي يمكن أن تؤكد و جود المرض (الصداع معناه وجود ورم دماغي) و الميل إلى تجاوز المعلومات التي توحى بالصحة الجيدة (الصداع ليس حاد ولا يستغرق إلا فترة وجيزة، يزول بتناول الأسبرين).

و الأهم من ذلك أنه يمكن لهذا الانتباه الانتقائي المتحيز أن يؤثر على فهم المعلومات المقدمة من قبل الأطباء خلال الاستشارات الطبية، و هذا ما يحدث لدى الفرد المصاب بتوهم المرض حيث يتشبث بالأدلة التي توحى بالمرض مما يقوي الاعتقاد لديه بأنه مريض، في حين المعلومات التي

تتعارض مع وجود المرض يتم التغاضي عنها إما لأنها غير كافية أو أنها غير هامة و هذا ما يفسر الإلحاح على السعي للاحتكام لرأي طبيب آخر في حالة إجماع الأطباء على عدم وجود أي إشارة تدعم وجود المرض العضوي المزعوم .

و يميل هؤلاء الأفراد إلى إدراك أي عرض أو إشارة ما على أنها تحديد محتمل (مثل الأحاسيس الجسدية و الأفكار الدخيلة حول المخاطر المحتملة للصحة)، بالإضافة إلى أن تقييم الفرد لنفسه على أنه غير قادر على التعامل مع مثل هذا التهديد قد يؤدي إلى قلق الصحة، وهذا الانشغال بالصحة يرتبط مع تضخيم في الإدراك الحسي و سوء تفسير الأحاسيس الجسدية، وهذا يعد عاملا أساسيا في تشوه عملية الإدراك لدى هؤلاء المرضى⁽¹⁾، كما أن طلب الاستشارة الطبية لا يتم فقط بسبب العجز أو الانزعاج الذي ينشأ مباشرة من الأعراض الجسدية و إنما يتم أيضا بسبب وجود مجموعة مختلفة من الاعتقادات المثيرة للقلق، إذ يرى المعرفيون أن الأفكار الدخيلة حول الأسباب المحتملة للأعراض و المال الذي ستؤول إليه هي الدافع الأساسي للفرد لطلب الاستشارة الطبية ، كما أن الأفكار الدخيلة حول الآثار السلبية التي يمكن أن تنتج عن التدخل الغير مبكر من إعاقه و انزعاج و عدم الراحة الجسدية تعد من الأسباب الكامنة وراء المخاوف المرضية .

2. الجانب السلوكي :

وهو جانب مهم وغالبا ما يتم إهماله، و يتمثل في الجهد المبذول لمنع التعرض لنوبات القلق المزعجة وهذه النوبات من المحتمل أن تثير الأفكار حول وجود مرض خطير وبالتالي قلق الصحة، وهذا قد يؤدي إلى مجموعة واسعة من السلوكيات التجنبية التي قد لا يكون التعرف عليها سهلا، مثلا الزيارات المتكررة على المستشفيات والعبادات، والتقليل من الجهد البدني، كما تشمل هذه السلوكيات مجموعة واسعة من الإجراءات التي تهدف للاطمئنان على الحالة الصحية، فقلق هؤلاء المرضى يؤدي إلى تفسيرات كارثية للأعراض و قد لا يكونوا راضين عن التشخيص الطبي ويسعون بشكل متكرر للاطمئنان على أعراضهم، وتجدد الإشارة إلى أن المحاولات المتكررة لتوفير الطمأنينة لديها نفس تأثير السلوك القهري في اضطراب الوسواس، فالطمأننة تليها حالة راحة فورية تقول للزوال على المدى الطويل مما يؤدي إلى الاعتياد على الطمأننة من طرف المرضى فيصبح مطلب متكرر لديهم⁽¹⁶⁾، فالسعي المتكرر للطمأننة يحافظ على الانشغال والقلق والأحاسيس الجسدية و يمكن التماس الطمأننة في مجموعة من الطرق الخفية، مثل تكرار تفحص حالة الجسم ووظائفه و الأعراض من قبل المرضى أنفسهم، وقراءة

الكتب الطبية، ومناقشة الأعراض مع العائلة و غيرها من الاتصالات الاجتماعية، كما يمكن أن تشمل التعديلات على المدى الطويل في السلوكيات والأنشطة الخاصة التي يرون أنها ستحميهم أو سوف تمنع تطور المرض الذي يخشونه، مثل الخشية من الكوليسترول وإتباع حمية غذائية .

