



أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه ل م د

تخصص تقنيات وتطبيقات العلاج النفسي تحت عنوان:

بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي لخفض نوبات الهلع
عند المصابين بفوبيا الأماكن المفتوحة
-عينة من جامعة تلمسان-

تحت إشراف:

د. برحيل بن عصمان جويذة

من إعداد الطالب:

بلغالم محمد

لجنة المناقشة:

أ. د. فقيه العيد	أستاذ التعليم العالي	جامعة تلمسان	رئيساً
د. برحيل بن عصمان جويذة	أستاذة محاضرة (أ)	جامعة تلمسان	مشرفاً ومقرراً
أ. د. بوغازي الطاهر	أستاذ التعليم العالي	جامعة تلمسان	عضواً مناقشاً
د. زروالي لطيفة	أستاذة محاضرة (أ)	جامعة وهران 2	عضواً مناقشاً
د. لصقع حسينة	أستاذة محاضرة (أ)	جامعة وهران 2	عضواً مناقشاً
د. فراحي فيصل	أستاذ محاضر (أ)	جامعة وهران 2	عضواً مناقشاً

كلمة شكر

نشكر الله سبحانه و تعالى على فضله في إتمام هذا البحث و لولا فضل الله ما كنا لنتمه.

ثم نشكر الأستاذة الكريمة برحيل بن عصمان جويذة التي أطرنا في بحثنا هذا وعلى تعاونها و سماحتها معنا، و على المساعدات التي قدمتها للباحث.

كما نشكر الأستاذ السيد الرئيس فقيه العيد الذي أطرنا في مسارنا العلمي

كما نشكر الأساتذة المناقشين الذين شرفونا بمناقشة هذه الرسالة.

و نقدم شكرنا الجزيل إلى الأساتذة الذين ساعدونا في هذه الرسالة من بعيد أو من قريب..... و كما نشكر كل من قدم لنا يد العون في إنهاء هذا العمل.

كما نشكر جميع أساتذة العلوم الاجتماعية والإنسانية داخل جامعة تلمسان أو خارجها.

و شكرا للجميع.....

الإهداء

إلى من ندعوا لهم في صلواتنا، ربنا ارحمهما كما ربياني صغيرا

إلى إخوتي زوجتي ... ابنتي آلاء

إلى زملائي رفاق الدراسة ... أصدقائي

إلى من يسعون لتخفيف معاناة الآخرين، إلى كل خطائي نفسي.

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي ومنه البرنامج المقترح من الباحث لخفض شدة نوبات الهلع عند المصابين بخوف الأماكن العمومية، والتقليل من درجة السلوكيات التجنبية ومنه الأعراض الخوافية، كما هدفت الدراسة إلى الحد من شدة الأفكار الخوافية أو التعديل منها لدى عينة الدراسة.

استخدم الباحث المنهج التجريبي، لتحقيق أهداف الدراسة، فتكونت عينة الدراسة من 08 طلاب من جامعة تلمسان قسموا عشوائياً إلى قسمين مجموعة تجريبية (04) طلبة استفادوا من الحصص العلاجية التي بلغ قوامها 13 حصة من العلاج المعرفي السلوكي زائد حصتين من العلاج الفردي قصد تكوين المفاهيم حول الحالات، أما المجموعة الضابطة التي بلغت (04) طلاب بقوا في الانتظار إلى حين انتهاء العلاج المطبق على العينة التجريبية.

كما اعتمد الباحث في بحثه على مجموعة من الأدوات التي استخدمها في بحثه وفق شروط المنهج التجريبي وتمثلت في مقياس الهلع وخوف الأماكن العمومية، واستبيان الأفكار الخوافية، الذين طبقهما الباحث بعد ترجمتهما للغة العربية والتأكد من صدقهما وثباتهما، كما قام الباحث ببناء برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي انطلاقاً من برنامج بيك وكلاارك وبرنامج المطبق بمستشفى لفال بكندا.

طبق الباحث البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية بعد تطبيق القياس القبلي على المجموعة التجريبية والضابطة، وبعد انتهاء العلاج الذي دام أكثر من 15 أسبوع (13 حصة من العلاج + حصتين قبل العلاج للتعارف وتكوين المفاهيم) أعاد الباحث تطبيق كل من المقياس والاستبيان على عينة الدراسة.

بعد انتهاء العلاج قام الباحث بالتأكد من صحة الفرضيات إحصائياً وأكدت النتائج على ما

يلي:

- أن البرنامج العلاجي المقترح فعال في خفض من شدة نوبات الهلع والتقليل من شدة السلوكيات التجنبية عند الحالات التي تعاني من رهاب الأماكن المفتوحة.
 - أن البرنامج العلاجي المقترح فعال في التعديل من الأفكار الخوافية لدى أفراد المجموعة التجريبية.
 - أن العلاج المعرفي السلوكي يخفض من شدة النوبات الهلع ومن درجة السلوكيات التجنبية أثر تعديله للأفكار الخوافية عند الحالات.
- في الأخير قام الباحث بمناقشة النتائج بعد عرضها برجوع إلى الدراسات السابقة من جهة، والإطار النظري من جهة أخرى.

الفهارس

فهرس المحتوى

أ	كلمة شكر
ب	إهداء
ج	ملخص
د	فهرس المحتوى
ي	فهرس الأشكال
ك	فهرس الجداول
ن	فهرس الرسوم البيانية
1	مقدمة

الفصل الأول: مدخل عام للدراسة

7	1. الخلفية النظرية للدراسة وإشكالية البحث
18	2. التعقيب على الدراسات السابقة وطرح الإشكالية
22	3. فرضيات البحث
23	4. أهداف البحث
23	5. أهمية البحث
24	6. أسباب اختيار الموضوع
24	7. تحديد المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة
25	8. حدود الدراسات
26	9. منهجية الدراسة
26	خلاصة

الفصل الثاني: العلاج المعرفي السلوكي

28	تمهيد
28	1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي
29	2. مرجعية العلاج المعرفي السلوكي
50	3. المستويات الثلاثة للتدخل في العلاج المعرفي السلوكي
51	4. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
52	5. سيران العلاج
53	6. مشكلة الدافعية نحو تغير
56	7. الإطار العلاجي
57	8. الحصص العلاجية
58	9. التحليل الوظيفي (تكوين المفاهيم)
61	10. التحالف العلاجي
67	11. الأساليب والتقنيات العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي
74	12. العلاج الجماعي المعرفي السلوكي
76	خلاصة

الفصل الثالث: اضطراب الهلع وخوف الأماكن العمومية

78	تمهيد
78	1. تعريف اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة (العمومية)
79	2. نبذة تاريخية حول اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة
80	3. الوصف الاكلينيكي

82	4. تشخيص نوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة
85	5. انتشار اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة
86	6. الدراسة العرضية لنوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة
89	7. أسباب نوبة الهلع وخزاف الأماكن المفتوحة
90	8. الأشكال العيادية لنوبات الهلع وخوف الأماكن المفتوحة
92	9. التشخيص التفريقي لاضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة حسب (DSM V):
96	10. البدء، التطور، والتنبؤ
96	خلاصة

الفصل الرابع:

البرنامج المعرفي السلوكي المقترح لعلاج نوبات الهلع وخوف الأماكن العمومية:

98	تمهيد
98	1. أهمية البرنامج العلاجي المقترح
98	2. أهداف البرنامج العلاجي المقترح
99	3. المرجعية النظرية للبرنامج العلاجي
128	4. محتوى البرنامج المقترح والفئة الموجهة إليه
129	5. الوسائل المستخدمة
130	خلاصة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية:

132	أولاً: الدراسة الاستطلاعية
132	1. الغرض من الدراسة الاستطلاعية

132	2. منهجية الدراسة
134	3. مكان الدراسة الاستطلاعية
134	4. مدة الدراسة
134	5. المجتمع الأصلي للدراسة
134	6. عينة الدراسة
141	7. أدوات الدراسة
156	ثانيا: الدراسة الأساسية
156	1. الغرض من الدراسة الأساسية
156	2. منهجية الدراسة الأساسية
158	3. مكان الدراسة الأساسية
158	4. مدة الدراسة الأساسية
158	5. مجتمع الدراسة
158	6. عينة الدراسة
159	7. أدوات الدراسة
167	خلاصة

الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج:

169	أولاً: عرض النتائج
169	1. عرض الحالات
189	2. عرض نتائج الفرضية الأولى
191	3. عرض نتائج الفرضية الثانية
193	4. عرض نتائج الفرضية الثالثة

194	5. عرض نتائج الفرضية الرابعة
195	6. عرض نتائج الفرضية الخامسة
196	7. عرض نتائج الفرضية السادسة
198	8. عرض نتائج الفرضية السابعة
199	9. عرض نتائج الفرضية الثامنة
200	10. عرض نتائج الفرضية التاسعة
201	ثانيا: مناقشة النتائج
201	1. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الأولى والدراسات السابقة
205	2. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الثانية والدراسات السابقة
206	3. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الثالثة والدراسات السابقة
207	4. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الرابعة والدراسات السابقة
211	5. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الخامسة والدراسات السابقة
214	6. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية السادسة والدراسات السابقة
215	7. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية السابعة والدراسات السابقة
216	8. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الثامنة والدراسات السابقة
216	9. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية التاسعة والدراسات السابقة
218	خلاصة عامة
222	قائمة المراجع

الملاحق

233	الملحق رقم (1)
250	الملحق رقم (2)
283	الملحق رقم (3)

311 الملحق رقم (4)

315 الملحق رقم (5)

فهرس الأشكال

- الشكل "1": يبين كل من المعتقدات والأفكار التلقائية 44
- يمثل الشكل رقم "2" النموذج المعرفي لبيك 45
- الشكل رقم "3" يوضح نموذج التغيير 55
- الشكل رقم "4" يظهر نموذج الحلقة المغلقة 61
- الشكل رقم "5" يمثل النموذج المعرفي لاضطراب الهلع 102

فهرس الجداول

- الجدول رقم "1" يعرض المخططات اللاتوافقية الشرطية واللاشرطية 49
- الجدول "2" العلاقة بين الأحاسيس الداخلية للهلع ومخططات التهديد الفسيولوجية وعقلية ... 104
- يعرض الجدول "3" الخطوات الرئيسية في العلاج المعرفي المستخدمة لتحقيق هذه الأهداف 110
- الجدول "4" تمارين التعريض للأعراض المستخدمة في علاج اضطراب الهلع 114
- الجدول "5" التنفس البطني بروتوكول إعادة تدريب للعلاج المعرفي السلوكي للهلع 125
- الجدول "6" يبين توزيع الجنس للعينة 135
- جدول "7" يظهر انتشار أعمار العينة حسب الجنس 136
- الجدول "8" يبين انتشار الوضعية العائلية 138
- الجدول "9" يبين انتشار الوضعية الاقتصادية للعينة 139
- الجدول "10" يوضح صدق المحكمين لمقياس اضطراب الهلع وخواف الأماكن العمومية 146
- الجدول رقم "11" يظهر الاتساق الداخل لكل بعد من أبعاد المقياس 150
- الجدول "12" يوضح صدق المحكمين لاستبيان الأفكار الخوافية 152
- الجدول "13" يوضح تصحيح المقياس 154
- الجدول "14" يوضح درجة الاتساق الداخلي لكل بعد 155
- الجدول "14" يوضح خطوات البرنامج العلاجي 160
- الجدول "16" يظهر نتائج الحالة الأولى على مقياس اضطراب الهلع وخواف الأماكن العمومية قبل العلاج 170
- الجدول "17" يظهر نتائج استبيان الأفكار الخوافية قبل العلاج 171
- جدول "18" يبين النتائج المتحصل عليها في مقياس اضطراب الهلع وخواف الأماكن العمومية بعد العلاج 172

الجدول "19" يوضح نتائج القياس البعدي لاستبيان الأفكار الخوافية	173
الجدول "20" يوضح نتائج الحالة الثانية قبل العلاج على مقياس اضطراب الهلع وخواف الأماكن العمومية	176
الجدول "21" يظهر نتائج استبيان الأفكار الخوافية	176
الجدول "22" يوضح النتائج المتحصل عليها على مقياس الاضطراب الهلع وخواف الأماكن المفتوحة بعد العلاج	178
الجدول "22" يوضح نتائج استبيان الأفكار الخوافية بعد العلاج	178
الجدول "23" يوضح نتائج الحالة الثالثة قبل العلاج على مقياس اضطراب الهلع وخواف الأماكن العمومية	181
الجدول "24" يظهر نتائج استبيان الأفكار الخوافية	181
الجدول "25" يوضح النتائج المتحصل عليها على مقياس الاضطراب الهلع وخواف الأماكن المفتوحة بعد العلاج	183
الجدول "26" يوضح نتائج استبيان الأفكار الخوافية بعد العلاج	183
الجدول "27" يوضح نتائج الحالة الرابعة قبل العلاج على مقياس اضطراب الهلع وخواف الأماكن العمومية	186
الجدول "28" يظهر نتائج استبيان الأفكار الخوافية	186
الجدول "29" يوضح النتائج المتحصل عليها على مقياس الاضطراب الهلع وخواف الأماكن المفتوحة بعد العلاج	188
الجدول "30" يظهر نتائج استبيان الأفكار الخوافية بعد العلاج	188
الجدول "31" يبين قيمة "T" التجريبية ويوضح نتائج الفرضية الأولى	189
الجدول "32" يبين قيمة "T" التجريبية ويوضح نتائج الفرضية الثانية	191
الجدول "33" يبين قيمة "T" التجريبية ويوضح نتائج الفرضية الثالثة	193

الجدول "34"	يبين مستويات الفاعلية والتأثير للعلاج النفسي	195
الجدول "35"	يوضح نتائج الفرضية الرابعة	195
الجدول "36"	يبين قيمة "T" التجريبية ويوضح نتائج الفرضية الخامسة	196
الجدول رقم "37"	يبين قيمة "T" التجريبية ويوضح نتائج الفرضية السادسة	197
الجدول رقم "38"	يبين قيمة "T" التجريبية ويوضح نتائج الفرضية السابعة	198
الجدول "39"	يبين مستويات الفاعلية والتأثير للعلاج النفسي	199
الجدول "40"	ويوضح نتائج الفرضية الثامنة	200

فهرس الأشكال البيانية

- الشكل البياني "1" يوضح انتشار العينة حسب الجنس 136
- الشكل البياني "2": يوضح انتشار الأعمار في العينة 137
- الشكل البياني "3": يبين انتشار الأعمار للجنسين 137
- الشكل البياني "4" يوضح انتشار الوضعية الأسرية 138
- الشكل "5" يبين انتشار الوضعية العائلية بالنسبة للجنسين 139
- الشكل البياني "6" يوضح انتشار النسبي للوضعية العائلية 139
- الشكل البياني "7" يوضح انتشار الوضعية الاقتصادية للجنسين 140
- الشكل البياني "8" يظهر نسبة الوضعية الاقتصادية بالنسبة للجنسي العينة 140
- الشكل البياني "9" يوضح نسبة انتشار الوضعية العائلية للعينة 141
- رسم بياني "10" يوضح القياس القبلي والبعدي للحالة الأولى على مقياس اضطراب الهلع وخواف
الأماكن العمومية 173
- رسم بياني "11" يوضح الفرق بين القياس القبلي والبعدي لاستبيان الأفكار الخوافية 174
- رسم بياني "12" يوضح القياس القبلي والبعدي للحالة الثانية على مقياس اضطراب الهلع وخواف
الأماكن العمومية 178
- رسم بياني "13" يوضح القياس القبلي والبعدي لاستبيان الأفكار الخوافية 179
- رسم بياني "14" يوضح القياس القبلي والبعدي للحالة الثالثة على مقياس اضطراب الهلع وخواف
الأماكن العمومية 183
- رسم بياني "15" يوضح القياس القبلي والبعدي لاستبيان الأفكار الخوافية 184
- رسم بياني "16" يوضح القياس القبلي والبعدي للحالة الرابعة على مقياس اضطراب الهلع وخواف
الأماكن العمومية 188
- رسم بياني "17" يوضح القياس القبلي والبعدي لاستبيان الأفكار الخوافية 189

رسم بياني "18" يوضح تراجع كل من اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة والأفكار الخوفية

200

الرسم البياني "19" يوضح ثبات كل من نوبات الهلع وخوف الأماكن العمومية والأفكار الخوفية

201

مقدمة

يقول إيزاك م. ماركس (1999/1978: 18):

" إن الخوف انفعال طبيعي وعادي يشعر به جميع الناس في الظروف والمواقف التي تهدد الإنسان بالخطر. وفي العادة، لا يستمر هذا الخوف مدة طويلة، إذ سرعان ما يقوم الإنسان باستجابات توافقية مناسبة لدرء الخطر الذي يهدده، فيزول الخوف، ويعود الإنسان إلى استئناف أنشطته اليومية العادية في هدوء واتزان. ولكن إذا استمر هذا الخوف عند بعض الناس مدة طويلة بدون مبرر يستدعي ذلك دون وجود خطر واقعي يهدد الإنسان، فإننا نكون في هذه الحالة أمام خوف شاذ يسبب للإنسان كثيرا من الإزعاج، وقد يعوقه عن أداء أنشطته اليومية العادية، ويكون الإنسان في حاجة إلى مساعدة مختص للتغلب على هذا الخوف".

فمن الطبيعي في عصرنا أن تنتشر المخاوف وذلك لطبيعة الحياة التي نعيشها، لذا فمن الملاحظ أن الخوف أصبح الاضطرابات النفسية الأكثر انتشارا وذلك بتأكيد المنظمة العالمية للصحة لأكثر من ثلاثين سنة، وليس هذا فقط بل يعتبر الخوف من بين اضطرابات القلق الأكثر انتشارا في المجتمع والذي يعبر عن خوف غير طبيعي من مواضيع غير مخيفة أساسا، وتختلف هذه المواضيع باختلاف البيئة والمجتمع والثقافة التي يعيش فيها الفرد وطريقة التربية التي يتلقاها في أسرته. (Antoin, 1996: 533)

كما أنه يجدر الإشارة أن رهاب الأماكن المفتوحة أو العمومية هو من بين الرهابات الأكثر انتشارا حيث يجد الفرد نفسه في حالة من الهلع أمام الحشود وفي الأماكن الواسعة والمغلقة أو العمومية فيخاف الفرد أن يحدث له أمر مخزٍ أو مريع أو يجد نفسه في مكان لا يستطيع فيه الفرد الهروب أو وصول النجدة إليه، فتجده يتحاشى المواقف التي تثير لديه الشعور بالخوف مما يؤثر سلبا على حياته الدراسية والمهنية والاجتماعية. فيجد الفرد نفسه ضائعا أمام هذه الوضعية التي ليست بالمخيفة على العموم.

هذه الوضعية تسبب لدى الفرد نوبات من الهلع، التي تتميز بالشدة والمدى، فيشعر الفرد بحالة من القلق والضيق مصحوبة بتغيرات فيزيولوجية وانفعالية مع الشعور بالضياع، بل تتعدى إلى سلوك الفرد فتعرقل قدرته على التكيف مع المواقف، وتحد من مسؤولياته اتجاه ذاته والآخر، وحتى في

مقدمة

تحقيق حقوقه والعمل على أداء واجباته، ليس فقط هذا بل تتعدى إلى قدراته المعرفية خاصة في سلامة تفكيره اتجاه المواقف وقدرته على التركيز وتحليل المواقف وحل المشكلات واتخاذ القرارات، وحتى في تخزين المعلومة واسترجاعها وإدراك المواضيع.

من جهة أخرى نعلم أن النزعة الخوافية هي نزعة تعلمية، يتعلمها الفرد من محيطه الذي ينمو ويعيش فيه وذلك عن طريق الاحتكاك بمختلف العوامل والمتغيرات التي تمكنه من اكتساب المعلومة وتسجيل مدركات خاطئة عن الموضوع الرهابي، ويدرك الفرد حينها أنها خطيرة وتهدد حياته وهي على العكس من ذلك، فهذه المدركات التي عايشها الفرد والتي تنمو نتيجة لخبرات مؤلمة وقعت في مرحلة الطفولة أو المراهقة أو موقف صادم حدث في ظرف وموقف معين.

يقابل هذا الوضع في الطرف الآخر العلاج النفسي الذي يمثل حلا من الحلول للتخلص من هذه الأزمة ومساعدة الأفراد على تجاوزها، ومن بينها العلاج السلوكي المعرفي الذي يعتبر تيارا علاجيا قائما بذاته يركز في تقنياته على نظريات التعلم السلوكي من جهة، والنظريات المعرفية التي تقوم على معالجة المعلومة وتعديل الوظائف المعرفية من جهة أخرى. كما يلعب هذا العلاج دورا هاما في تقديم المساعدات لمختلف الاضطرابات وذلك من خلال بناء برامج علاجية فردية أو جماعية متخصصة باضطراب معين حسب أعراضه؛ كما يهتم بالفروقات الفردية ويحترمها، فيبنى البرنامج حسب نوع الاضطراب وشدة الأعراض وقدرات الفرد؛ ومن بين هذه البرامج البرنامج العلاجي الجماعي لنوبات الهلع لبك وكلاارك (Beck & Clark)، والذي أبدى فعالية في علاج نوبات الهلع وخواف الأماكن المفتوحة؛ وهو المرجع الذي قام الباحث من خلاله ببناء برنامجه العلاجي لنوبات الهلع، وذلك باستخدام مجموعة من التقنيات السلوكية والمعرفية كالتحصين التدريجي أو التعريض للمواقف الخوافية والتعريض للأحاسيس الجسدية والتأهيل النفسي والاسترخاء.

هذه التقنيات التي تقوم على تدريب الحالات وتعليمها التعامل مع نوبات الهلع والموضوع الخوافي تدريجيا، أكان ذلك من خلال التعامل الواقعي مع المواقف المثيرة للخوف أو عن طريق التصورات الذهنية للفرد؛ ويقوم أيضا على التقنيات المعرفية من تعديل للأفكار والمدركات الخاطئة

للفرد اتجاه الموضوع الخوافي. كل هذا تحت ظل العلاج الجماعي الذي يسوده التعاون والمشاركة النشطة والفعالة بين المعالج والحالات، ومن هنا اتجه الباحث إلى وضع هذا الموضوع الذي يركز على بناء برنامج علاجي جماعي معرفي سلوكي قصد خفض من درجة نوبات الهلع عند المصابين بخواف الأماكن المفتوحة، لعينة من جامعة تلمسان أبي بكر بلقايد، حيث تم بناء البرنامج وفق الخلفية النظرية لكل من بيك وكلارك (Beck & Clark) في العلاج المعرفي السلوكي، وتخلل موضوع بحثنا الفصول التالية:

الفصل الأول الذي يدور حول مدخل عام للدراسة، تناول فيه الباحث كل من الدراسات السابقة وطرح الإشكالية وفرضيات البحث، كما تطرق إلى الأهداف والأهمية وأسباب اختيار الموضوع، ثم تحديد المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة وفي الأخير منهجية البحث.

أما **الفصل الثاني** فقد كان فصلا نظريا تطرق فيه الباحث إلى مختلف الجوانب النظرية وأدبيات البحث في العلاج المعرفي السلوكي، مدرجا فيه مختلف النظريات التي كونت هذا العلاج واحتوته، كما تطرق إلى ذكر مختلف التقنيات المعرفية السلوكية المدرجة في العلاج، كما تعدى الباحث إلى ذكر الطرق التي تساعد على تكوين العلاقة بين المعالج والعميل وكيفية رصد الاضطراب في ظل هذا العلاج.

تطرق الباحث في **الفصل الثالث** لاضطراب الهلع وخواف الأماكن المفتوحة مستندا في بحثه على الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس من أجل تحديد الأعراض والتشخيص السليم لاضطراب الهلع وخواف الأماكن المفتوحة.

كما تميز **الفصل الرابع** بذكر الباحث لمختلف خطوات بناء برنامجه العلاجي مركزا على الجانب النظري للبرنامج والمأخوذ من برنامج بيك وكلارك ومختلف التعديلات التي أدخلها الباحث على العلاج، كما تطرق الباحث إلى ذكر التقنيات والوسائل المستعملة في العلاج موضحا ذلك في جدول يلخص مختلف خطوات هذا البرنامج.

الفصل الخامس عبارة عن فصل منهجي وضع فيه الباحث مختلف الإجراءات المنهجية التي اتبعها في كل من الدراسة الاستطلاعية التي تقرب بها من العينة وتحقق من خلالها من صدق وثبات الاختبارين، والدراسة الأساسية التي من خلالها تحقق البحث من فعالية البرنامج المقترح كما تحقق من صحة الفرضيات.

أما **الفصل السادس** والأخير فقد عرض فيه الباحث النتائج المتحصل عليها في الدراسة، والتي كانت في البداية عبارة عن فرضيات تم مناقشتها في هذا الفصل قصد التعليل عن صحة فرضياته مبرهنًا ذلك من خلال الدراسات السابقة المطروحة في أطروحة بحثه، حيث أثمر البحث عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض من نوبات الهلع عند المصابين بخوف الأماكن المفتوحة، كما أنه فعال في تعديل الأفكار الخوافية، وأن تعديل الأفكار الخوافية هو الذي يؤدي إلى تراجع شدة نوبات الهلع والتكيف مع المواقف الخوافية.

الفصل الأول:

مدخل عام للدراسة

1. الخلفية النظرية للدراسة وإشكالية البحث:
2. التعقيب على الدراسات السابقة وطرح الإشكالية:
3. فرضيات البحث:
4. أهداف البحث:
5. أهمية البحث:
6. أسباب اختيار الموضوع:
7. تحديد المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة:
8. حدود الدراسات:
9. منهجية الدراسة:

خلاصة:

1. الخلفية النظرية للدراسة وإشكالية البحث:

تشير الدراسات أن اضطرابات القلق بمختلف أشكالها تنتشر بشكل واسع في المجتمع مسببة بذلك ردود فعل سلبية على الحياة المهنية والدراسية والاجتماعية والعائلية وحتى نمط الحياة اليومي (N. Girault A. Péliolo, 2003 :260). يرى **جوندرن** (Y. Gendron, 2011 :03) أن حالة القلق تختلف حسب شدته، تبدأ من الهَم البسيط -انشغال البال- إلى غاية الرعب والهلع، كما تختلف مدة الإحساس بين هجمة القلق وحالة الحصر الشديدة.

يتفق العديد من الباحثين أن اضطراب الهلع هو الأكثر عنفا والأقوى شدة من بين جميع اضطرابات القلق فحسب **بارلوفي** (D. H. Barlow, 2002: 328 ; Barlow & M. M. Antony, 2010 :141) أنه الأكثر تكلفة لا من النحية الشخصية ولا الاقتصادية، لما يخلفه من ضرر مادي ومعنوي، وهذا ما دفع الكثير من الباحثين إلى دراسة هذا الموضوع لما يخلفه من آلام نفسية وفيزيولوجية حادة كما يجد من قدرات الفرد وذلك عن طريق السلوك التجنيبي.

من هنا يشير كل من **بيك وكلاارك** (Beck & Clark, 2010) أن معظم الحالات التي تعاني من اضطراب الهلع تكون مصحوبة بسلوكيات تجنبية للمواقف المثيرة لهذه النوبات وخاصة خوفاً الأماكن المفتوحة [العمومية] أو الأغورافوبيا، حيث تعيش الحالات في حلقة مفرغة بين نوبات الهلع المتكررة والسلوكيات التجنبية أو الخوفية، فيُحدِثُ كل واحد منهما الآخر، هذا ما يؤثر على الفرد في حياته اليومية فيعرقلها ويسبب له إعاقة على مختلف المجالات خاصة المهنية، فالأماكن المفتوحة أصبحت جزءاً من حياتنا لا يمكننا تجنبها بمختلف أشكالها أكانت أماكن واسعة أو ضيقة، مفتوحة أو مغلقة أو وسائل نقل مما يزيد الأمر صعوبة وتعقيداً، حيث يصبح المصاب بنوبة الهلع وخوفاً الأماكن المفتوحة مشلول القدرات أمام موقف معين، فتتسارع وظائفه الحيوية مؤثرة بدورها على حالته الانفعالية معطية بذلك إنذاراً خاطئاً عن الخطر، وتكرار الموقف يظن الفرد أنه مصاب بمرض عضوي بدلاً من التفكير في السبب الحقيقي وراء ظنه، فتزداد معاناته مما يعيق حياته أكثر فأكثر.

هذا ما دفع الكثير من المعالجين النفسانيين من بينهم المعرفيين والسلوكيين أن يدرسوا هذا الاضطراب باحثين عن علاج ملائم له يخفف على الأقل من معاناة الأفراد ويساعدهم على مواجهة مخاوفهم، إلا أن النتائج كانت مبهرة جدا، حيث أبدت البرامج العلاجية المعرفية السلوكية فعالية ليست فقط في خفض من شدة النوبات أو تكييف السلوك التجنبي بل إلى العلاج التام من هذا الاضطراب الذي كان يؤرق الكثيرين.

من خلال البحث الذي قام به الباحث في هذا الموضوع وجد مجموعة من الدراسات السابقة حول اضطرابات الهلع وخوف الأماكن المفتوحة المرفقة بالعلاج المعرفي السلوكي. كما تناول الباحث عددا من الدراسات حول اضطرابات القلق وما مدى فاعلية هذا العلاج عليها أكان العلاج فرديا أو جماعيا.

كما أن الباحث لم يجد إلا النزر اليسير من الدراسات العربية التي تم فيها تطبيق العلاج المعرفي السلوكي في خفض من اضطراب القلق، كما أنه لم يجد أي دراسة حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي على اضطراب الهلع المرفق بخوف الأماكن العمومية، رغم فعالية هذه البرامج العلاجية على هذا النوع من الاضطراب والتي أظهرتها البحوث في المخابر الأوربية والأمريكية مبرزة نجاحا واسعا في مجتمعاتها:

– دراسة سوكون وبيك وآخرون (Sokol ; Beck et al, 1989) أجريت الدراسة على 17 حالة تعاني من اضطراب الهلع وتم تطبيق 18 حصة مختلف في العلاج المعرفي، والتي ركزت على التأويلات الخاطئة للأعراض الجسدية للقلق بالتعريض والتعديل المعرفي للهلع، وقد انخفضت نوبات الهلع إلى درجة الصفر بعد سنة من المتابعة، كما استطاعت الحالات أن تؤول قلقها بصورة أكثر عقلانية وواقعية. (Beck & Clark, 2010 :325)

– دراسة بيك وسوكون وكلاارك وآخرون (Sokol ; Beck ; Clark et al, 1992) أجريت الدراسة على 33 حالة تعاني من نوبة الهلع قصد التعرف على فعالية العلاج المعرفي الفردي لمدة 12 أسبوعا، مقابل العلاج المعرفي الجماعي المختصر الذي كانت مدته 8 أسابيع. حيث أظهرت الدراسة

أن العلاج الجماعي المختصر فعال بنفس درجة العلاج الفردي، في حين أن العلاج المعرفي الفردي أبدى فعالية في علاج الاكتئاب والقلق المعمم بنسبة 71% مقابل 87% في العلاج الجماعي المختصر لنوبات الهلع. (Beck & Clark 2010 :325)

- دراسة كلارك وآخرون (Clark et al, 1994) أجريت هذه الدراسة على 64 حالة تعاني من اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة لغرض التعرف على فعالية العلاج المعرفي بمختلف أساليبه مقابل العلاج بالاسترخاء في 10 حصص بمعدل حصة واحدة في كل أسبوع لمدة ثلاثة أشهر، تحصل الباحثون على نتيجة مفادها أن العلاج المعرفي فعال في خفض أعراض الهلع والسلوك التجنبي لرهاب الأماكن المفتوحة والتأويل الخاطئ للأحاسيس الجسدية واليقظة المفرطة اتجاه الأعراض الجسدية [الطبية] على حساب العلاج بالاسترخاء، حيث أظهرت الدراسة نجاح العلاج المعرفي بنسبة 80% من الحالات، في حين 25% من الحالات بالعلاج بالاسترخاء، و40% من الحالات بالعلاج الدوائي (imipramine). في حين أن الدراسة التتبعية بعد 15 شهرا، أثبتت أن العلاج المعرفي بقيت فعاليته مرتفعة جدا على حساب العلاج بالاسترخاء والعلاج الدوائي (imipramine) باستخدام 6 مقاييس لقياس الهلع والقلق، حيث أظهرت النتائج فعالية العلاج المعرفي بـ 85% مقابل 47% بالنسبة للعلاج بالاسترخاء و60% بالنسبة للعلاج الدوائي (imipramine) (Beck et Clark 2010 :326).

- دراسة مارشوند وديون (Marchand & Dion, 1998: 171-196) هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على تأثير مختلف مستويات القلق الاجتماعي على نجاعة العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة بشكليه التوجيه الذاتي والموجه من طرف المعالج، كما تهدف الدراسة إلى التعرف على مدى تأثير البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المخصص لاضطراب الهلع وخوف الماكن المفتوحة على مختلف مستويات القلق الاجتماعي بالسلب أو بالإيجاب. تم اختيار العينة [بعد تشخيص اضطراب الهلع المصحوب بخوف الأماكن المفتوحة بدون وجود تشخيص ثاني للخوف الاجتماعي، مع وجود أو عدم وجود أعراض القلق الاجتماعي] والتي بلغت 51 حالة تعاني من اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة [26 حالة تتبع علاجا موجهها من طرف

المعالج و25 حالة تتبع علاج التوجيه الذاتي]، والذي شخص باستخدام الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع DSM IV، كما استخدم الباحث 8 مقاييس واستبيانات لقياس الاضطراب، خاصة مجموعة استبيانات الهلع وخوف الأماكن المفتوحة لشومبس (IMA, QSP, QPP) (Champless .D.L. 1984) واستبيان الخوف (QEP) (Marks & Mathew, 1979) ومقاييس بيك (Beck) للقلق والاكتئاب، كما استخدم الباحث لتقييم القلق الاجتماعي استبيان الخوف (Marks & Mathew, 1979) واستبيان الخوف من الأحكام السلبية (FNE) (Watson & Friend, 1969)، كما استخدم استبيان القلق والتجنب الاجتماعي (SAD) (Marks & Mathew, 1979)، وقد قام الباحث بتطبيق هذه الاختبارات قبل إجراء العلاج وبعده. وفي الأخير تحصل الباحث على النتائج التالية: أن مستوى القلق الاجتماعي المتوسط والشديد لديه تأثير سلبي على العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة بالنسبة للعلاجين [الذاتي والموجه]. كما أن هذين النموذجين فعالان في الخفض ليس فقط من درجة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة ولكن حتى مختلف مستويات القلق الاجتماعي وحتى الاكتئاب والقلق المعمم.

- دراسة برلوي وآخرون (Barlow et al, 2000) هدفت الدراسة إلى التعرف على الفرق بين كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي (imipramine) والعلاج بالبلاسيبو، أجريت الدراسة على 77 حالة تعاني من اضطراب الهلع، أظهرت نتائج الدراسة أن كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي (imipramine) فعالان على حساب البلاسيبو، في حين لا يوجد فرق بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي (imipramine) بعد إجراء القياس في نهاية العلاج، ولكن هناك فرق ملحوظ في العلاج التبعي لمصلحة العلاج المعرفي السلوكي. (Beck & Clark 2010: 326)

- دراسة مارشوند وآخرون (Marchand et al, 2004: 201-220): هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة وحده دون العلاج الدوائي (بأشكاله الثلاث أكان فردياً، جماعياً، أو ذاتياً)، مقابل العلاج المعرفي السلوكي المصحوب بالعلاج الدوائي.

قد تكونت عينة الدراسة من 84 حالة شخصت باضطراب الهلع وخواف الأماكن المفتوحة من درجة متوسطة إلى حادة حسب السلم العام لحدة الأعراض ليبو (Lebeau, 1992). جميع أفراد العينة تلقوا العلاج المعرفي السلوكي، قسمت العينة إلى عينة ضابطة المتكونة من 27 حالة وضعوا في الانتظار لمدة 14 أسبوع قبل تلقي العلاج. 57 من 84 حالة يتلقون علاج دوائي أكان مهدئات، مضادات قلق، مضادات اكتئاب، أو أدوية أخرى قبل بدأ العلاج، علما أنهم قد أعلموا من قبل باستمرار تناول الأدوية خلال مدة العلاج؛ أما 27 حالة المتبقية تبدأ العلاج دون أخذ أدوية؛ هكذا قسمت العينة إلى مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية متكونة من 57 حالة، كما قسمت إلى مجموعة يقدم لها علاج نفسي مصحوب بالأدوية وأخرى دون علاج دوائي.

استخدم الباحث في دراسته كل من مقياس خواف الأماكن المفتوحة (IMA)، استبيان الأحاسيس الجسدية واستبيان الأفكار الخوفية (Stephenson, 1998 ; Champless.D.L.) (1984)، كما تم قياس القلق والاكتئاب بمقياس بيك (Beck) للقلق والاكتئاب، كما استخدم الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM IV، حيث دامت مدة العلاج 14 أسبوعا بالإضافة إلى المتابعة لمدة سنتين. أثبتت النتائج أن كلتا طريقتي العلاج فعالة بنسبة متقاربة ولا يوجد أي فرق في الاختبار البعدي، على غرار الفرق بين المجموعة التجريبية على حساب الضابطة حيث أظهرت فعالية العلاجين على حساب المجموعة المنتظرة للعلاج. كما أثبتت الدراسة التتبعية أنه لا يوجد فرق بين العلاج المعرفي السلوكي المصحوب بالأدوية وغير المصحوب، لكن بعد سنتين من التتبع أثبتت الدراسة وجود فرق لصالح العلاج المعرفي السلوكي لوحده.

- دراسة روزينك وآخرون (S. Rusinek et al, 2004 :173-177): هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الهلع وخواف الأماكن المفتوحة في تعديل المخططات المعرفية لهذا الاضطراب، وذلك بتطبيق الباحث للعلاج المعرفي السلوكي المختصر لمدة 10 أسابيع على عينة تتكون من 62 حالة قسمت إلى قسمين، المجموعة الأولى متكونة من 36 حالة يعانون من نوبة الهلع وخواف الأماكن المفتوحة [16 رجل و20 امرأة]، والثانية المتكونة من 36 حالة

لا يعانون من أي اضطراب نفسي موازية للأولى من حيث السن والجنس. ولقياس هذا الاضطراب استخدم الباحث الاستبيان المعرفي لخوف الأماكن المفتوحة (Chamless. D.L. 1984) واستبيان المخططات المعرفية اللاتوافقية (Young, 1990) وذلك لقياس 13 مخططا لا توافقيا، فأظهرت النتائج أن العلاج المعرفي السلوكي الجماعي لخوف الأماكن المفتوحة ونوبات الهلع أبدى نجاحا ملحوظا في اختفاء الأعراض وهذه الفعالية لوحظت أثناء الحصص العلاجية مما أدى إلى الاستقلالية وتراجع الإعاقة للاضطراب اليومي، حيث أن 19 رجلا من 20 و14 امرأة من 16 تمكنوا من تنمية الاستقلالية ومواجهة الوضعية الخوفية وانخفاض القلق اتجاه هذه الوضعية.

أما بالنسبة للمخططات المعرفية اللاتوافقية لم يحدث أي تغيير خلال العلاج المعرفي السلوكي، مما يثبت أن العلاج المعرفي السلوكي يعدل كلا من الأفكار ويخفض من الأعراض ولكنه لا يغير المخططات المعرفية بما فيها معتقد الفرد.