و الفحص الجسدي قد يكون في بعض الأحيان متكرر إلى درجة أنه يتسبب في تغيرات جسدية تتناسب و الأذى الذي يخشونه مثلا الفرك المتكرر للمنطقة المؤلمة للتحقق ما إذا كانت لا تزال مؤلمة ، مما يؤدي إلى التهاب تلك المنطقة، فيزداد الشعور بالانزعاج .

3. الجانب الفسيولوجي :

العوامل الفسيولوجية معروف أنها تحفز المعتقدات المعرفية و العكس بالعكس (14)، فالاستجابات الفسيولوجية تثير الأفكار المتعلقة بالمرض (مثل الخفقان الذي يؤدي إلى الاعتقاد بأن القلب على وشك التوقف)، وهناك مثيرات أخرى يمكن أن تؤدي إلى تفحص دقيق و بحث عن أعراض أخرى (مثلا سماع المرضى أن أحد أقاربهم قد أصيب بمرض القلب يجعلهم على بينة على أن نبضهم في الوقت الذي كانوا قلقين، يؤدي إلى تفكيرهم بأن نبضهم سريع و يمكن أن يصابوا بمرض القلب).

و الأجهزة العضوية التي يكثر التركيز عليها هي الجهاز الهضمي و العضلي الهيكلي و الجهاز العصبي المركزي وأكثر المناطق المعنية عادة هي الرأس و الرقبة والبطن و الصدر، وأكثر الأعراض شيوعا هو الألم (1).



VII. العوامل المساعدة على استمرار و تزايد توهم المرض :

إذا ظهر القلق حول الصحة مرة واحدة فإن هناك آليات و ميكانيزمات أخرى تعمل على تزايد واستمرار هذه المشكلة :

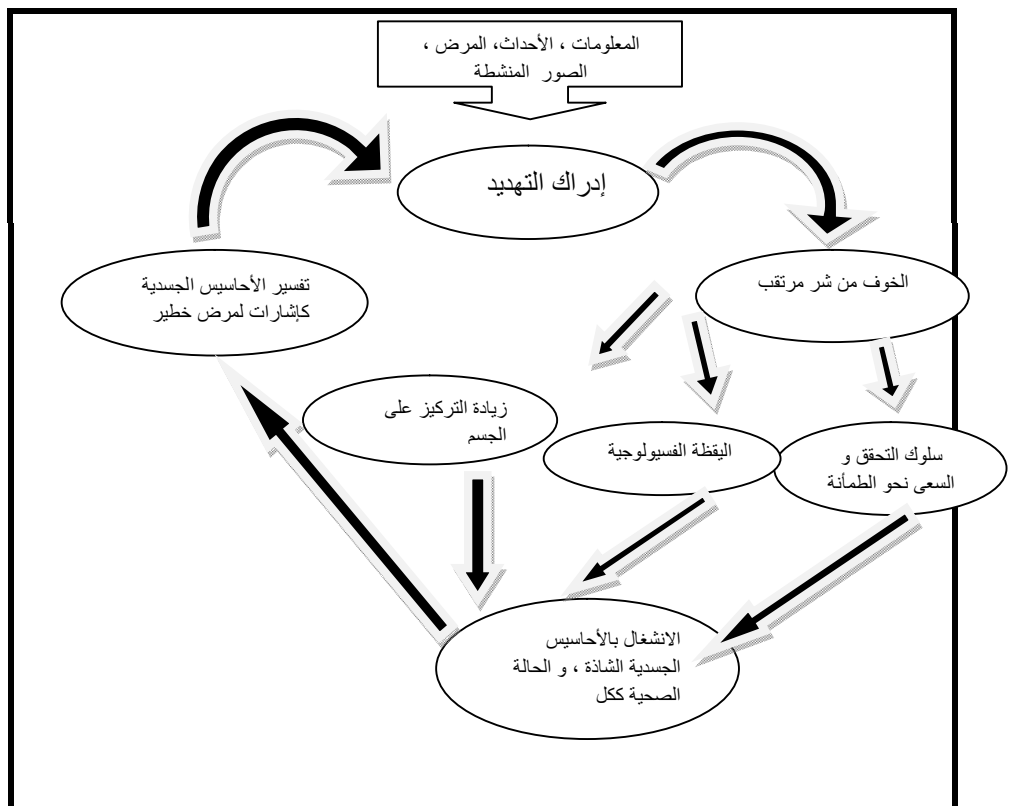
فالقلق حول المسائل الصحية و الأعراض نفسها من المحتمل أن ينتج عنه إثارة فسيولوجية فالمرضى عادة ما يسيئون تفسير زيادة الأعراض و اعتبارها كدليل إضافي على وجود مرض جسدي.

الانتباه الانتقائي للمعلومات المرتبطة بالمرض، مثلا اعتبار التغيرات الجسدية الطبيعية مثل انتفاخ المعدة بعد تناول الطعام، أو الخصائص الجسدية التي لم ينتبه إليها من قبل (كالبقع في البشرة) على أنها مهمة و خطيرة، فانشغال الفرد بالمخاوف الصحية يدفعه إلى التركيز على التغيرات الجسدية الطفيفة التي يعيها في الوقت الذي يفكر في الوجود الفعلي للمرض مما يؤدي إلى وجود تحيز نحو ملاحظة المعلومات التي تنسجم مع المخاوف بشأن المرض و الانحياز الذاتي المسبق . (5)

يهدف السلوك إلى، التجنب (مثلا تجنب المجهود البدني، تجنب الاتصال مع المرضى، تجنب قراءة الكتب و المجالات الطبية)، الفحص المتكرر، و الاستشارات الطبية المتكررة ، التفحص و التحقق الجسدي و التفتيش و المراقبة و الترقب لرصد أعراض جديدة، و كل هذه السلوكيات من شأنها أن تحافظ على استمرار القلق، و تجدر الإشارة إلى أن التفسيرات الفورية الخاطئة لدى مرضى الملح تختلف عن التفسيرات الخاطئة لدى متوهمي المرض إذ أن هذه الأخيرة تسمح و تفتح مجال أكبر لمتوهم المرض لطلب الحماية من خلال محاولات الحصول على حكم طبي على التهديد الطبي المحتمل. (15)

والسلوكيات التي تحدث نتيجة القلق يمكن أن تزيد من حدة القلق بطرق مختلفة :

تساهم في إبقاء تركيز الانتباه على المخاوف بخصوص الصحة، و بالتالي هذا يؤدي إلى بلورة (Elaboration) هذه المخاوف. يمكن أن تؤدي إلى زيادة مدى و نطاق التفسيرات الكارثية. يمكن أيضا لهذه الآليات الحفاظ على استمرار الانشغالات الصحية و تفاقم أعراض توهم المرض، إذا فالانتباه الانتقائي و سلوك التفحص يعملان على الحفاظ على القلق على المدى الطويل بنفس الطريقة التي نجدها في اضطراب الوسواس القهري (13) .



الشكل رقم (2) : فرضية العوامل المرسية و المحافظة على توهم المرض و قلق الصحة

من إعداد Salkoviskis

VII. العلاج المعرفي السلوكي لتوهم المرض :

و يتمثل العلاج المعرفي السلوكي لتوهم المرض في مساعدة المريض على تطوير تقييم بديل أقل تحديد لتفسير مشاكلهم ، فاستبعاد الأمراض الجسدية وحدها قد يكون غير كافي لعلاج توهم المرض، كما أن التفسيرات التي تحاول أن تفسر مخاوف المريض لا بد أن تكون صحيحة وذات مصداقية، فعلى المعالج المعرفي السلوكي أن يقدم تقرير شامل لما هو حاصل و تفسير بديل وشامل لقلق المريض و اهتماماته و ردود فعله و أعراضه، وتشجيع المرضى على مناقشة مشاكلهم من جميع

الجوانب، من أجل دفعهم للإقرار بأن أعراضهم ليست خطيرة، و أن ينسبوا لأسباب أقل تهديداً، ويجب أن يثبت أن السلوكيات التي لديهم مثل التفحص الجسدي وعوامل المحافظة الأخرى هي التي تعمل على جعل مشاكلهم تزداد سوءاً ولذا ينبغي التخلص منها .