- دراسة شامبلس وبيترمان (Chambless & Peterman, 2004) أجريا 13 دراسة حول العلاج المعرفي السلوكي لنوبات الهلع وأعراض الخوف تحصلا على 0.93 في متوسط معامل النجاح وذلك إثر مقارنة 71% من الحالات التي عولجت بالعلاج المعرفي السلوكي ويعانون من الهلع والخوف بـ 29% من الحالات التي وضعت في الانتظار أو تناولت البلاسيبو، كما أظهرت نتائج الدراسات أن فعالية هذا العلاج تظهر في عدة اضطرابات أخرى كالأعراض المعرفية للهلع والقلق المعمم، وبدرجة أقل في أعراض الاكتئاب. (Beck & Clark 2010 :325)

- دراسة ميشال ألاند (Micheline Allard, 2007) هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة التحالف العلاج في العلاج المعرفي السلوكي بالفيديو والمحاضرة مقابل العلاج المعرفي السلوكي وجها لوجه لاضطراب الهلع وخوف الأماكن العمومية، طبقت هذه الدراسة على 45 حالة تعاني من نوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة قيمت من خلال مقياس اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة لبندلو (B.Bandelow, 1995) كما استخدم مقياس التحالف العلاجي كاليفورنيا ومقياس العلاقة العلاجية، وبعد تطبيق 12 حصة من العلاج بالطريقتين تحصل الباحث على نتيجة مفادها أن كلتا

الطريقتين ناجحتين في علاج اضطراب الهلع وخوف الأماكن العمومية، في حين أظهرت الدراسة أن في كلٍ من العلاجين تحالف علاجي جيد، في حين هناك اختلاف طفيف في نتائج الحصّة الأولى لصالح العلاج وجها لوجه، في حين اختفى هذا الاختلاف في الحصّة الخامسة، كما أثبتت الدراسة أن التحالف العلاجي ليس بمحدد مهم في العلاج النفسي عكس تعديل المعتقدات الذي يعتبر محمدا ضروريا في العلاج.

- دراسة بوشار وآخرون (Stéphane Bouchard et al, 2006:275-292) هدفت

الدراسة إلى تغيير في إدراك نوبة الهلع وفهمها في العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة من خلال تعديل الاختلال الوظيفي للمعتقدات والجدارة الذاتية، وقد قُيِّمت أربع متغيرات: أ. درجة المعتقد الأساسي لكل حالة اتجاه النتائج المتعلقة بنوبة الهلع؛ ب. تقييم إدراك الكفاءة الذاتية للحالات من أجل التحكم بنوبة الهلع عند حضور الأحاسيس الجسدية المتعلقة بها. ج: تقييم إدراك الكفاءة الذاتية للحالات من أجل التحكم بنوبة الهلع عند حضور الأفكار المتعلقة بها؛ د: مستوى إدراك وفهم الهلع عند الإصابة بنوبة هلع، فتكونت عينة الدراسة من 31 حالة تعاني من نوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة بعد أن شخصت من خلال استعمال الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM IV، تمكنت 22 حالة فقط من إنهاء بروتوكول العلاج من خلال وضع برنامج البناء المعرفي، ثم تم عزل 10 حالات لم تنجح في إتمام العلاج بينما 12 حالة تم إتمام العلاج عليها، سبعة منها عن طريق التعديل المعرفي وخمس حالات من خلال التعريض، كما استعمل مقياس المعارف والأفكار الخوفية (APA).

تحصل الباحثون في النهاية بالنسبة للحالات التي تعالج بالتعديل المعرفي أو التعريض على النتيجة التالية: تغير الإدراك وفهم نوبة الهلع من خلال تغير الوظيفة المختلة للمعتقد عند 3 حالات، من خلال تغير الكفاءة الذاتية عند 6 حالات، من خلال تغير الوظيفة المختلة للمعتقد والكفاءة الذاتية عند 3 حالات. كما تحصلوا على نتيجة فحواها أن هناك علاقة ترابطية بين كل من الاختلال

الوظيفي للمعتقدات الأساسية والسلوك والانفعال، والاستجابات الفيزيولوجية ومختلف المتغيرات المتعلقة بالمحيط.

- دراسة غسان البعلبكي (Ghassan El-Baalbaki, 2008) هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر التفاعل الزوجي [العلاقات الحميمة بين الرجل والمرأة والتفاعل بشكليه الإيجابي والسلبي لوضعية ما] في حل المشاكل لدى المصابين باضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة (كل من الزوج والزوجة) على الاضطراب نفسه من جهة، ومن جهة أخرى مدى استجابة اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة للعلاج المعرفي السلوكي في ظل آثار هذا التفاعل في حل المشكلات، قام الباحث بإجراء دراسته على 65 زوج يعانون من نوبة هلع وخوف الأماكن المفتوحة بعدما شخصوا عن طريق DSM IV كما استخدم الباحث مجموعة من الاستبيانات نذكر منها استبيان الأحاسيس الجسدية لنوبات الهلع وخوف الأماكن المفتوحة (BSQ) (Champlless .D.L. 1984)، الاستبيان المعرفي لخوف الأماكن المفتوحة (Champlless .D.L. 1984)، استبيان الحركة لخوف الأماكن المفتوحة (Champlless .D.L. 1984)، ملحق أحاسيس القلق (ASI) (Reiss, Peterson,) (Gursky & Mc Nally, 1986)، مقياس بيك للقلق ومقياس بيك للاكتئاب 2 (Beck,) (1996; 1988)، حيث أكدت الدراسة أن التفاعل السلبي أدى إلى ظهور أعراض ذات مستوى شديد قبل إجراء العلاج في حين أبدت استجابة ضعيفة اتجاه العلاج، في حين أظهرت النتائج المتعلقة بالتفاعل الإيجابي ظهور أعراض أقل حدة، في حين أن العلاج أكثر فعالية في هذا الشكل من التفاعل.

- دراسة مونتال (S. Montel, 2009: 620-624) هدفت هذه الدراسة إلى علاج نوبة الهلع من خلال استخدام العلاج المعرفي السلوكي المتعلقة بالأماكن المغلقة أثناء إجراء الفحوصات الطبية، حيث تكونت عينة الدراسة من حالة واحدة فقط وهي امرأة تبلغ من العمر 49 سنة تعاني من سلطان الثدي ولديها رهاب الأماكن المغلقة [الذي يندرج حسب DSM IV تحت اضطراب الهلع وخوف الأماكن العمومية]، ولديها رعب شديد عند إجراء الفحوصات بالرنين المغناطيسي

IRM، واستخدم الباحث كلا من التأهيل التنفسي من أجل التحكم في الأحاسيس الفيزيولوجية، ومواجهة المواقف الخوافية من خلال التعريض لها، وتعزيز كل من إحساس التحكم الذاتي والكفاءة من خلال التعديل المعرفي من أجل علاج رهاب الأماكن المغلقة خاصة أن الحالة كان لديها رعب شديد من ركوب المصعد.

في الأخير توصل الباحث إلى نتيجة مفادها أن العلاج بالتعرض للمواقف الخوافية فعال في علاج خواف الأماكن المغلقة المصحوب بنوبات هلع، حيث أن الحالة تراجع خوفها خلال خمس حصص فقط حيث أصبحت تستطيع إجراء الفحوصات دون إظهار درجة معتبرة من القلق، في حين كان العلاج لا يدور حول ذلك بل حول الصعود في المصعد، حيث استطاعت الحالة الصعود لعدة طوابق بشرط وجود مصاحب لها من أجل ذلك.

- دراسة مارشوند وآخرون (Marchand et al, 2009 : 1139-1147): هدفت الدراسة إلى معرفة أي شكل من العلاج المعرفي السلوكي هو أنجح لعلاج نوبات الهلع وخواف الأماكن العمومية، وهي كل من العلاج الفردي بشكل عام والعلاج الجماعي والعلاج المختصر حيث تكونت عينة الدراسة من 100 مشارك تم الكشف عنهم من خلال DSM IV، ووزعوا كالتالي: 33 في العلاج الفردي العام لمدة 14 حصة، و35 في العلاج الجماعي لمدة 14 حصة، و32 في العلاج المختصر لمدة 7 حصص، كما بقيت مجموعة أخرى ضابطة تتكون من نفس العدد [100 وحدة]، بعد استخدام مجموعة من المقاييس والاستبيانات من أجل الكشف عن شدة نوبة الهلع وخواف الأماكن المفتوحة مثل مقياس شدة الأعراض (GASS) لكل من (Mavissakalian et al, 1983)، وDSM IV، واستبيان الحركة لخواف الأماكن المفتوحة (MIA) لـ (Chambless et al, 1985) كما استعمل استبيان الأفكار الخوافية أو استبيان المعرفي لخواف الأماكن المفتوحة (Champless.D.L. 1984) (ACQ) كما استخدم استبيان الأحاسيس الجسدية لنوبات الهلع وخواف الأماكن المفتوحة (BSQ) (Champless.D.L. 1984). تحصل الباحثون على أن كلا من النماذج الثلاثة العلاجية فعالة في علاج نوبة الهلع وخواف الأماكن العمومية، حيث أثبتت الدراسة وجود فرق بين العينة

الضابطة والتجريبية لصالح العينة التجريبية، أما بالنسبة للعلاجات الثلاث فأظهرت الدراسة أن أحسن نموذج للعلاج هو العلاج الجماعي والمختصر من الناحية المادية والزمنية، أما العلاج المختصر والفردى العام فإن الحالات تتأقلم مع الوقت خاصة في المرحلة التتبعية، في حين لم يظهر أي اختلاف من ناحية علاج الأعراض في الاختبار البعدي.

- دراسة ميرابيل سارون وبلاغنول (C. Mirabfl-Sarronet & A. Plagnol ,)

(38-43: 2010) هدفت الدراسة إلى التعرف على التمثل المكاني لرهاب الأماكن المفتوحة والعلاج المعرفي السلوكي، حيث قام الباحث بتتبع حالة واحدة تعاني من رهاب الأماكن المفتوحة مصحوبة بنوبات الهلع لمدة خمس سنوات والتي استفادت من علاج معرفي سلوكي خلال هذه المدة، والغرض من الدراسة ملاحظة التغيرات التي تحدث على الحالة في هذه المدة من خلال تطبيقه لتقنية التأهيل التنفسي والاسترخاء والتعريض للمواقف الخوافية أو التحصين التدريجي وإعادة التأهيل المعرفي خلال أربعة أشهر الأولى تعرفت الحالة على أفكارها المتعلقة بالخطر وتبعاً للتأهيل المعرفي تمكن الحالة من تسيير الصعوبات المتعلقة بالاضطراب، كما ذهب الباحث إلى البحث عن المخططات المعرفية اللاتوافقية التي تعاني منها الحالة وتمثلت في: مخطط الحكم؛ مخطط الهشاشة والتحكم؛ مخطط العرفان ورد الجميل، ومخططات تلعب دوراً في الوصف الذاتي للحالة، كما قام الباحث بتتبع تاريخي لهذه المخططات والعمل على تصحيحها، وبعد هذه المدة من التتبع وصل الباحث إلى أن نظرة المعالج قد تكون متعددة الأبعاد: أ. على المستوى العيادي: التعرف على الأعراض وتطويرها اتجاه العلاج، ب. على المستوى المقاربة المعرفية السلوكية أن تاريخ الحالة يظهر وفق الاقتراحات الوظيفية لبارلو (Barlow, 1988)؛ ج. على المستوى الظاهري أن التمثل المكاني لرهاب الأماكن المفتوحة راجع إلى التمثل الموضوعي للمعيش النفسي الخاص بالحالة في كل مرحلة من مراحل العلاج.

- دراسة جواني بواير بيسون وآخرون (Joannie Poirier-Bisson et al, 2010 : 129-)

(152) تمثلت هذه الدراسة في معرفة الفاعلية التي أثبتتها كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي لاضطرابات القلق [نوبات الهلع، المخاوف الخاصة، المخاوف الاجتماعي، القلق المعمم] عبر

28 سنة (2008/1980) وذلك بالرجوع إلى أرشيفات الدراسات السابقة في هذين العلاجين، حيث أثبتت الدراسة فعالية ملحوظة لكلا العلاجين خاصة إذا كانا معا، في حين أن بعض الدراسات أثبتت أن العلاج المعرفي السلوكي أكثر فعالية للمدى البعيد.

❖ كما تم وضع دراسات حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي على اضطرابات القلق الأخرى المختلفة نذكر منها:

- دراسة ليبويتز وآخرون (Liebowitz et al, 1999) أجريت الدراسة على 133 حالة تعاني من الخوف الاجتماعي شخصت عن طريق DSM-IV وقسمت إلى ثلاث مجموعات بهدف التعرف على فاعلية كل من العلاج المعرفي السلوكي للخوف الاجتماعي، العلاج الدوائي (phenelzine) ، والعلاج عن طريق البلاسيبو، وخلال 12 أسبوعا من تطبيق للعلاج المعرفي السلوكي الجماعي بمعدل ساعتين ونصف في الأسبوع ظهرت النتائج بعد نهاية العلاج أثبتت الدراسة أن كلا من العلاج المعرفي السلوكي والدوائي أعطيا نتيجة إيجابية على حساب البلاسيبو بنسبة 75%، وبعد التتبع لمدة 6 أشهر بنسبة 50% من الحالات التي عولجت بالعلاج الدوائي (phenelzine) انتكست إلى الاضطراب مقابل 17% فقط من العلاج المعرفي السلوكي. (Beck & Clark 2010 :381)

- دراسة كلارك وآخرون (D.M. Clark et al, 2003) أجريت الدراسة على 71 حالة تعاني من الخوف الاجتماعي، حيث قسمت العينة بشكل عشوائي إلى ثلاث مجموعات، الأولى: تعالج علاجا معرفيا سلوكيا فرديا، والثانية: تعالج علاجا معرفيا جماعيا، والثالثة: تبقى في الانتظار إلى حين انتهاء العلاج، فكان حاصل الدراسة على هذه المجموعات الثلاث بعد العلاج أن هناك فرقا في كل من العلاج المعرفي الفردي والجماعي على حساب المجموعة الموضوعية في الانتظار لصالح المجموعتين التجريبتين، كما أثبت العلاج الفردي تقدما على حساب العلاج الجماعي بعد 6 أشهر من التتبع. (Beck & Clark 2010 :381)

- دراسة مارتين دي بروفنشير وآخرون (Martin D Provencher et al, 2006:91-99) أجريت الدراسة على 90 فردا يعانون من القلق المعمم شخصوا عن طريق DSM IV بغرض تقييم

انتشار وتطور اضطرابات المحور الأول المصاحبة لهذا الاضطراب وهذه العينة الخاضعة للعلاج المعرفي السلوكي من بين 12 و16 حصة لعلاج اضطراب القلق المعمم، تم تطبيق مقياس اضطرابات القلق قبل العلاج المعرفي السلوكي وبعده، فتحصلوا على نتيجة بعد عملية التشخيص أن مجموع الحالات تعاني من اضطرابات مصاحبة بنسبة 73%، وأظهرت الدراسة أن تشخيص الأكثر انتشارا هو تشخيص الخوف البسيط والخوف الاجتماعي واضطراب الهلع والاكتئاب، وهذه الاضطرابات حسب نتائج الدراسة تتأثر هي الأخرى بالعلاج المعرفي السلوكي الموجه لعلاج القلق المعمم خاصة على اضطراب الهلع.

- دراسة حامد أحمد الغامدي (محرم 1431 الموافق ليناير 2010: 11-51) تهدف هذه الدراسة إلى التحقق من مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض القلق العام لدى المرضى المتكررين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف، تكون عينة الدراسة من 20 مريضا تم تقسيمهم إلى مجموعة تجريبية عددها (10) أشخاص لا يتناولون الأدوية ومجموعة ضابطة عددها (10) أشخاص يتناولون الأدوية، حيث استخدم الباحث في بحثه مقياس مستشفى الصحة النفسية للقلق من إعداد فهد الدليم وآخرون، وقد توصل الباحث أن هناك فروقا بين القياس القبلي والبعدي في المجموعة التجريبية، كما أنه ليس هناك فرق بين القياس البعدي والتبعي في المجموعة التجريبية، كما أنه لا يوجد فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة مما يؤكد أن كلا من العلاج المعرفي السلوكي والدوائي فعالان بنفس الدرجة في علاج اضطراب القلق العام.

2. التعقيب على الدراسات السابقة وطرح الإشكالية:

من خلال عرضنا لمختلف الدراسات التي تناولت موضوع العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الهلع وخوف الأماكن العمومية، لاحظ الباحث أن معظم الدراسات أكدت على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج نوبة الهلع وكذا خوف الأماكن العمومية، كما لم تقتصر الدراسات على فعالية العلاج بقدر ما أخذت بعين الاعتبار الخفض من شدة نوبات الهلع والسلوك التجنبي أو التعديل والخفض من شدة الأفكار الخوفية المهيمنة على الحالات، كما عملت أيضا على التقليل من

حدة الأعراض ومن نسبة الوقوع في الانتكاسة، وهذا ما أظهرته نتائج الدراسة البعدية والتبعية، كما لاحظ الباحث وجود اختلاف في الجانب التطبيقي والنظري لهذه الدراسات وذلك راجع إما للخلفية النظرية للعلاج أو المفسرة للاضطراب، أو راجع إلى نوعية العلاج المستخدم (موجه أو ذاتي، فردي أو جماعي)، أو إلى التقنيات المستخدمة في العلاج لتعددتها وتنوعها، ويرجع الباحث هذا الاختلاف إلى عمق الدراسات الجارية في الجانب المعرفي والسلوكي في تفسير اضطرابات القلق بصفة عامة ونوبات الهلع وخواف الأماكن المفتوحة بصفة خاصة، والأبحاث المتعلقة أيضا بالعلاج المعرفي السلوكي الذي تنوعت فيه التقنيات والفنيات العلاجية.

لاحظ الباحث من الجانب المنهجي أن مختلف الدراسات توجهت نحو المنهج التجريبي الذي يستند إلى القياس والملاحظة والتجريب، خاصة من حيث القياس القبلي والبعدي، كما استخدم في معظم الدراسات المجموعة الضابطة والتجريبية إلا النزر القليل كدراسة سوكون وبيك وآخرون (Sokol ; Beck et al, 1989) ودراسة بيك وسوكون وكلاارك وآخرون (Sokol ; Beck ; Clark et al, 1992) ودراسة كلاارك وآخرون (Clark et al, 1994)، كما اعتمدت على مجموعات كبيرة من الحالات إلا في دراسة مونتال (S. Montel, 2008) التي استخدم فيها الباحث دراسة حالة واحدة، كما قامت جميع الدراسات على ضبط المتغيرات ضبطا محكما من أجل التحكم فيها.

لاحظ الباحث -حسب اطلاعه- أن الدراسات العربية انعدمت في العلاج المعرفي السلوكي لنوبات الهلع إلا بعض الدراسات التي أجريت في المخابر الكندية كدراسة غسان البعلبكي (Ghassan El-Baalbaki, 2008)، أما الدراسات في المخابر العربية فلم يجد الباحث أي دراسة إلا الدراسات عن اضطراب القلق المعمم أو الفوبيا كدراسة حامد أحمد الغامدي (2010)، إلا أن الباحث لم يجمع الدراسات المتعلقة بهذه المواضيع لعدم تطابق المتغير التابع.

أما الدراسات الأجنبية فقد تنوعت فيها الدراسات والأساليب المستخدمة، كما قامت على المطابقة بينها وبين العلاجات الأخرى أكانت دوائية كدراسة كلاارك وآخرين (Clark et al, 1994) ودراسة برلوو وآخرين (Barlow et al, 2000) ودراسة مارشوند وآخرين (Marchand

et al, 2004) ودراسة جواني بوايربيسون وآخرين (Joannie Poirier-Bisson et al, 2010)، أو نفسية أو نفسية حركية كالاسترخاء في دراسة كلارك وآخرين (Clark et al, 1994)، أو بينها وبين أنواعها المختلفة من العلاج المعرفي (الفردى أو الجماعى) كدراسة بيك وسوكول وكلارك وآخرين (Sokol; Beck; Clark et al, 1992) ودراسة مارشوند وآخرين (Marchand et al, 2009) التي هدفت إلى المقارنة بين العلاج الفردى الموجه والذاتى والعلاج الجماعى، أو استخدام أساليب أخرى من العلاج المعرفى السلوكى كمقارنة العلاج المعرفى السلوكى بالفيديو محاضرة والعلاج المعرفى السلوكى الموجه في دراسة ميشال ألاند (Micheline Allard, 2007)، كما توجهت بعض الدراسات إلى إدخال متغيرات أخرى كالمخططات المعرفية في دراسة ريزينك وآخرين (S. Rusinek et al, 2004) والجدارة الذاتية في دراسة بوشار وآخرين (Stéphane Bouchard et al, 2006)، ودراسة غسان البعلبكي (Ghassan El-Baalbaki, 2008) التي هدفت إلى البحث في تأثير التفاعل الزوجى على العلاج المعرفى السلوكى لاضطراب الهلع وخوف الأماكن العمومية، ودراسة ميرابيل ساقونو بلاغنون (C. Mirabfl-Sarron & A. Plagnol, 2009) التي هدفت إلى التعرف على تمثل المكان لرهاب الأماكن المفتوحة والعلاج المعرفى السلوكى، أو دراسة مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى لنوبة الهلع ورهاب الأماكن المفتوحة على الخوف الاجتماعى في دراسة مارشوند وديون (Marchand & Dion, 1998)، ودراسة مونتال (S. Montel, 2008) التي توجهت نحو علاج نوبة الهلع من خلال العلاج المعرفى للأماكن المغلقة، إلا أن مختلف الدراسات قامت على تطبيق ثلاث أساليب أساسية في العلاج وهي إعادة التأهيل المعرفى والتعريض للأعراض الفيزيولوجية والتعريض للمواقف الخوفية.

أما بالنسبة للدراسات الجزائرية فلم يجد الباحث أي دراسة تتطابق ومتغيرات دراسته، رغم تواجد هذه العينة في المصالح الطبية والاستشفائية بكثرة، كما أرجع الباحث هذا إلى عدم توجه الباحثين نحو هذا الموضوع، كما أرجعه إلى صعوبة التعامل مع هذه الفئة لتفنيدها على أنه جسدي وليس نفسيا كما أن العلاج المطبق يعتمد على الأسلوب التعليمى التدريسي والذي لا

يتطابق مع مختلف عناصر الفئة لتراجع الجانب الثقافي لديها، وعدم تطابق العلاج ومستواهم الثقافي وهذا ما دفع الباحث إلى اختيار عينة من الجامعة.

مما سبق يتضح أن هناك نقص في هذه الدراسة في الدراسات العربية والجزائرية خاصة، وذلك من أجل الدراسة السببية والعرضية لهذا الاضطراب في المجتمع العربي والجزائري، وخاصة من الجانب المعرفي مواكبة للتطور العلمي في العالم، وذلك للكشف عن مدى فاعلية التقنيات والفنيات السلوكية والمعرفية المطبقة في الدول المتطورة، قصد إما الخفض أو العلاج من أعراض نوبة الهلع لدى عينة تعاني من اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة في الجزائر.

من هنا يتضح لنا أن الإشكال يتمثل في بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي يتطابق مع طبيعة المجتمع الجزائري، ويكون موجهها لخفض شدة نوبات الهلع عند المصابين برهاب الأماكن المفتوحة لعينة من جامعة تلمسان أبي بكر بلقايد، ومن هنا إلى أي مدى يساهم العلاج المقترح في الخفض من شدة نوبات الهلع عند المصابين برهاب الأماكن العمومية؟ وكيف يساهم بذلك؟ ولتوضيح مشكلة البحث طرح الباحث مجموعة من التساؤلات صاغها على الشكل التالي:

- 1- هل يوجد فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة في القياس قبل إجراء البرنامج وبعده؟
- 2- هل يوجد فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة في القياس البعدي؟
- 3- هل يوجد فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس اضطراب الهلع وخوف الأماكن في القياس القبلي والبعدي؟
- 4- هل البرنامج العلاجي المقترح فعال في الخفض من شدة نوبات الهلع لدى المصابين بنوبة الهلع وخوف الأماكن العمومية؟
- 5- هل يوجد فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الأفكار الخوافية في القياس قبل إجراء البرنامج وبعده؟

- 6- هل يوجد فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الأفكار الخوافية في القياس البعدي؟
- 7- هل يوجد فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الأفكار الخوافية في القياس القبلي والبعدي؟
- 8- هل البرنامج العلاجي المقترح فعال في التعديل من الأفكار الخوافية لدى المصابين بنوبة الهلع وخوف الأماكن العمومية؟
- 9- كيف يخفض البرنامج المقترح من شدة نوبات الهلع وخوف الأماكن العمومية؟

3. فرضيات البحث:

- 1- يوجد فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب الهلع وخوف الأماكن في القياس قبل إجراء البرنامج وبعده.
- 2- يوجد فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على اضطراب الهلع وخوف الأماكن في القياس البعدي.
- 3- لا يوجد فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على اضطراب الهلع وخوف الأماكن في القياس القبلي والبعدي.
- 4- البرنامج العلاجي المقترح فعال في خفض من شدة نوبات الهلع لدى المصابين بنوبة الهلع وخوف الأماكن العمومية.
- 5- يوجد فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الأفكار الخوافية في القياس قبل إجراء البرنامج وبعده.
- 6- يوجد فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الأفكار الخوافية في القياس البعدي.
- 7- لا يوجد فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الأفكار الخوافية في القياس القبلي والبعدي

8- البرنامج العلاجي المقترح فعال في التعديل من الأفكار الخوفية لدى المصابين بنوبة الهلع وخوف الأماكن العمومية.

9- يخفض البرنامج العلاجي المقترح من نوبات الهلع وخوف الأماكن المفتوحة إثر تعديل الأفكار الخوفية.

4. أهداف البحث:

1- الكشف عن مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض نوبات الهلع عند المصابين برهاب الأماكن العمومية.

2- الكشف عن مدى فعالية البرنامج العلاجي الجماعي المقترح في خفض نوبات الهلع عند المصابين برهاب الأماكن العمومية.

3- الكشف عن مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في التعديل من الأفكار الخوفية.

4- مساعدة الأفراد المصابين بنوبات الهلع ورهاب الأماكن المفتوحة على مواجهة مخاوفهم والتعامل معها حين وقوعها.

5- الكشف عن كيفية خفض البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الجماعي من درجة نوبات الهلع وخوف الأماكن المفتوحة.

5. أهمية البحث:

تظهر أهمية البحث من خلال بناء برنامج علاجي يساعد المصابين بنوبات الهلع وخوف الأماكن المفتوحة على التخفيض من درجة الهلع لديهم وعلى تجاوز مخاوفهم أو مواجهتها والتعامل معها على الأقل، كما يرمي هذا البحث إلى إثراء المجال البحثي في العلاج المعرفي السلوكي وذلك من الجانب الكمي والكيفي للدراسة.

6. أسباب اختيار الموضوع:

- الأبحاث العالمية المتزايدة في كل من العلاج المعرفي السلوكي واضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة نتيجة لانتشار هذا الاضطراب في المجتمع العام والطلب المتزايد للعلاج المعرفي السلوكي لما أبدى من فعالية مرتفعة جدا في التعامل مع هذه الفئة.

- نقص أو انعدام هذه الدراسة في الدراسات العربية عامة والجزائرية خاصة.

- اهتمام الباحث بالجانب المعرفي السلوكي من جهة وطبيعة تخصصه من جهة أخرى.

7. تحديد المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

- **العلاج المعرفي السلوكي:** هو علاج نفسي يعتمد على نظريات التعلم السلوكي من جهة والنظريات المعرفية من جهة أخرى، فيقوم على برامج علاجية قصيرة المدى تعتمد على حل المشكلات، فهو علاج تطبيقي سريع وموجه نحو أهداف معينة والتي تسمح للفرد بتنمية قدراته اللازمة لمواجهة نوبات الهلع والمواقف الخوافية للمدى البعيد.

- **البرنامج العلاجي الجماعي المقترح:** وهو بناء برنامج علاجي جماعي يعتمد على مجموعة من التقنيات العلاجية التي وضعها كل من بيك وكلاارك لعلاج أو الخفض من درجة نوبات الهلع عند المصابين باضطراب الهلع وخوف الأماكن العمومية، كما تساعد الأفراد على مواجهة المواقف الخوافية، كل ذلك تحت ظل العلاج الجماعي الذي لا يتجاوز "5" خمسة أفراد والذي يسوده التعاون والمشاركة النشطة والفعالة لكل من المعالج وأفراد المجموعة.

- **نوبات الهلع:** تتصف نوبات الهلع أساسا بالارتفاع المفاجئ لمدى وشدة القلق، والشعور بعدم الراحة وذلك بالرغم من عدم وجود أي خطر يهدد الفرد، حيث تظهر مجموعة من الأعراض الجسدية والمعرفية، يشعر خلالها الفرد بأربعة أعراض فأكثر من الأعراض المذكورة في الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع والخامس، والذي نستطيع قياسها من خلال تطبيق مقياس اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة لبندلو B.Bandelow (1995).

- **رهاب الأماكن المفتوحة أو العمومية:** الأغورافوبيا هو اضطراب من اضطرابات القلق، يتميز بالخوف الشديد وغير المبرر من الأماكن المفتوحة بحيث يخاف الفرد من عدم قدرته على الفرار

أو وصول النجدة أثناء وقوع نوبة الهلع، ويخاف من موقفين فأكثر من المواقف المذكورة في الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع والخامس، كما نستطيع قياسه من خلال مقياس اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة لبندلو B.Bandelow (1995).

- **الأفكار الخوافية:** وهي الأفكار التي تعتري الفرد قبل حدوث نوبة الهلع وأثنائها وبعدها، والمتعلقة بالحالة الجسدية والنفسية للفرد، والتي تُحدث بدورها حالة من تجنب المواقف التي يعتبرها الفرد مهددة لحياته والتي هي في الأصل غير مخيفة ونستطيع قياس هذه الأفكار من خلال تطبيق استبيان الأفكار الخوافية (QPP) لشمبلس (Champless.D.L. (1984).

8. حدود الدراسات:

حددت هذه الدراسة بعنوانها: "بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي لخفض نوبات الهلع عند المصابين برهاب الأماكن المفتوحة -عينة من جامعة تلمسان-"، بحيث تمثلت حدود هذا الموضوع فيما يلي:

1.8. الحدود الزمنية: وتمثلت الحدود الزمنية في مدة إجراء هذا البحث والتي دامت قرابة ثلاث سنوات.

2.8. الحدود المكانية: وتمثلت في مكان إجراء الدراسة الاستطلاعية التي تمت في المستشفى الجامعي د.ت. دمرجي بتلمسان، أما الدراسة الأساسية ففي جامعة أبي بكر بلقايد بتلمسان.

3.8. الحدود البشرية: وتمثلت في المجموعة الأصلية لعينة الدراسة الاستطلاعية والتي تمثل المضطربين بنوبات الهلع وخوف الأماكن المفتوحة العائدين لمصلحة الأمراض العقلية ووحدة الكشف النفسي بالمستشفى الجامعي د.ت. دمرجي بتلمسان، أما عينة الدراسة الاستطلاعية فتمثلت في 38 حالة من الذكور والإناث يعانون من نوبات الهلع المصحوب بخوف الأماكن العمومية، والذين تتراوح أعمارهم ما بين 18 و54 سنة، أما المجتمع الأصلي للدراسة الأساسية فتمثل في طلاب وعمال جامعة تلمسان الذين يعانون من نوبات الهلع وخوف الأماكن العمومية، أما عينة الدراسة الأساسية فتمثلت في 8 حالات تعاني من نوبات الهلع وخوف الأماكن المفتوحة 04 حالات مثلت المجموعة التجريبية

وتمثلت في ثلاث إناث وذكر واحد، تتراوح أعمارهم بين 20 و31 سنة، و04 حالات مثلت المجموعة الضابطة وتمثلت في ثلاث إناث وذكر واحد تتراوح أعمارهم بين 22 و29 سنة.

9. منهجية الدراسة:

قد استخدم الباحث في بحثه المنهج الوصفي الذي يقوم على دراسة الحالة من أجل دراسة تاريخ الحالة من حيث البدء الأسباب وتثبيتها وتطورها، أما المنهج التجريبي (أو الشبه تجريبي) والذي يقوم على الاختبار القبلي والبعدي لفعالية الأساليب العلاجية والبرامج المقترحة من أجل علاج حدة الاضطراب أو تخفيفه. واستخدم الباحث المجموعة التجريبية والضابطة وأخضعها للقياس القبلي والبعدي من أجل التأكد من فعالية العلاج المقترح.

خلاصة:

تناول هذا الفصل مدخلا للدراسة متطرقا بذلك إلى مختلف الدراسات السابقة التي أقيمت في موضوع الدراسة، كما تطرق الباحث إلى كل من إشكالية الدراسة وفرضياتها فأهدافها وأهميتها، ثم التعريف بمختلف المفاهيم الإجرائية في موضوع الدراسة، كما تناول حدود الدراسة، وفي النهاية عرض الباحث منهجية الدراسة.

الفصل الثاني:

العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد:

1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي:
2. مرجعية العلاج المعرفي السلوكي:
3. المستويات الثلاثة للتدخل في العلاج المعرفي السلوكي:
4. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:
5. سيران العلاج:
6. مشكلة الدافعية نحو التغيير:
7. الإطار العلاجي:
8. الحصص العلاجية:
9. التحليل الوظيفي (تكوين المفاهيم):
10. التحالف العلاجي:
11. الأساليب والتقنيات العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي:
12. العلاج الجماعي المعرفي السلوكي:

خلاصة:

تمهيد:

يعتبر العلاج النفسي من مجالات علم النفس التطبيقي، ويقوم أساساً على مساعدة الآخرين (الحالات) من أجل التحسين من حالاتهم والتخفيف من معاناتهم أو حل مشاكلهم نهائياً أو جزئياً، ونجد من بين العلاجات النفسية العلاج المعرفي السلوكي الذي يمثل الجانب العلمي والتقني من العلاج النفسي، والذي أظهر فعالية ونجاحاً مرتفعاً خاصة مع تطور نظريات التعلم السلوكية والنظريات المعرفية، ولا يقف عند هذا الحد بل يعدو إلى نظريات أخرى كالنظرية الإنسانية والجشطلتية، واستعماله على المدى الواسع والبعيد مع مختلف الاضطرابات والمشاكل النفسية، مُظهرًا نتائج ملفتة للأنظار خاصة مع تنوع طرقه وتقنياته في العلاج وخاصة مع الحالات الرهائية.

فما هو العلاج المعرفي السلوكي؟ وماهي مختلف التقنيات المستعملة في هذا العلاج؟ وماهي مختلف التقنيات المستعملة في هذا العلاج؟

1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

يعرف بيك (Beck, 1964) في (Judith S. Beck, 2011: 02) العلاج المعرفي السلوكي على أنه علاج منظم متمركز حول حاضر مرض الاكتئاب، وهو موجه أساساً إلى التعامل مع مشاكل المريض الحالية مع إعادة تشكيل التفكير السلبي والسلوك المترتب عليه.

يرى ميشال هيرسن وآخرون (Michel. Hersen et al, 2002) أن العلاج المعرفي السلوكي هو العلاج الذي يستند إلى أسس نظريات معالجة المعلومة ونظريات التعلم حيث يستند إلى فرضية أساسية ترى أن كلاً من الوظائف المعرفية والفيزيولوجية والانفعالات والسلوكيات في عملية تفاعل متبادل، وأن علاج الأعراض لا يأتي إلا من خلال تعديل المعارف والسلوكيات للتحسين من الوظائف المصابة. (M. Hersen, 2002 : 451)

يعرف هوفمان أس جي (S.J.Hofman) (2012: 34): "العلاج المعرفي السلوكي نوع من العلاج البسيط، حدسي، وواضح، حيث يندرج تحته عائلة من التدخلات تتقاسم نفس الأفكار الرئيسية، تحديداً المعارف التي تؤثر بشكل سببي وقوي في الوجدانيات والسلوكيات، ومن ثم تسهم في

الإبقاء على المشاكل النفسية. ويعتمد هذا النموذج على الاضطراب المستهدف، وتتغير الأساليب كلما زادت المعلومات عن المشكلة المستهدفة".

يعرفه أوليفي كنسيل وآخرون (O.Canceil et al, 2002 :169): "العلاج المعرفي السلوكي يمثل تطبيق المبادئ التجريبية لعلم النفس العلمي في التطبيق العيادي. هذه العلاجات التي أسست في البداية على نظريات التعلم: الإشراف الكلاسيكي، الإجرائي ونظرية التعلم الاجتماعي، ثم أخذت النظريات المعرفية كمرجع لها، وبالخصوص نموذج معالجة المعلومة".

يعرف كوترو (Cottraux, 1993 :05 ; 2011 :03) العلاجات السلوكية المعرفية على أنها "تمثل تطبيق علم النفس العلمي في العلاج النفسي. إذ هي استعمال المنهج التجريبي من أجل فهم وتعديل الاضطرابات النفسية التي تفسد حياة الحالة والتي تستدعي تدخل المختصين في الصحة النفسية".

2. مرجعية العلاج المعرفي السلوكي:

1.2. نظريات التعلم: يرى كوترو (Cottraux, 1993 :05 ; 2011 :03) أنها تشمل نظريات الإشراف الكلاسيكي والإجرائي والتعلم الاجتماعي، والتي تقوم على تعديل السلوك الملاحظ المحرك أو اللفظي.

لقد تطورت النظريات السلوكية عند نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين، وانتقل ذلك من التجريب على الحيوانات وصولاً إلى الإنسان وذلك ضمن نظريات الإشراف والمثير والاستجابة وصولاً إلى النظريات المعرفية :

1.1.2. الإشراف الكلاسيكي: يرى ميرابيل وآخرون (C. M. Sarron & L. Vera,)

(1995:05) أن أسس هذه النظرية العالم البيولوجي والفيزيولوجي السوفيياتي بافلوف (Pavlov) (1849-1936) وذلك إثر تجريبه على استجابات اللعاب عند الكلاب والإفرازات الهضمية، حيث نشر تجاربه الخاصة "ردود الفعل الشرطي"، إذ تم تقديم الطعام [مثير لا شرطي] يحدث إفرازاً لللعاب [استجابة لا شرطية] عند الكلب الجائع، فهي استجابة فيزيولوجية فطرية؛ فإذا أحدثنا صوتاً

مثل الجرس [مثير حيادي] قبل تقديم الطعام للكلب بثواني وبعد تكرار العملية يصبح المثير الحيادي عبارة عن مثير شرطي فالصوت لوحده بدون طعام يحدث إفراز للعاب فتصبح "الاستجابة شرطية" (Ovide & Philippe. Fontaine, 2000:14-15). ولكن إن لم نعزز الاستجابة الشرطية مجدداً مع المثير لا الشرطي [الطعام] تختفي الاستجابة الشرطية للعاب بصورة تدريجية فيحدث [الإطفاء] إذا لم يحدث التعزيز للمثير الشرطي بطريقة مستمرة، وهنا يفقد المثير الشرطي مكانته ويصبح مثيراً منعزلاً (C. M. Sarron & L. Vera, 1995:06). كما يرى خير الدين الزراد (2005: 20) أن اهتمام بافلوف هو التوصل إلى إجراءات تجريبية في فيزيولوجية الجهاز العصبي لتفسير الاضطرابات العصائية أو السلوكية وقد توصل إلى أن تكوين الأفعال المنعكسة تتأثر بعوامل البيئة بالإضافة إلى عامل الاستعداد البنيوي للكائن الحي، حيث أن الاضطرابات السلوكية ناجمة عن خلل بين المثير الشرطي والاستجابة الشرطية، حيث يؤدي لظهور ما يسمى بالعصاب التجريبي وتظهر هذه المشاكل السلوكية خاصة في تجارب عدم التمييز بين المثير الشرطي للطعام والكهرباء، مما يحدث نوعاً من الاضطرابات السلوكية من هنا توصل بافلوف إلى قانونين جديدين:

➤ **التعميم:** ويعني أنه حينما يتم إشرط الاستجابة إلى مثير معين ويعني أنه حينما يتم إشرط الاستجابة إلى مثير معين، فإن المثيرات الأخرى المشابهة للمثير الأصلي يصبح لديها القدرة على استدعاء نفس الاستجابة، (مُجَّد الشرقاوي، 2012: 44).

➤ **التمييز:** يرى مُجَّد الشرقاوي (2012: 45) أن تمييز الكائن الحي إنما هو بين المثيرات الموجودة في الموقف، ولذلك لا تحدث استجابة إلا للمثير المعزز، وبالتالي لا تبقى إلا الاستجابات المعززة بينما الاستجابات الأخرى يحدث لها انطفاء.