و فيما يلي لمحة موجزة عن العلاج المعرفي السلوكي :

1. التقييم :

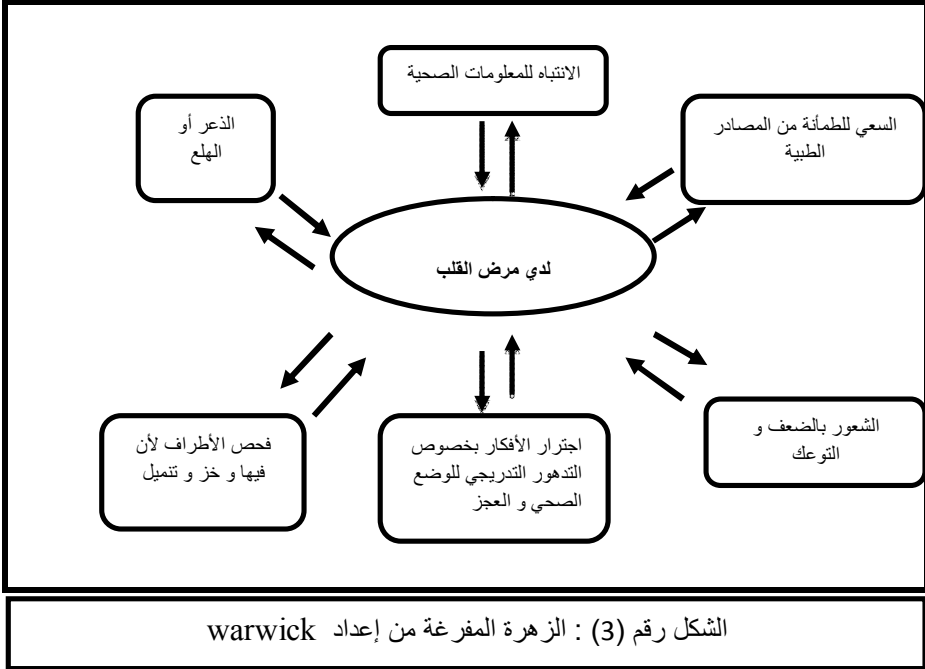
وعادة ما يبدأ التقييم بالبحث الدقيق حول التفاصيل العيادية للمشكلة من طرف المعالج، وبيان إذا ما كان قلق الصحة يسبب مشكلة كبيرة للمريض، وتقرير إذا ما كان بالإمكان تشخيص الحالة على أنها فعلاً توهم المرض، ويساعد المعالج المريض على تحديد الحدث المفجر الذي تعرض له وارتفع معه مستوى قلق الصحة، والذي عادة ما يكون أعراض جسدية طارئة، أو سماع معلومات عن شخص آخر لديه مرض ما، أو معلومات في وسائل الإعلام، أو قد يكون العامل المفجر ضغط نفسي لا يرتبط مباشرة بقلق الصحة (كالخصام بين الزوجين مثلاً)، بعد أن يتم تحديد السبب المفجر، يأخذ التحقيق شكل الاكتشاف الموجه الذي يتطور باتجاه مجموعة متشابكة من حلقات مفرغة (كما هو مبين في الشكل رقم 3)، وتتوصل إلى هذا البناء من خلال الاستجواب المتسلسل بعناية .

وبالتالي خلال فترة وجيزة من 30 دقيقة إلى 1 ساعة يتم وضع الصياغة الأولية للعوامل المحفزة و المرسية (المحافظة) .

2. جذب المرضى وإشراكهم في العلاج :

بعد أن تم إثارة ومناقشة و جهة نظر المرضى حول أساس مرضهم، فإن المرضى بعد فشلهم في حل مشاكلهم عادة ما يقبلون ما يتم اقتراحه من طرق علاجية أخرى، ويعد التصور النفسي الفرضية البديلة، فعلى المعالج أن يقنع مرضاه بأن مشاكلهم يمكن تفسيرها وفقاً للتصور النفسي في إطار ما يسمى بالثقيف النفسي ثم يعرض عليهم برنامج علاجي موجز يركز على استخدام التقنيات النفسية، ويجب أن يكون العلاج سلس ومنظم، فالجلسة الأولى تركز أساساً على تطبيق الاختبارات من أجل تشكيل الزهرة المفرغة، وجمع أدلة كافية تثبت أن مشاكل المريض ترتبط بالقلق أكثر من ارتباطها بوجود مرض جسدي، ويمكن الوصول لهذا الهدف من خلال المزج بين المناقشة و التجارب السلوكية، ومع التقدم في العلاج يتم التخلص من سلوكيات الحماية وإلغاء العوامل المرسية)

(maintaining factors)، وفي الجلسات اللاحقة يتم التحقق من المعتقدات و تنفيذها ، ويتم وضع خطة لمنع الانتكاس . (7)



3. المراقبة الذاتية :

ما إن يتم وضع الصياغة التمهيديّة لزهرة المفرغة، حتى نجد المرضى عادة ما يطلبون استنتاج المزيد من الأزهار المفرغة التي تعكس خبرتهم مع قلق الصحة، حيث نطلب من المرضى وضع سجل موجز لأنشطتهم خلال أسبوع كامل يركزون فيه على حدوث الأعراض الجسدية و قلق الصحة، الأمر الذي يساعد على توفير معلومات حول العوامل المحفزة لقلق الصحة لدى هؤلاء المرضى، كما يظهر لنا أيضا الأنشطة التي تم تفاديها أو تجنبها والتي تعد كنتيجة مباشرة لقلق الصحة (مثلا الخوف من القلق المؤدي إلى تجنب الإجهاد) و الأنشطة التي قاموا بها لا لشيء إلا من أجل الانشغال الطبي فقط(مثلا الإحساس بالنبض والذهاب إلى الطبيب مباشرة)، وسوف يفاجئ المرضى عندما يرون كم

من الوقت والجهد قد أضعوا في اهتمامهم بقلق الصحة وبالتالي يمكن أن توفر أدلة مفيدة بشأن الآثار المترتبة على الاهتمام والتركيز الجسدي⁽¹²⁾.

4. مناقشة المعتقد :

و ذلك من خلال وضع قائمة بالأسباب المحتملة لتلك الأعراض بما في ذلك التفسير الكارثي الخاص بالمرضى (على سبيل المثال سرطان المعدة)، وعلى المريض تقدير نسبة آلام المعدة التي يتسبب فيها كل عامل من العوامل المدرجة في القائمة ثم يجعل كل عامل في جزء من مخطط دائري ويترك التفسير الكارثي للأخير، وهذا يعني انه سيحتل جزء صغير جدا من الدائرة، و بالتالي يتم توليد تفسيرات بديلة أقل تهديدا، و يجب على المعالج ان يضمن أن المريض يولد تفسيرات بديلة ويستجيب بطريقة عقلانية، وأنهم متواصلون في استعمالهم لتقنية إعادة التوزيع بين الجلسات العلاجية. و تجدر الإشارة إلى أنه من الصعب جدا محاولة تفسير كل الأعراض لأنه ستتحول تقنية إعادة التوزيع إلى شكل من أشكال الطمأننة

5. التجارب السلوكية :

➤ تجربة الانتباه الانتقائي :

في هذه التجربة نطلب من المرضى التركيز على جزء محدد من الجسم لعدة دقائق (هذا العضو لا يكون مصدر لقلق الصحة الحالي)، وبعد ذلك نطلب منهم أن يصفوا الأحاسيس الجسدية التي لاحظوها، أغلبية المرضى سيعبرون عن أحاسيس كانوا لا علم لهم بما قبل التجربة مثل ضيق في الحنجرة، و وخز في القدمين، هذا التمرين مفيد لإظهار أثر التفحص الجسدي و تتبع الأعراض ورصدها.