كما جاءت أعمال واطسون (Watson) الذي تبني المنهج السلوكي في دراسة علم النفس، ووضع كتابه عام 1919 تحت عنوان "علم النفس من وجهة نظر سلوكية"، وأشار إلى ضرورة خضوع علم النفس إلى المنهج التجريبي (الزراد، 2005: 22). وحسب واطسون فإن السلوك الإنساني يتكون من خلال التعلم المستمر والمتكرر، حيث أن جميع الاستجابات الانفعالية هي رد فعل على شكل

مُطبع للمثير الخارجي مثل الغضب عند الطفل الذي هو استجابة لمثير يمنعه من الحصول على ما يرغب أو الحب أو الاهتمام والحنان (الزراد، 2005: 22)؛ فيرى ميرابيل وآخرون (Sarron & Vera, 1995: 06-07) أن هناك عوامل ربط بين المثير والاستجابة تعلمها الطفل كقاعدة عملية [أساسية] للسلوك المعقد عند الراشد- هذه الوحدات التعليمية البسيطة [إثارة - استجابة] تستند مرجعياً إلى النموذج الشرطي لبافلوف-، حيث تأثر بتجاربه وقام بإجراء بعض التجارب بمساعدة ماري كوفر جوند (1920) وكان موضوع هذه التجارب إحداث خوف اصطناعي لدى الطفل ألبرت (Albert) البالغ من العمر أحد عشر شهراً، وذلك من حيوان الأرنب، والفأر الأبيض ...، وعمم هذا الخوف إلى مواضيع مشابهة، وتوصل واطسون إلى أن المخاوف متعلّمة أو شرطية (الزراد، 2005: 22). بحيث قام بإدخال الفأر على الطفل ولم يبدي الطفل أي نوع من الخوف وذلك مصحوب مع صوت مزعج من خلال صفيحتين معدنيتين [مثير منعزل]، وبعد تكرار العملية والربط بين المثير المنعزل والمثير اللاشرطي، أصبح المثير المنعزل شرطياً فأحدث الطفل استجابة شرطية وهو الخوف من الفأر ثم قام بتعميم هذه الاستجابات على جميع المثيرات التي تحمل صفات الفأر [صوف، شعر ...]، ثم طبق عليها قانون الإطفاء البافلوفي ولاحظ أن الفوبيا اختفت تدريجياً ثم أصبح الصوت مثيراً منعزلاً. (الزراد، 2005: 22-23)

على عكس واطسون، يرى سارون وفيرا (Sarron & Vera, 1995: 07) أن جوثري أكد (Guthrie, 1983) أن عملية الإطفاء لا تحدث كنتيجة عن خفض المثير المرتبط بعدم التكرار ولكن عن طريق التثبيت الناجم عن ربطه بسلوك آخر متداخل مع السلوك الأول حيث يساعد في تعلم سلوك جديد. حسب مبادئ جوثري يقترح ثلاث طرق لإضعاف السلوك المتعلم:

➤ **طريقة التفاوت المسموح**: تتمثل في إخضاع الفرد لمثيرات ضعيفة الشدة، والتي تزيد من شدتها بشكل تصاعدي ولكن دائماً تبقى تحت مستوى الاستجابة الانفعالية. (Sarron & Vera, 1995: 07)

➤ **طريقة الغمر (flooding):** هنا يقوم بتعريض الفرد للمثير المحفز للاستجابة الانفعالية حتى تصل إلى إضعاف الاستجابة فيبقى المثير متتابعاً، حتى تظهر استجابة جديدة لمثيرات أخرى في المحيط (Sarron & Vera, 1995 :07).

➤ **طريقة المضاد الشرطي أو المثبت المعاكس:** وهو تعريض الحالة إلى المثير المحفز للاستجابة التي نريد إلغائها وذلك من خلال إظهار مثير أكثر شدة أو غير متكافئة. (Sarron & Vera, 1995 :07)

أما أعمال فولبي (Wolpe) الذي ركز فيها على دراسة الشخصية العصابية، كان بحثه من قبل مركزاً على العصاب التجريبي عند الحيوانات [القطط والصعقة الكهربائية]، افترض أن العصاب هو عادة متعلمة تتسم بالثابرة من الاستجابة بقلق لا عقلائي لموقف لا يشكل خطراً أو تهديداً حقيقيين، وهو استجابة عصبية للفرد جراء تعرضه لمثير مؤذي (الزراد، 2005: 33). ويحدث هذا التعلم من خلال الإشراف الكلاسيكي، وذلك بارتباطها بمثير مؤذٍ [محايد]، الذي يكتسب الخصائص التي تثير الخوف. ويرى أن تعديل السلوك المضطرب يكون عن طريق التحصين التدريجي أو التعريض التدريجي للموقف المخيف حتى يتم إطفاء السلوك كلياً أو جزئياً، وهذا ما يقترن بأعمال جوثري. (لويس كامل مليكة، 1990: 51؛ O & P. Fontaine, 2000)

كما أضاف كلارك هيل (Clark Hull 1943) عنصراً آخرًا للمعادلة [مثير-استجابة] وهي العضوية التي تدخل بين هذا وذاك، ففي العضوية توجد عدة متغيرات وسيطة تؤثر على الرغم من صعوبة ملاحظتها، وبالشكل المبسط ربطها بمفاهيم الحالة الفيزيولوجية. كما وضع فرضية تتعلق بالنشاطات والسيورات الداخلية والعقلية، ولكن ليست على مستوى الوعي بالضرورة، وهي السبب لعدم فهمنا للملاحظات السلوكية مثلاً في دراسة الذاكرة يُدخل الفرد العضوية وبدون معرفة في المجالات التي يخزنها: مثلاً فتاة تستمع لمحاضرة في التاريخ تسجل المعلومات التي تظهر أنها جديدة باستمرار، ولكن تربط هذه المعلومات مع أماكن قد زارتها من قبل، ومن هنا يُدخل كلارك هيل مفهوم العضوية بين المثير والاستجابة. (Sarron & Vera, 1995 :08)

2.1.2. الاشراف الإجرائي: سكينر (Skinner 1938):

إذا أشرنا إلى أعمال سكينر فإنه أضاف قانون ثانياً للتعليم السلوكي الذي هو قانون الإشراف الإجرائي (أو الإشراف من النوع الثاني) بحيث أن الشخص يتصرف في محيطه عكس الإشراف الكلاسيكي الذي يعني أن الفرد يستجيب للوضعية التي تشغل الوضعية الفيزيولوجية. (Sarron & Vera, 1995: 08)

حسب فيليب وأوليفي فونتان (O & P. Fontaine, 2000: 22) وشاماما (Chamama, 191: 2008) تأثر سكينر بأعمال ثورندايك (Thorndike) في بداية القرن الماضي التي تركز على التعلم بالمحاولة والخطأ و"قانون الأثر"، بحيث أن السلوك ثابت بالفعل والأثر الذي يحدثه، فهو الذي طرح مصطلح "إجرائي"، من أجل استخدام أداة تحقق (جمع المعلومات) في السلوك بطريقة منهجية. كما يعرف سكينر في (O & P. Fontaine 2000: 22-23) السلوك على أنه الأداء الملاحظ والمقاس عن العضوية، وهذا من السلوك الحركي البسيط وصولاً إلى السلوك المعرفي المعقد، وكل عنصر من هذه الاستجابات تشكل طوبوغرافياً معينة فالوصف الطوبوغرافي ضروري بحيث أنه الوحيد الذي يدرس بدقة ظهور السلوك وشدته ومدته ظهوره، كما أن جميع هذه العناصر لا تكفي لتعريف السلوك دون ربطه بالنتيجة.

حسب جوهان برفين (John Pervin, 2005: 316) إذ أضاف سكينر مصطلح العضوية إلى المعادلة مثير-استجابة، فأصبح مثير - عضوية - استجاب، يعني أن الاستجابة تكون حسب احتياجات العضوية وقدرتها، فمثلاً: الكلب يمشي ويركض ويلهث، العصفور يطير، القرد يقفز، والرضيع يُغان، فهو إذن في الطبيعة البيولوجية للعضوية التي تنتج السلوك الإجرائي وتنتج عنه القوانين التالية:

➤ **التعزيز:** هو الحدث الذي يتبع الاستجابة ويرفع من توقعات وقوعها لاحقاً (Pervin, 2005: 316)، كما قام سكينر بالتجربة على الحيوانات وخاصة الحمام، وذلك بوضع عتلة مرتبطة بموزع غذائي، مثلاً: إذن قامت حمامة بالضغط على العتلة [وهذا هو المراد] فيخرج

الطعام وهذا بالنسبة لها جزاء (الذي هو عامل معزز) فالاستجابة سوف تتكرر، إذن هو عبارة عن إجراء تعزيزي (Chamama, 2008 :192)، فالتعزيز أكان أوليا [طعام، شراب، حرارة]، أو معقدا التعرف على الآخر والترقية في المنصب تعتبر معززات معينة يجب البحث عنها في التاريخ السلوكي للفرد (O & P. Fontaine, 2000 :23)، فمثلا: يمكن اعتبار النقود معززا معمما لأنه يعطي الأولوية للأخذ بمعززات أخرى (Pervin, 2005 :317)، في هذا أسند سكينر رأيه إلى فرويد، وذلك في أن خبرات الطفولة الأولى هي المسؤولة عن تحديد القيم المعززة التي تدخل في نتيجة سلوكياتنا، إذن فإن التعزيز يأتي بعد الاستجابة ويكون مثبتا وعاملا مستمرا للاستجابة، وذلك حسب احتياجات العضوية، فالإنسان بحاجة للمال من أجل شراء بعض الأغراض والعمل ضروريًا لجني المال، فالعمل هو نتيجة والمعزز هو المال، فيستمر العمل باستمرار تدفق المال على الفرد مما يسمح له بشراء ما يحتاج وهكذا. (O & P. Fontaine 2000 :23)

➤ لعقاب [الإطفاء]: هو التعزيز السلبي للنتيجة عكس ما سبق، فمثلا: تلك الصعقة الكهربائية التي تعتبر بمثابة معزز سلبي، فهنا الاستجابة ستختفي أو يحدث تجنب للعتلة. (الشرقاوي، 2012: 68)

3.1.2 نظرية التعلم الاجتماعي:

وضع أسس هذه النظرية العالم الكندي ألبرت باندورا انطلاقا من بداية الستينات (C. Afonso et al, 2012)، وحسب هذه النظرية فالسلوك الإنساني نتيجة عن تفاعل مجموعة من العوامل: الشخصية والمحيط والسلوك، فعامل الشخصية يحتوي على البنيات النفسية [الانفعالية والمعرفية] كالأداء الذاتي والتحكم الذاتي والاستعدادات البيولوجية كالهرمونات والقامة؛ أما المجموعة الثانية من عوامل المحيط متعلقة بخصائص المواقف التي تحدث خارج الفرد والتي يحدثها الأشخاص الآخريين وظروف المحيط؛ أما المجموعة الأخيرة من العوامل تتكون من السلوكيات المنبثقة من الفرد، هذه العوامل الثلاثة في تفاعل مستمر ومتبادل. (Bandura, 1989 :02 ; 1985/2003 :16-17; B.). (Wise, 2002: 335-336.)

1.3.1.2. **التعلم بالنمذجة:** يقول أ. باندورا (Bandura, 1985) في (Afonso et al,) (2012:03):

"انطلاقاً من ملاحظة الآخرين، نأخذ فكرة عن كيفية حدوث السلوك، ثم فيما بعد نستخدم هذه المعلومة في توجيه الحركة"، كما يرى أفونسو وآخرون (C. Afonso et al, 2012:03) أن التعلم بالنمذجة هو تعلم سلوك جديد عن طريق ملاحظة النموذج والنتائج المترتبة عنه، ويطلق على هذه النظرية أيضاً "التعلم عن طريق الملاحظة أو البديل".

كانت أول أبحاث بندورا حول العنف والتي ساعدته في تطوير نظريته، ومن بين هذه الأبحاث المتعلقة بالدمية بوبو [Bobo]، هذه التجربة أظهرت أن الأطفال يتعلمون عن طريق تقليد السلوك الذي يلاحظونه عند الراشد؛ بحيث يلاحظ الأطفال في هذه التجربة امرأة تهاجم دمية، وعندما يلعب الأطفال [بنت أو ولد] مع الدمية بانفراد يعيدون نفس السلوك العنيف الذي قامت به تلك المرأة ولكنه أكثر تطوراً من السلوك الملاحظ، كما لاحظ أن هناك عدة سيوررات تتدخل في التعلم بالنموذج كالملاحظة والاحتفاظ وإعادة الانتاج الحركي والدافعية، ومن خلال هذه العوامل الأربعة نفرق بين التعزيز المباشر للشخص عن طريق سلوكه الخاص بالاستفادة من أخطائه، والتعزيز [البديل أو النموذجي] الملاحظ في النموذج من طرفه، والذي يستفيد من الأخطاء الملاحظة في النموذج؛ إذا لاحظ الشخص سلوك ثم جوزي أو عوقب، فالملاحظ هنا إما أنه يقلد أو يتجنب إعادة إنتاج السلوك الملاحظ (Afonso et al, 2012:03-04; Prervin, 2005: 402-405)، فهنا يكون التعزيز داخلي راجع إلى توقعات الفرد اتجاه النتيجة والأهداف التي يبنها الفرد اتجاه السلوك الملاحظ؛ فأشاد بندورا بدور المعرفة والوظائف العقلية في التعلم الاجتماعي وخاصة معالجة المعلومة، فطريقة معالجة المعلومة للفرد هي التي تؤثر على السلوك.

ترجع العوامل المعرفية في التعلم الاجتماعي إلى قدرة الفرد الملاحظ على تعلم وفهم الوضعية أو الوضعيات، فيضع التوقعات المرتبطة باحتمال الوصول إلى الأهداف والنتائج المسبقة. (Carré & Fenouille, 2009:17; Afonso et al, 2012:09)

1.3. النظريات المعرفية: حيث يرى كوترو (Cottraux, 1993; 2011: 52; 35) أنها تقوم على دراسات معالجة المعلومة: سيرورة التفكير الواعي وغير الواعي التي تنظم إدراك الأحداث التي تحدث في محيط الفرد.

1.2.2. نظرية معالجة المعلومة:

يرى العتوم (2012) أنه بدأ الاهتمام بنظرية معالجة المعلومات منذ الأربعينيات من القرن الماضي عندما حاول علماء النفس فهم آليات عمل العمليات المعرفية من ترميز وتخزين، حيث اقترن هذا المفهوم بشكل واضح مع تطور الحاسوب، كما يؤكد هابرلانديت (Haberlandt, 1994) في (العتوم، 2012: 161) أن تطور اتجاه معالجة المعلومات قد جاء كرد فعل على الاتجاه السلوكي ونتيجة تأثيره بالبحوث التي جرت حول قضايا العوامل الإنسانية المترتبة على نتائج الحرب العالمية الثانية والتطور السريع الذي حدث على أنظمة الحاسوب منذ بداية الستينات من القرن الماضي.

كما يرى رافع النصير الزغلول وعماد عبد الرحمان الزغلول (دون سنة: 47) أن نموذج معالجة المعلومة هو أحد النظريات المعرفية الحديثة التي تعد ثورة علمية في مجال دراسة الذاكرة وعمليات التعلم الإنساني بالإضافة إلى دراسة اللغة والتفكير؛ فمؤذج معالجة المعلومات يختلف عن النظريات المعرفية القديمة من حيث أنه لم يكتف بوصف العملية المعرفية التي تحدث داخل الإنسان فحسب، وإنما حاول توضيح آلية حدوث هذه العمليات وتفسير دورها في معالجة المعلومات وإنتاج السلوك.

من هنا فإن هذه النظرية قدمت الكثير من المصطلحات والشروحات للعلاج المعرفي السلوكي، حيث قامت بتحليل ومعالج مختلف الوظائف المعرفية للفرد وإعطاء المبادئ الأساسية للوظائف العقلية من انتباه وإدراك وتشفير وتخزين واستخراج المعلومة [الذاكرة]، وصولاً إلى كيفية حل المشكلات واتخاذ القرارات، فهم وإنتاج اللغة، التصورات الذهنية، التفكير وحتى ما وراء المعرفة أو معرفة المعرفة.

2.2.2. النظرية العقلانية الانفعالية: العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

أنشأ العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي العالم الأمريكي ألبرت إيليس (Albert Ellis 1955) والذي أطلق عليه اسم العلاج العقلاني وذلك في يناير 1955، ثم في 1962 غيره إلى العلاج العقلاني الانفعالي، ليطلق عليه بعد 30 سنة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي سنة 1993.

بعدها كان يستخدم الطريقة التحليلية في العلاج النفسي، اكتشف أن الحالات التي يعالجها لديها مجموعة من الأفكار والمعتقدات غير العقلانية التي تؤدي إلى ظهور الاضطراب، وهذا ما أشار إليه الفيلسوف اليوناني ايبقريبطس " أن الأشخاص لا يضطربون نتيجة الأشياء أو المواقف إنما نتيجة إدراكهم للأشياء والمواقف " (الأشقر، 2004: 63-65؛ غانم، بدون سنة: 79) كذلك في (M. Hersen et al, 2001:483-48; A. Freeman et al, 2004:321; M. Dryden & R. Branch, 2008:03-04; Keith S. Dobson, 2010:226-227)، ومن هنا انتقل من التحليل النفسي إلى التفكير العقلاني والمنطقي الذي لديه جذور فلسفية أكثر منها نفسية (غانم، دون سنة: 79؛ Dobson, 2010:226-228). فأشار إيليس إلى أن هناك علاقة تفاعلية بين المعرفة، السلوك والانفعال، وأن الاضطراب يظهر نتيجة الأفكار والمعتقدات غير العقلانية التي شكلها الفرد اتجاه الموقف المسبب للاضطراب، والتي تنتج عنها ردود أفعال انفعالية وسلوكية لا تكيفية، فالأفراد يُكوّنون مجموعة من المعتقدات غير العقلانية الصلبة حول ذواتهم، الآخرين والعالم الخارجي. (Dryden & Branch, 2008:04; Dobson, 2010:228-230)

حيث ترى دريدن (Dryden, 2008:08-09) أن إيليس يفرق بين المعتقدات العقلانية التي تعتبر نواة الصحة النفسية في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وتكون مرنة، متكيفة مع الواقع، منطقية، ومتوافقة مع الذات والآخر، وواسعة تكيف الوظيفة السلوكية الانفعالية والمعرفية للنتائج [توافق النتائج مع الوظائف]، وتمكن الفرد من الوصول إلى أهدافه، وتأخذ صيغة تفضيل.

أما المعتقدات غير العقلانية التي تعتبر نواة الاضطراب النفسي، تكون صلبة، متعارضة مع الواقع، غير منطقية، وفاشلة في التوافق مع الذات والآخر، وواسعة اختلال الوظيفة الانفعالية السلوكية

والمعرفية للنتائج [عدم توافق النتائج مع الوظائف]، كما أكد ذلك فريمان (Freeman et al, 2004: 321)، كما ذكر كذلك في (الأشقر، 2004: 53)، وتأخذ تعابير تفرض على الفرد، وفي حالة عدم تحقيق هذه المطالب، فإن هذه المعتقدات غير العقلانية تؤدي إلى إثارة الانفعالات السلبية التي تعيق الفرد في بلوغ أهدافه مثل: [القلق، الاكتئاب، مشاعر الغضب وغيرها]. (الأشقر، 2004: 53) وحسب نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي هناك أربعة أشكال:

- معتقدات غير عقلانية ملحة وشديدة الصلابة.
- معتقدات غير عقلانية تعظم من فظاعة الموقف.
- معتقدات غير عقلانية لا تتسامح مع أبسط درجة الفشل والإحباط.
- ومعتقدات غير عقلانية تنقص من قيمة الذات والآخرين والحياة (Freeman et al, 13-19: 2008; Dryden & Branch, 2004: 321-322)، كما أن هناك معتقدات غير عقلانية متعارضة مع بعضها البعض. (الأشقر، 2004)

يرى إيليس أن الإنسان لديه ميل بيولوجي للتفكير غير العقلاني، كما أنه لا يغفل دور التعلم الاجتماعي في هذا التفكير [الإنسان حسب إيليس مكون بيو-اجتماعي] وأن البشر يصل تفكيرهم غير العقلاني في تفضيلاتهم الاجتماعية إلى مستوى المطالب المطلقة بالنسبة لذواتهم والآخرين والعالم الخارجي، والتي تظهر على شكل إلحاح كـ: "يجب أن"، "من الأفضل أن" " يجب عليك" من الضروري أن" إلخ. (الأشقر، 2004: 55؛ 230: Dobson, 2010)

قد حدد إيليس أحد عشر فكرة غير عقلانية نذكرها كالاتي:

الفكرة الأولى: "من الضروري أن يكون الشخص محبوباً ومرضياً عنه من قبل كل المحيطين به بدون استثناء"

الفكرة الثانية: "أن يكون الفرد على درجة كبيرة من الكفاءة والمنافسة والإنجاز حتى يمكن اعتباره شخصاً ذا أهمية".

الفكرة الثالثة: "بعض الناس يتصفون بالشر والوضاعة والحقارة والجبن، ولذلك فهم يستحقون أن يوجه لهم اللوم والعقاب".

الفكرة الرابعة: "إنها لمصيبة وكارثة عندما تسير الأمور بعكس ما يتمنى الإنسان".

الفكرة الخامسة: "إن التعاسة والمصائب تنتج عن ظروف خارجية لا يستطيع الفرد التحكم فيها".

الفكرة السادسة: "إن الأشياء الخطرة أو المخيفة، هي سبب الهموم والأسى والانشغال البالغ والدائم، ويجب أن يكون الفرد دائم التوقع لها حتى يستعد لها ولا تدهمه على حين غرة".

الفكرة السابعة: "إنه من السهل أن ننسحب ونتجنب بعض الصعوبات والمسؤوليات الشخصية من أن نواجهها".

الفكرة الثامنة: "ينبغي على الفرد أن يكون مستنداً على آخرين، ويجب أن يكون هناك شخص أقوى يستند عليه لتحقيق أهدافه وإنجازاته".

الفكرة التاسعة: "إن الخبرات والأحداث المتصلة بالماضي هي المحددات الأساسية للسلوك في الوقت الحاضر، وتأثيرها لا يمكن استئصاله أو تجنبه".

الفكرة العاشرة: "ينبغي على الفرد أن يحزن لما يصيب الآخرين من مشكلات واضطرابات وأحداث غير سارة".

الفكرة الحادية عشر: "هناك دائماً حل صحيح أو كامل لكل مشكلة، ويجب التوصل إلى هذا الحل لكيلا تصبح النتائج خطيرة أو مؤلمة". (الأشقر، 2004: 55-60؛ غانم، بدون سنة: 81-85)

1.2.2.2. نظرية A.B.C في تفسير المشكلات النفسية: تعتبر نظرية A.B.C من أشهر أعمال إيليس في العلاج النفسي وتفسير الاضطرابات والصحة النفسية فنعني:

A - Activating Event: تمثل الحدث أو الموقف الداخلي أو للخارجي "الخبرة المنشطة"، وتأثر في الفرد من أجل تكوين المعتقد B؛ والتي أثارت الانفعال فظهر فيها المشكل النفسي.

B: Belief: وهي المعتقدات التي يكونها ويطورها الفرد اتجاه الموقف A، وقد تكون عقلانية أو غير عقلانية.

C: Conséquences: وتعني النتائج التي تنجم جراء المعتقد B وقد تكون انفعالية، سلوكية أو معرفية. (Hersen et al, 2001 :484; Freeman et al, 2004 :322; Dryden & Branch, 2008 :4-8-20; Dobson, 2010 :229)

وكما هو معروف في هذه النظرية، أن النتائج التي تنشأ من المعتقدات غير العقلانية ليست بسبب الحدث المنشط، وإنما بسبب المعتقدات التي يكونها الفرد اتجاه الحدث المنشط، فهذه الأفكار هي التي تثير الاضطراب وتؤدي إلى النتائج الانفعالية السلبية كالقلق والخوف والاكتئاب (الأشقر، 2004: 70-71).

فترى هذه النظرية حسب (Freeman et al, 2004 :322) أن المعتقد العقلاني اتجاه الحدث (A) يؤدي إلى انفعال سليم وإلى سلوك تكيفي وتفكير واقعي؛ في حين أن المعتقد غير العقلاني اتجاه الحدث (A) يؤدي إلى انفعالات سلبية مؤلمة، وإلى سلوك غير تكيفي ومعتل الوظيفة، وإلى تفكير عقلائي إلى غير واقعي نوعاً ما، كما أن هذه العوامل متبادلة التأثير فيما بينها.

2.2.2.2. الأسلوب العلاجي:

أضاف إيليس إلى المعادلة (D) وهي أساس العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وتعني أسلوب العلاج النشط الموجه (Active-Directive therapeutic style) حيث يقوم المعالج بمساعدة الزبون على توجيه انتباهه داخل الحصص العلاجية لأن الغرض من العلاج هو حل المشكلات الانفعالية عند الحالة، فيبدأ المعالج بتوجيه الزبون إلى تحديد مشكلاته الانفعالية (C)، ويساعده على وصفها بطريقة ملموسة، ثم يطلب منه بطريقة مباشرة أن يحدد مشكلة معينة ثم يفسران هذه المشكلة حسب نظرية

(A.B.C)، ويشجعه على إعطاء أي معلومة يمكن من خلالها مساعدته؛ وبصفة عامة عندما يقوم الزبون بإعطاء مثال معين عن مشكلته يقوم المعالج بتوجيه انتباهه بشكل مثالي اتجاه انفعالاته ومساعدته على التعرف أكانت هذه الانفعالات سلبية سليمة أو مؤلمة (C)؛ إذا كانت هذه الانفعالات سلبية مؤلمة، يقوم المعالج بتوجيه انتباه الزبون إلى الحدث المنشط لهذا الانفعال (A)، فإذا قام المعالج بتحديد الحدث المنشط (A) يوجه الحديث اتجاه الأهداف التي بينها الزبون نحو تغيير أو تعديل؛ عند الوصول إلى الحدث المنشط (A) يشرح المعالج للعميل أنه يجب التوصل إلى الانفعال السلبي السليم الموافق لهذا الحدث كبديل عن الانفعال السلبي المؤلم. (M. Dryden & R. Branch, 2008 :28)

بعد أن يحدد المعالج أهداف الزبون اتجاه التغيير يجب على المعالج أن يوجه انتباهه صوب المعتقدات غير العقلانية التي تدعم الانفعالات السلبية المؤلمة للعميل (B)، وبعد تحديد هذا الأخير يشرح المعالج العلاقة التي تربط بين المعتقدات غير العقلانية والانفعال [العلاقة بين (B) و (C)]، ويجب على المعالج أن يتأكد من فهم الزبون لهذه العلاقة. (M. Dryden & R. Branch, 2008 :28)

بعد ذلك يوجه المعالج الزبون نحو ثلاث براهين أساسية تتعارض مع المعتقدات غير العقلانية عند الزبون وهي: التجربة، المنطق، والواقع (النفعية).

في البرهنة التجريبية المتعارضة مع المعتقدات غير العقلانية يطلب المعالج من الزبون أن يبحث عن التجارب البديهية التي تدعم معتقداته، أما في البرهنة المنطقية المتعارضة مع المعتقدات غير العقلانية يطلب من الزبون إعطاء المبررات المنطقية لمعتقداته، أما البرهنة الواقعية [النفعية] المتعارضة مع المعتقدات غير العقلانية نطلب منه التفكير في النتائج الآنية وطويلة المدى الناجمة عن معتقداته.

إذا نجح المعالج في هذه المرحلة قد ساعد الزبون على التعرف على أمرين: في البداية يعلم أن معتقداته غير العقلانية هي: متعارضة مع الواقع ومع المنطق وأنها هدامة [بأنها تؤدي إلى وظائف انفعالية وسلوكية ومعرفية لا تكيفية أو محتمل الوظيفة ونتائج متباعدة مع الأهداف]؛ أما الثاني. يفهم

أن معتقداته العقلانية متعاقبة: متوافقة مع الواقع، منطقية وبناءة [بأنها تؤدي إلى وظائف انفعالية وسلوكية ومعرفية تكيفية ونتائج متوافقة مع الأهداف]. (M. Dryden & R. Branch, 2008: 29).
 رغم أن الزبون قد فهم ووعى حالته إلا أنه لم يصل في هذه المرحلة إلى درجة التبصر بانفعالاته [الاستبصار بالانفعالات]، لهذا على المعالج مساعدة الزبون على استبصار انفعالاته في معتقداته العقلانية، وهذا ما سوف يضعف يقينه في معتقداته غير العقلانية وتعزز يقينه بمعتقداته العقلانية، وهذا ما سوف يؤثر بشكل إيجابي على الزبون. (M. Dryden & R. Branch, 2008: 29).

3.2.2. نظرية بيك في العلاج المعرفي:

وضع أسس هذه النظرية وهذا العلاج أرون تيودور بيك سنة 1960 (Aron .T. Beck,)
 والذي كان يستخدم التحليل النفسي والتداعي الحر من قبل في العملية العلاجية مع حالاته، خاصة المصابة بالاكتئاب منها، ولكنه سرعان ما اكتشف أن معارف المريض لها أثر في توجيه مشاعره وسلوكياته، فانتبه أثناء عملية التداعي الحر إلى وجود تيار من الأفكار يجري موازيا للأفكار المعلنة، وتتميز هذه الأفكار المضمرة بالانبثاق التلقائي والسرعة الخاطفة، وقد اكتشف هذه الأفكار عن طريق توجيه انتباه الحالة إلى حوارها الداخلي وأطلق عليها الأفكار الأوتوماتيكية، حيث أن أحد التفسيرات المحتملة هو أن الناس قد ألفوا أن يتحدثوا إلى أنفسهم بطريقة ويتحدثون إلى الآخرين بطريقة مختلفة تماما، والمشكلة أن الفرد إما غير واع تماما بأفكاره الأوتوماتيكية أو أنه لم يدرك في ذهنه أن هذا النوع من الأفكار يستحق كثيرا من التمعن، وكلما زادت خطورة الاضطراب - كما في الاكتئاب الشديد- كانت هذه الأفكار أكثر وضوحا وخاصة في اضطراب الوسواس القهري، وكلما تحسنت حالة المريض خفت هذه الأفكار وقل وضوحها فإن ردت الحالة إلى الانتكاسة عادت الأفكار الأوتوماتيكية إلى الظهور مرة ثانية (بيك، 2000: 43-48).

يرى بيك (2000: 49-50) أن الأفكار الأوتوماتيكية تتميز عند الحالات ب:

- واضحة متميزة بصفة عامة وبعيدة عن الغموض والهامية.

- مختزلة أو تلغرافية تقتصر على الكلمات الضرورية.

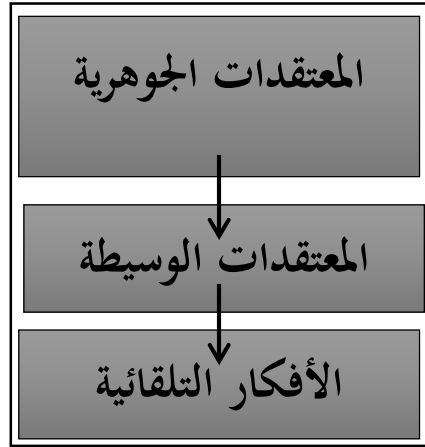
- لا تعتمد في صياغتها على التدبر والاستدلال والتفكير في حدث أو موضوع.
 - خالية من التسلسل المنطقي الذي يسم التفكير المتوجه لهدف أو لحل المشكلات.
 - تحدث تلقائياً كما لو كانت انعكاسية.
 - تتمتع بنوع من الاستقلالية فتنشأ بدون أي جهد من جانب المريض، بل لا يمكنه إيقافها خاصة في الحالات المرضية الشديدة.
 - تتميز بأنها تنطوي على موضوع واحد رغم اختلاف منطوقها في الظروف المختلفة.
 - يتسم محتواها بالخصوصية الفردية خاصة شديدة التكرار منها، وليست مميزة لصاحبها فقط، بل أيضاً لغيره من المصابين بنفس الاضطراب.
 - تسبق الانفعال دائماً، فهي التي تولد الحالة الانفعالية الشديدة.
 - تحريفها للواقع يفوق ما تتضمنه الأنواع الأخرى من التفكير.
- ورغم أن هذه الأفكار لا تبدو عقلانية منطقية إلا أنها كانت تبدو مقبولة معقولة عند الحالات، وتسلم بصحتها دون شك ودون تجريبها في الواقع والمنطق، رغم ذلك يعتقد بها الفرد رغم بطلانها، ويعتقها ولو أنه أقر ببطلانها في المناقشات السابقة؛ فقد تبين بطلانها عندما يتأملها ويتمحصها حيناً من الوقت، أو عندما يناقشه فيها لكن لا يلبث حتى يستسلم لها حين تعاوده ويقبلها على عللها (بيك، 2000: 49).

لكن السؤال المطروح: من أين تنبثق هذه الأفكار التلقائية؟ يرى بيك أن الأفكار التلقائية تنبثق من نظام المعتقدات التي تتكون ابتداءً من مرحلة الطفولة والتي يكونها الأفراد حول أنفسهم الآخرين والعالم الخارجي، وأن المعتقدات الأكثر عمقا هي مفاهيم أساسية راسخة وعميقة بحيث أنهم غالباً لا يعبرون عنها بكلمات حتى لأنفسهم. إن هذه الأفكار ينظر إليها من شخص كحقيقة مطلقة كما هي، فعلى سبيل المثال: في حالة القارئ الذي يعتقد أنه بليد ولا يستطيع فهم الكتاب يمكن أن يكون لديه الاعتقاد الجوهري "أنا عاجز"، وهذا الاعتقاد ممكن أن يعمل فقط حينما يكون الشخص في حالة مزاجية كئيبة، أو يمكن أن يكون ناشطاً طوال الوقت. وحينما ينشط هذا المعتقد

فإن القارئ يقرأ الكتاب بعدسات هذا الاعتقاد (جوديت. بيك، 2007: 38؛ 32: 2011, J.Beck).

إن المعتقدات الجوهرية هي المستوى الأساسي من المعتقدات، فهي شاملة جامدة ومعممة، أما الأفكار التلقائية فتنبثق عن المعتقدات وتكون عبارة عن كلمات واقعية أو الصور التي تدور في عقل الشخص وهي متعلقة بمواقف خاصة، يمكن اعتبارها أكثر المستويات المعرفية سطحية. أما الجزء التالي يصف مستوى المعتقدات الوسيطة التي تقع بين المعتقدات الجوهرية والأفكار التلقائية والمتكونة من المواقف والقواعد والاتجاهات (جوديت. بيك، 2007: 39-40؛ 34-35: 2011, J.Beck).

الشكل "1": يبين كل من المعتقدات والأفكار التلقائية:



أما المخططات المعرفية يشير أ. بيك حسب (طه عبد العظيم، 2008: 118) على أن المخططات عبارة عن بنيات معرفية موجودة لدى الفرد تتضمن الاعتقادات والافتراضات والتوقعات والمعاني والقواعد التي يكوها الفرد عن الأحداث والآخرين والبيئة، وعلى هذا تمثل الإطار الأساسي الذي يستخدمه الفرد لفهم الذات والعالم والعلاقة الاجتماعية مع الآخرين إذ أنها تؤثر في الكيفية التي تدرك بها الأشياء والناس والأحداث والاستجابات نحوه، وهي المسؤولة عن تنشيط الأفكار التلقائية ونشأتها، كما يمكن أن تكون هذه المخططات ضمنية أو ظاهرة وتختلف من شخص لآخر. ويرى بيك حسب (طه عبد العظيم، 2008: 118) أنها مجموعة من البنيات المعرفية الأساسية التي تنظم خبرة الفرد وتكون القاعدة لمختلف أمثلة الاستقطاب والاضطراب [التشوه]. فيرى أن المخططات

تمثل نواة الاضطرابات المعرفية [والتي أحيانا تعني عند بيك المعتقدات الجوهرية]، يمكننا أن نلاحظ المخططات على شكل [إذا/سوف] إذن هي عبارة عن اقتراحات، وتمثل المعتقدات غير العقلانية عند إيليس مثلا: "إذا لم أقم بالعمل على أكمل وجه، سوف أفشل"، فليس من السهل الوصول إليها مثل باقي أشكال التفكير [التفكير التلقائي]، ولكنها تصبح بديهية للعميل والمعالج عندما يتم التعرف على المواضيع المشابهة لها في الأفكار التلقائية. فمن خلال التعرف على المواضيع يستطيع العميل أن يوازن هذه المواضيع مع القضايا السليمة [الواقع، المنطق والتجريب] مما يساعد العميل على تغيير مخططاته والتعرف على الوضعيات التي مكنته [المعتقد الجوهرية] وردود الأفعال القوية التي تحدث جراءه، فتتخفف الانفعالات التي ترتبط بالمعتقد الجوهرية بمرور الوقت، فيضعف هذا الأخير مما يجعل

من السهل إبداله بآخر جديد. (Hersen et al, 2001 :162; Dobson, 2010 :280-281)

يقوم العلاج المعرفي على النموذج المعرفي، الذي يفترض أن مشاعر الناس وسلوكياتهم وحالتهم الفيزيولوجية تتأثر بطريقة إدراكهم للأحداث. ليس الحدث/الموقف هو الذي يحدد كيف يشعر الناس، ولكن الطريقة التي يؤولون بها ذلك الحدث/الموقف (جوديت. بيك، 2007: 36؛ 2011: 30). (J.Beck). بمعنى أن الاضطراب ليس راجع إلى الموقف/الحدث وإنما إلى الاستنتاجات التي وصل لها الفرد اتجاه هذا الموقف.

يمثل الشكل رقم "2" النموذج المعرفي لبيك:



(J.Beck, 2011 :30).

يرى بيك (2000: 227) أن العلاج المعرفي يتألف بمعناه الواسع من كل المداخل التي من شأنها أن تخفف الكرب النفسي عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة والإشارات الذاتية المغلوطة. ولا يعني تركيزنا على التفكير أن نغمت أهمية الاستجابات الانفعالية التي هي المصدر المباشر للكرب بصفة عامة. إنما يعني ببساطة أننا نقارب انفعالات الشخص من خلال معرفته أو من طريق تفكيره. وتصحيح الاعتقادات الخاطئة يمكننا أن نحمد أو نغير الاستجابات الانفعالية الزائدة وغير المناسبة.

هناك وسائل عديدة لمساعدة المريض على أن يقيم نفسه وعالمه تقييماً أكثر واقعية، فهناك المدخل العقلاني الذي يتألف من كشف المفاهيم الخاطئة واختبار صحتها وتعويضها بمفاهيم أكثر موافقة. وهناك المدخل الخبرة الذي يعتمد إلى تعريض المريض لخبرات هي من الشدة بحيث تحمله على تغيير مفاهيمه، وهناك أيضاً المدخل السلوكي الذي يحث المريض على تبني أنماط معينة من السلوك من شأنها أن تغير في مجمل نظرتة إلى نفسه وإلى العالم الواقعي (بيك، 2000: 127-128).

يركز العلاج المعرفي على العلاقة التعاونية بين المعالج والعميل، حيث يكون فيها هذا الأخير مسؤولاً عن جزء كبير من حل مشكلاته، وذلك بمساعدة المعالج الذي يقوم بتوجيهه وتشجيعه؛ فالعميل هو الخبير بمعاشه والدلالات المتعلقة بالحدث بمعنى أن المعالج لا يستلزم أنه يعلم لماذا استجاب العميل إلى وضعية ما هكذا؟ ولكن يطلب من العميل ذكريات وصور أو أفكار متعلقة بهذا الموقف؛ وذلك من خلال استخدام الأسئلة السقراطية أو التفكير السقراطي، لهذا السبب يجب على العميل أن يلعب دوراً فعالاً في العملية العلاجية، فيقوم المعالج بتدريب العميل على تقييم أفكاره، كما يساعد المعالج العميل وتكوينه من أجل مواجهة الصعوبات التي تعترضه (-Hersen et al, 2001: 162; Dobson, 2010: 281; 163)؛ فالعلاج المعرفي هو علاج يقتصر على عملية التعليم والتدريب، الذي يستخدم مجموعة من الأساليب والتقنيات السلوكية والمعرفية التي سوف نستعرضها في هذا الفصل.