➤ تجربة التوقعات والتكهنات :

التنبؤ بأن أعراض محددة ستتطور لتصبح كارثة وشيكة، يمكن اختبارها أثناء الجلسة باستخدام إجراءات بسيطة لاستحضار الأعراض المخيفة، ومن الأمثلة على ذلك تشنج العضلات لاستحضار الألم، أو الجري في السلام صعودا ونزولا لجلب ضيق التنفس وآلام الصدر، فإننتاج أحاسيس مماثلة أو مشابهة لتلك التي تتسبب في قلق المريض فإنه يساهم في

التشكيك في التفسير الكارثي، وبالتالي دفع المريض إلى البدء في التفكير في إيجاد تفسير بديل (14).

➤ تجربة التعامل مع الاجترار :

المرضى قد يقضون فترات طويلة في اجترار العواقب المحتملة التي قد تنجر عن الأعراض الجسدية، و بالتالي سيقتنعون أن لديهم فعلا مرض خطير، ففي جلسة من الجلسات نطلب من المرضى اجترار هذه المعتقدات بصوت عالي لفترة معينة، الأمر الذي غالبا ما ينجر عنه تغيرات في المزاج و الوعي بالأعراض والقناعة بالمرض، فهذا التمرين يوضح أكثر أثر الاجترار على قلق الصحة، ويمكن استخدامه لتحديد أخطاء التفكير و يمكن أن يتبعه فحص مزايا وعيوب هذا النوع من التفكير (9).

➤ تجربة التعامل مع السعي نحو الطمأنة باستمرار :

يتم التعامل مع السعي الدائم نحو الطمأنة من خلال إظهار الآثار السلبية للطمأنة، ففي هذه الخطوة نسأل المريض إذا كانت الأعراض تتحسن بمجرد أن يتلقى الطمأنة من طرف المعالج، فماذا عن الأسباب؟ وهل المرض الخطير (السرطان) يشفى بالطمأنة؟ هذا من جهة ومن جهة أخرى غالبا ما يكون من المفيد اجراء تحليل مفصل لتكاليف وفوائد السعي نحو الطمأنة، والهدف من ذلك هو مقارنة الفوائد القليلة المتحصل عليها على المدى القصير مع التكاليف المتكبدة على المدى الطويل لكل من المرضى وأسرههم، فمزيج من هذه الطرق عادة ما يؤدي إلى اتخاذ قرار الحد أو التوقف عن السعي نحو الطمأنة.

➤ الوقاية من الانتكاس :

إذا ففي الجلسات العلاج النهائية، يطلب من المرضى العمل على وضع خطة للوقاية من الانتكاس، وتشمل الخطة مراجعة ما تم تعلمه خلال فترة العلاج و تحديد المحفزات المستقبلية التي يمكن أن ينتج عنها قلق الصحة.

IX. تعقيب عام حول النموذج المعرفي السلوكي :

لا يمكن التنكر للقفزة النوعية التي حققها النموذج المعرفي السلوكي في تفسير وعلاج الاضطرابات جسدية الشكل عموما و اضطراب توهم المرض على الوجه الخصوص ولكن هناك بعض التحفظات التي تؤخذ على هذا النموذج منها :

- مدى موضوعية المعيار الذي تم الاستناد إليه في الحكم على كون المعتقدات عقلانية أم لا
- التركيز على الجوانب المعرفية دون الجوانب الانفعالية .
- التنكر للاشعور (أصل المشكلة).

الختامة :

تعد المقاربة المعرفية السلوكية قد نجحت إلى حد بعيد في إعطاء معنا جديد لاضطراب توهم المرض و قلق الصحة، من خلال التفسير الشامل الذي اقترحتة، كما أن العلاج الذي جاءت به يعد واعداد و يعد من أهم العلاجات لاضطراب توهم المرض و قلق الصحة في و الوقت الحالي، بالإضافة إلى ذلك فإن المقاربة المعرفية السلوكية قد أصبحت موضوعا دسما للعديد من الدراسات الهامة، إلا أنه لا يزال هناك الكثير من العمل حتى ترسخ هذه المقاربة و تزداد اتساعا و شمولية، كما لا يفوتني الإشارة إلى أن الباحثين العرب قد تأخروا كثيرا عن الخوض في غمار هذا التوجه، وهذا ما أدى إلى قلت الدراسات و تزايد الغموض حول الاضطرابات جسدية الشكل عموما و اضطراب توهم المرض على وجه الخصوص .

هوامش البحث :

- (1) Barsky, A. J., & Klerman, G. L.. Overview(1983): **hypochondriasis, bodily complaints and somatic styles. American Journal of Psychiatry**, 140, 273-281.
- (2) Barsky, A.j, Remy,R,(1993) : **Hypochondriacal patients' beliefs about good health** , American Journal of Psychiatry: 150:1085-1089.
- (3) Beck, A. T.. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International University Press(1976).
- (4) Bianchi,(1971) .**Origing of disease phobia** .Aust.N.Z.J. PSYCHIATRY.5: 241
- (5) Cassandra s , Karen M (2011) : **Selective attention and health anxiety : Ill-health stimuli are distracting for Everyone**, cogn Ther Res : 35: 241-252
- (6) Clark, D. M. (1988). **A cognitive model of panic**. In S. Rachman and J. Maser (Eds.), *Panic: psychological perspectives*. Hillsdale: Erlbaum.
- (7) Femke M. Buwaldaa,, Theo. K. Boumana, (2006) : **Psychoeducation for hypochondriasis: A comparison of a cognitive-behavioural approach and a problem-solving approach**, Behaviour Research and Therapy :45: 887-899.
- (8) Marcus, D.K., & Church, S.E. (2003). **Are dysfunctional beliefs about illness unique to hypochondriasis?** Journal of Psychosomatic Research, 54.
- (9) Marcus, D.K., Hughes, K.T., & Arnau, R.C. (2008). Health anxiety, rumination, and negative affect: A meditational analysis. Journal of Psychosomatic Research, 64.

- (10) Miller, D., Acton, T. M. G., & Hedge, B. (1988). **The worried well: their identification and management.** Journal of the Royal College of Physicians, 22.
- (11) Miller, D., Green, J., Farmer, R., & Carroll, G. (1985). A “**pseudo-AIDS**” syndrome following from fear of AIDS. British Journal of Psychiatry, 550-551.
- (12) Patricia Furer and John R. Walker, (2005): **Treatment of Hypochondriasis with Exposure,** Journal of Contemporary Psychotherapy, 35:251-267
- (13) Salkovskis, P. M. (1991). **The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: a cognitive account.** Behavioural Psychotherapy, 19, 6-19.
- (14) Salkovskis, P. M. (1990). **The nature of and interaction between cognitive and physiologicuf factors in panic attacks and their treatment.** Unpublished PhD Thesis.
- (15) Salkovskis, P. M., & Clark, D. M. (1986). **Cognitive and physiological processes in the maintenance and treatment of panic attacks.** In I. Hand and U. H. Wittchen (Eds.) Panic and phobias. Springer-V&lag.
- (16) Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C. (1986). **Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: A cognitive behavioural approach to hvpochondriasis.** Behuviour Research and Therapy, 24, 597-602. . 1
- (17) Warwick, H. M. C., & Salkovskis, P. M. (1985). **Reassurance.** British Medical Journal, 290, 1028.

- (18) Warwick, H. M. C., & Salkovskis, P. M. (1989). **Cognitive and behavioural characteristics of primary hypochondriasis**. Scandinavian Journal of Behaviour Therapy, 1&85-92.
- (19) Warwick, H. M. C., & Salkovskis, P. M. (1990). **Hypochondriasis. Behaviour Research and Therapy**, 28, 105-118.
- (20) Weck,F,et al, (2012). **Dysfunctional beliefs about symptom and illness in patient with hypochondriasis** , the academy of sychosomatic medicine : 53: 148-154