4.2.2. نظرية المخططات المعرفية اللاتوافقية ليونغ:

وضع جيفري يونغ (Jeffrey.E.Young, 2006:34) فرضية مفادها أن بعض المخططات تنمو نتيجة الخبرات المؤلمة التي تحدث في مرحلة الطفولة والمراهقة، والتي تشكل لب اضطرابات الشخصية ومشكلات الطبع والعديد من الاضطرابات المتعلقة بالبحور الأولى، فكل فرد في مراحل حياته الأولى حسب تجاربه المعيشة يكون مخططا معرفيا يستمد مكوناته من هذه التجارب المعيشة وهذه المخططات التي يكونها الفرد تنقسم إلى قسمين:

1.4.2.2. المخططات غير المكيفة السلبية المبكرة:

إن الأشخاص الذين لديهم أحد المخططات الأكثر تأثيرا وضرا على الفرد والمتمثلة في: الإهمال والاستقرار، الاستغلال والحذر، الخجل وعدم الكمال أو الحرمان العاطفي، فهؤلاء الأفراد تم معاملتهم بشكل سيء أو تم التخلي عنهم في مرحلة الطفولة، ففي سن الرشد يتم تنشيط هذه المخططات من خلال مجموعة من الأحداث الصادمة التي عاشها هؤلاء الأفراد أثناء طفولتهم، فعندما ينشط المخطط تتراقق معه مجموعة من الانفعالات السلبية المتمثلة في الحزن، الخجل، الخوف والغضب. (Jeffrey.E.Young, 2006)

جدير بالذكر أنه ليس كل المخططات غير المكيفة منشأها الصدمات والإساءة التي يتلقاها الطفل في مرحلة الطفولة، بل قد يتلقى الطفل كل الرعاية والحماية إلا أن مخططه يكون سلبيا غير مكيف، مثلا: التبعية وعدم الخبرة. (Jeffrey.E.Young, 2006)

إن المخطط يحدث بسبب مواقف سيئة تستمر طوال فترة الطفولة والمراهقة، فإن المخطط هو أفضل شيء يفسر سلوك الفرد ويعبر عنه، فالشخص الذي يشعر بالارتياح لمخطط يجذبه لا شعوريا نحو المواقف التي تعزز وتنشط المخطط الأصلي. (Jeffrey.E.Young, 2006)

2.4.2.2. المخططات المكيفة الإيجابية المتأخرة:

كما يستطيع الفرد تكوين مخطط سلبى يستطيع أن يكون مخططا إيجابيا، كما يمكن للمخطط أن يكون مكيفا أو غير مكيف، حيث يسمح هذا المخطط الإيجابي بتكوين نظرة إيجابية ومتفائلة لدى الفرد عن نفسه وعلى الآخرين والعلم الخارجي، كما أن هذا النوع يتكون خلال مرحلة متأخرة من فترة المراهقة إلى بداية سن الرشد، فكلما كان تشكل المخطط مبكرا كلما كان له تأثير سيء على شخصية الفرد لاحقا والعكس صحيح. (Jeffrey.E.Young, 2006)

3.4.2.2. المخططات المعرفية اللاتوافقية: يرى يونغ (J.E.Young, 2006: 34) أن المخططات

تنمو نتيجة الخبرات المؤلمة التي تحدث في مرحلة الطفولة والمراهقة، والتي تشكل لب اضطرابات الشخصية ومشكلات الطبع والعديد من الاضطرابات المتعلقة بالمحور الأول، ويعرفها بـ:

- موضوع مهم ويسيطر على الفرد.

- تتكون من ذكريات، انفعالات، مدركات، وأحاسيس جسمية.

- تتعلق بذات الفرد وعلاقاته مع الآخرين.

- تتكون في مرحلة الطفولة والمراهقة.

- تستمر وتنمو طيلة حياة الفرد.

- تعبر عن خلل وظيفي ذي معنى.

إذن فإن المخططات المعرفية اللاتوافقية هي طراز معرفي وانفعالي يصبح الفرد فيه غير واثق من نفسه ومتشائم، والذي يظهر في مراحل النمو المبكرة ويتكرر طيلة حياة الفرد.

وضع يونغ (J.E.Young, 2006: 41) 18 مخططاً في خمس مجموعات كبرى للحاجات

العاطفية غير المكتملة والتي تدعى ميادين المخططات، وسنعرضها كالتالي:

➤ **الميدان الأول: الرفض / الانفصال:** ويتضمن كلاً من المخططات التالية: مخطط التخلي/عدم

الاستقرار، عدم الثقة/ المعاملة السيئة [الاستغلال]، مخطط النقص [الحرمان] العاطفي، مخطط

النقص/ الخجل [العار]، مخطط الانعزال الاجتماعي. (Jeffrey.E.Young, 2006: 41-42)

➤ **الميدان الثاني: النقص في الذاتية والأداء:** ويتضمن كلاً من المخططات التالية: مخطط التبعية/

عدم الجدارة، مخطط الخوف من الأخطار والأمراض، مخطط التفكك وضمور الشخصية، مخطط

ال فشل. (Jeffrey.E.Young, 2006: 43-44)

➤ **الميدان الثالث: نقص معرفة الحدود:** ويتضمن كلاً من المخططات التالية: مخطط الحقوق الذاتية

المبالغ فيها/ التكبر(العظمة)، مخطط التحكم في الذات/ نقص ضبط الذات.

(Jeffrey.E.Young, 2006: 44-45)

➤ **الميدان الرابع: التوجه نحو الآخرين:** ويتضمن كلاً من المخططات التالية: مخطط الخضوع،

التضحية بالذات، مخطط البحث عن الرضا ورد الجميل. (Jeffrey.E.Young, 2006: 45-47)

➤ **الميدان الخامس: اليقظة المفرطة والكف:** ويتضمن كلاً من المخططات التالية: مخطط السلبية

والتشاؤم، التحكم المفرط في الانفعالات، العقاب. (Jeffrey.E.Young, 2006: 47-48)

كما قسم هذه المخططات إلى مخططات شرطية قابلة للعلاج والتعديل، وأخرى غير شرطية صعبة العلاج والتعديل، وفي بعض الأحيان غير قابلة للعلاج والتعديل، والجدول رقم "1" يعرض المخططات اللاتوافقية الشرطية واللاشرطية:

المخططات المعرفية الشرطية	المخططات المعرفية اللاشرطية
- الخضوع	- التخلي / عدم الاستقرار
- التضحية بالذات	- عدم الثقة / المعاملة السيئة
- البحث عن الرضا ورد الجميل	- النقص العاطفي
- التحكم المفرط في الانفعالات	- النقص / الخجل [العار]
- الأفكار المثالية المفرطة / النقد المفرط	- العزلة الاجتماعية
	- الخوف من الأخطار والأمراض
	- التفكك وضمور الشخصية
	- الفشل
	- السلبية والتشاؤم
	- العقاب
	- الحقوق الشخصية المبالغ فيها / التكبر
	- التحكم في الذات / ضبط الذات

(J. E. Young, 2006 :19)

يقوم العلاج بالمخططات على تعديل المخططات المعرفية اللاتوافقية، وذلك من خلال الكشف عنها عن طريق استبيان المخططات المعرفية اللاتوافقية، الذي يعتبر أداة تقييمية وعلاجية في نفس الوقت، حيث تسمح للعميل أن يتعرف على مختلف مخططاته اللاتوافقية، فتستعمل كأداة لتقييم الذاتي والرقابة الذاتية من أجل تحقيق التحكم الذاتي، وبعد أن يتعرف العميل على مخططاته اللاتوافقية يستطيع الانتقال إلى مرحلة التغيير المخطط، فعلى طول هذه المرحلة يستخدم المعالج مجموعة من التقنيات المعرفية، الانفعالية والسلوكية وبين شخصية بطريقة مرنة، وحسب حاجيات العميل، وذلك حصة بعد حصة، فالعلاج بالمخطط لا يستلزم استخدام البروتوكول بطريقة صارمة بل يستحسن

المرونة في تطبيقه. (J. E. Young, 2006 :19-20)

3. المستويات الثلاثة للتدخل في العلاج المعرفي السلوكي:

1.3. السلوك:

بمعنى "مقطع سلوكي" وهنا لا يتعلق بالعرض فقط بل بالاضطراب ككل، فالعرض من العلاج ليس إزالة مقطع معين ولكن تعليم الفرد مقطعا آخر جديد غير مرضي ومختلف عن الاضطراب الآني. فالعلاج المعرفي السلوكي لا يعالج الأعراض بل يبحث في تعديل مقاطع سلوكية أو بمعنى آخر تعديل سيرة الفرد، ونستطيع تعريف السلوك على أنه: "سلسلة منظمة من الحركات الموجهة للتكيف مع وضعية معينة مثلما تم إدراكها وتأويلها". فإن مصطلح [سلسلة] مرتبط مع مقطع سلوكي معقد يحتوي على عضوية ولديه هدف، فمختلف النشاطات سواء أكانت حركية أو لفظية تكيف الفرد مع مثيرات المحيط والتي تأول عن طريق وظيفة المخططات المعرفية المتعلمة والمخزنة في الذاكرة طويلة المدى. (Cottraux,1993:06, 2011:03-04)

2.3. المعرفة:

المعرفة نابعة عن التعرف، فتشتمل على التعلم، التنظيم واستخدام المعارف حول الذات والعالم الخارجي، فهي تركز على السيرورات العقلية الأكثر تطورا مثل التفكير، اتخاذ القرارات، حل المشكلات، الإدراك والذاكرة، وبالخصوص تدرس معالجة المعلومة، فهذه تقوم بوظيفتها بفضل المخططات المعرفية اللاوعية، والتي تعتبر وسيطا منظما لجميع المعلومات الخاصة بالفرد والعالم، فتوجه الإدراك والانتباه الموجه لمثيرات المحيط (Cottraux,1993:07, 2011:04). ويمكن تعريف المخططات المعرفية على أنها: "بنية تنظيمية تم اكتسابها من الخبرات السابقة وتحتوي على ما يعرفه الفرد عن ذاته والمحيط الخارجي، وعلى المعتقدات والانفعالات، كما تقوم بترتيب وتوجيه الإدراك وتسهل عملية التذكر وحل المشكلات وتوجيه الأفعال دون الاهتمام بالأحداث الدقيقة". (Charbon & Cardine 1994:48; M. W. Matlin, 2001:48; G.Tiberghien, 2002:269) وفي نفس الوقت تحدث تشوهات على مستوى الإدراك والانتباه وتمائل البنيات المعرفية الجديدة وتجعلها مطابقة للبنيات السابقة، فيؤثر ماضي الفرد على حاضره. (Cottraux,1993:07,) (2011:05)

3.3. الانفعال: يتميز بالأحاسيس الجسدية للرضى [الراحة، اللذة] أو عدم الرضى [الانزعاج، الألم] المتعلقة بالتغيرات الفيزيولوجية كاستجابة للمثيرات المحيط. تستجيب العضوية حسب شدة المثيرات التي تتعرض لها، فإدراك الأحداث راجع للخبرة السابقة والوضعية الجسدية التي يكون فيها الفرد أثناء ذلك. تحول الانفعال [كظاهرة جسدية] إلى عاطفة [كظاهرة عقلية] مثلاً: الرضى والحزن، القلق والخوف والغضب، هذه الأحاسيس راجعت إلى تأويل الوضعية وليس إلى الوضعية في حد ذاتها، كما أن الانفعال تابع للمعرفة. (Cottraux,1993 :07-08, 2011 :05-06)

4. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

تري جوديت بيك (2007: 23-29) (J.Beck, 2011 :06-11) أن هناك عشرة مبادئ أساسية في العلاج المعرفي السلوكي نستعرضها باختصار فيما يلي:

المبدأ رقم "1": إن العلاج المعرفي يُبنى أساساً على التقييم المتنامي والمستمر للعميل ومشاكله في صيغة مصطلحات معرفية.

المبدأ رقم "2": يستلزم العلاج المعرفي السلوكي تحالفاً علاجياً سليماً.

المبدأ رقم "3": يؤكد العلاج المعرفي السلوكي على ضرورة التعاون بين العميل والمعالج والمشاركة الفعالة.

المبدأ رقم "4": العلاج المعرفي السلوكي ذو هدف موجه و متمركز حول المشكل.

المبدأ رقم "5": العلاج المعرفي السلوكي يركز على الحاضر.

المبدأ رقم "6": يقوم العلاج المعرفي السلوكي على المبدأ التعليمي، ويركز على أن يصبح العميل معالماً لنفسه، وعلى تجنب الانتكاسة.

المبدأ رقم "7": العلاج المعرفي السلوكي محدد بزمن معين.

المبدأ رقم "8": جلسات العلاج المعرفي السلوكي مبنية بشكل مقنن.

المبدأ رقم "9": يعلم العلاج المعرفي السلوكي العميل كيف يتعرف، يقيم ويسجل أفكاره ومعتقداته معطلة الوظيفة.

المبدأ رقم "10": يستخدم العلاج المعرفي السلوكي سلسلة من التقنيات التي تعدل التفكير، المزاج والسلوك.

5. سيران العلاج:

يسير العلاج ويطبق في مجموعة حصص من 10 إلى 25 حصة وفق البرنامج المبني أو المقترح وحسب الحالة مع احتمال حصص متابعة خاصة لمعظم الاضطرابات كالقلق، المشاكل الجنسية او الاكتئاب. (Cottraux, 1993:09; 2011 :06)

للعلاج المعرف السلوكي أربعة مراحل:

1.5. التحليل الوظيفي:

يمكن تعريفه حسب (O & P Fontaine, 2000: 62) على أنه "تحليل أو شرح لوظيفة الفرد في نسقه الخاص"، ويقوم على الملاحظة لسلوك المباشر وغير المباشر القابل للقياس، وأهدافه هي:

- تحديد شروط التثبيت وبدء السلوك.
- البحث عن عزل المشكل أو المشاكل المفتاحية، وإعطاء الحلول من أجل تعديل السلوك بشكل ملحوظ ودائم.
- التعرف على تاريخ اكتساب المشكل.

يدرس المعالج أفكار، الصور الذهنية، الحوار الداخلي [الأفكار الآلية] كما يدرس الوضعيات وردود الفعل التي تسبق أو تصاحب السلوك المشكل، ويتعرف في النهاية وبشكل دقيق جدا على السلوكيات الحركية أو اللفظية. (O & P. Fontaine, 2000: 06 ; 2011 :09 ; Cottraux , 1993 :06 ; Judith S. Beck 2011 :29 ; 62)

2.5. تحديد أهداف العلاج:

- يجب على المعالج والحالة أن يتفقا على تحديد الفرضيات المشتركة على الاضطراب، عوامل البدء والتثبيت.

- وضع عقد اتفاق بين المعالج والحالة، وهذا بالاتفاق على أهداف العلاج، وما تتوقعه الحالة من العلاج، ويعرف المشكل المراد علاجه على الصعيد الملموس والتطبيقي، بحيث يتفقان على وسائل العلاج.

- ننتقل من الفرضية أن التدخل يجب أن يكون مبنيا سلفا، والتعاون العملي مع المعالج يسمح للحالة بالتخلص من السلوك المتكرر الذي تعاني منه. (Cottraux, 2011:06; 1993:09)

3.5. تطبيق البرنامج العلاجي:

يستخدم البرنامج العلاجي الأسس والتقنيات المتفق عليها مسبقا مع الحالة، فينمي المعالج عند الحالة القدرة على التعديل الذاتي لسلوكياته، وهذا ما يسمح له بتعميم التغييرات المتعلمة من الوضعية العلاجية إلى وضعيات أخرى مماثلة، وهذا ما يسمح بعدم وقوع النكسة ويشرح غياب معاودة الأعراض أين ينمي سلوكيات أكثر توافقا بعد التخلص من السلوك المشكل. (Cottraux, 1993:09; 2011:06)

4.5. تقييم نتائج العلاج:

يكون التقييم بمقارنة المقاييس المتكررة المطبقة قبل، أثناء وبعد العلاج، المتابعة تكون على الأقل لمدة سنة بعد نهاية العلاج، وذلك بوضع نقاط التقييم في الشهر الأول، السادس وبعد سنة. (Cottraux, 1993:09-10; 2011:06-07)

6. مشكلة الدافعية نحو التغيير:

لا يوجد تغيير دون دافعية، بمعنى توقع النتيجة أو انتظار [جدارة] فعالية العلاج المستعمل (Bandura, 1985/2003) فإن لم تكن هناك دافعية نحو العلاج أو انتظار الهدف من العلاج لن يتحقق التغيير، لذا فإن فعالية العلاج المعرفي السلوكي يستلزم مستوى معين من الدافعية، ومن الأفضل إعلام الحالة مسبقا بذلك (Cottraux, 1993:10; 2011:07). إن التغيير أساسا يستلزم عملية التعلم والتعلم المضاد مهما كانت نوعية العلاج، فالإدراك أو الوعي بـ "الصدمة المسببة للاضطراب" والوضعية الشرطية الأولية غالبا ما يكونان كافيين لإحداث التغيير في السلوك المضطرب. ومن ثم فإن

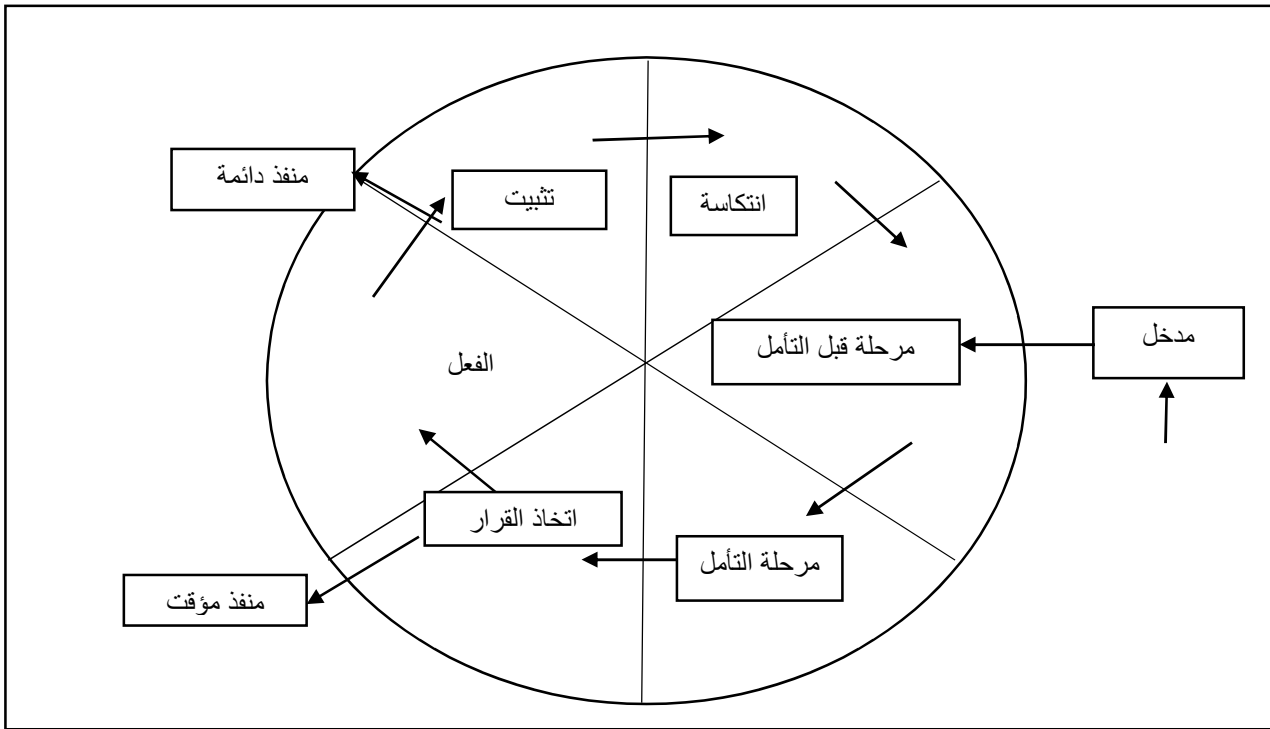
الأشخاص في العلاج المعرفي السلوكي يتعلمون أن يلاحظوا ويقيموا ذواتهم وأن يستعملوا تقنيات يستخدمونها من أجل حل مشاكل أخرى مشابهاة. مهما كانت بنية الشخصية فإحداث التغيير في عنصر من هذه البنية يدخل التعديل على باقي العناصر المكونة لها، وذلك عن طريق إعادة تنظيمها، كذلك التغيير من جهة أخرى يحدث التعديل على المجموعة أو البنية ككل، وذلك راجع إلى اختيار السلوكيات، الانفعالات، والمعارف المستهدفة في التعديل الذي يحدث بدوره ردود فعل متسلسلة وأساسية داخل البنية. لذا فهناك أشخاص يستفيدون من خبراتهم السابقة فحين أن البعض الآخر لا يتعلمون من ظروف معاشهم، وهذا ما يستدعي طرح السؤال التالي: ماهي مختلف السيورورات المثبتة للسلوكيات التشاؤمية وما هي سيورورات التغيير؟ إن تكرار نفس السلوك يعرقل عملية التغيير فيصبح الشخص حبيس معاشه (Cottraux,1993 :10 ;2001 :07) حيث يعيد ويكرر نفس السلوكيات غير المجدية متمنيا أن حياته ستتغير.

بصفة عامة تعتبر المقاومة جزءا من سيورورة التغيير، فمن الطبيعي أن يقاوم أي شخص كان سويا أو لا التغييرات السريعة، إلا أن سرعة الاستجابة للتغيير راجعة إلى مساحة مركز التأمين لدى كل شخص من السرير إلى الغرفة إلى المنزل وصولا إلى الشارع فالبلد أو الاقليم، فالدخل في مركز التأمين يعني تنشيط ردود أفعال وقائية لأنه أدرك الخطر. (Cottraux,1993 :10 ;2011 :07)

1.6. نماذج التغيير:

1.1.6. نموذج بروكاسكا وديكليمينت (Prochaska et Diclemente):

هذا النموذج أعد لمدمني الكحول والتدخين، والمأخوذ من أعمال بندورا (Bandura, 2003) حول الكفاءة الذاتية المدركة والتي استعملت في جميع عمليات التغيير أكانت علاجية أو لا (Cottraux, 2011 :08) والشكل رقم "3" يوضح النموذج:



(Cotraux ,2011 :08)

➤ الأشخاص الذين لا يرجون حدوث تغيير على سلوكهم يعتبرون pré-contemplateurs (قبل التأمل)، في هذا المستوى سيرورة التغيير تكون نتيجة عن الدوافع خارجية، فكل من الاضطراب، مراحل الحياة وتحولاتها الجسدية أو الوضعية الاجتماعية تحدث ضغط على الفرد مما تدفعه نحو تأمل التغيير.

➤ تبدأ مرحلة التأمل عندما يدرك الفرد أن هناك مشكل ويريد معرفة إمكانيات حدوث التغيير، في هذه المرحلة تعتمد سيرورة التغيير على ملاحظة الآخرين، البحث عن معلومات، الوعي بالوضعية، مواجهة المشاكل عن طريق الآخرين، وأحيانا الدخول في علاج نفسي.

➤ في هذه المرحلة يتقدمون ويصلون إلى اتخاذ القرار أين يفكرون في الأنشطة الضرورية للتغيير، في هذه المرحلة تظهر لديهم حلول سطحية بالتوجه نحو فعل التغيير، تحت تأثير الخبرات السابقة ومحاولات السابقة للتغيير.

- عندما يبدأ الأشخاص في تعديل سلوكهم المشكل يدخلون إلى مرحلة قيام بالفعل والتي تستمر من 3 إلى 6 أشهر. في هذه المرحلة سيوررات التغيير تكمن أساسا في الرقابة الذاتية والتي تعرف على أنها تقرير المصير الذاتي بمعنى القدر على القيام بالأشياء دون التأثر بمتغيرات المحيط.
- بعد تخطي وبنجاح مرحلة الفعل، يتجه الأفراد إلى مرحلة التثبيت أو بمعنى آخر دعم التغيير.
- إذا فشلت كل هذه المحاولات، ندخل إلى مرحلة الانتكاس وقد يدخل الفرد في حلقة جديدة حيث يبدأ من المرحلة الأولى [قبل التأمل]. (Cottraux, 2011: 08-09)

2.1.6. نموذج فريمان ونولان (Freeman et Nolan):

- حسب المعالجان المعرفيان هناك عشر مراحل للتغيير: يبدأ 1: بالمرحلة لا تأملية حيث أنه لا يفكر أساسا في العلاج، ثم 2: ضد تأملية حيث يكون معارض للتغيير، 3: ثم قبل التأمل، 4: مرحلة التأمل 5: التخطيط للفعل: يتخذ قرار التغيير ويكون مع المعالج، 6: القيام بالفعل: التعديل المتقدم للسلوك، 7: قبل العجز: ظهور أفكار سلبية والعودة إلى السلوكيات القديمة، 8: العجز: تراجع في المعلومات المتعلمة 9: الانتكاس: الرجوع إلى الوضعية الأولى، 10: التثبيت: تثبيت والتفاؤل في التغيير. (Cottraux, 2011: 09-10)

7. الإطار العلاجي:

- يقدم العلاج المعرفي السلوكي على شكل علاج فردي أو جماعي، زوجي أو عائلي، في مجموعة حصص من عشرة إلى خمسة وعشرين حصّة، بمعدل حصّة في كل أسبوع بالنسبة لاضطرابات القلق والاكتئاب، مدة كل حصّة تدوم من 30 إلى 60 دقيقة، وحسب كوترو (Cottraux 10-11: 2011)، يمر هذا العلاج بمجموعة من المراحل:

- تحليل الدوافع: معرفة ماذا ترجوا الحالة تغييره، تحديد مختلف أهداف العلاج بالاشتراك مع المعالج مع توضيح مراحل التغيير التي تحدث للحالة.
- إقامة علاقة علاجية قائمة على التعاون: يجب أن يكون التحالف العلاجي جيدا من أجل السير الجيد للعملية العلاجية.
- التحليل الوظيفي: تعريف السلوكيات المشكل، والربط بين السلوك الانفعال والأفكار.

- شرح المشاكل المرضية والتقنيات المستعملة من أجل تغيير السلوكيات، الانفعالات والأفكار.
 - تنمية قدرات العلاج الذاتي والتسيير الذاتي.
 - تقييم نتائج العلاج وذلك بمقارنتها بالتقييم القبلي.
 - برنامج التثبيت والتتبع بعد سن من إجراء العلاج.
8. الحصص العلاجية:

يجب أن يكون العلاج في الحصص مكثف ونشط ومنظم حسب نموذج بيك وآخرون

(Beck et al, 1975) في (Cottraux, 2011 :12):

- تقييم الأعمال المنجزة بين المقابلات، إذا أمكن تقييمها في بداية الحصص.
- ثم شرح الرزنامة المتعلقة بالحصص ووضع عنوان لها بالتعاون مع الحالة.
- يقدم المعالج كل 10 دقائق تقريبا تلخيصا للحصص والذي يقدم للمناقشة والحوار مع العميل.
- العمل بالطريقة السقراطية في طرح الأسئلة والتي تسمح بتحويل المعتقدات.
- ثم استعمال التقنيات معرفية، سلوكية، انفعالية وبين شخصية من أجل تعديل المخططات المعرفية والأفكار الأوتوماتيكية -السطحية والمتوسطة- التي تحدث الصعوبات والمشاكل العلائقية للحالة.
- يطلب المعالج ملخصا من أجل تعديل وتوضيح ما أخذته الحالة من الحصص، كما يناقشه معها.
- في النهاية يطلب المعالج من الحالة تقديم المردود feedback من خلال ما قاله أو فعله المعالج مع تقديم نقد محتمل..... أو وضع مسبقا ما يجب تحديده للحصص القادمة.
- قبل الانتهاء يجب التعرف وتحديد مع الحالة النشاطات (التقنيات) المعرفية والسلوكية وكيفية استعمالها في الحياة اليومية.
- وضع رزنامة تتعلق بالنقاط المعروضة التي تمثل أولوية بنسبة للحالة والمعالج من أجل تناولها في الحصص القادمة.

9. التحليل الوظيفي (تكوين المفاهيم):

التحليل الوظيفي هي عملية تحليل وشرح وفهم مختصر للوظائف الفردية للحالة والعوامل المسببة والمثبتة آنيا للمشكلات النفسية وذلك داخل نسقها الخاص وضمن خبرتها السابق (Cottraux, 1993 :09 ;2011 :06 ; O & P.Fontaine,2000 :62 ; A.Freeman et al,) J.S.Beck,2011 :29 :98 :2004). إذا الهدف من التحليل الوظيفي هو تحديد العوامل البدء والتثبيت للسلوك المشكل والدوافع المسببة لتكراره داخل نسق معين. (Cottraux, 1993 :09 ;2011 :06

حسب **جوديت بيك** (J.S.Beck, 2011 :29-30؛ جوديت بيك، 2007) إن تكوين المفاهيم أو التحليل الوظيفي هو الإطار الأساسي لفهم المعالج لمريض ما، فهو يسأل نفسه الأسئلة التالية لكي يبدأ عملية الصياغة [وضع نظرية] لحالة ما:

- ما تشخيص الحالة؟
- ما مشاكلها الحالية؟ وكيف بدأت وتنامت هذه المشاكل وما هي عوامل استمرارها؟
- ما الأفكار المعطلة والمعتقدات المتعلقة بهذه المشاكل؟ وما هي ردود الفعل [العاطفة- الفيزيولوجية-السلوكية] المرتبطة بأفكارها؟
- ثم يضع المعالج فرضياته عن كيف أصيبت هذه الحالة بهذا الاضطراب النفسي:
- كيف تنظر الحالة لنفسها لعالمها الخاص وللعالم الخارجي الآن وفي الماضي، وما هي نظرتها اتجاه الآخرين ومستقبلها؟
- ما التجارب والتعليم المبكر [وربما العوامل الوراثية] التي أثرت في مشاكلها الحالية؟
- ما معتقداتها الجوهرية وأفكارها الأساسية [ويشمل ذلك الاتجاهات المواقف والتجارب، والقواعد والقيم الأخلاقية]؟
- كيف ستواجه الحالة وظائفها المعرفية المعطلة [المعتقدات والأفكار الأوتوماتيكية]؟
- ما هي عوامل الضغط التي ساهمت في تثبيت وتنمية مشكلاتها النفسية والتي أثرت في حل مشاكلها؟
- ما هي الخبرات الأولية التي تدخلت في تكوين مشكلاتها؟ ما الدلالات التي وضعتها الحالة في تفسيرها لهذه الخبرات، وما هي المعتقدات الجوهرية المدعمة لها؟

➤ ما هي الآليات المعرفية الانفعالية والسلوكية والجسمانية [التكيفية ولا تكيفية] التي كونتها الحالة لمواجهة معتقداتها المعطلة؟

كما يرى كل من نيدلمن وبيرسون (Persons 1989; Needleman, 1999) في (A.Freeman et al,2004: 98-99) أن هناك مجموعة من العوامل تدخل في تكوين المفاهيم:

- تحديد قائمة المشاكل التي تعاني منها الحالة.
- تحديد الضغوطات النفسية التي دفعت بالحالة إلى طلب المساعدة.
- تحديد التشخيص.
- البحث عن المعتقدات الجوهرية أو المخططات المعرفية الأولية.
- تحديد المعتقدات السطحية أو الأفكار التلقائية.
- تحديد سيورة الاجترار المعرفي [الفكري]، السلوكيات التجنبية، ونماذج التبرير.
- تحديد استراتيجيات التعويض، المواجهة والخضوع.
- تحديد المواقف المنشطة للاستجابات المعرفية، السلوكية والانفعالية.
- البحث عن مراكز [نقاط] القوة عند الحالة أو المواقف المدعمة لها والتي تحتوي على: تكوين علاقات سليمة، الكفاءة الذاتية، التنظيم، الدعم الاجتماعي والكفاءة المهنية.
- البحث عن تاريخ الضغوطات النفسية التي أضعفت القدرات النفسية للحالة "مثلا وفاة أحد الأقارب، الطلاق... الخ".
- تحديد آليات التثبيت.

1.9. نماذج تكوين المفاهيم:

1.1.9. نموذج (EA) BASIC ID:

وضع هذا النموذج لازاريس (Lazarus 1973/1977) في (O et P.Fontaine, 2000: 63-)

(64) ويعني:

- **B**: السلوك المفتوح
- **A**: الانفعال والاحاسيس (**S**) (الشدة العضلية بالخصوص) المصاحبة لهذا السلوك
- **I**: الصور الذهنية المصاحبة للسلوك
- **C**: العمليات المعرفية المتصلة بالأفكار والمعتقدات المصاحبة للسلوك وإمكانية التعديل

- I: العلاقات بين شخصية وعلاقتها بالسلوك
 - D: الأدوية المستعملة وتأثيرها على الحالة الجسدية أو المخدرات.
 - كما أضاف كترو (Cottraux, 2011: 111) عنصرين آخرين:
 - E: تعني التوقعات وما ينتظره العميل من المعالج أو العلاج؟
 - A: الموقف الذي يشكله المعالج اتجاه العميل (إيجابي، حيادي أو سلبي)
- 2.1.9. نموذج فونتان وإيليف (Fontaine et Ylieff 1984):**

يضع هذا النموذج التشكيلة التفاعلية بين السوابق التاريخية والسلوك الآني وما ينجم منها [النتائج] على الفرد والمحيط:

- السوابق التاريخية: الفطرية منها والمكتسبة: البيولوجية، الثقافية/الاجتماعية، الأسرية، الرزنامة السلوكية والمعرفية الخاصة بالمشكل.
- السوابق الآنية: ويقصد بها المثيرات الداخلية والخارجية [الجسدية الاجتماعية المحيطة] التي تدخلت في تطور الاضطراب أو المشكل.
- السلوك المشكل: الطوبوغرافيا¹، الشدة، المدة، وما مدى تأثيرها على المستوى السلوكي، المعرفي والانفعالي.
- نتائجها على المحيط: السلوكية، المعرفية والمعززات الإيجابية والسلبية.
- نتائجها على الفرد: السلوكية، المعرفية، الجسدية، والمعززات الإيجابية والسلبية.

(Cottraux, 2011: 111-112)

3.1.9. نموذج SECCA لكترو (Cottraux 1985):

يستعمل هذا النموذج مع حالة الفوبيا، نوبات الهلع، الاكتئاب والمشاكل الجنسية، وتجمع العناصر التالية: (S) المثير، (E) الانفعال، (C) الوظائف المعرفية [الأفكار، التصورات الذهنية، نظام المعتقدات وعلاقته مع المخططات المعرفية]، (C) السلوك، (A) الاستباق.

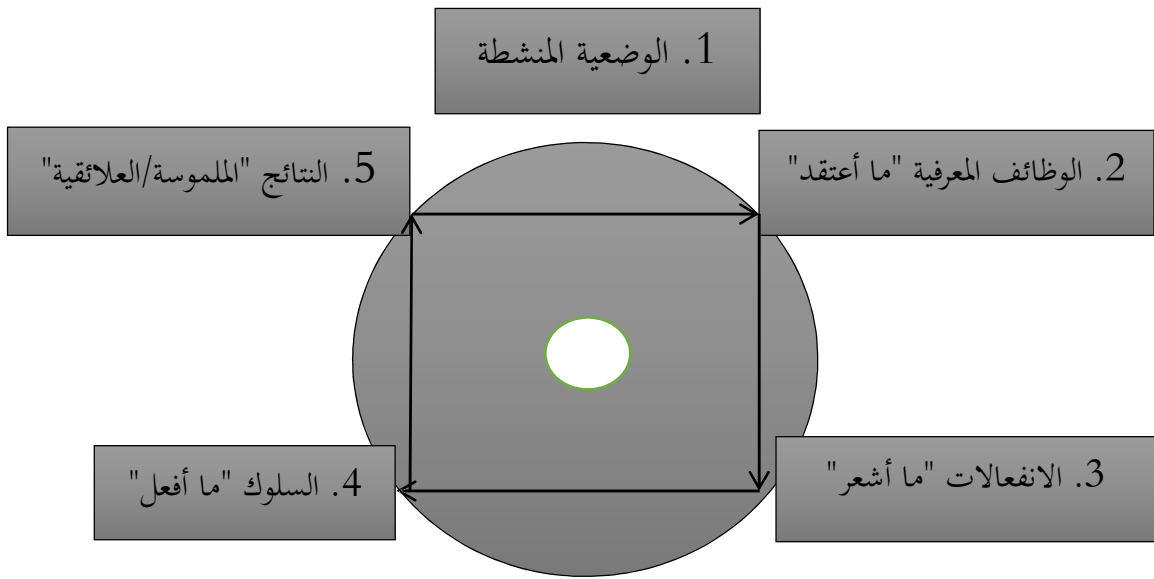
يحتوي هذا النموذج على جزء يحلل الوضعية الآنية من المثير-الانفعال-الوظائف المعرفية-السلوك-السوابق وعلاقتها مع المحيط الاجتماعي. يحتوي أيضا على جزء يبحث في تاريخ الحالة وتحليل علاقته مع السلوك المشكل (Cottraux, 2011: 112-113).

¹- نعي بالطوبوغرافيا كل نوع ملموس من الاستجابة (سلوك، حركة، معرفة، انفعال) التي نستطيع ملاحظتها أو يعبر عنها الفرد.

4.1.9. نموذج الحلقة المغلقة:

اقترح كونجي (Cungi) تحليلاً مبسطاً للوضعية المشكل والذي يعتبر سهل الاستعمال من طرف المعالج أو الفرد أثناء العلاج. هذا النموذج يأخذ شكل حلقة ويعزل فقط العناصر التالية: الموقف المنشط، الوظائف المعرفية (فيما أفكر؟)، الانفعال (بما أشعر؟)، السلوك (ماذا أفعل؟)، النتائج (الملموسة والعلائقية).

الشكل رقم "4" يظهر نموذج الحلقة المغلقة:



(O et P.Fontaine,2000 :64)

نموذج الحلقة المغلقة مثل نموذج SECCA فإن السلوك الحركي يأتي مباشرة بعد الوظائف المعرفية [الأفكار] والانفعال حدث كاستجابة للموقف المنشط ثم تأخذ شكل حلقة حيث أن الانفعال يؤثر على السلوك والوظائف المعرفية وهكذا. كما أن هذا النموذج لا يقحم العوامل المرتبطة بالتاريخ البيولوجي أو النمائي أو الثقافي/الاجتماعي للفرد. (O & Cottraux, 2011 :113-114 ; P.Fontaine,2000 :64)

10. التحالف العلاجي:

يعتبر التحالف العلاجي علاقة تعاون تربط الحالة بالمعالج، فتعتبر علاقة نشطة فعالة ومتبادلة من أجل تحديد والوصول إلى الأهداف المرجوة من العلاج، ويرى جاستن (Gaston, 1990) في (L'alliance thérapeutique, 5 septembre 2012 :06) يمكننا تعريف التحالف العلاجي من خلال أربعة أبعاد:

- التحالف العلاجي يمثل العلاقة العاطفية التي تربط الحالة بالمعالج
- تحالف العمل، المرتبط بقدرة الحالة على تقديم عمل علاجي
- التفهم الوجداني (التعاطف الوجداني) للمعالج اتجاه الحالة وتطبيقها
- الاتفاق بين العميل والمعالج على الأهداف المرجوة من العلاج والأعمال المطروحة في عملية التكفل.

1.10. العلاقة التعاونية:

العلاقة التعاونية هي علاقة عمل مشتركة بين العميل والمعالج، هي أول مرحلة من العملية العلاجية، إذا لم توضع فإن العملية العلاجية لا يمكنها البدء، وإذا فشلت فعلى المعالج إلا إيقاف العمارة العلاجية. (O & P.Fontaine,2000: 80)

ترى جوديت بيك (J.S.Beck, 2011 :17-18) أن من الضروري بدأ العلاقة التعاونية من أول حصة، وذلك ببناء علاقة ثقة [كسب ثقة العميل] مع الحالة من أول وهلة. أثبتت الأبحاث أن التحالف الإيجابي يرتبط بالنتائج الإيجابية للعملية العلاجية.

لا يمكن للعملية العلاجية البدء والمواصلة إذا لم يضع المعالج النفسي العناصر العلائقية في المستوى الأول من العملية وذلك للخفض والحد من مقاومة العميل ومعارضته للعلاج النفسي.

2.10. العناصر التي تساعد المعالج في تكوين العلاقة التعاونية:

1.2.10. التعاطف الوجداني:

يعرف كارل روجر (C. Roger) في (A.Bioy & A.Maquet, 2003 :57) التعاطف الوجداني على: "أن الإدراك بطريقة تعاطفية وجدانية، هي إدراك العالم الشخصي للآخر كما لو كنت أنت ذلك الشخص، وبدون محاولة مقارنتها بوضعية أخرى مماثلة". هي عملية تفاعلية تسمح للعميل بفهم وتدقيق بشكل جيد في معاشه، كما تسمح للمعالج بسقل فهمه للموقف وتدخلاته (J.L. Héту, 2000 :06). إذا هي مسألة التقرب قدر الإمكان من حياته والنموذج الداخلي والاحساس بانفعالاته كما يحس بها بدون تخطي حدود هو وأنا. (A.Bioy & A.Maquet, 2003 :58)

2.2.10. المطابقة:

وضع كارل روجر (C. Roger) الفرضية أن التغيير في الشخصية يكون سهل عندما يكون المعالج على طبيعته، فيجب عليه أن يعيش علاقة صادقة وحقيقية. فعلى المعالج أن يتصرف بشكل

طبيعي، من دون أن يظهر شكل آخر من أشكال الشخصية المصطنعة، ولكن يظهر فقط شخصيته الحقيقية كلماته، تصرفاته وترباطها مع ما يشعر به. (A.Bioy & A.Maquet, 2003 :58-59)

3.2.10. التقبل:

يحدث التقبل من خلال أن يظهر المعالج مجموعة الإشارات اللفظية وغير اللفظية اتجاه العميل، هذه الإشارات اللفظية كأننا نقول " أنا أتقبلك كما أنت عليه" فعلى المعالج أن يوجه كل انتباهه وكل حواسه من أجل فهم ما يشعر به الشخص في هذه اللحظة. أما الإشارات غير اللفظية فهي راجعة إلى شخصية المعالج على سبيل المثال: إشارة التقبل بالرأس، الحضور والمتابعة بالنظر، نعم منطوقة بلفظ "ممممم" التي تشجع على الإتمام، المساندة الجسدية في حالة فقدان الأمل التي يشعر بها العميل اتجاه ألمه. (A.Bioy & A.Maquet, 2003 :54-55)

4.2.10. غياب الحكم:

إن عملية الحكم هي عملية سلبية في العلاج النفسي فهي منطلقة من ذواتنا إلى ذوات الآخرين إذا هي ذاتية والعملية العلاجية هي عملية موضوعية تقوم على اسس علمية مدروسة، فيرى كارل روجر أن الحكم خطير على الحالة والعلاج النفسي خاصة الإيجابية منها على السلبية فإذا نعت أحدهم أنه جيد يمكنك أن تصفه بأنه عكس ذلك، فكلما كانت العلاقة خالية من الأحكام كلما أدرك أنها هي التي تؤثر على شخصيته وتعرقل نموها. (A.Bioy et A.Maquet, 2003 :55-57) فالحكم يزيد من مقاومة العميل للعملية العلاجية مما يؤدي إلى فسادها لذا على المعالج ألا يقدم أي نوع من الأحكام للعميل إنما يقدم مجموعة من الشرحات أو تشخيص أو فرضيات التي يتفقا عليها.

5.2.10. الإصغاء:

تختلف عملية السماع بين المعالج النفسي والإنسان العادي فهذه الأخيرة مملوءة بالأحكام والتقييم المثير للإحباط، العصب، صورة سلبية عن الذات وإحساس بأنك لست كالأخرين وفي النهاية تشعر أنك لم تفهم. عكس ذلك المعالج النفسي يتميز بنوعية إصغائه وذلك لوضع علاقة خاصة مع العميل، علاقة متمركزة حول الشخص وعلى عالمه الداخلي الذي لا يشبه أي شخص آخر، وذلك إلى غاية شعور الحالة بالخطر مما سيسمعه يراه أو يحس به. (A.Bioy & A.Maquet, 2003 :50) وهناك ثلاث مستويات للإنصات:

المستوى الأول: ويختصر فقط بما يقال في العلاقة، فالمعالج يركز انتباهه من أجل الإصغاء في صمت تام لما يقوله العميل، فيكون هادئ يرى مخاطبه لا يقوم بأي شيء آخر. يضع على جنب ما يشغله، فيكون كل انتباهه مركز على الشخص. (A.Bioy & A.Maquet, 2003 :51).

المستوى الثاني: يتجاوز المعالج في هذا المستوى الانتباه السطحي فيأخذ الحديث إلى ما وراء الكلمات. فالمعالج يسجل وينتبه لجميع المعلومات التي تؤدي إلى معنى، يستمع إلى الحديث، الكلمات المستعملة، التغيرات في نبرة الصوت، الوضعية الجسدية، الحركات، مستوى الاهتزاز الحركي، نوعية التنفس، تعابير الوجه، اللباس ... إلخ. هذه المعلومات نابعة من التواصل غير اللفظي والذي يمثل 80% من مستوى التواصل. فمن الضروري فهم هذه الدلالة هذه الرموز وما تعنيه فاللغة غير اللفظية تحدد بدقة التعبير الشفوي فنعتبر عن مشاعرنا من خلال الإيماءات، وضعية الجسد والحركة. (A.Bioy & A.Maquet, 2003 :51-52)

المستوى الثالث: المستوى الثالث من الإنصات الذي يعني به المعالج هو إنصاته لذاته ما الذي يفكر فيه عند الإنصات للعميل، ماذا يشعر وما هي إحساساته الجسدية؟ ما هي مشاعره اتجاه العميل، معتقداته، اتجاهاته وميولاته، هل هناك تحويل مضاد. هذا الإنصات الداخلي للذات ضروري لعملية الإنصات فهي كالصدى الداخلي (A.Bioy & A.Maquet, 2003 :53-54). كما أن في هذه المرحلة يقوم المعالج بتقييم العلاقة مع العميل بوضع إيجابيات وسلبيات هذه العلاقة من أجل مواصلة العملية العلاجية.

3.10. التقنيات الفردية في التحالف العلاجي (المقابلة):

يستعمل المعالج هذه التقنيات من أجل تقبل وضعية العميل بطريقة غير شرطية ويضغط على المقاومة من أجل إقامة التحالف العلاجي (O & P.Fontaine,2000: 81). يجب على المعالج عند استعمال هذه التقنيات أن يكون مندفعاً نشطاً وذلك من أجل أن يصل إلى الأهداف المرجوة وهي تحسن العميل. (A.Bioy & A.Maquet, 2003 :61).

1.3.10. الأسئلة المفتوحة والمغلقة:

الأسئلة المفتوحة هي التي تستلزم إجابة واسعة مثلاً: ما هو إحساسك في هذه اللحظة؟ يستخدم هذا النوع من الأسئلة بصورة خاصة في المقابلة العلاجية، تسمح للعميل بالتعبير عن وجهة نظره، التعبير عن مشاعره، مواقفه، انفعالاته، سلوكياته، قيمه. فهذه الأسئلة تصاغ من كلام العميل فنركز على "نشاط الذات" الذي يستحق وصف أكثر دقة. على عكس ذلك الأسئلة المغلقة هي التي

تستلزم إجابة محددة مثل "نعم" أو "لا" ك: هل تشعر بالاكئاب؟ أو إجابة تكون جد عملية وإجرائية مثل كم الساعة؟ هذا النوع قليل الاستعمال ويستعمل من أجل التحقق من الإجابة وإعادة الصياغة.

(A.Bioy & A.Maquet, 2003 :61-63)

2.3.10. إعادة صياغة المحتوى:

إعادة صياغة المحتوى هي إعادة ما قيل باستعمال كلمات أخرى ولكم أن تحتفظ بالمحتوى قدر الإمكان، وذلك من أجل التأكد من أننا قد فهمنا جيدا ماذا أراد الشخص من قوله، فهي لا تحتوي على أي تأويل أو حكم أو زيادة أي عناصر أخرى في الكلام؛ فيشعر العميل أنه يصغى إليه وتم فهمه، فيدرك أنه مسموح له بالتعبير عن أحاسيسه العميقة، ما يولد لديه الشعور بالاهتمام

والانتباه من الطرف الآخر. (A.Bioy & A.Maquet, 2003 :63-64)

3.3.10. إعادة صياغة الانفعالات:

إعادة صياغة الانفعالات يستلزم إعادة الانفعال والإحساس الذي يظهر على الشخص ويريد التعبير عنه في هذه اللحظة من أجل فهمها وفهم نفسه بتعبير يخص ذلك الانفعال. تلزم هذه التقنية المعالج على التركيز ليس فقط على ما يقوله العميل، ولكن وبشكل خاص على الطريقة التي يعبر بها أو المظاهر الجسدية له، أما الأحاسيس السلبية فيجب إعادة صياغتها كباقي الانفعالات الأخرى، حتى يصبح العميل قادرا على التعبير عن انفعالاته السلبية كما يعبر عن الإيجابية منها ويواجهها ويعيد

تنظيمها. (A.Bioy & A.Maquet, 2003 :64-66)

4.3.10. صياغة المشكل:

صياغة المشكل هي عبارة عن عملية ينظم فيها المعالج ويشرح [يؤول] المعلومات اللفظية وغير اللفظية الصادرة عن العميل، من أجل الوصول إلى أهم أحداث حياته التي تكون لنا المشكل، إذا هي عملية تلخيص بالكلمات ما يشغل بال العميل، أو بشكل مبسط أن نقوم بإعادة تنظيم ما نراه أو نسمعه من العميل من أجل الوصول بالعميل إلى فهم معاشه ومشكلاته. (J.L.Hetu, 2000 :38-)

(39)

5.3.10. الانعكاس:

تعني هذه التقنية إضاحة المعالج للعميل ما فهمه منه في هذه اللحظة، قد تكون عن انفعال عن احساس أو وضعية معينة، فهي محاولة فهم وضعية أو وجهة نظر العميل، تسمح أيضا بوضع الموقف في البديهية ما حدث في هذه اللحظة، فيعبر المعالج عما فهمه من انفعالات وأحاسيس في

هذه اللحظة أو وضعية سابقة، مركزا على ما قيل لفظيا، على الطريقة التي قيل بها، وعلى تعابير الجسد. (J.L.Hetu, 2000 :55-58 ; A.Bioy & A.Maquet, 2003 :66-67)

6.3.10.الصدى:

تستلزم إعادة الكلمات الأخيرة التي لُفِظت من العميل مثل الصدى الذي يرجع الصوت، وذلك من أجل السماح للعميل بإتمام حديثه. (A.Bioy & A.Maquet, 2003 :67-68)

7.3.10.التوضيح:

تستعمل هذه التقنية كثيرا في العلاج النفسي، التي تسمح بإرجاع الأمور أكثر وضوحا للعميل وتنظيم أفكاره ومقترحاته أو أحداث وقعت في المقابلة، أو انفعالات ظهرت على إيماءاته، والتأكد أن المعالج يشارك نفس الأفكار وأت فهمه مطابق لما قصده العميل، والفائدة من هذه التقنية هي تنمية القدرة التحليلية والقدرات اللفظية للعميل المرتبطة بالوضعيات أو الأحداث، نحو اتصال حقيقي [صادق]، مباشر، في بعض الحالات جسدي، انفعالي وعقلي؛ وذلك بتشجيع العميل على توضيح ما يعبر عنه بطرح الأسئلة. (A.Bioy & A.Maquet, 2003 :69 ; L. Schmitt et al,) (2012 :22)

8.3.10.التركيز على الموضوع (المشكل):

التركيز على الموضوع هو التركيز المتبادل من أجل استخراج المشكل، وذلك بإظهار العناصر السابقة أو الحاضرة المرتبطة بالمشكل بهدف إيجاد الروابط السببية المحدثة له، وأن يسلط الضوء على نقطة محددة تخص مشاعر، أفكار، أو وضعية أو مشروع ما، ويتم ذلك باستعمال المعالج الأسئلة المفتوحة كأداة لتركيز العميل على المشكل. (J.L.Hetu, 2000 :67 ; A.Bioy & A.Maquet,) (2003 :70-71)

9.3.10.المواجهة:

ذلك بوضع بعض عناصر الحديث للوضوح والجلء أكانت مشاعر، أفكار أو سلوكيات متعلقة بالعميل والتي لم تكن واضحة له أو لا يعبر عليها من أول وهلة أو يتجنب الحديث عنها. تسمح هذه التقنية للعميل أن يتعرف على مدى قدرته على اجتياز وضعية ما أو أنه خاطئ في التعبير عن أحاسيسه بشكل معاكس بالتضاد أو النفي، وذلك بوضع العناصر المتضادة للبدية والعقل والمنطق مساعدين بذلك العميل على مواجهتها وإعادة تنظيمها وفهمها. (A.Bioy & A.Maquet,) (2003 :71-72 ; Schmitt, 2012 :73)

10.3.10. الصمت:

صمت المعالج يستلزم عدم مقاطعة المواضيع أو التعابير الانفعالية للعميل. كما أن احترام صمت العميل يعتبر مفتاح من مفاتيح الاستقبال التي تمثل حضور الواعي للمعالج وعدم فهمه للوضعية ورغبته في معرفة المزيد، فعندما لا يقاطع المعالج العميل يستمر هذا الأخير في التعبير عن أفكاره وذلك مدعم بالصمت الفعال (الوعي والحضور الفعال للمعالج) للمعالج. (A.Bioy & A.Maquet, 2003 :72-74)

11.3.10. التركيب والملخص:

هي شكل من أشكال إعادة الصياغة حيث يقوم المعالج بتقديم فرضيات ملخصة عن المشكل الملاحظ لدى العميل حول وضعية ما، وتسمح بتحصيل المعالج على تعليقات الحالة مما يفعل العلاقة التعاونية والتأكد أن المعالج والعميل على نفس المسار وأنهما قد فهما الأمور بنفس الطريق (O & P.Fontaine,2000: 94-95). يمكننا استعمال هذه الطريقة عندما لا نعلم ماذا نقول أو كيف يمكننا إتمام الحصة.

❖ ملاحظة: معظم التقنيات المستعملة في العلاقة التعاونية مأخوذة من المدرسة الإنسانية لكار روجر والتي تقوم على مبادئ التمرکز حول العميل والعلاج المتمركز حول الشخص.

11. الأساليب والتقنيات العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي:**1.11. التقنيات السلوكية:**

تدمج عادة في العلاج المعرفي السلوكي أساليب سلوكية مع إعادة الهيكلة المعرفية (التعديل أو البناء المعرفي) في خطة العلاج الشامل. يمكن إعطاء الاستراتيجيات السلوكية أهمية كبرى في العلاج المبكر مع المرضى الذين يعانون من أعراض شديدة مثل حالة الاكتئاب الشديد، وأعراض ذهان القطبين أو الفصام. يستطيع بعض المعالجين الاعتماد أساساً على التدخلات السلوكية في الاضطرابات مثل الوسواس القهري أو الرهاب بسيطة (Friedman & Thase, 2007 :1930). نقدم لكم بعض الاستراتيجيات السلوكية شائعة الاستخدام:

1.1.11. الضبط الذاتية:

يطلب من معظم الأشخاص الذين يبدؤون في العلاج المعرفي السلوكي لتسجيل نشاطاتهم اليومية وحالتهم المزاجية، أو غيرها من الظواهر ذات الصلة، ساعة بساعة على الأقل لمدة أسبوع في بداية العلاج، حيث يقوم المعالج بتشجيع الحالة على تسجيل حالتها المزاجية في سجل مكون من

سلم من 0 إلى 100 نقطة، حيث أن 0 أسوأ إحساس شعرت به أما 100 فهو أفضل إحساس شعرت به وهذا حسب بيك وآخرون (1979). تستطيع الحالات تسجيل درجة مزاجها المرافق لكل نشاط مسجل (Dobson, 2010 :283 ;M. Hersen et al, 2001 :596)، وذلك عن طريق مجموعة من الجداول التي يعدها المعالج للحالة من أجل تسهيل عملية التسجيل. كما أن هناك طريقة أخرى لتسجيلات المراقبة الذاتية وذلك بتسجيل المواقف السيئة خصوصا أو الجيدة والتي يمكن مناقشتها مع المعالج في الحصة القادمة. كما يستطيع المعالج هنا أن يستجوب الحالة عن الأفكار المصاحبة لهذه التسجيلات. (Dobson, 2010 :283 ;M. Hersen et al, 2001 :597)

2.1.11. التحكم في التنفس:

تستخدم هذه الطريقة في علاج اضطرابات القلق، والتي تتمثل في تعليم الحالات تمارين التنفس السليم التي تعتبر ناجعة في التغلب على فرط النشاط التنفسي الزائد ولخفض شدة القلق. التنفس البطيء والعميق لديه تأثير مهدئ مثله مثل الاسترخاء العضلي التصاعدي. بعد تدريب الحالة على التطبيق السليم للمهارات التنفسية نعلمه كيفية استعمالها مع الوضعيات المقلقة أو الوضعيات المشابهة لها. (Friedman & Thase, 2007 :1931)

يجب ذكر نقطة مهمة وهي أن بعض الحالات لا تجيد استعمال هذه الطريقة بعد تدريبها على التعليمات الخاصة بالتقنية. يرى كل من فريدمان وتاس (Friedman & Thase, 2007 :1931) أنهما لاحظا مجموعة من الحالات التي لم تفهم جيدا التعليمات، فأظهرت شكلا تنفسيا جد عميق عند استجابتها للضغط النفسي، فعلى العكس لم تخفض من درجة القلق بل زادت في فرط النشاط التنفسي الزائد.

يقوم المعالج بتدريب الحالة على كيفية التنفس الطبيعي أثناء مواجهة الوضعيات المقلقة، فيعلم المعالج الرتم والشكل السليم لعملية التنفس، فتكون هادئة طبيعية على عكس التنفس السريع عند حدوث نوبة الهلع. ويستطيع استعمال ساعة يدوية أو ما شابهها من أجل احترام الوقت المناسب لإبطاء التنفس لمعدله الطبيعي. كما تستعمل أيضا الصور المهدئة الإيجابية أثناء عملية التعديل التنفسي من أجل خفض درجة القلق. في النهاية يقترح المعالج ضرورة استخدام هذا الطرق بشكل منتظم لتعزيز تحكمهم بالتقنيات المسيرة للقلق. (Friedman & Thase, 2007 :1931)

3.1.11. التحصين التدريجي (التعرض للمواقف):

يعتبر التحصين التدريجي أسلوباً من أساليب العلاج السلوكي الرئيسية، ويتم في الحالات التي يكون فيها سلوك مثل الخوف قد اكتسب مرتبطاً بشيء معين أو حادثة معينة، فتستخدم طريقة التعويد التدريجي المنتظم (إجلال مُجَّد سري، 2000: 174). الهدف من هذه الاستراتيجية تسريع انطفاء ردود أفعال الخوف أو القلق الشرطي. حسب النظرية السلوكية فإن الخوف معزز عن طريق التجنب والهروب. بما أن القاعدة في الخوف والخوف غير عقلانية، فالاستراتيجية القصوة تبنى على زيادة التعرض للنشاط دون الخشية من النتائج غير السارة (E. S. Friedman & M. E. Thase, 1932: 2007). كما يضيف يوسف مدن (2006: 185) أن ذلك يقوم بتقديم المعالج سلسلة من المثيرات المتدرجة يبدأ بمثيرات ضعيفة ثم قوية حتى يألف المريض هذه المثيرات، ويبدأ في تكوين استجابة مضادة بعد أن تمكن المريض من التخلص من السلوك غير المرغوب فيه.

بعد التعرف على المثيرات التي تثير الخوف لدى الفرد، ثم يعرض المريض بالتدريج لهذه المثيرات المحدثة للخوف في ظروف يشعر فيها بأقل درجة من الخوف، وهو في حالة استرخاء بحيث لا تنتج الاستجابة الشاذة ويستمر التعرض على مستوى متدرج في الشدة (إجلال مُجَّد سري، 2000: 174)، وذلك بوضع سلم تدريجي من الأضعف في الوضعية المقلقة، وبمساعدة المعالج الذي يعلم الحالة طرق تمكنه من مواجهة القلق (الاسترخاء، التعلم الذاتي)، وبمساعدة المعالج تطبق الحالة عنصراً واحداً في المرة ولا ينتقل إلى العنصر أو الدرجة الموالية إلا بعد أن يتأكد المعالج أنه ثبتت التي سبقتها ويكون ذلك بتدريج في السلم المخاوف من الموقف حتى يصل غلى أعلى السلم، في بعض الحالات يكون عبر تصور المواقف [Exposition « in vivo »] قبل التعرض للمثير في الواقع، كما تستخدم الطرق الحديثة مثل التصور الافتراضي وذلك عن طريق برنامج حاسوبي يقوم بتقديم معلومات افتراضية عن الموقف الخوافي وكأنا الفرد يعيشه. (كلاوس غراوه وآخرين، 1999: 175؛ إجلال مُجَّد سري 2000: 174-175)، (E. S. Friedman & M. E. Thase, 2007: 1932)

4.1.11. الغمر:

هذا الأسلوب يقوم هو عكس أسلوب التحصين التدريجي، وفيه يتم تقديم المثير (الموقف الخوافي)، أو يتم وضع المريض أمام الأمر الواقع في الخبرة دفعة واحدة على الطبيعة. حيث أن أسلوب الغمر يثير التوتر، ويرفع مستوى القلق عند المريض أو الأمر، فقد يستعان بالعلاج الطبي بالعقاقير

مثل المهدئات، ويقوم المعالج بالمساندة الانفعالية حتى يزول التوتر أو ينطفئ. (مُجَّد الشرقاوي، 2012: 56)

5.1.11. جدولة الأنشطة:

الغرض من جدولة الأنشطة في العلاج المعرفي السلوكي ذو شقين: (1) لزيادة احتمال أن الحالة سوف تشارك في الأنشطة التي كان قد تم تجنبها في الحصة السابقة و (2) لإزالة احتمال أن اتخاذ القرار بوصفه عقبة في الشروع في النشاط. منذ أن تم اتخاذ القرار في مكتب الطبيب المعالج، فإن على الحالة أن تقوم بالأعمال التي قبلت القيام بها. عندما لا تنفذ الحالة الأنشطة المتفق عليها، يصبح موضوعا هاما يناقش في الحصة المقبلة (Dobson, 2010: 283). يجب على الحالة ان تكون نشطة ومسؤولة عن أعمالها وذلك من أجل الوصول إلى الأهداف المرجوة في العلاج.

غالبا ما تكون الأنشطة المقررة من ثلاثة أنواع: (1) تلك التي ترتبط مع إتقان، والسرور، أو مزاج جيد خلال الرصد الذاتي. (2) تلك التي تذكر الحالة بأنها كانت مجزية في الماضي ولكن أنها تجنببت خلال المرحلة الراهنة. و (3) الأنشطة الجديدة التي وافق عليها المعالج والمعالج أن يفتح آفاقا جديدة لتوليد معلومات مفيدة أو تقديم مكافأة. عند جدولة الأنشطة، يحاول المعالج المعرفي مساعدة الحالة بتوقع العقبات البيئية أو المعرفية التي من المحتمل أن تتداخل مع الأنشطة المقررة، ويمكن بعد تحديد هذه العقبات مناقشتها في الحصة، أو يمكن جدولتها زمنيا وتشكلها أو تعديلها من أجل القضاء على العقبات أو التقليل من آثارها. (Dobson, 2010: 284)

6.1.11. النمذجة:

وضع هذه التقنية العالم الكندي ألبرت بندورا (A. Bandura) ويقوم هذا الأسلوب على تقليد ومحاكات النموذج، وذلك بتعلم سلوك جديد عن طريق ملاحظة السلوك الإيجابي المعدل المعاكس للسلوك المراد تعديله، باستخدام مقاطع فيديو للنموذج حي أو مشاهدة مسرحية أو قراءة قصة ... إلخ. (Prervin, 2005: 402-405 ; Afonso et al, 2012 :03-04)

7.1.11. الاسترخاء:

هي مجموعة التقنيات التي تسمح للحالة بوصول إلى استجابة الاسترخاء، واستجابة الاسترخاء هي الخفض من درجة التأهب والخطر، والخفض من شدة ضربات القلب والتنفس والضغط الدموي، حيث يشعر الفرد بالراحة. وتستعمل هذه الطريقة خاصة في الخفض من الضغط النفسي أو القلق. ويركز الاسترخاء على الجانب الجسدي الفيزيولوجي للحالة كالاسترخاء العضلي واعادة التأهيل التنفسي وكذلك تركز على الجانب العقلي كاستخدام التأمل والتصور. وهناك عدة طرق للاسترخاء العضلي مثل الاسترخاء العضلي التصاعدي لجاكسون (Jacobson) وذلك عن طريق التقلص والارتخاء العضلي المتكرر والمتسلسل لمجموعة من العضلات وذلك عن طريق بروتوكول معد من طرف جاكسون (Jacobson). (D. Servant, 2009 :01-02)

8.1.11. التعريض للأحاسيس الجسدية:

التعريض للأحاسيس الفزيائية يستدعي إعادة إنتاج مختلف الأعراض لدى الحالة عن طريق التمارين الخاصة المتعلقة بهذه الأعراض، يصبح الفرد تدريجياً أكثر تأقلاً مع هذه الأحاسيس بعدم الراحة فيستنتج تبسيط الأعراض عندما يعلم أنها ليست في الواقع خطيرة. يصل بذلك إلى التفكير والقيام بسلوكيات أكثر مواءمة عند ظهور الأعراض. (J.Goulet et al, 2013 :42)

9.1.11. لعب الأدوار:

هي طريقة تقوم على التمثيل المسرحي المقارب قدر الإمكان لوضعية علائقية مأخوذة من الحياة اليومية. تتعلق إذا بوضعية-مشكل قد عاشتها الحالة، أو قد تعيشها في المستقبل، والتي تستلزم تدريباً أو اكتساب مهارة اجتماعية. والهدف من هذه التقنية هي مساعدة الحالة على ضبط ذاتها مع مختلف الممثلين داخل المسرحية، وتعلم أيضاً في التحكم على المستوى السلوكي والمعرفي لوضعية تدركها الحالة أنها صعبة. لعب أدوار عبارة عن علاج جماعي يقوم على العرض المسرحي فالمعالج بالمشاركة مع الحالات يقومون بوضع رواية مسرحية، ثم تلعب كل حالة دوراً معيناً. تكرر الحالات هذه المقاطع المسرحية حتى تصبح قادرة على تعميمها في الواقع، وعلى المعالج أن يقوم بتعزيز التفاعل التعاوني والمتبادل بينه وبين الحالات من جهة وبين الحالات مع بعضها البعض من جهة أخرى. (Cariou-Rognant et al, 2007 :06)

2.11. التقنيات المعرفية:

في حين تستخدم الإجراءات السلوكية في المقام الأول لتعديل سلوك الحالة، أما التقنيات المعرفية تهدف إلى التعديل المعرفي، لأن النظرية المعرفية ترى أن التغيير في الانفعال والسلوك يأتي نتيجة التغيرات المعرفية (Dobson, 2010: 285). نعرض فيما يلي مجموعة من التقنيات التي تساعد في التعديل المعرفي:

1.2.11. التسجيل اليومي للأفكار الأوتوماتيكية:

باستخدام جدول تسجل فيه الحالة أفكارها الأوتوماتيكية، ويتكون هذا الجدول من أربعة أعمدة هامة تتوافق مع ثلاث نقاط في النموذج المعرفي العاطفة [الوضع، المعتقد، النتيجة الانفعالية]، بالإضافة إلى حلول بديلة أو مضادة للمعتقدات [أي أكثر "عقلانية" أو المعتقدات الوظيفية]؛ يتم تدريب الحالات على استخدام هذا السجل اليومي وذلك في الوقت الذي تواجه فيه الحالة حالة انفعالية غير سارة أو محيرة، وبالتالي يجب أن يكون المعالج متأكد من أن الحالة (1) تفهم ما يقوله لها المعالج من "أحاسيس"، "انفعالات"، أو "الأنماط". (2) بإمكانه التعرف على الأحاسيس المختلفة. و (3) تقديم أحكام مطابقة للوضعيات التي تعاني منها الحالة. كما يطلب المعالج من الحالة أن نلاحظ الوضع والتيار الفكري الذي ظهر خلال هذا الانفعال. (Dobson, 2010: 285)

معظم الحالات تهتم بالوضعية والحالة الانفعالية من خلال خبراتهم أثناء حدوث الاضطراب العاطفي [على سبيل المثال، "لقد جرحت مشاعري لأنه لم يجني"]. كما أن العديد من الحالات ترى أن الوضعية هي السبب المباشر لردود الأفعال الانفعالية، معتبرا بالإضافة إلى أن أي شيء خاطئ معهم يؤدي إلى ردود الفعل الانفعالي غير المتكيفة أو المزعجة. وظيفة المعالج المعرفي تكمن في تعليم الحالة، رصد وتسجيل أفكارها الأوتوماتيكية وصورها الذهنية في تلك الآونة؛ على الأقل في البداية، وغالبا ما يكون تحديد الأفكار التلقائية ذا أثر رجعي ردا على أسئلة المعالج. العديد من الميزات. يمكن للحالة تسجل درجة الاعتقاد في "الفكر التلقائي، قبل وبعد اختبارها، والذي يسمح بالحكم على تأثير الاستجواب. (Dobson, 2010: 285)

وندرّب الحالات على تطبيق ثلاثة أنواع من الأسئلة حول المعتقدات التي تسجلها:

➤ "ما هو الدليل على صحة أو خطأ المعتقد؟"

➤ "ما هي تفسيرات البديلة لهذا الموقف أو الحدث؟"

➤ "ما هي الآثار الحقيقية، إذا كان المعتقد صحيح؟"

يجب ذكر كل سؤال من الأسئلة بشكل عام، يمكن أن يعدل لتناسب مع وضعية الحالة أو نمطها.

(Dobson, 2010 :287)

2.2.11. تعديل الأخطاء المعرفية:

التعديل المعرفي يهدف إلى أخذ الفرد إلى الوعي التام بموضعيته الانفعالية أو التعرف على حديثه اللاعقلاني أثناء حدوث نوبات الهلع وأثناء مواجهة الوضعيات الانفعالية، مع مساعدة المختص سوف يتعلم من بعد كيفية إعادة بنائها، بمعنى أن يبدلها بأفكار أكثر عقلانية، والتي تكون أكثر نجاعة وموافقة للوضعية. (Dobson, 2010 :287-288)

فمثلا الأفكار لا العقلانية ك: "كل شيء على ما يرام" قد تكون لديهم سلوكيات تأمينية والتي تعتبر كعوامل مستمرة، وبصفة عامة فإن العمل المعرفي يقوم على المساعدة بالأسئلة السقراطية التي سيتم عرضها في العنصر التالي وذلك بوضع مجموعة من البطاقات، هذه البطاقات تذكر الحالة أنها كما هو الحال مع جميع الناس، هو عرضة للمبالغة أو التفكير المتحيز للآخرين. ثم تقوم بتعميم هذه البطاقة على وضعيات أخرى مشابهة بعد التعرف على أخطاء الإدراكية التي حدثت لها. (Dobson, 2010 :287-288)

3.2.11. الحوار والأسئلة السقراطية:

تعتبر أصعب تقنية يستخدمها المعالج في العلاج المعرفي السلوكي خاصة المبتدئين منهم، ويكون من خلال توجيه أسئلة مفتوحة تدور عادة حول الأفكار الأوتوماتيكية السلبية والمختلة وظيفيا لدى المريض وتعمل مثل هذه الأسئلة على حث المريض على التفكير بنفسه وليس مجرد قبول وجه نظر المعالج (طه عبد العظيم حسين، 2007: 194)، وهذه بضع منها:

➤ ما هو الجزء العقلاني في هذه الفكرة؟

- ماهي الأدلة التي تبرهن بها على صحة هذه الفكرة؟
- ماهي الأدلة التي تبرهن بها على خطأ هذه الفكرة؟
- هل تستطيع رأيتها بطريقة أخرى؟ أو من زاوية أخرى؟
- هل هذا خطير جدا؟
- ما هو أسوء شيء تتوقع حدوثه؟
- ما هو الأفضل لديك؟
- ما هو الأكثر احتمالا للوقوع لديك؟ (J. Goulet et al, 2013 :37)

هذه الأسئلة وغيرها تنطوي على عدة فوائد منها تسهيل قيام الحالة بترجمة الأفكار والاعتقادات التي يرونها أمورا بديهية لا تقبل النقاش إلى فروض يمكن التحقق من صحتها وصدقها مما يسهل عملية التجريد وطرح البدائل من جانب الحالة. (طه عبد العظيم حسين، 2007: 195)

12. العلاج الجماعي المعرفي السلوكي:

تعرف إجلال محمد سرى (2000: 133): "العلاج الجماعي على أنه علاج عدد من المرضى الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا في جماعة علاجية صغيرة، ويستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد من تفاعل وتأثير متبادل بينهم بعضهم بعض وبين المعالج مما يؤدي إلى تغيير سلوكهم المشكل أو المضطرب". ما ذهب إليه فريدمان (Freeman et al, 2004: 199) حيث يرى أنه العلاج الجماعي المعرفي السلوكي يهدف إلى الاقتصاد في المدة الزمنية والجهد، فيقوم على تقليص واختصار العلاج فهو علاج قصير المدى وموجه نحو المشكل ويراجه مبنية بشكل متوافق مع المجموعة المدججة في العلاج.

1.12. الجماعة العلاجية:

تضم عموما الجماعة العلاجية من 4 أفراد إلى غاية 10 أفراد في الجماعة الواحدة، هذا على غرار الحصص العلاجية التي قد تكون مصحوبة بأفراد من العائلة؛ حيث يرى فريمان (Freeman et al, 2004: 199) أن يجب أن تكون هذه الجماعة متجانسة على الرغم من أن هناك فوائد وعواقب للجماعة المتجانسة أكان ذلك على مستوى السن، الجنس، التشخيص، والمشكل، إلا أن العديد من المختصين يعملون على عامل التشخيص والمشكل المتجانس كعامل ضروري وأساسي في تكوين الجماعة.

بصفة عامة تدوم الحصة العلاجية في العلاج الجماعي على الأقل ساعة ونصف الساعة، هذا ما يسمح لأعضاء المجموعة أن يفهموا الأجندة المقدمة، يقومون بالنشاطات العلاجية المقترحة، ويخرجون بنتيجة حول الحصة. (Freeman et al, 2004 :199)

2.12. أشكال العلاج الجماعي:

1.2.12. العلاج الجماعي المفتوح:

ترى اجلال محمد سرى (2000:134) أن العلاج الجماعي المفتوح هو العلاج النفسي الجماعي الذي يكون مفتوح لأعضاء جدد. يعني أن هناك أعضاء لمجموعة بحيث إذا خرج أحد الأعضاء حل محله آخر؛ يقوم المعالج في هذا النوع من العلاج الجماعي بتقييم وتحضير المشاركين بشكل جيد، وذلك عن طريق مقابلات فردية من أجل اختيار أفراد المجموعة التي تباشر في العلاج وتستفيد منه ومن التجربة بشكل جيد وسرعة. التحضير المسبق للنموذج المعرفي السلوكي يكون مهم في هذا الشكل، فعلى الأقل يقدم للمشارك تعليمات حول النموذج المعرفي السلوكي قبل الشروع في العلاج الجماعي من طرف إما العلاج النفسي الفردي، قراءة حول هذا النموذج أو تقديم نشاط حول النموذج، أو حصص توجيهية من طرف مختص نفسي أو معالج. يُقدم هذا النوع من العلاج على الأقل معالجين، فيعتمد كل من المعالج ومساعدته على النموذج العلاجي النشط، وباعتبارهم العنصرين الدائمين في المجموعة تقع عليهم مسؤولية نقل ثقافة المجموعة [يعني نظريات، قواعد، مسؤوليات، تعليمات حول أسس العلاقة العلاجية]؛ يجب على المعالجين أن يقدموا برنامج يكون في متناول جميع أفراد المجموعة من أجل الرفع من حظوظ كل مشارك في التعلم وخفض قدر المستطاع من درجة الالتباس والضغط على المشاركين. ويشير يالوم (Yalom, 1983) إلى مجموعة من الإرشادات نذكر منها:

- الاهتمام بالجانب التعليمي والتثقيفي في العلاج.
- وضع جدول أعمال يومي فعال وذو معنى.
- يحافظ على جدول الأعمال اليومي.
- العمل على ربط النشاطات المقدمة في العلاج مع باقي الحياة اليومية للمشارك. (A. Freeman et al, 2004 :201)

2.2.12. العلاج الجماعي المغلق:

هذا الشكل من العلاج عكس الشكل الأول حيث يأخذ شكل مغلق بحيث لا يدخل في العلاج أعضاء جدد، ويكون تحت موضوع معين ومشكل مشترك، والمخصص لتقديم مجموعة من المعارف المحددة للمشاركين في العلاج. في هذا النوع من العلاج يجب على المعالج الأخذ بالبرنامج العلاجي أو جدول الأعمال بكل حذافيره وبشكل دقيق وحذر (مُجَّد سرى، 2000:134؛ Freeman et al,2004: 201) وهذا الشكل من العلاج هو الذي اتخذه الباحث كنموذج في العلاج المقترح في موضوع البحث.

❖ ملاحظة

يستخدم في العلاج المعرفي السلوكي الجماعي نفس التقنيات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي الفردي، إلا أن العلاج الجماعي يركز على الجانب التعليمي والتثقيفي داخل المجموعة، كما يستعمل أساليب التعريض ولعب الأدوار والنمذجة.

خلاصة: نستنتج مما عرضناه أن العلاج المعرفي السلوكي يستخدم مجموعة من الطرق والتقنيات والوسائل التي تقوم على أسس علمية ومنهجية مدروسة، كما أنه علاج مخصص وموجه لجميع الاضطرابات، بعلاج كل اضطراب على حدة، ويتميز أيضا بقصر مدة العلاج خاصة في اضطرابات القلق، كما يستخدم المنهج التجريبي في العملية العلاجية لتأكد من نجاعة العلاج، وذلك باستخدام مجموعة من الروايز والاستبيانات، وذلك من أجل الوصول إلى الصحة النفسية المثالية للحالات أو على الأقل التخفيف من معاناتهم.

الفصل الثالث:

اضطراب الهلع وخوف الأماكن

المفتوحة

تمهيد:

1. تعريف اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة (العمومية):
2. تاريخ اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة:
3. الوصف الاكلينيكي:
4. تشخيص نوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة:
5. انتشار اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة:
6. الدراسة العرضية لنوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة:
7. أسباب نوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة:
8. الأشكال العيادية لنوبات الهلع وخوف الأماكن المفتوحة:
9. التشخيص التفريقي لاضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة حسب (DSM V):
10. البدء، التطور، والتنبؤ:

خلاصة:

تمهيد:

يعتبر اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة أو العمومية من بين اضطرابات القلق الأكثر انتشاراً والأكثر عنفاً من ناحية شدة الأعراض والألم النفسي الناجم عن هذه الأعراض، فالحالات تعاني من نوبات هلع شديدة ومتكررة، أكان ذلك ناجماً عن تعرضها لمواقف خوافية أو خوفها من التعرض لتلك النوبات مرة أخرى [أو الخوف من الخوف]، وفي هذا الفصل يعرض الباحث أدبيات البحث التي تعرفنا على هذا الاضطراب وتشخيصه وعرض مختلف أعراضه.

1. تعريف اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة (العمومية):

❖ يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM IV TR) نوبة الهلع على أنها "مرحلة محددة، مفاجئة ومعاودة لخوف أو رعب، مصحوبة غالباً بالشعور بحدوث كارثة مدممة. أثناء حدوث النوبة تظهر مجموعة من الأعراض كالإحساس بانقطاع الأنفاس، زيادة دقات القلب، آلام في الصدر، الإحساس بالغرابة والاختناق والخوف من أن يصبح الفرد مجنوناً أو أن يفقد التحكم بالذات".

(American Psychiatric Association, 1992/1993 :493)

❖ أما خوف الأماكن المفتوحة فيعرفه (DSM IV TR) على أنه "حالة من القلق أو التجنب المرتبطة بمكان أو وضعية، أين يكون من الصعب الهروب أو وصول النجدة عند حدوث نوبة الهلع أو اعراض اضطراب الهلع". (APA,1993 :493)

❖ لم يختلف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM V) (American Psychiatric Association, 2012/2013 :208) في تعريفه لنوبة الهلع على ما سبقه: "نوبة الهلع هي ارتفاع مفاجئ، حاد وشديد للخوف الشديد أو الرعب وعدم الراحة والقلق الشديد الذي يصل إلى ذروته خلال دقائق، والذي يكون مصحوباً بمجموعة من الأعراض الجسدية والمعرفية، والتي يظهر فيه على الأقل أربعة أعراض من أعراض الهلع".

❖ كما لم يختلف (DSM V) (APA, 2012/2013 :217) في تعريفه لخوف الأماكن المفتوحة عن نظيره:

" أن الأشخاص الذين يعانون من خوف الأماكن المفتوحة يخشون أو يخافون من وضعيتين أو أكثر من الوضعيات التالية: ركوب وسائل النقل، التواجد في أماكن مفتوحة، التواجد في أماكن مغلقة، أن يكونوا في سلسلة الانتظار أو في وسط الحشود، أو أن يكونوا لوحدهم خارج المنزل في وضعيات أخرى، حيث تستحوذ على هؤلاء الأفراد أفكار مقلقة حول عدم قدرتهم على الهروب أو عدم تمكن الإسعاف من الوصول إليهم عند حدوث نوبة هلع أو أعراض أخرى تشمل من قدراتهم. هذه الوضعيات تحدث هلعاً وخوفاً لدى الفرد وغالباً ما تكون متجنبة وتستلزم مرافقة أحدهم".

2. نبذة تاريخية حول اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة:

أستعمل مصطلح اضطراب الهلع في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث (DSM III) والذي يشمل الحالات المرضية الثانوية للقلق بحدوث نوبة حادة من القلق والتي ذكرت تحت مصطلح نوبة الهلع أو نوبة الحصر (J.D.Guelfi & F.Rouillon, 2012:208)، هذه الحالة من القلق في الواقع تم تحديدها من طرف العالم الألماني ويستفال (Westphal 1871) حيث وضع مصطلح أغورفوبيا « agoraphobie » في نهاية القرن التاسع عشر وسنة قبل ذلك وضع بيندكت (Benedikt 1870) المصطلح الألماني [platzschwindel] الذي يعني الشعور بالدوار في الأماكن المفتوحة ذكر في (David H. Barlow, 2002: 328)؛ ثم نقل هذا المصطلح إلى فرنسا عن طريق لوجران دو صول سنة 1878 (H. Legrand du saulle) حيث أشار هذا الأخير في ذلك العصر على دور الرئيسي الذي يلعبه الخوف من الأعراض الجسدية في تطور هذا الجدول العيادي، كما كانت هناك مجموعة من التسميات والمواصفات التي أطلقت على هذه الأعراض، كالقلب سريع التهيج (J.M. Da Costa)، العصاب العصبي القلبي (M. Krishaber 1872)، الوهن العصبي الدوري (M.E. Cohen et P.D. White)، أو القابلية لتشنج [Spasmophilie] (C. Klotz)، حيث ركز هؤلاء على الجانب الجسدي في حين ركز آخرون على الجانب النفسي المرضي لهذه الاضطرابات كعصاب الحصر لسيغموند فرويد (S. Freud 1895) في (J.D.Guelfi & F.Rouillon, 2012:208-209)، كما وضع (M. Roth) سنة 1960 مصطلح القلق الرهابي، في كل الحالات هؤلاء العياديين استنتجوا أن

المشكل الرئيسي في نوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة هو القلق والخوف المتعلق بأعراض الهلع، إلا أن النتيجة المتعرف عليها هي أن خوف الأماكن المفتوحة يتميز "بالخوف من الخوف". (David H. Barlow, 2002 :329)

في المنتصف الثاني من القرن العشرين، إثر تطور العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي أعيد النظر في المصطلحات التطوري لمرض القلق، والظهور التطوري لمصطلح اضطراب الهلع، وفي سنة 1969، وبالاتتماد على نتائج التحليل العاملي للوضعيات الخوفية المتناسقة مع انتشارها في النسبة السكانية العامة، حيث اقترح ماركس (I.M. Marks 1969-1987) ثلاث مجموعات رئيسية للخوف المرضي: خوف الأماكن المفتوحة، الخوف البسيط والخوف الاجتماعي، وموازة مع ماركس وبالتركيز على فعالية الإيمبرامين (Imipramine) على نوبات الهلع والسلوكيات التجنبية التي تحدثها، فرق كلاين (D. Klein) سنة 1981 بين اضطراب الهلع والقلق المعمم وذلك بجمع أعراضه تحت ما يسمى بخوف الأماكن المفتوحة (المفتوحة) «agoraphobie». (J.D.Guelfi & F.Rouillon, 2012 :209)

3. الوصف الاكلينيكي:

1.3. نوبة الهلع:

يتميز اضطراب الهلع بحدوث نوبات الهلع المتكررة، تحدث إما بدون سبب منشط أو أثناء مواجهة لبعض الوضعيات التي تعتبر مهددة أو خطيرة بالنسبة للحالة. (Q. Debray; B. Granger ; F. Azais, 2010 :164)

إذن هي عبارة عن نوبات حصر وقلق مفاجئة، حادة وشديدة، وبشراء مظاهرها الاكلينيكية نجد الأفراد الذين يعانون منها يعاودون المكاتب الطبية في الاستعجال للبحث عن العلاج وإعطائها الأعراض أسبابا عضوية، فتبدء نوبة الهلع بطور من بضع دقائق حيث تحدث مجموعة من الأعراض الجسدية والسلوكية والمعرفية، فتظهر الحالة خوفا من الموت، فتجد نفسها ضائعة، مذعورة، مشوشة، غير قادر على فهم طبيعة ما تشعر به، فتظهر أعراض الجهاز العصبي النباتي في المستوى الأول عنيفة وغير متحكم فيها كزيادة خفقان القلب، هجمة قلبية، عسر التنفس، تعرق، دوخة، آلام

في الصدر والخوف من وقوع حادث وعائي أو قلبي أو تنفسي، فالحالة تخاف من أن تموت، أن تفقد التحكم في سلوكياتها، فهي ضحية للإحساس بالحصر والقلق على طول فترة نوبة الهلع، حيث نلاحظ أيضا ردود فعل هروبية عنيفة وتجنبية بأي ثمن حتى تجد الحالة النجدة، أو بالعكس تصبح خائرة القوى، مرتبكة، مصحوبة بنفي الذات والواقع، تتراوح مدة نوبة الهلع بصفة عامة ما بين 20 و30 دقيقة، ونادرا ما تصل إلى ساعة واحدة، حيث يمكن أن تكون أكثر أو أقل [من حيث المدة والشدة] حسب درجة تطور النوبة. (Q. Debray; B. Granger ; F. Azaïs, 2010 :164)

2.3. الخوف من الخوف:

عند المعاودة المتكررة والمفاجئة لنوبة الهلع، تتكون عند الحالات خوف وخشية من معاودة هذه النوبة، فيصبح الفرد يتوقع حدوثها في أماكن معينة، فتبقى ذكريات حاضرة ومؤلمة على الدوام ومتوقعة الحدوث ومنتظرة من طرف الحالة مما يحدث القلق المسبق، فسرعان ما تكتشف الحالة المواقف الخطرة (بالنسبة للحالة) فتجنبها شيئا فشيئا حتى تُكون خوفا اتجاهها. (Q. Debray; B. Granger ; F. Azaïs, 2010 :164)

3.3. خوفا الأماكن المفتوحة (العمومية):

إن اضطراب الهلع يكون مصحوبا أحيانا بخوفا الأماكن المفتوحة، فتهرب الحالات من المواقف التي تظن حدوث نوبة الهلع فيها، فتخشى الحالات التي تعاني من خوفا الأماكن المفتوحة مجموعة من المواقف والوضعيات التي تظن فيها بعدم قدرة النجدة على وصول في حالة وقوعها في مشكل (نوبة هلع مثلا)، أكان شوارع مظلمة أو أماكن واسعة مفتوحة، سوبر ما ركت أو دكان برفوف، أماكن مغلقة كالأنفاق، السيارات أو المصاعد، أو وسائل نقل كالحافلات، المترو، القطار أو الطائرة، فتحب الحالات أن تكون دائما برفقة أحد الأقارب أو الأصدقاء في حالة التعرض لأحد المواقف الخوافية، وفي النهاية وبصفة عامة تتجنب الحالة التي تحدث الرعب والخوف لديها. (Q. Debray; B. Granger ; F. Azaïs, 2010 :164-165)

4. تشخيص نوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة:

1.4. تشخيص اضطراب الهلع حسب (DSM V):

وضع الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس (APA, 2012/2013: 208-209) أربعة

محاكات لاضطراب الهلع هي:

1.1.4. نوبة الهلع مفاجئة ومعاودة:

أ. نوبة الهلع هي ارتفاع مفاجئ، حاد وشديد للخوف الشديد أو الرعب وعدم الراحة والقلق الشديد الذي يصل إلى ذروته خلال دقائق، وتظهر خلال النوبة على الأقل أربعة أعراض من الأعراض التالية:

❖ **ملاحظة:** قد يحدث الارتفاع المفاجئ والشديد للنوبة من حالة الهدوء التام أو القلق.

- زيادة ضربات ودقات القلب.
- التعرق.
- الارتجاف أو الارتعاش.
- الشعور بتقطع الأنفاس أو الاختناق.
- الشعور بانسداد النفس أو أن هناك كرة بالحلق .
- الشعور بالضييق أو ألم بالقفص الصدري.
- الشعور بالغثيان أو القيء، الشعور بألم في البطن.
- الشعور بالدوار أو الدوخة أو فقدان التوازن أو الإغماء.
- الشعور بالحر او البرودة.
- الشعور بالوخز أو التنمل.
- نفي الواقع (الشعور بلا واقعية الأحداث) أو نفي الذات (أن الأحداث غير مرتبطة مع ذاته).
- الخوف من فقدان التحكم بالذات أو الخوف من الجنون.
- الخوف من الموت.

❖ **ملاحظة:** يمكننا ملاحظة أعراض متعلقة بالثقافة الخاصة للأفراد [مثلا، احساس سمعي كالطينين

أو الصفير، ألم في الرقبة، ألم في الرأس، نوبة غير متحكم فيها أو بكاء]. لا يمكن أخذ هذه الأعراض في الحسبان ضمن الأعراض الأربع المستلزمة.

ب. خلال شهر [أو أكثر] على الأقل أن تكون أحد النوبات مصحوبة بواحدة من الاثنين أو كلتا ما يلي:

➤ انشغال بال أو هم دائم ولصيق لنوبة الهلع أو لإحدى نتائجها المتوقعة من طرف الحالة [مثلا، كفقدان التحكم، حدوث نوبة قلبية أو أن يصبح مجنون].

➤ تغير غير تكيفي في السلوك المتعلق بنوبة الهلع [مثلا السلوكيات التجنبية المتعلقة بنوبة الهلع كتجنب النشاطات أو الوضعيات المماثلة].

ج. ألا يكون الاضطراب ناجم عن آثار فيزيولوجية لمواد معينة [مثلا كالتناول المخدرات والأدوية] أو الوضعيات الطيبة أو مرضية [مثلا كارتفاع التيرويد في الدرقية hyperthyroidisme، الأمراض القلبية الرئوية].

د. ألا تكون ناجمة عن اضطراب عقلي آخر [مثلا: ألا تحدث نوبة الهلع كنتيجة لاضطراب القلق الاجتماع [الخوف الاجتماعي]، أو كاستجابة لمواضيع خرافية مثل الخوف الخاص، أو استجابة للوسواس كاضطراب الوسواس القهري، أو كاستجابة للأحداث الصادمة كاضطراب قلق ما بعد الصدمة، أو كاستجابة لقلق الانفصال].

2.4. تشخيص خواف الأماكن المفتوحة (العمومية) حسب (DSM V):

وضع الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس (APA, 2012/2013: 217-218) تسع

محاكات لخوف الأماكن المفتوحة:

أ. الخوف أو القلق ملحوظ في اثنين أو أكثر من المواقع الخمسة التالية:

➤ استعمال النقل العمومي مثلا: السيارة، الحافلة، القطار، الباخرة والطائرة.

➤ أن يكون في أماكن مفتوحة مثلا: سوق المرآب أو الحقل أو القنطرة.

- أن يكون في أماكن مغلقة مثلا: حانوت، مسرح، سينما.
 - الوقوف في طابور الانتظار أو أن يكون في وسط الحشد.
 - أن يكون بمفرده خارج المنزل.
- ب. يخاف أو يتجنب هذه المواقف نتيجة أفكار عدم القدرة على الهروب أو النفاذ أو صعوبة وصول النجدة حين حدوث أعراض الهلع أو أعراض مرضية أخرى تشل من قدراته [مثلا: الخوف من السقوط أو الانهيار في حالة الكبر أو الخوف من عدم التحكم بالذات].
- ج. المواقف الرهابية تحدث غالبا الخوف أو القلق.
- د. المواقف الخوفية تكون دائما متجنبه، وتستلزم ضرورة وجود مرافق، وأنها دائما تزداد شدتها مع الخوف والقلق.
- هـ. الخوف أو القلق يكون بعيد عن النطاق الواقعي للخطر المتوقع من الوضعية الخوفية للأماكن المفتوحة أو مع النسق الاجتماعي الثقافي.
- و. الخوف، القلق أو التجنب يكون مستمر لأكثر من ستة أشهر.
- ز. الخوف والقلق أو أسباب التجنب تشل أو تحد من قدرات الحياة الاجتماعية للفرد، المهنية أو الوظائف الأخرى المهمة في الحياة.
- ح. إذا كان هناك أمراض عضوية [مثلا مرض باركنسون] يكون هناك إفراط في ظهور القلق، الخوف أو التجنب.
- ط. ألا يكون القلق الخوف أو التجنب ناجم عن أعراض اضطرابات العقلية أخرى [مثلا: ألا يكون نتيجة الخوف الخاص، ألا يكون نتيجة الوضعيات الاجتماعية مثل اضطراب القلق الاجتماعي [الخوف الاجتماعي]، أو يكون مرتبطا بأفكار وسواسية [الوسواس القهري]، أو الخوف من الوضعيات، أو اضطرابات إدراك وضعية الجسد، أو تذكر المواقف الصادمة [قلق ما بعد الصدمة]، أو قلق الانفصال [اضطراب قلق الانفصال]].

❖ **ملاحظة:** يشخص رهاب الأماكن المفتوحة مستقلا عن اضطراب الهلع، فإذا ظهرت محاكات

اضطراب الهلع عند الفرد المصاب برهاب الأماكن المفتوحة يجب الإشارة إلى التشخيصين معا.

5. انتشار اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة:

حسب إحصائيات الجمعية الأمريكية للطب العقلي سنة 2012 (APA, 210: 2012/2013) في الولايات المتحدة الأمريكية وعدد من الدول الأوروبية، وإحصائيات أخرى لاضطراب الهلع لفترة لا تتجاوز عن اثني عشرة شهرا تراوحت نسبة الانتشار في المجتمع العام من 2% إلى 3% بين الراشدين والمراهقين، فأثبتت الإحصائيات في الدول الآسيوية والإفريقية وفي أميركا اللاتينية انخفاضا ملحوظا في نسبة الإصابة من 0.1% إلى 0.8%، كما تنتشر نوبة الهلع عند الإناث أكثر مما هي عند الذكور وذلك باثنتين مقابل واحد 1:2، حيث يظهر الاختلاف بين الجنس في مرحلة المراهقة وبشكل ملحوظ في سن الرابعة عشر، كما تظهر لدى الأطفال وذلك قبل سن 14 بنسبة تتجاوز 0.4%. ترتفع درجة اضطراب الهلع بتطور ملحوظ في المراهقة خاصة لدى الإناث، وعلى الأرجح بعد النضج [الاحتلام]، وتصل لذروتها في سن الرشد، كما تنخفض درجة هيمنة الاضطراب في السن المتأخر وذلك بنسبة 0.7% للأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم 64 سنة على المستوى الإكلينيكي.

أما **خوف الأماكن المفتوحة** قد أثبتت الإحصائيات التي وضعتها الجمعية الأمريكية لطب العقلي في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM V) (APA, 2012/2013: 219) أن كل سنة يشخص خوف الأماكن المفتوحة بنسبة 1.7% عند المراهقين والراشدين، كما أثبتت دراسات أخرى أن نسبة الانتشار تصل إلى 2% (Q. Debray; B. Granger ; F. Azaïs, 2010: 165)، حيث ينتشر عند الإناث بمرتين على حساب الذكور 1:2، فقد يحدث خوف الأماكن المفتوحة لدى الأطفال، ولكن يصل إلى ذروة الانتشار لدى المراهقين، ويتراجع في سن الرشد المتأخر، فهيمته لا تتجاوز 0.4% لدى الأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم 65 سنة، كما إن انتشاره ليس متنوعا لدى المجموعات مختلفة الثقافات والأعراق.

6. الدراسة العرضية لنوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة:

هناك أربعة أبعاد للأعراض في نوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة: أبعاد جسدية، معرفية،

النفسية الانفعالية وسلوكية (J. Goulet et al, 2013):

1.6. البعد الجسدي:

هو متنوع ومرتبطة بفرط [زيادة] في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي أو النباتي:

● **على المستوى القلبي الشرياني:** هجمة قلبية، زيادة ضربات القلب وتسارعها، اضطراب ثانوي في

إيقاع القلب خاصة عثرات القلب التي تعطي انطباع لدى الحالة أن قلبها سوف يتوقف، آلام في

القفص الصدري قرب القلب مما يعطي انطباع أن هناك انسداد وعائي في القلب، ارتفاع الضغط

الدموي الوريدي، ارتفاع حرارة الجسم، تعرق. (J. Goulet et al, 2013)

● **على المستوى التنفسي:** احساس بالاختناق أو تقطع النفس مما يؤدي إلى زيادة النشاط التنفسي

المفرط الذي يحدث مجموعة من الأعراض على جميع مستويات الجسد تظهر كالتالي: صعوبة في

التنفس مع الشعور بنقص الهواء، الشعور بخفة في الرأس [خالٍ] مع شعور بالدوخة، ألم في الرأس،

الشعور بالدوار، نظرة ضبابية، الشعور باللاواقعية أو الإحساس بنفي الذات، رطوبة في اليد، زيادة

بدرجة الحرارة، وخز بالأطراف مع الشعور بالتخدر، تقلص عضلي، تشنج، آلام في الصدر، زيادة في

ضربات القلب مع تعثر القلب. (J. Goulet et al, 2013)

● **على المستوى العصبي/ الحسي:** دوخة أو دوران، عدم الراحة، فقدان التوازن، الشعور بالإغماء،

تشوش الحس، ارتجاف وارتعاش، نظرة ضبابية، صفير أو طنين. (J. Goulet et al, 2013)

● **على مستوى الجهاز الهضمي والبولي:** إحساس بوجود كرة في الحنجرة أو في المعدة، آلام في

البطن، صعوبة في ابتلاع الطعام، آلام في البطن، الشعور بالغثيان، تقيؤ، اسهال، غزارة البول. (J.

Goulet et al, 2013)

● **على المستوى العصبي/ العضلي:** انشداد وانقباض عضلي أحيانا مؤلم، ارتجاف أو ارتعاش

عضلي، تعرق، زيادة حرارة الجسد. (J. Goulet et al, 2013)

2.6. البعد المعرفي:

الشخص الذي يشعر بجميع هذه الأعراض الفيزيولوجية وليس لديه أي معلومة متعلقة بسببها

في معظم الحالات، مما يؤدي إلى انشغال البال والقلق البالغ في خطورتها فيصبح الفرد يعاني من:

● انشغال بال وقلق غير مبررة عند حدوث نوبة الهلع: الخوف من معاناة جراء نوبة قلبية، الاغماء، الموت، الاختناق، فقدان التحكم، الجنون... إلخ، هذه الانشغالات المشتركة تزيد في شدة الأعراض

وحتى في الأعراض الفيزيولوجية التي أحدثتها، حيث تكون مجموعة من الأفكار الأوتوماتيكية مثل:

"ستحدث لي نوبة" " سأفقد القدرة على التحكم " " سأفقد الوعي " . (J. Goulet et al, 2013)

● هذه الانشغالات تحدث بدورها خوفا مبالغا فيه متعلقا بحدوث نوبات هلع أخرى مرتبطة

بالوضعيات التي حدثت فيها نوبات سابقة، ففي الأصل هي عبارة عن قلق والمعرفة المسبقة " الخوف

من الخوف " والتي تجعل الشخص هشاً وضعيفاً قبل أن يواجه الموقف بذاته، فتصبح هذه الأفكار

مدعمة ومثبتة للأعراض كما تزيد من حدة العوامل الانفعالية والسلوكية. (J. Goulet et al, 2013)

● أفكار القلق عامة متمركزة نحو المستقبل، تقلق الحالات بسهولة حول ذاتهم أو الآخرين، فالنشاط

المعرفي والفكري للحالة يضع تأويلات كارثية نحو المواضيع والوضعيات أو الخسارة المحتملة: الخوف من

حدوث مرض خطير، حادث مميت، أو فقدان التحكم في القدرات الذاتية. (J. Goulet et al,

2013)

● الاضطراب المعرفية وكف مجرى الأفكار يحدث تراجع في القدرات والكفاءة لدى الحالة فتعيق

مهاراتها الاجتماعية، المهنية، والتعليمية أو التكوينية. (J. Goulet et al, 2013)

3.6. البعد السلوكي:

القلق أحيانا يكون قويا أثناء حدوث نوبة الهلع إلى درجة الهروب من الوضعية الخوفية والتي

يجعلها مسؤولة على النوبة، هذا الهروب أثناء حدوث النوبة يدعى "التجنب"، والتجنب عبارة عن

سلوك التفادي أو التخلي على مواجهة الوضعية الخوفية، فاختيار التجنب يكون من أجل حل

مشكل القلق أو "الخوف من الخوف"، حيث أن الشخص قد يجد نفسه معاقاً أمام الوضعية. (J.

Goulet et al, 2013)

هكذا يتنام خواف الأماكن المفتوحة، فيجد نفسه مجردًا في وضعية ما أمام نوبة هلع، هذا السبب هو الذي يؤدي بالخوف إلى تجنب الوضعيات المختلفة مثل السير بمفرده على الطريق أو في وسط الحشود، فيصبح الفرد أكثر يقظة للوضعيات الخوفية وأي عوامل مشتركة للوضعية تؤدي به إلى التعميم ثم إلى التجنب. (J. Goulet et al, 2013)

كما تظهر مجموعة من السلوكيات التأمين على عدة أشكال، تأخذ أشكال جزئية للتجنب [مثلا: الذهاب إلى السينما ولكن البقاء أمام بوابة الخروج]، كذلك نلاحظ استخدام الشخص أو الشيء المؤمن [فرد من العائلة، هاتف خلوي، قارورة ماء...]، سلوكيات حيادية مثلا: سماع الموسيقى، غلق العينين، أو التخيل غير الواقعي لوضعيات ايجابية "كل شيء على ما يرام لا توجد أي مشكلة". (J. Goulet et al, 2013)

يحدث القلق كقمة في النشاط السلوكي للحالة، فتصبح الحالة عاجزة على أداء نشاطاتها بوجه سليم مما يؤدي إلى تراجع قدراتها السلوكية، قد تكون أحيانا مخفية تحت حالة من التهيج المشوش، أو ظهور سلوكيات قد تكون عدائية. (J. Goulet et al, 2013)

4.6. البعد النفسي الانفعالي:

تعتبر نوبة الهلع حالة انفعالية مؤلمة، حادة وشديدة، تعبر عن الإحساس بعدم الراحة والضغط الداخلي المرتفع، حيث تشعر الحالة بحالة من الخوف الشديد الذي يعتري وجدانها ويأثر سلبا على حالتها النفسية والانفعالية. (J. Goulet et al, 2013)

تعيش الحالات التي تعاني من نوبات هلع حادة أحيانا الإحساس بنفي الذات [الإحساس أنه غريب على ذاته أو جسده] و/أو نفي الواقع [الشعور أن العالم الخارجي غير مألوف أو غريب]. (J. Goulet et al, 2013)

7. أسباب نوبة الهلع وخزاف الأماكن المفتوحة:

اختلفت أسباب نوبة الهلع حسب النظريات المفسرة لنوبة الهلع ونذكر منها:

1.7. النظريات البيولوجية:

تتجه هذه النظرية إلى عامل القابلية البيولوجية، وذلك إثر هشاشة في الجانب الوراثي التي تسمح للفرد أن يصبح أكثر عرضة لبدأ ردة الفعل الفيزيولوجية التحذيرية، فهذه العوامل الوراثية تلعب دورا مهما في الدراسة السببية لنوبات الهلع وفوبيا الأماكن المفتوحة، حيث أثبتت الدراسات القائمة على التوائم تطابقا وراثي هام، كما أن الآباء ينقلون اضطراباتهم لأطفالهم بدرجة ملحوظة، كما أرجعها آخرون إلى الإفرازات الهرمونية والتفاعلات الكيميائية والأنزيمات داخل جسم الإنسان. (J. (Goulet et al, 2013 ; Q. Debray; B. Granger et F. Azaïs, 2010 :164

2.7. النظريات السلوكية:

ترجع هذه النظريات اضطرابات القلق عامة واضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة خاصة إلى التعلم الاشتراكي الذي يلعب دورا أساسيا في اكتساب الاضطراب، كما لم تغفل هذه المقاربة إلى العضوية التي تلعب هي الأخرى دورا هاما في تنشيطه، فالنوبات التلقائية [أو بحدوث حادث صادم] تحدث بدورها استجابات شرطية وبتكرار الموقف يصبح المثير لا شرطي شرطيا، وبهذه الطريقة يمكن أن تتحكم مجموعات معقدة من المثيرات الداخلية والخارجية في كل من الهلع والتجنب المستند إلى الفوبيا أو المخاوف المرضية، فيكونان على صلة وثيقة بالمنبهات المركزية غير الشرطية، فقد تنتشر إلى مواقف وأشياء أخرى تكون مشابهة من الناحية المادية، أو تبدو مشابهة من الناحية اللفظية أو الإسمية أو حتى من ناحية الألوان فقط، مما يؤدي إلى تعميم المثيرات على النتيجة فيصبح التجني أكثر من موقف، كما لا ننسى دور العامل الفيزيولوجي الذي يعتبر مثيرا داخلية من حيث التغيرات الفيزيولوجية الناجمة عن الحالة الانفعالية الشديدة التي تعتبر معززا لنوبات من جهة وللسوك التجني من جهة أخرى. (د. دافيد شيهان، 1988: 111-116)

3.7. النظرية المعرفية:

إن الحالات التي تعاني من نوبات هلع شديدة ومتكررة أكان ذلك ناجما عن تعرضها لمواقف خوافية أو خوفها من التعرض لتلك النوبات مرة أخرى [الخوف من الخوف]، تتكون لديها جملة من الأفكار حول حالتها الجسدية أو الاجتماعية ناجمة عن تأويلاتها الخاطئة والكارثية، ويرى بيك وكلارك (Beck & Clark, 2010:192) أن العملية المعرفية المركزية المسؤولة عن استمرار الهلع هو التأويل والفهم الخاطئ والكارثي للأحاسيس الجسدية أو العقلية؛ فكثيرا من الأحيان النتائج الكارثية المرتبطة بالأحاسيس الجسدية كالموت الناجم عن النوبات القلبية، الاختناق، أو ما شابه ذلك، في حين أن الكارثة المتصورة [في نوبات الهلع] قد تحدث فقدان السيطرة الذي يؤدي بدوره إلى الجنون [أي، "سأصبح مجنوناً"]، أو يتصرف الفرد بطريقة محرجة أو مذلة أمام الآخرين؛ علاوة على ذلك، يمكن أن يكون الخوف من نوبات الهلع قويا لدرجة أن تكون الكارثة المحتملة معاودة حادة لنوبة هلع كاملة أخرى. كما يرى كلارك (DM. Clark) في (Beck & Clark, 2010:194) أن التفسير الكارثي للأحاسيس الجسدية هو السبب الأساسي لحدوث نوبة هلع ويمثل سمة معرفية دائمة (الضعف) وهذا واضح حتى عند الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهلع وليسوا بقلقين.

8. الأشكال العيادية لنوبات الهلع وخوف الأماكن المفتوحة :

لم يكن هناك تفصيلا في (DSM V) للأشكال الإكلينيكية، إلا أن (DSM IV TR) (APA,1992/1993) فصل في الأشكال العيادية لاضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة على الشكل التالي:

1.8. نوبات الهلع غير متوقعة:

يكون فيها بدء نوبة الهلع غير مصحوبة بوضعية منشطة أكانت داخلية أو خارجية، بمعنى أنها تأتي بشكل مفاجئ وتلقائي غير منتظر. (APA,1992/1993:495)

2.8. نوبات الهلع المرتبطة بالوضعيات:

هي النوبات التي تحدث بطريقة ثابتة وآنية حين تعرضها للوضعيات المنشطة أو توقع الوضعية [مثلا في الخوف الاجتماعي تحدث نوبة الهلع عند ما يريد الفرد التكلم أمام الآخرين]. (APA,1992/1993:495)

3.8. نوبات الهلع المدعمة من طرف الوضعيات:

تشبه نوبات الهلع المرتبطة بالوضعيات إلا أنها ليست ثابتة، مرتبطة بالمشير ولا تحدث بالضرورة. أنيا لتعرض للوضعيات [مثلا: قد لا تحدث نوبة الهلع عندما يكون الفرد يقود في سيارته، ففي بعض الأحيان تحدث نوبة الهلع بعد نصف ساعة من التوقف عن القيادة]. (APA,1992/1993 :495)

4.8. نوبات الهلع الليلية (أثناء النوم):

تحدث أحيانا أثناء النوم عندما تحدث للفرد حالة من الرعب أو زيادة النشاط الفيزيولوجي الحاد أثناء النوم بدون منبه بديهي للحالة [مثلا حلم أو كابوس]. (Beck & Clark, 2010 :181)

5.8. نوبات الهلع محدودة الأعراض:

تحدث في فترة زمنية غير محددة أو عند الشعور بعدم الراحة الشديد والتي تحدث في غياب أي خطر حقيقي ولكن تظهر فيها على الأقل أربعة أعراض من أعراض الهلع. (Beck & Clark, 2010 :182)

6.8. نوبات غير محددة إكلينيكية:

عبارة عن نوبات هلع تحدث بالصدفة في المجتمع العام، والتي تحدث أحيانا في الوضعيات الناجمة عن الضغوطات نفسية أو تقييمية، والتي تكون مصحوبة على الأقل مع الخوف أو القلق من الهلع. (Beck & Clark, 2010 :182)

7.8. نوبات هلع مع خواف الأماكن المفتوحة:

هي نوبات الهلع التي تكون مصحوبة بالخوف من وضعية أو مجموعة من الوضعيات والمواقف أوز الأماكن المفتوحة والتي تكون مصحوبة بالتجنب والاصابة بنوبة الهلع حين التعرض للموقف أو الوضعية المخيفة، وخاصة عندما يكون الفرد بمفرده دون مرافق وهذا الشكل من نوبات الهلع يندرج تحت نوبات الهلع المرتبطة بالوضعيات. (APA,1992/1993 :506)

8.8. نوبات هلع غير مصحوب بخوف الأماكن المفتوحة:

هي نوبات الهلع التي لا تحدث جراء مثير خوافي أو تعرضها لوضعية خوافية ما، ولا تكون مصحوبة بوضعية منشطة أكانت داخلية أو خارجية بمعنى أنها تأتي بشكل مفاجئ وتلقائي غير منتظرة والتي تندرج تحت نوبات الهلع غير متوقعة. (APA,1992/1993 :506)

9.8. خواف الأماكن المفتوحة غير مسبوق بنوبة الهلع:

إن الفرق بين خواف الأماكن المفتوحة غير مسبوق بنوبة الهلع وخواف الأماكن المفتوحة مع نوبة الهلع بغياب سوابق نوبة هلع أو معاودة نوبة الهلع. التجنب في خواف الأماكن المفتوحة غير مسبوق بنوبة الهلع ناجم عن الخوف من فقدان القدرات أو تراجعها أو الشعور بالخزي الناجمة عن أحد أعراض نوبة الهلع المترتبة. (APA,1992/1993 :497)

9. التشخيص التفريقي لاضطراب الهلع وخواف الأماكن المفتوحة حسب (DSM V) (APA,) (2012/2013):

1.9. اضطراب الهلع:**1.1.9. اضطرابات القلق الأخرى المحددة أو غير المحددة:**

لا يمكن أن نشخص اضطراب الهلع إذا لم تحدث نوبة هلع غير متوقعة شاملة الأعراض من قبل، استثناء في حالة نوبة هلع غير متوقعة محدودة الأعراض، يكون هناك اضطراب آخر للقلق أو نشخصه على أنه اضطراب غير محدد للقلق، لذا يجب أخذه بعين الاعتبار. (APA,) (2012/2013 :212-213)

2.1.9. اضطراب القلق الناجم عن وضعيات طبية أخرى:

لا نستطيع تشخيص نوبة الهلع الناجمة عن حالة فيزيولوجية مباشرة لوضعيات طبية مختلفة على أنه اضطراب الهلع، فهناك الأمثلة كثيرة التي قد تحدث نوبة الهلع نذكر منها زيادة التيروكسين والبارا تيروكسين والفيوكروموستوم، الاضطراب الوظيفي لجهاز الدهليزي، القلبي الرئوي [مثلا اضطراب ايقاع القلب، زيادة ضربات القلب فوق بطنية، الربو، اضطرابات الرئوية المزمنة]. التجارب المخبرية أو

الاختبارات الجسدية (الفيزيائية). قد تكون كافية لتشخيص اضطرابات أخرى طبية. (APA, 2012/2013 :213)

3.1.9. مواد/ أدوية طبية تحدث اضطراب القلق:

لا نستطيع تشخيص نوبة الهلع الناجمة عن حالة فيزيولوجية مباشرة لمواد معينة على أنه اضطراب الهلع. التسمم عن طريق منشطات الجهاز العصبي المركزي [مثل الكوكايين، الأنفيتامين، الكافيين] أو القنب الهندي، ومهدئات ومثبتات الجهاز العصبي المركزي [مثل الكحول والباربيتيرات] قد تحدث نوبات هلع، ففي حال إذا حدثت نوبة الهلع خارج نسق استعمال هذه المواد [مثل آثار طويلة المدى للتسمم، أو الفطام]، هنا تشخص النوبة على أنها اضطراب الهلع. في حال إذا سبقت نوبة الهلع استعمال الفرد للمواد أو مصاحبة للاستعمال المكثف لهذه المواد، خاصة إذا تناول الأدوية دون وصفة طبية، يجب على المختص أن يقوم بدراسة تاريخ الحالة بشكل دقيق، إذا سبقت نوبة الهلع استعمال المفرط لهذه المواد، فهنا تشخص نوبة الهلع على أنها اضطراب هلع بالإضافة إلى اضطراب الناجم عن استعمال المواد. كما نجد قابلية الإصابة باضطرابات مماثلة لأعراض نوبة الهلع بعد سن 45 سنة [مثل، الدوخة، فقدان الوعي، آلام في البطن، آلام في المفاصل، اضطراب الذاكرة] توحى أن هناك ظروف طبية أو مواد قد تحدث نوبة الهلع. (APA, 2012/2013 :213)

4.1.9. اضطرابات عقلية أخرى لديها سمات مشتركة أو أعراض نوبة الهلع مصاحبة لها (مثل

اضطرابات القلق الأخرى والاضطرابات الذهانية):

قد تكون نوبة الهلع كعرض في اضطرابات أخرى للقلق [مثل، أن تنشط إثر وضعيات اجتماعية كخوف المجتمع، مواضيع خوافية أو وضعيات مثل الرهاب الخاصة ورهاب الأماكن المفتوحة الخاص، إثر القلق في القلق المعمم، إثر الانفصال في قلق الانفصال]، فهنا لا تستجيب إلى محاكات اضطراب الهلع. [ملاحظة: أحيانا تكون نوبة الهلع مصحوبة ببدء لاضطراب آخر للقلق، ولكن في أحيان أخرى تصبح نوبات الهلع متوقعة، في حين أن اضطراب الهلع يتميز بعدم توقع ومعاودة النوبة]. (APA, 2012/2013 :213)

2.9. خوف الأماكن المفتوحة:

عندما يكون خوف الأماكن المفتوحة مصحوب مع اضطراب مختلف آخر، يجب الإشارة إلى كليهما، إلا إذا كان الخوف، القلق أو السلوكيات التجنبية لخوف الأماكن المفتوحة تنسب إلى اضطراب آخر. الحكم الإكلينيكي قد يكون ناجع فب هذه الحالات (APA, 2012/2013).

1.2.9. الخوف الخاص، صنف موقفي:

الفرق بين خوف الأماكن المفتوحة والرهاب الموقفي الخاص أن هذا الأخير يشخص عكس خوف الأماكن المفتوحة إذا كان الخوف، القلق أو السلوك التجنبي يكون محصور في موقف واحد من مواقف الخوافية في خوف الأماكن المفتوحة، أما هذا الأخير فيخاف من موقفين فأكثر من المواقف الخوافية. كما أن التشخيص التفريقي يكون على مستوى الأفكار المعرفية للفرد. إذا كان الخوف متعلق بأعراض أخرى للهلع أو تشل من قدراته [مثل الخوف من الوضعية في ذاتها، كالخوف من تحطم الطائرة عند الأفراد الذين يخافون من الطيران]. هنا التشخيص يكون موافق ل الرهاب الموقفي الخاص. (APA, 2012/2013 :221)

2.2.9. اضطراب قلق الانفصال:

يختلف اضطراب قلق الانفصال عن خوف الأماكن المفتوحة في الاختبار النفسي للأفكار المعرفية، فالأفكار في قلق الانفصال مرتبطة بمعاني أخرى كالمحيط العائلي والأسرة [الوالدين أو أعضاء العائلة]، في حين أن الخوف في رهاب الأماكن المفتوحة تشل من قدرات الفرد عند التعرض للوضعيات. (APA, 2012/2013 :221)

3.2.9. اضطراب القلق الاجتماعي (رهاب المجتمع):

يختلف خوف الأماكن المفتوحة عن خوف الاجتماعي في الوضعيات والأفكار المعرفية التي تثير الخوف والقلق والسلوك التجنبي، ففي خوف المجتمع يكون الخوف والقلق يدور حول التقييم السلبي للآخرين. (APA, 2012/2013 :221)

4.2.9. اضطراب الهلع:

إذا تدخلت محاكات اضطراب الهلع في خوف الأماكن المفتوحة، وإذا كان السلوك التجنبي مرتبط بنوبة الهلع وليس بوضعيتين أو أكثر من الوضعيات المفتوحة، لا يشخص الاضطراب على أنه خوف من الأماكن المفتوحة. (APA, 2012/2013:221)

5.2.9. اضطراب الضغط النفسي الحاد واضطراب قلق ما بعد الصدمة:

يختلف كل من الضغط النفسي الحاد وقلق ما بعد الصدمة عن رهاب الأماكن المفتوحة باختبار القلق، الخوف أو السلوك التجنبي الذي يرتبط في الأول بالوضعيات التي تثير لدى الفرد استرجاع الذكريات المتعلقة بالحدث الصادم. إذا كان الخوف، القلق أو السلوك التجنبي منحصر في تذكر الصدمة، والسلوك التجنبي لا يمتد إلى الخوف من وضعيتين أو أكثر من الوضعيات المفتوحة لا يشخص الاضطراب على أنه خوف الأماكن المفتوحة. (APA, 2012/2013 :221)

6.2.9. اضطراب الاكتئاب:

يتجنب المكتئب الخروج من المنزل بسبب الخمول والبلادة، فقدان الطاقة النفسية ونقص تقدير الذات، فقدان اللذة في الحياة [أهميدونيا]، وإذا كان السلوك التجنبي مستقل عن القلق من حدوث نوبة هلع أو أعراض تشل قدرات الفرد، هنا لا يشخص الاضطراب على أنه خوف من الأماكن المفتوحة. (APA, 2012/2013 :221)

7.2.9. وضعيات طبية أخرى:

إذا كان السلوك التجنبي ناجم عن حالة فيزيولوجية لوضعيات طبية لا يشخص على أنه خوف الأماكن المفتوحة، فهذه النتيجة [التشخيص] تركز حول التاريخ المرضي للحالة، النتائج المخبرية والاختبارات الجسدية [الفيزيائية]، فهناك أيضا وضعيات طبية تحدث نتيجة التآكل التطوري للأعصاب تنجم عنها اضطرابات حركية [مثل مرض باركنسون، التصلب العصبي المتعدد]، كذلك الأمراض القلب شريانية، كما هناك أيضا بعض الوضعيات الطبية التي تستدعي تجنب الفرد لبعض المواقف خوفا من الإصابة [كفقر الدم] أو الانزعاج من حدوث شيء إثر المرض [كالإسهال في

مرض كروهن [Crohn]، فيكون تشخيص خوفا للأماكن المفتوحة في حالة إذا كان التجنب ليس نتيجة وضعيات طبية. (APA, 2012/2013 :221)

10. البدء، التطور، والتنبؤ:

متوسط سن البدء لنوبة الهلع في الولايات المتحدة الأمريكية لا تجاوز 22-23 سنة عند الرشد، فإن مسار نوبة الهلع مثلها مثل باقي الاضطرابات العقلية المعادة والتي تتأثر بضغوط الحياة اليومية، إلا أن نوبات الهلع نادرة الحدوث لدى الطفولة المتأخرة، كما أن المراهقين أقل عرضة من الراشدين في الإصابة بنوبة الهلع، كما أنه لا يتحدث كثيرا على الخوف أو الشعور بالضييق المتصل بالأعراض في هذه المرحلة على عكس الراشد. إلا أنها تنخفض في مرحلة الكهولة والشيخوخة وذلك لنقص ردة الفعل الانفعالية، هنا لا يستخدمون مصطلح خوف إنما يستعملون كلمة انزعاج لتعبير عن نوبات الهلع. أيضا في مرحلة الكهولة والشيخوخة (بالنسبة لإحساس بالهلع) يمكن أن يكون ناجم عن اضطراب هجين بين نوبة الهلع محدودة الأعراض والقلق المعمم، فقد تظهر هذه الفئة نوبة هلع اتجاه بعض المواقف المقلقة -الضغط النفسي- [مثل: الإجراءات الطبية، التداير الأسرية]، وإن قد حدثت لهم نوبات هلع في الماضي حتى ولو كانت غير متوقعة، وهذا ما يعتبر نتيجة لنوبة الهلع غير المتوقعة في هذه المرحلة. (APA, 1992/1993 ;2012/2013)

خلاصة:

نستنتج مما سبق أن اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة بمختلف أشكاله موضوع ذا أهمية بالغة، لذا اتجهت نحوه مختلف أنظار الباحثين والمختصين لتفصيل وإعطاء مختلف التفاسير وطرق الكشف عنه، وتقديم علاجات وحلول لهذا الاضطراب من أجل التخفيف من شدة أعراضه والرفع من مستوى الصحة النفسية للحالات التي تعاني منه.

الفصل الرابع:

البرنامج المعرفي السلوكي المقترح لعلاج نوبات

الهلوع وخوف الأماكن المفتوحة:

تمهيد:

1. أهمية البرنامج العلاجي المقترح:
2. أهداف البرنامج العلاجي المقترح:
3. المرجعية النظرية للبرنامج العلاجي:
4. محتوى البرنامج المقترح والفئة الموجهة إليه:
5. الوسائل المستخدمة:
6. خطوات تطبيق البرنامج:

خلاصة:

تمهيد:

يتميز العلاج المعرفي السلوكي ببرامجه المتعددة تعدد الاضطرابات النفسية، فيعتبر علاجاً موجهاً نحو الاضطراب وأعراضه مستخدماً تقنيات وفتيات معينة، خاصة الفتيات المتطورة منها، ومن بين الاضطرابات اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة الذي أخذ مجالا واسعا في البحث خاصة في مجال العلاج المعرفي السلوكي فتنوعت التقنيات المستعملة.

1. أهمية البرنامج العلاجي المقترح:

تتضح أهمية البرنامج العلاجي المقترح في الدفع بالحالات نحو الخفض من درجة الهلع لديهم لتجاوز رهابهم من الأماكن المفتوحة، وبالتالي مواجهة أعباء حياتهم اليومية التي تدفع بهم نحو تحسين كل من وضعيتهم الدراسية/المهنية والاجتماعية/الأسرية التي تعتبر مزرية جراء حدوث نوبات الهلع المتكررة والسلوكيات التجنبية الناجمة عنها، وبهذا تكمن الأهمية في التحسين كل من الحالة المعرفية للحالات بتوعيتهم نحو حالتهم المرضية وأفكارهم التلقائية ليس فقط في الاضطراب بل يتعدى تعاملهم مع مواقف أخرى، وتحسين من الحالة الانفعالية للحالات وذلك بتراجع درجة التوتر والقلق لديهم، كما تتحسن وضعياتهم السلوكية والعلائقية، وبالتالي توجيه الحالات نحو الصحة النفسية وتلاشي الاضطراب.

2. أهداف البرنامج العلاجي المقترح:

لم تختلف أهداف الباحث في برنامجه العلاجي عن الأهداف المسطرة من طرف بيك وكلاارك في علاجهما وتتمثل في:

- تقليل حساسية أو استجابة للأحاسيس الجسدية أو العقلية ذات الصلة بالهلع.
- إضعاف التأويل الخاطئ والكارثي الكامنة وراء مخططات التهديد الجسدي أو العقلي.
- تعزيز قدرات إعادة تقييم المعرفية التي تؤدي إلى اعتماد تفسير بديل أكثر اعتدالا وواقعية للأعراض.
- القضاء على سلوك التجنب والسلوكيات التأمين الأخرى غير القادرة على التأقلم.

- الرفع من قدرات الحالة لتقبل القلق أو الانزعاج وإعادة تأسيس الشعور بالأمان.

3. المرجعية النظرية للبرنامج العلاجي:

تناول الباحث مرجعيته النظرية من النموذج المعرفي لبيك وكلاارك (Beck & Clark, 2010) المأخوذ من كتابهما العلاج المعرفي لاضطرابات القلق (Cognitive Therapy of Anxiety Disorders)، والمأخوذة كلياً من الفصل الثامن من الكتاب.

1.3. وصف نموذج بيك وكلاارك:

يرى كل من بيك وكلاارك وآخرون أن نوبات الهلع هي استجابة فورية وآنية، فالعمليات النفسية المسؤولة في المقام الأول عن ظهور واستمرار الهلع تحدث ضمن المرحلة الأولى من النموذج المعرفي، أما العمليات المعرفية الأساسية للهلع بعد ذلك، تحدث على مستوى التنشيط التلقائي. من هنا فإن المرحلة الثانية من العمليات تتمثل في الجهود المعتمدة من الفرد للتعامل مع القلق المتزايد وتحسباً للهلع، هذا ما يجعلها عبارة عن عوامل ثانوية لاستمرار الاضطراب. وبهذه الطريقة فإن الأساس المعرفي للهلع مختلف تماماً عن باقي مجموع اضطرابات القلق حيث تلعب عمليات المرحلة الثانية دوراً أكثر أهمية في هذا الاضطراب. (Beck & Clark, 2010:289)

وضع النموذج المعرفي للهلع لأول مرة في منتصف إلى أواخر الثمانينات من القرن الماضي من قبل بيك (Beck, 1988; Beck et al, 1985; Beck et Greenberg, 1988; DM Clark et Beck, 1988) وفي أبحاث أخرى مع كلاارك (DM Clark 1986a, 1988, 1996; DM Clark et al, 1988) في (Beck & Clark, 2010:289). وتجدر الإشارة إلى أن هذا النموذج المعرفي وضع لشرح الحالة المرضية لنوبات الهلع المتكررة أو اضطراب الهلع على غرار نوبات الهلع العرضية المنتشرة في الأوساط الاجتماعية. (D. M. Clark, 1997; Eifert, Zvolensky, & Lejuez, 2000) في (Beck & Clark, 2010:289)

1.1.3. تفعيل والاهتمام (الانتباه):

التغيرات التي تطرأ على الحالة الداخلية للفرد مثل حدوث أو تفاقم بعض الأحاسيس الجسدية [على سبيل المثال، الشعور بضيق في الصدر، ضيق في التنفس، زيادة معدل ضربات القلب والغثيان أو العمليات العقلية على سبيل المثال، فراغ العقل من الأفكار، الشعور بنفي الواقع أو الذات] هي العناصر الرئيسية المسببة لنوبات الهلع. في معظم الحالات المثيرة للخارجة أو الوضعيات المتكررة هي المنشطات الأساسي لنوبة الهلع، وذلك لأن لديها القدرة على إثارة الأحاسيس الجسدية التي ينظر إليها الفرد على أنها تهدد حياته. فمعظم الحالات تعاني من مجموعة أعراض الهلع [المذكورة في الفصل السابق]، وحسب الحالات المدروسة من طرف بيك وكلاارك فإنها تنتبه إلى حدوث تغييرات في حالتها الفيزيولوجية كلما كانت في وضعيات تثير الهلع، وهذا ما ينشط القلق المتزايد والهلع المتوقع (D. M. Clark, 1986a) في (Beck & Clark, 2010:289). بطبيعة الحال تبدأ الحالات بتجنب هذه الوضعيات لأنها تدخل الشعور بالتهديد الجسدي والإحساس بالتغير الفيزيولوجي الحاد، وظهور أعراض الهلع. في خوف الأماكن المفتوحة الشديد هناك عدة وضعيات أو مواقف خارجية يمكن أن تؤدي إلى حالة من الهلع لأنها تحدث حالة من الخوف الداخلي. إن العمليات الفيزيائية [الجسدية] والعقلية التي يتم إدراكها بشكل خاطئ وعلى أنها بمثابة تهديد وشيك هي في معظم الأحيان ناجمة عن القلق، وفي بعض الأحيان بسبب حالات أخرى انفعالية، الضغط النفسي، المجهود البدني، تناول المواد التي تحتوي على الكافيين أو غيرها من المواد الكيميائية، أو حتى زيادة أو انخفاض في الوظيفة الفسيولوجية. (D. M. Clark, 1986a, 1988, 1996) في (Beck & Clark,) (2010:289)

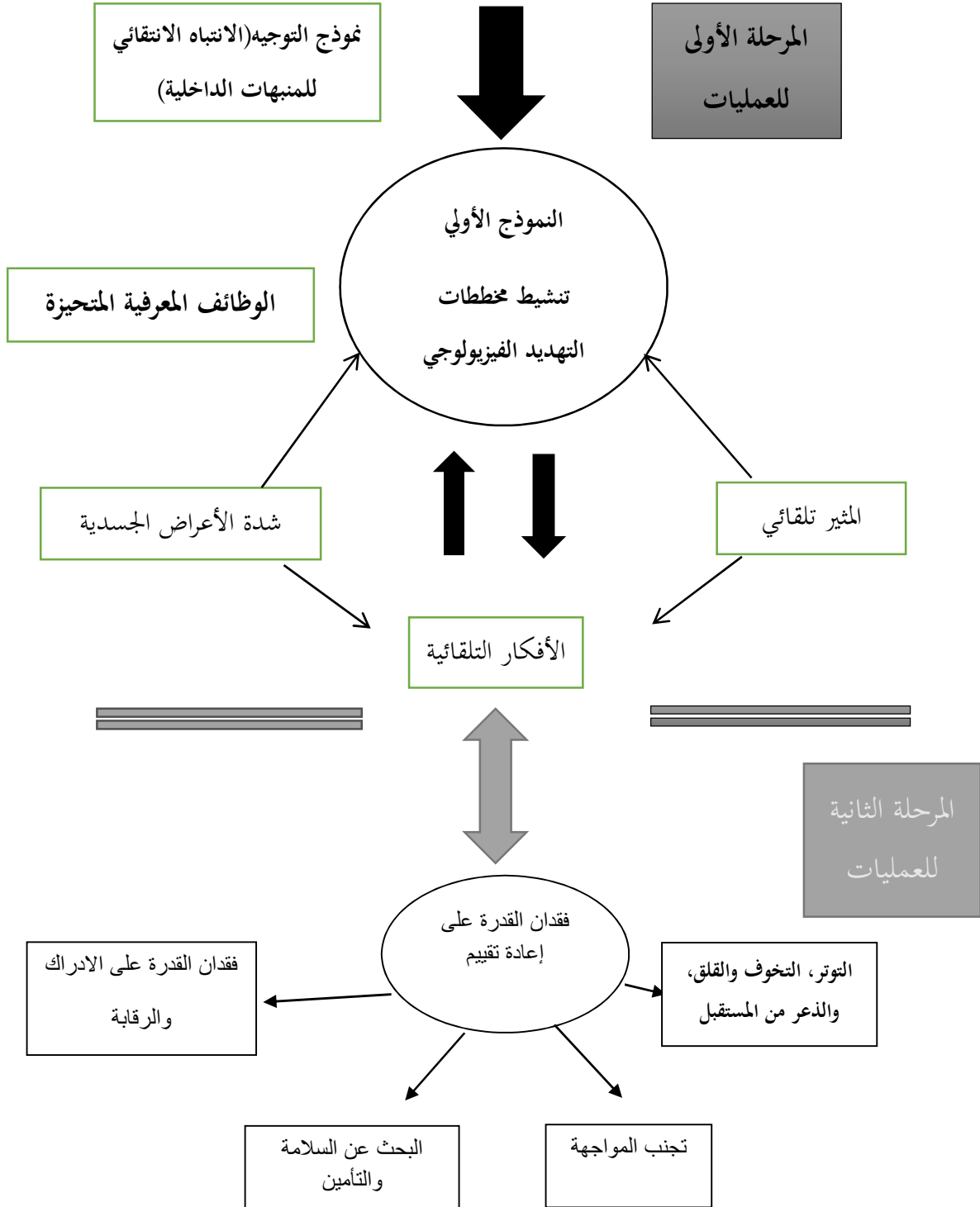
كما يظهر في الشكل "5"، يتوجه الأفراد المعرضون لنوبات الهلع نحو توقعاته اتجاه العمليات الجسدية الداخلية أو العقلية منها، فالأفراد المصابين بنوبات الهلع نجدهم جد متيقظين اتجاه إعادة تجربة هذه الأحاسيس، ويتركز اهتمامهم [الانتباه واليقظة المفرطة اتجاه الأعراض الجسدية منها والعقلية] على أي تغيير في الأداء الذي قد يبدو غير طبيعي (Beck, 1988) في (Beck & Clark,)

289:2010). لذا يتوجه الأفراد المصابين باضطرابات الهلع نحو سرعة رصدهم أي تغيرات أو أحاسيس داخلية [استبطان أحاسيسهم] والتي قد تمثل خطرا مباشرا ووشيكاً يهدد حياة الخوافي. هذا الكشف أو الرصد المبكر التلقائي [الأوتوماتيكي] وغير الواعي للأحوال الداخلي أدى إلى ظهور فرط الحساسية للتغيرات الجسدية.

الشكل رقم "5" يمثل النموذج المعرفي لاضطراب الهلع:

المؤشرات المنشط، المنبه:

[الإحساس الجسدي الداخلية، وتغير الفسيولوجية]



(Beck et Clark, 2010 : 290)

2.1.3. تنشيط المخططات:

ويرى كل من بيك وغرينبرغ (Beck & Greenberg, 1988) في (Beck & Clark,) (2010: 291) معاودة نوبات الهلع في النموذج المعرفي تحدث بسبب تنشيط المخططات الدائمة [المعتقدات] المتعلقة بالخطورة اتجاه بعض التغيرات الفيزيولوجية. إن مخططات التهديد الفيزيولوجي والعقلي متوازية مع مخططات التهديد الأولية التي تسيطر على حالة القلق. كما أعطيا بعض الأمثلة عن المخططات المتعلقة بالأعراض ك: " الخفقان السريع لقلبي والألم الموجود في صدري قد يفسرها الفرد على أنهما علامات الإصابة بنوبة قلبية قاتلة"، " نوبات الضيق التنفسي التي تحدث لي يمكن أن تؤدي إلى الاختناق والموت"، "قد يكون سبب نوبات الدوار التي تحدث لي ورم في المخ"، "هذا الشعور بالغثيان قد يكون نتيجة لمريض في جهاز الهضمي"، "الشعور بالتوتر والعصبية قد تؤدي إلى فقدان السيطرة والهلع الشديد"، أو "قد أفقد السيطرة على انفعالاتي وأجنّ". إن المخططات التهديد الفيزيولوجية والعقلية التي تهيئ بعض الأفراد لإعادة تجربة نوبات الهلع المتكررة وتشمل موضوعات ضعف أو هشاشة الشخصية، والعجز، خطورة معينة في الحالة الداخلية، والتصاعد السريع للقلق.

هناك ارتباط وثيق بين الأعراض جسدية والأحاسيس النفسية والمعتقدات العقلية التي تكمن وراء سوء التفسير الكارثي للاستبطان الداخلية. يعرض الجدول "2" الارتباط بين بعض الأحاسيس الداخلية المشتركة والمخططات التهديد الفيزيولوجية أو العقلية الملاحظة غالباً في اضطراب الهلع.

حسب كلارك (M.D Clark, 1986a) في (Beck & Clark, 2010: 291) أن مخططات الهلع ذات الصلة بردود الفعل الفطرية يمكن أن تكون متغيرة، حتى أن بعض الأفراد البالغين في تيقنهم بالمعتقدات التهديد في بعض الأحاسيس الداخلية، والبعض الآخر سوف يسيئون تفسير مجموعة كبيرة من الظواهر الجسدية والعقلية على أنها تهديد، كما أن البعض الآخر يصرحون أن هناك بعض مخططات التهديد الفيزيولوجية هي التي تكون أكثر هيمنة في بعض الأحيان.

الجدول "2" العلاقة بين الأحاسيس الداخلية للهلع ومخططات التهديد الفسيولوجية وعقلية.

المخططات التهديدية الفيزيولوجية/العقلية	الأحاسيس الداخلية
الاعتقاد بسهولة التعرض لنوبات قلبية.	الشعور بضيق الصدر، ألم، زيادة خفقان القلب.
الاعتقاد بإمكانية الاختناق والموت.	ضيق في التنفس، الإحساس بالاختناق، وعدم انتظام التنفس.
الاعتقاد بفقدان السيطرة أو القيام بشيء محرج أو جنوني، أو وجود ورم في المخ.	الدوخة، الدوار، إغماء.
الاعتقاد أنه سيتقي بطريقة غير إرادية.	الغثيان، مغص في البطن.
الاعتقاد بإمكانية الإصابة بسكتة دماغية أو فقدان المرء لقدراته العقلية.	تخدر، وخز في الأطراف.
الاعتقاد بأن هذه الأعراض مؤشرا على فقدان السيطرة والتي يمكن أن تؤدي إلى نوبة الهلع الشديد وفقدان الوظيفة (المهنة) في نهاية المطاف.	منفعل، متوترة، وسريع الإثارة.
الاعتقاد بأن هذه الأعراض تؤدي إلى فقدان السيطرة وغالبا ما تكون مقدمة لحالة من الهلع الشديد.	الشعور بعدم التوازن، ارتجف.
الاعتقاد بفقدان السيطرة على القدرات العقلية، وفي نهاية المطاف بفقدان الوظيفة	النسيان، السهو، فقدان التركيز.
	مشاعر نفي الواقع، ونفي الذات.

المعرفية.	
الاعتقاد بأن هذه الأعراض قد تؤدي إلى توقف الوظائف العقلية أو الجنون.	

(Beck & Clark, 2010 :291)

كما يضيف (M.D Clark, 1997) في (Beck & Clark, 2010 :292) اكتساب معظم مخططات التهديد الفيزيولوجية [على سبيل المثال، "خفقان القلب خطر"] يرجع إلى تاريخ التعلم المسبق والظروف المرتبطة بأول نوبة هلع؛ على سبيل المثال، فإنه من الشائع بالنسبة للأفراد الذين يعانون من ألم في الصدر أن يذهب أولاً إلى جناح الطوارئ في المستشفى حيث يتلقون تقييم كاملاً حول القلب؛ ويمكن لهذه الخبرات تعزز المعتقد التالي "ألم في الصدر يمثل خطراً وشيكاً لحدوث نوبة قلبية والموت ممكن"؛ ومن الواضح أن مثل هذه التجارب يمكن أن تؤدي إلى المخططات التي تدور حول خطورة آلام الصدر واضطراب الهلع.

حسب بيك (A. Beck, 1988) في (Beck & Clark, 2010 :292) من أجل تنشيط المخططات التهديد الفيزيولوجية والعقلية، يجب أن تصل الأحاسيس الداخلية المرتبطة بالنوبة إلى عتبة معينة من الشدة، على سبيل المثال: الأفراد لا يعانون من القلق المتزايد حتى يشعرون بضيق التنفس الشديد بما فيه الكفاية فيتساءلون عما أنهم يتحصلون على ما يكفي من الهواء، هذا من جهة ومن جهة أخرى عندما يحدث تنشيط مخططات النتيجة الرئيسية التي تظهر في التأويل الخاطئ والكارثي للإحساسات الداخلية. بمجرد تنشيط المعتقدات المرتبطة بخطر ضيق التنفس، والاختناق، ونقص الأوكسجين المنشطة عن طريق الانتباه لهذه الأحاسيس المتعلقة بالجهاز التنفسي، تظهر الحالات تأويلاً تلقائياً وسريعاً، خاطئاً وكارثياً حولها، "هناك شيء لا يرام في حالة التنفس لدي وأنا لا أحصل على ما يكفي من الأوكسجين، ويمكنني أن أختنق حتى الموت". وهكذا الأساس المعرفي

للتأويلات الخاطئة والكارثية للأحاسيس الجسدية هو المفعول والمنشط الأساسي للمخططات المرجحة ودائمة الموجهة نحو تهديد الخطر الوشيك المرتبطة ببعض الأحاسيس الجسدية أو العقلية.

3.1.3. التأويل الخاطئ والكارثي للأحاسيس الداخلية:

يرى بيك وكلاارك وآخرون (Beck, 1988 ; Beck et al, 1985 ; D. M. Clark, 1986a) في (Beck & Clark, 2010:292) أن العملية المعرفية المركزية المسؤولة عن استمرار الهلع هو التأويل والفهم الخاطئ والكارثي للأحاسيس الجسدية أو العقلية؛ فكثير من الأحيان النتائج الكارثية المرتبطة بالأحاسيس الجسدية كالموت الناجم عن النوبات القلبية، الاختناق، أو ما شابه ذلك، في حين أن الكارثة المتصورة [في نوبات الهلع] قد تحدث فقدان السيطرة الذي يؤدي بدوره إلى الجنون [أي: "سأصبح مجنوناً"]، أو يتصرف الفرد بطريقة محرجة أو مذلة أمام الآخرين، علاوة على ذلك، يمكن أن يكون الخوف من نوبات الهلع قويا لدرجة أن تكون الكارثة المحتملة معاودة حادة لنوبة هلع كاملة أخرى. أيًا كانت الطبيعة الحقيقية للكارثة المهابة، يُساء تفسير الأحاسيس الناجمة عنها ككارثة جسدية أو عقلية وشيكة. قبل تسارع الهلع، يجب أن يُدرك التهديد الكارثي على أنه أمرًا وشيك الوقوع؛ إذا كان التأويل الخاطئ هو مجرد مبالغة في التهديد فيحدث القلق إلى حين حدوث الهلع كمنشط لهذا الأخير؛ فإن ظهور سوء التأويل الكارثي هو الأساس المعرفي للعمليات المعرفية الأخرى التي تساهم في تنشيط اضطراب الهلع (انظر الشكل 5). يرى كلاارك (DM. Clark, 1988) في (Beck et Clark, 2010:293) أن التفسير الكارثي للأحاسيس الجسدية هو السبب الأساسي لحدوث نوبة هلع ويمثل سمة معرفية دائمة [الضعف] وهذا واضح حتى عند الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهلع وليسوا بقلقين.

4.1.3. أعراض التكثيف والدفاع:

إن التفسير الخاطئ والكارثي للأحاسيس الجسدية تسبب تكثيف الأحاسيس الداخلية التي يخشاها بيقظة زائدة والتركيز الداخلي على الرصد داخلي لها؛ فتحدث حلقة مفرغة ناجمة عن شدة تصاعد الإحساسات الفيزيولوجية من جهة والعمليات العقلية التي من شأنها تعزيز الفهم الخاطئ

للكارثة البدنية أو العقلية الوشيكة من جهة أخرى. (Beck, 1988 ; D. M. Clark, 1997) في (Beck & Clark, 2010 :293)

بالإضافة إلى تكثيف التلقائي للأعراض، فإن التفسير الخاطئ والكارثي يؤدي إلى محاولات فورية للهروب. ومرة أخرى، ينظر إلى الجهود الرامية إلى الهروب كرد فعل تلقائي وغير طوعي لتفعيل مخطط التهديد الفيزيولوجي وسوء التفسير الكارثي للإحساس الجسدي، فالشخص الذي يخاف من ضيق في الصدر سرعان ما يقوم بنشاط معين عندما يتم الكشف عن الإحساس الجسدي، والمريض الذي لديه شعور عميق لنفي الواقع [لا واقعية الأحداث] في غرفته بالفندق بعد القيادة في حركة المرور الكثيفة في مدينة نيويورك ثم تناول العديد من المشروبات الكحولية من أجل الاسترخاء، فهذه الردود هي محاولة للهروب من الشعور بنفي الواقع [لا واقعية الأحداث] الذي فسره كعرض من أعراض الجنون. في حالة القلق المتزايد والهلع، تكون استجابة الهروب ناجمة عن سوء التأويل الكارثي يمكن أن يحدث تلقائياً دون أي تخطيط مسبق أو جهد ذاتي، كما هو ملاحظ في الشكل "5" فإن تكثيف الأحاسيس الجسدية والهروب كاستجابة سيسهم في تفعيل المستمر لمخططات الهلع. (Beck & Clark, 2010 :293)

5.1.3. فقدان القدرة على إعادة تقييم:

وفقاً لبيك (Beck, 1988) في (Beck & Clark, 2010 :293) تفكك العمليات العكسية العلية من المعالجة المعرفية التلقائية هو شرط ضروري لحدوث نوبة الهلع، وهكذا فإنه يرى أن فقدان القدرة على إعادة تقييم [الأسباب] العملية المركزية في مرحلة الإعداد الثانوي هي المسؤولة عن استمرار القلق والهلع؛ فتفعيل المخططات التهديد الفيزيولوجية وسوء التأويل الكارثي التابع للأحاسيس الجسدية يهيمن على معالجة المعلومات ويثبط قدرة المريض بالهلع لتوليد تفسيرات بديلة أكثر واقعية، ومستحسنة من الأحاسيس المخيفة. إذا كانت إعادة تقييم التهديد المتصور هو ممكن، فإن سوء التفسير الكارثي سيتم رفضه وتفنيده وأن التصعيد في حالة الهلع يتم إحباطها.

كما يضيف (Beck & Clark, 2010: 294) أن فقدان القدرة على إعادة تقييم يظهر لنا بوضوح عند شباب يعاني من اضطراب الهلع، والذي كان لديه خوف من زيادة مفاجئة في معدل ضربات القلب، ففي بعض المواقف مثل الجلوس على جهاز الكمبيوتر، يدرك زيادة في معدل ضربات القلب التي أثارت الفكر الخوافي "لماذا تسارعت ضربات قلبي؟" وكانت له كامنة وراء المخططات التهديد الفسيولوجية "أنا عرضة للنوبات قلبية"، "إذا كان معدل ضربات القلب مرتفعاً، قد أصاب بنوبة قلبية"، و"قد أكون مريضاً بالقلب". عند تنشيط هذا المخطط يحث سوء فهم كارثي وبالتالي هو غير قادر على تقييم الموقف بشكل صحيح "ضربات قلبي تتسارع، قد أصاب بنوبة قلبية". في هذه المرحلة هو غير قادر على توليد تفسير بديل لزيادة معدل ضربات القلب، وهكذا أصبح لديه اضطراب الهلع. ولكن في وضعيات أخرى، مثل عند العمل في صالة الألعاب الرياضية [على النحو الموصي به من قبل طبيبه]، يلاحظ زيادة معدل ضربات القلب، هنا يتساءل عما إذا كان علامة على وجود مشكلة في القلب، ولكن سرعان ما يعيد تقييم الأحاسيس على أنه نشاطه البدني. أحد الأهداف الرئيسية للعلاج المعرفي للهللع هو تحسين قدرة المريض على إعادة تقييم الأحاسيس الداخلية الفظيعة مع تفسيرات بديلة أكثر واقعية، معقولة، وحميدة.

6.1.3. العمليات المسهبة الثانوية الأخرى:

كما هو موضح في الشكل "5" هناك عدد آخر من العمليات المعرفية والسلوكية الثانوية التي تحدث نتيجة للتفكك المنطق المسهب عن التقييم التلقائي للتهديد كارثية. أشار بيك وآخرون (Beck, 1985) في (Beck & Clark, 2010: 294) إلى أن سمة الغالبة للنوبات الهلع على أنها تجربة قلق عارمة ومسيطرة. بعد حدوث نوبات الهلع المتكررة يفكر الفرد أن القلق بمثابة تصعيد لا يمكن السيطرة عليه بسرعة فيتعلم الفرد الهلع من هذه التجربة.

في العملية المعرفية الثانية في مرحلة مسهب هو التخوف والتفكير بشأن تصاعد القلق وتكرار نوبات الهلع. ويتركز القلق في اضطرابات الهلع بشكل حصري تقريبا على نوبات الهلع والحساسية الفرطة اتجاه تصاعد القلق. فمثلا بعد عدد من جلسات العلاج المعرفي لنوبات الهلع مع هيلين ورغم

ذلك، لا يزال لها الخوف والقلق بشأن احتمال الانتكاس إلى مرحلة شديدة من النوبة. على سبيل المثال، كانت تفكر في تغيير الوظائف، والانتقال إلى مدينة جديدة ولكن كانت مترددا جدا لإجراء أية تغييرات خوفا من أن يزداد القلق ويؤدي إلى مرحلة جديدة من نوبات الهلع. (Beck & Clark, 2010: 294)

مع اسهاب معالجة المعلومات التي تهيمن عليها إدراكات القلق والخوف المتصاعد الذي لا يمكن السيطرة عليه وتصاعد القلق والخوف المستمر والهلم الزائد بشأن الهلع، وفقدان النظام الأعلى المنطقي المناقض للتصدي لهيمنة التفكير الكارثي، فليس من الغريب أن الشخص الذي يعاني من اضطراب الهلع يتجه نحو التجنب ونحو استراتيجيات الأمان والسلامة الأخرى باحثا بذلك لممارسة تحكم ورقابة أفضل على حالته الانفعالية السلبية. ومع ذلك، هناك الآن أدلة كثيرة على أن تجنب رهاب الأماكن المفتوحة يساهم فعلا في استمرار وزيادة شدة اضطراب الهلع (انظر المناقشة السابقة). وعلاوة على ذلك يرى كلارك (D. M. Clark, 1997, 1999) في (Beck & Clark, 2010: 294)، فإن الاعتماد على السلوكيات الأمان مثل حمل دواء مزيل القلق في حالة الطوارئ، مرافقة أحد أفراد العائلة أو صديق، أو قمع الانفعالات القوية والأفكار غير المرغوب فيها، يمكن أن تسهم فعلا في استمرار الهلع من خلال الحفاظ على اعتقاد الشخص أن بعض الأحاسيس الداخلية خطيرة.

كما يتبين من الشكل "5"، هناك علاقة متبادلة قوية بين العمليات المعرفي المتعلقة بالهلع التي تحدث في وقت مبكر وعلى مستوى التفسير الكارثي التلقائي، وتلك التي تحدث في وقت لاحق في المرحلة المسهبة الثانوية. ومع ذلك، فإن عدم قدرة التفكير مسهب الثانوي للتصحيح التلقائي لتقييم التهديد الكارثي للأحاسيس الجسدية المسؤولة عن استمرار وجود حالة الهلع وتطوير اضطراب الهلع. العلاج المعرفي السلوكي للهلع، بعد ذلك، يركز على تعديل التفكك معالجة بين مستويين من المعالجة بحيث يتم قبول تفسير أكثر اعتدالا للأحاسيس الداخلية التي كان يخشاها في السابق. (Beck & Clark, 2010: 295)

2.3. وصف العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الهلع:

وضع بيك وكلاارك (Beck & Clark, 2010 :313) خمسة أهداف رئيسية في العلاج المعرفي لاضطرابات الهلع، أول هدفين متعلقين بمعالجة تهديد المخططات التلقائية التي تحدث أثناء استجابة الخوف الفورية [المرحلة الأولى]، في حين أن الأهداف المتبقية تشير إلى الاستجابات التي تحدث أثناء المعالجة التحضيرية [المرحلة الثانية] (انظر الشكل 5). أهداف المعالجة الأولية هي:

- تقليل حساسية أو استجابة للأحاسيس الجسدية أو العقلية ذات الصلة بالهلع.
- إضعاف التأويل الخاطئ والكارثي الكامنة وراء مخططات التهديد الجسدي أو العقلي.
- تعزيز قدرات إعادة تقييم المعرفة التي تؤدي إلى اعتماد تفسير بديل أكثر اعتدالا وواقعية للأعراض.

- القضاء على سلوك التجنب والسلوكيات التأمين الأخرى غير القادرة على التأقلم.
- الرفع من قدرات الحالة لتقبل القلق أو الانزعاج وإعادة تأسيس الشعور بالأمان.
- يعرض الجدول "3" الخطوات الرئيسية في العلاج المعرفي المستخدمة لتحقيق هذه الأهداف.

<ul style="list-style-type: none"> ● تعليم النموذج المعرفي لعلاج الهلع. ● تفعيل المخططات والتعرض للأعراض. ● إعادة التأهيل المعرفي للتأويلات الخاطئة والكارثية. ● اختبار الفرضيات التجريبية للتفسير البديل. ● التعريض التدريجي للمواقف الخوافية. ● تقبل الأعراض والسلامة تأويلها. ● الوقاية من الانتكاس. ● إعادة التأهيل التنفسي (اختياري).
--

(Beck & Clark, 2010 :314)

3.2.2.2. تحسيس العملاء بالنموذج المعرفي لعلاج الهلع:

حسب بيك وكلاارك (Beck & Clark, 2010: 314) يركز المعالج في الحصة العلاجية الأولى على تعليم العميل التفسير المعرفي لنوبات الهلع المتكررة - إذا كان قد تم اتباع استراتيجية التقييم المعرفي - لأن أمام المعالج مجموعة كبيرة من المعلومات الهامة المتوفرة لتثقيف العميل مثل المواقف المنشطة لنوبات الهلع، الأحاسيس الجسدية المؤلمة، تفسيرات الخاطئة والكارثية، والسلوك التجنبي غير التكيفي / البحث عن السلوكيات التأمينية. وهكذا يمكن للحالة تحديد الحلقة النموذجية للهلع من الجدول. كما أن استخدام المعالج المعرفي للاستجاب السقراطي [الأسئلة السقراطية] يسمح له بالكشف عن تجربة العميل خلال هذه الحلقة من الهلع وتفسيرها عن طريق الأعراض؛ ولكن هذا لا يتم إلا عن طريق العملية التعاونية بين المعالج والعميل للوصول إلى الحلقة المفرغة لشكل الهلع حسب الأعراض الموجودة في الدليل التشخيصي [DSM V] حسب الباحث، ومن المهم أن يسجل المعالج الأفكار والمشاعر المحددة المرتبطة بحلقة الهلع والذي قدم شرحا معرفيا بأنها "أحد التفسيرات المحتملة لأسباب الهلع التي تحتاج لفحصها."

في هذه المرحلة الأولية من العلاج فمن غير المرجح أن للعميل استعداد للتخلي عن التأويلات الخاطئة والكارثية وتبني التفسير المعرفي بدلا من ذلك الهدف الموجود في الدورة التعليمية فهو مجرد تقديم تفسير بديل للهلع الذي يوفر الأساس المنطقية للعلاج، وتنتهي الحصة عادة مع تحديد الواجبات المنزلية التي يستمر عملاء بالتسجيل في الجداول الخاصة بالهلع، ولكن هذه المرة يجربون ما إذا كانت خبرات القلق والهلع تتفق أم لا مع التفسير المعرفي، عند استعراض الواجبات المنزلية في الحصة اللاحقة، من المهم أن الخبرات القلق التي تظهر للمعالج على عكس النموذج وتعزز ملاحظات العميل التي تنسجم مع التفسير المعرفي. (Beck & Clark, 2010: 314-315)

المبدأ التوجيهي العلاجي "1":

استخدام الحلقة مفرغة للبدء في تثقيف العملاء إلى النموذج المعرفي وتسليط الضوء على الدور المحوري للتفسيرات الخاطئة والكارثية في استمرار الهلع. (Beck & Clark, 2010: 315)

3.2.3. تفعيل المخططات والتعرض للأعراض:

يعتبر هذا المبدأ أساسيا في العلاج المعرفي السلوكي للهلع حسب بيك وكلاارك وآخرون (Beck, 1988; Beck et Greenberg, 1988; D.M. Clark, 1997; D. M. Clark et al., 1986) في (Salkovskis, 1986) ويعتمد على استخدام التمارين في الحصة العلاجية، وذلك بإدخال على العميل نفس الأحاسيس الجسدية التي يخشى وقوعها؛ حيث أن كل من كلاارك وسلكوفسكي (D.M. Clark & Salkovskis, 1986) في (Beck & Clark, 2010) في (315: 2010) في بدايات تطور العلاج المعرفي السلوكي للهلع، كانا يطلبان من المرضى إجراء تمرين التنفس المفرط لمدة دقيقتين بشكل دائم تليها تعليم العميل مجموعة من التعليمات المتعلقة بالسيطرة على التنفس من أجل إدخال تنفس مفرط كتفسير بديل محتمل لحدوث الأحاسيس الجسدية الشديدة؛ ومع ذلك، فمن المعروف الآن أن فرط التنفس ربما يلعب دورا أقل أهمية في هلع، لذا لم يعد يوصى بالسيطرة على التنفس مع معظم الحالات وبصفة دائمة؛ وعلاوة على ذلك لذا يرى ويت وبارلو (White & Barlow, 2002) أنه يستخدم في العلاج المعرفي السلوكي مجموعة متنوعة من التمارين مرارا وتكرارا وعلى طوال مدة العلاج استنادا إلى الآثار الإيجابية للتعرض للحد من الهلع. (Beck & Clark, 2010 :315)

تلعب تمارين التعرض للأعراض دورا مهما في العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الهلع، لأنها تسمح بالتنشيط المباشر لمخططات التهديد، وإعطاء فرصة لتغلب على التأويلات الخاطئة والكارثية للأحاسيس الجسدية. عادة إنتاج المتعمد للأعراض مثل الدوخة، وخفقان القلب، وضيق التنفس... الخ، أثناء وجود المعالج هي أقل شدة وأكثر تحملا من قبل المريض مما كانت عليه في الحياة الحقيقية. وبهذه الطريقة يتعلم العميل أن بعض الأحاسيس الجسدية ليست دائما مخيفة، وأن الأحاسيس الجسدية لا تؤدي دائما إلى نتائج كارثية، وتفاقم الأحاسيس غير المرغوب فيها يمكن أن يكون راجعا إلى أسباب أخرى أكثر اعتدالا. غالبا ما يكون التعرض للأعراض أثناء الحصة هي أول الأدلة التجريبية المباشر التي تتحدى التفسيرات الخاطئة والكارثية. بعد المضي قدما في العلاج، يختبر المعالج

على الدوام مع العملاء من حيث إذا كانت خبراتهم تأكيد أو لا تؤكد سوء الفهم الكارثي من الأحاسيس الجسدية. كذلك يتم تقديم تدريبات التعريض في الحصة الثانية أو الثالثة وتكرر في كثير من الأحيان في جميع أنحاء العلاج. في نهاية المطاف يتم تعيين تعريض الأعراض كواجب منزل مع العملاء، وذلك بإعطائهم تعليمات لممارسة التمارين التي تعيد إنتاج الأحاسيس الجسدية [عمدا] التي يخشونها لأول مرة، وبعد ذلك التي يخشونها في الحالات المثيرة للقلق. (Beck & Clark, 2010:315-316)

قبل إدراج التعريض للأعراض من المهم تحديد ما إذا كان العميل لديه أي موانع طبية للمشاركة في هذه التمارين؛ بالطبع يجب أن يكون العميل قادرا جسديا على القيام بالتمارين وعلى استعداده لتحمل مستوى معتدل من عدم الراحة والقلق، يجب أن تؤخذ أي مشاكل طبية يمكن أن تسوء بسببها حالة العميل بسبب ممارسة التعريض، كما ربما يجب من قبل الأخذ بعين الاعتبار التشاور مع طبيب العائلة على الحالة الصحية للعميل. يعطي تايلور (Taylor, 2006) في (Beck & Clark, 2010:316) مختلف الظروف الصحية التي تستدعي الحذر الشديد عند استخدام التمارين التعريض [على سبيل المثال: آلام أسفل الظهر، والحمل، نقص ضغط الدم الوضعي أو مرض الرئة الانسدادي المزمن، الربو الحاد، أو أمراض القلب].

ويعرض الجدول "4" قائمة من تمارين التعريض للأعراض الأكثر شيوعا التي تثير الأحاسيس الجسدية كما يعرض مثال نموذجي على سوء الفهم التهديد المرتبطة بالأعراض، كما يتبين من هذا الجدول، فإن معظم هذه التمارين قصيرة جدا، ويجب أن تكرر في كثير من الأحيان على حد سواء داخل الحصة وفي الواجبات المنزلية. وجد تايلور (Taylor, 2005) وأنتوني وآخرون (Antony et al., 2005) في (Beck & Clark, 2010:316) أن كل من الأحاسيس ضيق التنفس، الاختناق والدوخة، أو الشعور بالإغماء أو الوخز وتسارع ضربات القلب هي الأحاسيس الجسدية الأكثر شيوعا التي تسببها هذه التمارين، وعلى الرغم من أن ثلثي مجموعة أعراض اضطراب الهلع في الدراسة أشارت أن واحد أو أكثر من تمارين تحريض الأعراض تعدل على الأقل الخوف، ومعظم التمارين

تخفف فقط من شدة الأعراض كالدوران، فرط التنفس، والتنفس من خلال أنبوب، واستخدام خافض اللسان تعتبر التمارين الأكثر نجاحاً؛ وهناك عمليات أخرى مثل رفع الرأس بسرعة، التحديق في ضوء، وشد العضلات، الجري الموضعي، أو الجلوس بالقرب من سخان تعتبر تمارين غير فعالة نسبياً.

المبدأ التوجيهي العلاجي "2":

تعتبر حصص التعريض للأعراض عنصر أساسياً في العلاج لتفعيل مخططات الخوف ذات صلة بالهلع والمواجهة المباشرة لأسباب سوء التأويل الكارثي للأحاسيس الجسدية؛ يجب أن تقدم مبررات قوية لتعريض للأعراض، وتستخدم هذه التمارين مراراً وتكراراً طوال العلاج كما تعاد على شكل واجبات منزلية، كما أن بعض التمارين هي أكثر فعالية من غيرها في إثارة الأحاسيس الجسدية التي تشبه إلى حد ما تحدث بشكل طبيعي نوبات الهلع. (Beck & Clark, 2010 :316)

الجدول "4": تمارين التعريض للأعراض المستخدمة في علاج اضطراب الهلع

التمرين	آثار الإحساس الجسدي	مثال على سوء التأويل التهديدي
1. اللهث (فرط التنفس) لمدة دقيقة واحدة	ضيق التنفس، الإحساس بالاختناق	"لا يمكنني التحمل، لو استمرت هكذا سأنهار"
2. امسك التنفس لمدة 30 ثانية	ضيق التنفس، الإحساس بالاختناق	"ماذا لو كنت لا أستطيع التنفس بشك طبيعي؟ سأختنق".
3. تنفس من خلال أنبوب الضيق لمدة دقيقتين	ضيق التنفس، الإحساس بالاختناق	"أنا بحاجة للحصول على المزيد من الهواء أو سأختنق".
4. الدوران بوتيرة متوسطة حول نفسه وقوفاً لمدة دقيقة	الإحساس بالدوار أو الاغماء	"إذا استمر الشعور بالغثيان، سأتقي".

<p>"عندما أشعر بالدوار، وهذا يمكن أن يكون علامة على وجود جلطة؟"</p>	<p>الإحساس بالدوار أو الاغماء</p>	<p>5. وضع الرأس بين الركبتين لمدة 30* ثوان ثم رفع الرأس بسرعة</p>
<p>"عند الشعور بالدوار أخاف فقدان الاتصال مع الواقع الذي يمكن أن يؤدي إلى الإصابة بالجنون".</p>	<p>الإحساس بالدوار أو الاغماء</p>	<p>6. يهز رأسه بسرعة من جانب إلى آخر لمدة 30 ثانية</p>
<p>" سوف يلاحظ الناس أنني أرتجف وأعتقد أن هناك شيئاً خاطئاً معي".</p>	<p>الارتجاف والاهتزاز</p>	<p>7. شد جميع عضلات الجسم لمدة دقيقة</p>
<p>"سأصاب بنوبة قلبية".</p>	<p>الخفقان، زيادة ضربات القلب، اللهث، الإحساس بالاختناق، والتعرق</p>	<p>8. الجري الموضعي لمدة دقيقة</p>
<p>"سيشمئز الناس بسبب التعرق".</p>	<p>اللهث، الإحساس بالاختناق، والتعرق</p>	<p>9. الجلوس أمام المدفأة لمدة دقيقتين (الحمام)</p>
<p>"هذا الاختناق شعر سيئة للغاية يمكن أن يتسبب لي بالتقيؤ".</p>	<p>الإحساس بالاختناق</p>	<p>10. خافض اللسان إلى الخلفي لمدة 30 ثانية</p>
<p>لعالم المحيط بي أشعر أنه غريب. وهذا قد يعني أنني بدأت أجن".</p>	<p>الاحساس بالدوار أو الاغماء، الشعور بلا واقعية الأحداث</p>	<p>11. التحديق المستمر في ضوء مشع لمدة دقيقة ثم محاولة القراءة</p>
<p>"إذا كنت اشعر بالغرابة يمكنني أن أفقد الاتصال مع الواقع".</p>	<p>شعور غير واقعي، حامله؛ الشعور بالدوار أو الاغماء</p>	<p>12. التحديق المستمر في المرآة لمدة دقيقتين</p>
<p>"الشعور بغير الواقعية يعني أنني سأصاب بسكتة دماغية".</p>	<p>شعور غير واقعي، حامله؛ الشعور بالدوار أو الاغماء</p>	<p>13. التحديق المستمر في بقعة على الحائط لمدة 3 دقائق</p>

(Beck & Clark, 2010 :317)

4.2.3. إعادة البناء المعرفي للتأويلات الخاطئة والكارثية:

إعادة البناء المعرفي حسب بيك وكلاارك (Beck & Clark, 2010: 317) يلي وظيفتين في العلاج المعرفي السلوكي لنوبات الهلع: أنه يقدم أدلة متضاربة للتأويلات الخاطئة والكارثية وأنه يقدم تفسيراً بديلاً عن الأحاسيس الداخلية؛ فيعتبر تجميع الأدلة والبراهين حول اضطراب الهلع وتحديد الأخطاء المعرفية [أي المبالغة في احتمال وشدة خطر وشيك]، وإنتاج تفسيرات بديلة مفيدة للغاية في العملية العلاجية.

غالباً ما يكون من المفيد أن يبدأ إعادة التأهيل المعرفي من وصف واضح للغاية للنتائج الكارثية الأكثر إثارة للخوف ثم إنشاء قائمة من التفسيرات البديلة الممكنة للأحاسيس الجسدية، كما يمكن استخدام الأعراض كنموذج لإعادة التقييم من أجل تركيز العميل على تفسيرات بديلة للأحاسيس المخيفة فمعظم العملاء يجدون صعوبة كبيرة في إنتاج تفسيرات بديلة لأحاسيسهم الأكثر إثارة للربح لديهم حتى هذا يستغرق وقتاً ومجهوداً كبيراً للاكتشاف الموجه؛ يمكن طرح مجموعة متنوعة من تفسيرات بديلة للأعراض مثل: (1) الاستجابة للقلق المتزايد؛ (2) ردة الفعل على الضغط النفسي؛ (3) نتائج المجهود البدني (4) التعب؛ (5) آثار جانبية للقهوة، الكحول، والأدوية؛ (6) زيادة الانتباه للأحاسيس الجسدية؛ (7) انفعالات قوية مثل الغضب، المفاجأة، أو الإثارة؛ (8) الزيادة العشوائية في العمليات البيولوجية الداخلية؛ (9) الاحتمالات أخرى محددة داخل هذا السياق. (Beck & Clark, 2010: 318)

يرى كلاارك (D. M. Clark, 1996) في (Beck & Clark, 2010: 318) أن التفسير البديل يؤكد الدور الذي تلعبه الأفكار الكارثية والمعتقدات في تفاقم الأعراض، وعلى سبيل المثال، "هل آلام الصدر مؤشراً لنوبة قلبية [التفسير كارثي] أو هي مشكلتك تعتقد أن هناك شيء خاطئ مع قلبك وهكذا ينشغل بالك مع معدل ضربات القلب" [البديل التفسير المعرفي]؟"، عند هذه النقطة المعالج ببساطة يثير هذه التفسيرات البديلة عن احتمالات أو الفرضيات ويدعو العميل للتحقيق في صحة كل تفسير من خلال جمع وتأكيد الأدلة. ويمكن القيام بذلك عن طريق استخدام

المعلومات المسجلة على الهلع أو أحد الأشكال المعرفية المنصوص عليها. الهدف من إعادة التأهيل المعرفية للأفراد الذين يعانون من الهلع أن يدركوا أن أعراض القلق والهلع لديهم مرتبطة بمعتقداتهم الخاطئة بأن بعض الأحاسيس الجسدية خطيرة. على الرغم من أن المرضى قد يجدون صعوبة في تقبل هذا البديل بسبب قلقهم الشديد، فيجب تشجيعهم بشكل متكرر بالتركيز على الأدلة، وليس على ما يشعرون به. (Beck & Clark, 2010 :318)

المبدأ التوجيهي العلاجي "3":

في اضطرابات الهلع يركز إعادة البناء المعرفية على جمع الأدلة (1) لأن العميل ينتج تلقائياً تأويلات خاطئة مستبعد جداً ومبالغ فيها اتجاه الأحاسيس الجسدية أو العقلية غير المرغوب فيها، و (2) هذا البديل، والتفسيرات الحميدة هي أكثر معقولة. والتشديد على دور الأفكار والمعتقدات الكارثية في إدامة القلق والهلع في جميع أنحاء أعراض العلاج. (Beck & Clark, 2010 :318)

3.2.5. اختبار الفرضيات التجريبية للتفسير البديل:

التجارب السلوكية تلعب دوراً هاماً في علاج الهلع، فإنهم غالباً ما تأخذ شكل التعريض المتعمد للحالات المثيرة للقلق من أجل حمل أعراض الخوف ونتائجها. يصف كلارك وسلوكوفسكيس (D. M. Clark & Salkovskis, 1986) مختلف التجارب السلوكية التي يمكن استخدامها في علاج اضطراب الهلع. (Beck & Clark, 2010 :318-319)

تم استخدام عدد من التجارب السلوكية لاختبار التفسيرات والمعتقدات الكارثية، ففي واحدة من الواجبات منزلي يطلب من العميل مسك انفاسه كلما شعر بضيق في التنفس من أجل تضخيم الأحاسيس، بعد بضع ثوان من مسك التنفس، يطلب منه أن يتنفس بشكل طبيعي وملاحظة الفروق بين مسك التنفس والتنفس الطبيعي. "هل كان هناك أي دليل بأنه كان يباليغ في الشعور بالاختناق قبل مسك التنفس؟"، "هل كان قادراً على التنفس بشكل طبيعي بعد سد انفاسه؟" من خلال هذه التجارب يجد العميل دليل على أن الواقع أنه كان يباليغ في شعوره بالاختناق وأن تنفسه كان جد طبيعي مما كان يتوقع؛ في تجربة سلوكية آخر يشجع العميل على حث الأحاسيس الجسدية

المماثلة لحالات الخوف من خلال زيادة مستوى النشاط البدني له. هذه التجارب تقدم الدليل على أن الأحاسيس الجسدية ذاتها لا تؤدي تلقائياً إلى القلق أو الهلع [على سبيل المثال: "حتى عند القلق، يزداد معدل ضربات القلب لدي عند صعود الدرج ولا يزيد مستواي القلق"]، بدلا من ذلك يكتشف أن تفسيره للأعراض يحدد ما إذا كان القلق يتحول إلى هلع [على سبيل المثال: "عندما أعلم أن قلبي ينبض بسرعة بسبب التمرين، لا أشعر بالقلق"]. (Beck & Clark, 2010 :319)

المبدأ التوجيهي العلاجي "4":

توفر التجارب السلوكية اختباراً حاسماً للدور الذي تلعبه الأفكار الكارثية والمعتقدات في استمرار أعراض القلق والهلع. تم تصميم التجارب لإثبات أن مجرد حدوث الأحاسيس الجسدية ليست هي السبب الرئيسي للقلق وإنما هو التأويل الخاطئ والكارثي الذي يؤدي إلى نوبات الهلع. (Beck & Clark, 2010 :319)

6.2.3. التعريض التدريجي المباشر للوضعيات الخوفية:

نظراً إلى أن معظم الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهلع تظهر لديهم على الأقل أشكال خفيفة من تجنب الأماكن الرهابية، فالتعريض التدريجي المباشر للوضعيات الخوفية هو عنصر رئيسي في العلاج المعرفي لاضطرابات الهلع. عندما يكون تجنب الأماكن الرهابية شديداً، يجب إجراء التعريض التدريجي المباشر للوضعيات الخوفية في بداية العلاج وبشكل مبكر ويجب التركيز عليه بشكل رئيسي في العلاج وبشكل متدرج. ومع ذلك، يستخدم المعالج المعرفي السلوكي التعريض للتنفيذ الإدراكات الكارثية والمعتقدات الفرد الرهابية. (Beck & Clark, 2010 :319)

المبدأ التوجيهي العلاجي "5":

التعريض التدريجي المباشر للوضعيات الخوفية مهم في علاج تجنب المواقف الرهابية وتنفيذ الأفكار الكارثية والمعتقدات المسببة للاضطراب الهلع والخوف. (Beck & Clark, 2010 :320)

7.2.3. تقبل الأعراض وسلامة تأويلها:

كما ذكر سابقا بيك وكلاارك (Beck & Clark, 2010 :320)، يسعى العلاج المعرفي لزيادة تقبل الهلع والأحاسيس الجسدية غير المتوقعة والشعور بعدم الراحة، وكذلك القلق وغرس شعور مرتفع من السلامة والقدرة على التكيف كبديل عن الأحاسيس الأولى، ويمكن تحقيق ذلك من خلال التركيز الموجه [الرصد الذاتي أو الرقابة الذاتية] على قدرة العميل في تحمل الأعراض الجسدية للقلق أثناء الحصة وبين حصص تمارين التعريض السلوكية، على سبيل المثال: العميل الذي يعاني من القلق حول ضيق في الصدر وخفقان القلب يمكن أن يطلب منه رصد الأحاسيس الجسدية لديه أثناء القيام بتمارين القلب في صالة الألعاب الرياضية. هذه التجارب ليست فقط تجارب متكررة للتنشيط الفيزيولوجي إنما توفر أدلة على أن الأعراض الجسدية يمكن تقبلها، ولكن الفرد سيتعلم أن مجرد حدوث الأعراض الجسدية ليست بخطيرة. ومع ذلك، ومن أجل أن تكون هذه التجارب علاجية يجب على المعالج المعرفي أن يؤكد مرارا وتكرارا على فكرة أن "من الواضح أنك قادر على تحمل هذه الأحاسيس المادية مثل أي شخص آخر".

يجب أن يركز العلاج على زيادة التقبل لعدم الشعور بالراحة الجسدية والقلق، ويمكن أن يطلب من عملاء كتابة مذكرات يومية تتضمن خبراتهم المتعلقة بالشعور بعدم الراحة الجسدية التي لا ترتبط مع القلق مثل نوبات الصداع، ألم العضلات، والتعب، وما شابه ذلك، كما يمكن أن يطلب من الأفراد تقييم درجة التوتر المصاحب لهذه الأعراض وتقييم مستوى القلق لديهم، والهدف من هذا التمرين هو تعليم الفرد أنه قادر على تقبل التوتر وعدم الراحة دون الشعور بالقلق. من خلال تعزيز هذه الملاحظة يستطيع المعالج تعزيز معتقدات العميل حول قدرته على التعامل ومواجهة والتكيف مع الشعور بعدم الراحة الجسدية المرتبطة بالقلق؛ وعلاوة على ذلك، يمكن تحسين تقبل القلق من خلال التعريض التدريجي المباشر للوضعيات الخوفية التي من خلالها يزيد المعالج تدريجيا من مستوى القلق لدى الأفراد من أجل تعليم هذا الأخير أنه يمكن مواجهة حتى حالات القلق المرتفعة. (Beck & Clark, 2010 :320)

يستطيع المعالج المعرفي أن يزيد من درجة شعور العميل بالأمن والسلامة وذلك عن طريق مساعدته على إعادة تفسير وتأويل المواقف المثيرة للقلق التي واجهها خلال الواجبات المنزلية؛ ففي كل فرصة، يوجه المعالج انتباه العميل عن طريق طرح أسئلة مثل "ما هي الجوانب التي توضح سلامة وأمان هذا الوضع؟"، "هل هناك شيء معين في هذا الوضع جعلك تعتقد أنه أقل خطورة وأكثر أماناً مما كان عليه [أو مما كنت تعتقد]؟" أو "عندما تعيد النظر إلى ما سبق حول الوضع، ما هي عناصر السلامة الحالية التي لم تلاحظها في ذلك الوقت؟"، وهناك هدف مهم في العلاج المعرفي هو "تكوين" العميل على إعادة النظر المقصودة في مميزات السلامة والأمان من الموقف المثيرة للقلق من أجل تفادي وتنفيذ التأويلات الكارثية التلقائية. كما أن عرض نموذج إعادة تقييم يمكن استخدامه لهذا الغرض. إضافة إلى ذلك فإنه من المفيد تقييم العملاء لمستوى "واقعية" الخطر المرتبطة بالوضع [على سبيل المثال: تقييم على نطاق 0-100] وكذلك على مستوى "واقعية" السلامة والأمان بعد تسجيل خطر ومميزات السلامة على سجل الهلع فمن المهم التأكد من أن تقييمات العملاء تستند إلى تقييم "واقعي" بدلا من "كيف يشعرون" لأن التقييم القائم على الانفعال يكون دائما مشوها بسبب حالة القلق المتزايدة. (Beck & Clark, 2010: 320)

المبدأ التوجيهي العلاجي "6":

إدراك الشعور بالسلامة والأمن لدى العميل وتقبل الأعراض الجسدية المتعلقة بالقلق تعتبر أهدافا هامة في العلاج المعرفي للهلع، ويتم تحقيقها من خلال تمارين إعادة التأهيل المعرفية والسلوكية التي تركز على تقبل العميل الطبيعي للتوتر وإعادة تفسير مميزات السلامة والأمان المرتبطة بالمواقف المثيرة للقلق. (Beck & Clark, 2010: 321)

8.2.3. الوقاية من الانتكاسة:

ينصح بيك وكلاارك (Beck & Clark, 2010: 321) كما هو الحال في علاج اضطرابات القلق الأخرى، يجب أن يبنى المعالج مجموعة من الاحتياطات لمنع الانتكاسة وذلك في الحصة الأخيرة من العلاج المعرفي للهلع، فيجب أن يتأكد المعالج من أن العميل يدرك أن نوبات الهلع

العرضية قد تحدث من حين إلى آخر، وأن الأحاسيس الجسدية غير المتوقعة قد تحدث من وقت لآخر، وأن القلق هو جزء طبيعي يحدث في الحياة. يمكن التقليل من الانتكاسة إذا كان العميل لديه توقعات واقعية لنتائج العلاج ويتبنى منظور صحي وسليم حول القلق والهلع؛ بالإضافة إلى ذلك، يمكن ظهور تراجع معتبر في "الخوف من الخوف" عند العميل مما يسمح بتحسين فرصه وانخفاض احتمال الإصابة بالانتكاسة وتكرار نوبة الهلع لديه. فالعميل الذي لا يزال يخاف من نوبات الهلع [على سبيل المثال: " أتمنى فقط ألا تواجهني مرة أخرى تلك النوبات الرهيبة"] هو على الأرجح أكثر عرضة للانتكاسة عندما تتكرر الأعراض الجسدية للقلق.

بالإضافة إلى تصحيح التوقعات غير الواقعية عن العلاج و"عودة الخوف"، يمكن اتخاذ مجموعة من التدابير الأخرى لمنع الانتكاس، يمكن للجلسات العلاجية أن تتلاشى فعاليتها تدريجياً وحصص الدعم المقرر معها، مما يستلزم كتابة بروتوكول التدخل الذي يحدد بوضوح ما يجب القيام به إذا عادت الأعراض الجسدية غير المتوقعة أو مواجهة الفرد مجدداً للقلق. ومع ذلك، فإن استراتيجية الوقاية من الانتكاس الأكثر أهمية في الهلع قد تنطوي على الإنتاج القصدي للأحاسيس الجسدية التي يخشى مرضى اضطراب الهلع حدوثها عند مواجهة الحالات المثيرة للقلق. فإن الأفراد الذين قد يصلون إلى نقطة جد متقدمة من المبالغة في الأعراض الجسدية عند الشعور بالقلق إلى حد كبير قد يكون من الأفضل بناء احتياطات إضافية ضد هذه التظاهرات غير المتوقعة في المستقبل من القلق والهلع. (Beck & Clark, 2010 :321)

المبدأ التوجيهي العلاجي "7":

مما يعزز الوقاية من الانتكاسة عند عملاء العلاج المعرفي إعدادهم لمواجهة المعاودة غير المتوقعة من الخوف والهلع، وبالإضافة إلى ذلك، الانتكاس وتكرار اضطرابات الهلع قد يكون أقل احتمالاً في الأفراد الذين يشاركون في التنشيط الفيزيولوجي المبالغ فيه عندما يعانون من مستويات عالية من القلق. (Beck & Clark, 2010 :321-322)

9.2.3. إعادة التأهيل التنفسي (اختياري):

إعادة التأهيل التنفسي هو استراتيجية الاسترخاء التي تم إدراجها في الإصدارات الأولى من العلاج المعرفي لاضطراب الهلع على سبيل المثال: (Beck, 1988; Beck et Greenberg, 1988;) (D. M. Clark, 1986a) في (Beck & Clark, 2010:322)، المستندة على فكرة فرط النشاط التنفسي الزائد، والذي ينطوي على عملية التنفس العميقة والسريعة، وهو عامل مهم في حدوث نوبات الهلع، واقترح أن التدريب على بطء التنفس والتنفس السطحي يجب أعراض الهلع ويفندها، والعناصر الرئيسية التي شملها بروتوكول العلاج المعرفي للهلع لـ كلارك وللسالكوفسكيس (Clark & Salkovskis's, 1986) في (Beck & Clark, 2010:322) ومنذ بداية العلاج هي:

- دقيقتان من تمرين فرط النشاط التنفسي بمعدل 30 نفساً في الدقيقة.
- مراقبة الأحاسيس الجسدية الناجمة عن فرط التنفس، ومطابقتها مع أعراض الهلع.
- تعليم العملاء على علم وظائف الأعضاء لفرط التنفس وكيف يمكن أن تحدث الأحاسيس الجسدية الناجمة عن نوبة الهلع.
- إسناد الأعراض الجسدية للهلع نحو فرط التنفس الزائد الناجم عن الضغط النفسي [التنفس المفتوح] بدلا من التهديد الكارثي الخاطئ المرتبط بالصحة [على سبيل المثال، "أسباب بنوبة قلبية"].
- يوفر التدريب على التنفس البطيء استجابة تكيفية غير متوافقة مع فرط النشاط التنفسي، فيصبح التحكم في التنفس تجربة سلوكية تظهر من خلالها أن الأعراض الجسدية ناجمة عن التنفس المفرط وليس عن التهديد الكارثي لأن الأعراض تتناقص بسرعة عند إجراء تمرين التنفس البطيء والتنفس السطحي وهذا ما يعطي دليل آخر للعميل.
- أصبح إعادة تدريب على تمارين فرط التنفس والتحكم بالتنفس عناصر مفتاحية لبروتوكول العلاج المعرفي للهلع المقدمة في مركز العلاج المعرفي في فيلادلفيا في منتصف 1980 إلى أواخر 1990. قدما بيك وغرينبرغ (Beck & Greenberg, 1987, 1988) سويًا تجربة حاسمة في اختبار فرضية

تشير إلى أن سوء التأويل الكارثي للأعراض هي خاطئة أساسا، وأن الأعراض الجسدية كانت في الواقع نتيجة غير مؤذية للتنفس المفرط أو حتى التنفس المفتوح أو التهوية الزائدة. (Beck & Clark, 2010: 322)

❖ تمارين إعادة التأهيل التنفسي:

يعتبر بيك وكلاارك (Beck & Clark, 2010: 322) التنفس البطني أو عن طريق الحجاب الحاجز الشكل الأكثر شيوعا من تمارين إعادة التأهيل التنفسي المستخدمة في علاج اضطرابات القلق، ويلعب دورا أساسيا في التهوية الزائدة أو فرط التنفس خاصة في الدراسة السببية للهلع، وذلك عن طريق التسبب في حدوث انخفاض حاد في الضغط الجزئي الشرياني لثاني أكسيد الكربون (CO_2)، وتسمى الإيبوكمبيا (hypocapnia) أو نقص غاز الكربون، التي تؤدي بدورها في إحداث مجموعة واسعة من الأحاسيس الجسدية غير السارة [على سبيل المثال، تسارع ضربات القلب، الدوخة، وخز في الأطراف، وضيق في التنفس]، والتي يسيء فهمها وتأويلها الأفراد على أنها تمثل تهديدا طبي خطير. وقد أظهرت دراسات أخرى كموريت، ريز، وليام وروث وكلاارك (Meuret, Ritz, 1985; Wilhelm, et Roth, 2005; D. M. Clark et al., 2010: 323) في (Beck & Clark, 2010: 323) اعتلالات مختلفة في التنفس في اضطرابات القلق مثل التنفس السطحي والتنفس المفرط السريع، وأنماط التنفس غير المنظمة، والتنهد المتكرر. ويتم تدريب الأفراد على بطء التنفس البطني العميق للقضاء على الإيبوكمبيا (hypocapnia) والأحاسيس الفيزيائية غير المرحة مما يقلل من حالة القلق. ويعرض الجدول "5" بروتوكول إعادة التدريب النموذجي للتنفس البطني أو عن طريق الحجاب الحاجز (Beck & Clark, 2010: 322-323):

❖ الوضعية الحالية لإعادة التأهيل التنفسي:

لا يوجد جدل كبير حاليا حول دور إعادة التأهيل التنفسي في العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الهلع، فهناك ثلاثة أسباب تدفع المعالجين المعرفيين السلوكيين أن يشكوا الآن في استخدام إعادة التأهيل التنفسي النموذجي: الأول هو جد عملي، والاهتمامات السريرية، مثل استخدام أشكال

أخرى من الاسترخاء، فالشخص الذي يعاني من اضطراب الهلع قد يستخدم طريقة التحكم في التنفس كرد فعل تأميني [سلوك تأميني] أو استراتيجية تكيف للهروب من حالة القلق [سلوك تجنبني]، هذا بطبيعة الحال من شأنها أن تنقص من فعالية العلاج المعرفي السلوكي من خلال تعزيز الخوف من القلق والتقييم الخاطيء نحو خطورة الأحاسيس الجسدية للعميل. إذا كان هناك أي دليل على أن العميل يستخدم التحكم في التنفس من أجل الخوف من القلق وأعراضه، هذا ما يستوجب توقيف الاستجابة التكيفية على الفور. (Beck & Clark, 2010 :323)

ثانياً، إن الأساس المنطقي المطروح لإعادة التأهيل التنفسي في اضطرابات الهلع يضع هذه المسألة في إطار إشكالية أن فرط النشاط التنفسي والإيوكومبيا غالباً ما تكون غير موجودة حتى في نوبات الهلع التي تحدث في بيئة طبيعية. وثالثاً، قد شكك باحثون في الفعالية العلاجية لإعادة التأهيل التنفسي مثل سالكوفسكيس (Salkovskis, Clark, et Hackman, 1991; D. M. Clark et al, 1999) في (Beck & Clark, 2010). وأجرى شмит وزملاؤه (Schmidt, Woolaway-) دراسة تجزئية لمجموعات علاجية التي قارنت فعالية 12 حصة لمجموعة طبق عليها العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى إعادة التأهيل التنفسي، ومجموعة طبق عليها 12 حصة من العلاج المعرفي السلوكي دون إعادة التأهيل التنفسي، ومجموعة في قائمة الاحتياط [مجموعة ضابطة] و 12 شهراً من المتابعة. أثبتت هذه الدراسة أن المجموعتين في العلاج النشط على حد سواء تحسنت بشكل ملحوظ على حساب مجموعة الاحتياط [المجموعة الضابطة] ولكن لم يكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين العلاج المعرفي دون تمارين إعادة التأهيل والعلاج المعرفي مع تمارين التأهيل التنفسي، ولكن في 12 شهراً من المتابعة أثبتت الدراسة أن هناك اختلاف بـ 57% من معايير الشفاء لمجموعة العلاج المعرفي السلوكي دون إعادة التأهيل التنفسي مقارنة مع 37% للمجموعة العلاج المعرفي التنفس مع تمارين إعادة التأهيل التنفسي. وخلص الباحثون إلى أن إضافة التنفس البطني لا يضيف أي فوائد في العلاج المعرفي السلوكي للهلع وراء مكونات معياري العلاج عن طريق التعليم، وإعادة التأهيل المعرفية، والتعريض. وأوصوا بأن

تقنيات التحكم في التنفس استخدامها فقط كتجربة السلوكية لتقديم معلومات تصحيحية للتأويلات الخاطئة والكارثية اتجاه الأحاسيس الجسدية وأن امتناع المعالجين عن استخدامها كتقنية لإدارة القلق، وبناء على هذه النتائج فإننا نستنتج أن إعادة التأهيل النفسي وينبغي اعتبارها وتقديمها كمادة اختيارية في العلاج المعرفي للهلع.

المبدأ التوجيهي العلاجي "8":

ينبغي أن يقتصر إعادة التأهيل النفسي إلا على الأفراد الذين يعانون بوضوح من فرط النشاط التنفسي خلال نوبة الهلع، ففي معظم الحالات إعادة التأهيل النفسي لا يكون ضروريا. إذا تم وضعه في بروتوكول العلاج، يجب على المعالج والعميل القيام برصد دقيق للتأكد من أنه لا يصبح كاستجابة بحثا عن الأمان. (Beck & Clark, 2010 :323)

<p>الجدول "5" التنفس البطني بروتوكول إعادة تدريب للعلاج المعرفي السلوكي للهلع</p>
<p>المرحلة الأولى: المعطيات الأساسية للإعداد:</p> <p>الأساس العقلانية: استعراض معظم الأحاسيس والمدركات الجسدية لنوبة الهلع الأخير، والحصول على تقييم المعتقدات عند مستويات القلق متفاوتة لإظهار كيف يمكن تفسير نفس الأحاسيس بطريقة مختلفة في أوقات مختلفة.</p> <p>التعليمات: أطلب من العميل وصف الأحاسيس الجسدية والتأويلات الخاطئة الكارثية المرتبطة بنوبة الهلع؛ وتقييم المعتقد المرتبط بالتأويل الخاطيء الآن، وعند درجة القلق الشديدة.</p>
<p>المرحلة الثانية: تحريض التنفس المفرط</p> <p>الأساس العقلانية: لإظهار كيفية إنتاج الأحاسيس الجسدية المماثلة لنوبات الهلع من خلال التنفس المفرط.</p>

التعليمات: يطلب من الأفراد المشاركين التنفس بشكل مفرط بمعدل 30 نفساً في الدقيقة لمدة دقيقتين أو حتى يصبح غير قادر على الاستمرار. يتلقون العملاء تعليمات باستخدام كيس من الورق لإعادة استنشاق CO₂ الصادر من الرئتين وهم مطالبون أيضاً بالتركيز على الأحاسيس الجسدية التي ينتجها فرط التنفس.

مرحلة الثالثة: إعادة إسناد الأعراض:

الأساس العقلاني: لإدخال إمكانية أن الأحاسيس الجسدية أثناء الهلع تنسب خطأً إلى تهديد الصحة وبدلاً من ذلك قد يكون عائداً لتنفس المفرط.

التعليمات: يطلب من العملاء مراجعة الأحاسيس الجسدية أثناء فرط التنفس وتوصف الأحاسيس أثناء النوبة؛ وتقييم درجة التشابه ومناقشة كيف يمكن للأعراض التنفس المفرط أن تكون أسوأ في الوضع الطبيعي.

المرحلة الرابعة: التثقيف والعلاج العقلاني:

الأساس العقلاني: اشرح فيزيولوجية فرط التنفس وكيف تسبب الأحاسيس الجسدية المزعجة. التعليمات: ناقش كيف يسبب التنفس المفرط انخفاض معدل pCO₂ الوريدي الذي يسبب بدوره أحاسيس جسدية مزعجة. عند يساء تأويل الأعراض على أنها دليل يشير إلى خطر يهدد حياة الفرد كنوبة قلبية مثلاً، أن يصبح مجنون، أو يحتنق. تعلم الحالات أن التنفس المفرط هو عكس التنفس السليم الذي يخفض معدل الأحاسيس الجسدية ويقدم دليلاً جديداً على أن الأحاسيس ناجمة عن التنفس المفرط وليس من التهديد الكارثي للصحة.

المرحلة الخامسة: التنفس البطني:

الأساس العقلاني: تعلم مهارات التكيف بالاسترخاء لمواجهة فرط التنفس والأشكال الأخرى للتنفس

غير المنتظم التي تتسبب في إنتاج الأحاسيس الجسدية التي يساء تأويلها بطريقة تنطوي على تهديد.
التعليمات:

1. ضع يد الصدر مع الإبهام أسفل الرقبة والأخرى على بطنه مع الاصبع الصغير فوق البحرية.
2. اشرح للعميل كيف يأخذ أنفاس قصيرة وبروية عن طريق الأنف. والإشارة إلى كيف ترتفع يده على صدره بروية وصعوبة تحرك اليد الأخرى على المعدة.
3. اشرح مجددا للعميل كيف يأخذ أنفاس أبطأ وبشكل طبيعي من خلال الأنف والإشارة إلى كيف يتحرك البطن إلى الخارج قليلا مع كل استنشاق ثم تفرغه مع كل الزفير.
4. الممارسة لمدة 2-3 دقائق مع العميل وهو يركز على حركة البطن مع كل استنشاق وزفير.
5. انتقل إلى العمل على إبطاء معدل التنفس وصولا إلى 8 أو 12 نفسا في الدقيقة. أعرض معدل التنفس المنتظم الذي يوضحه المعالج في أربعة ثواني يستنشق ثم أربعة ثواني يزفر في كل دورة، ويمكن القيام بذلك عن طريق عد 1-2-3-4 مع كل استنشاق، ومن ثم 1-2-3-4 مع كل زفير. يحدث وقفة قصيرة في نهاية كل استنشاق وكل زفير. عندما يزفر العميل يردد كلمة "استرخاء" يجب أن تكون بشكل متكرر تكرر. بعد ممارسة المعالج والعميل هذه العملية ببطء، وكذلك التنفس المنتظم، ينبغي أن يستمر العميل بالتنفس البطني مع التركيز بشكل خاص على إيقاع ثابت بطيء في التنفس ملاحظا ارتفاع وهبوط المعدة مع كل استنشاق وزفير.
6. تبدأ الواجبات المنزلية بحصة إلى ثلاث حصص من التدريب يوميا بمعدل عشر دقائق من التنفس البطني مع أو بدون مسجل صوتي، يعقب ذلك حصص يومية من دقيقة إلى دقيقتين من التنفس المفرط يليه ببطء في التنفس.
7. المرحلة النهائية من الواجبات المنزلية تشمل تطبيق التنفس البطني في مجموعة متنوعة من مواقف

الحياة اليومية المقلقة.

(Beck & Clark, 2010 :324)

4. محتوى البرنامج المقترح والفئة الموجهة إليه:

يحتوي البرنامج المقترح على أربعة مراحل أساسية قسمت إلى عشر خطوة أجريت في 13 حصة زائد حصتين سبقتا العلاج قصد تكوين المفاهيم حول الحالات:

- تقييم وإعلام العميل
- علاج أعراض نوبة الهلع
- علاج أعراض السلوكيات التجنبية لخوف الأماكن المفتوحة
- تجنب الانتكاسة

واحتوت هذه المراحل على الخطوات التالية:

- ❖ تقييم العميل.
- ❖ تحديد الأهداف.
- ❖ تعليم العميل النموذج المعرفي لاضطراب الهلع والعلاج المعرفي السلوكي.
- ❖ صحة الحياة اليومية.
- ❖ إعادة تأهيل التنفس والاسترخاء.
- ❖ التعريض للإحساسات الفزيائية لنوبة الهلع وتفعيل المخططات.
- ❖ إعادة التأهيل المعرفي للتأويلات الخاطئة والكارثية.
- ❖ التعريض للمواقف الخوافية أو التحصين التدريجي.
- ❖ تقبل الأعراض والسلامة تأويلها.
- ❖ الوقاية من الانتكاس.

كما يحتوي البرنامج على مجموعة من التقنيات والفنيات المستخدمة نذكر أهمها:

- إعادة التأهيل التنفسي

- التعريض للأعراض الجسدية

- إعادة التأهيل المعرفي

- الرصد الذاتي

- التعريض للمواقف الخوافية

- الأعمال المنزلية الموجهة

كما كانت بداية العلاج فردياً للتكوين المفاهيم حول الحالات وتقييم وضعها المرضي وتمثل في حصتين إضافيتين، أما الحصص 13 الأخرى كانت مخصصة للعلاج الجماعي المتكون من 4 حالات راشدة تعاني من اضطراب الهلع المصحوبة بخوف الأماكن المفتوحة، بلغ زمن الحصة الواحدة ساعة واحدة.

5. الوسائل المستخدمة:

استخدم الباحث الوسائل التالية أثناء تطبيق العلاج:

❖ قراءات حول:

➤ النموذج المعرفي لبيك وكلاارك لنوبة الهلع

➤ التأويلات الخاطئة وكيفية تفنيدها

➤ خوف الأماكن المفتوحة والتحصين التدريجي

➤ تدابير للوقاية من النكسة

❖ أقراص صلبة على شكل DVD تحتوي على:

➤ أفلام حول نوبات الهلع وخوف الأماكن المفتوحة والعلاج المعرفي السلوكي

➤ إعادة التأهيل التنفسي

➤ مقطع Mp3 لضجيج سوق

❖ أوراق تحتوي على:

➤ مقياس اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة

➤ استبيان الأفكار الخوافية

➤ جداول الملاحظة الذاتية: القلق والأفكار التلقائية

➤ جداول التنفس السليم ودرجة القلق

❖ كمبيوتر وآلة عرض DATA تم عرض:

➤ تقديم للمعالج على شكل Power point يحتوي على جميع خطوات العلاج

➤ عرض أفلام وثائقية تتكلم عن اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة، الوظائف

الفيزيولوجية أثناء نوبة الهلع، عواقب فرط تهوية وكيفية التنفس السليمة وأثرها على

نوبات الهلع

➤ مقاطع صوتية لصوت ضوضاء.

❖ مجموعة من الأظرفة البريدية وضعت في حالة معاودة الأفكار والأعراض للحالات.

خلاصة: نستنتج مما سبق أن الباحث اتجه نحو النموذج المعرفي لكل من بيك وكلاارك لبناء برنامجه،

كما أنه استخدم تقنيات أخرى ووسائل من أجل التحسين من درجة العلاج والتفعيل الجيد له، إلا

أنه اتجه إلى الطريقة التعليمية أكثر من أجل التثقيف الجيد والفعال للعميل من خلال الوسائل

السمعية البصرية [مقاطع صوتية، مقاطع فيديو، أفلام وثائقية] من أجل الرفع من دافعية العميل نحو

العلاج وبالتالي التحسين من وضعيته.

الفصل الخامس:

الإجراءات المنهجية:

أولاً: الدراسة الاستطلاعية:

1. الغرض من الدراسة الاستطلاعية:
2. منهجية الدراسة:
3. مكان الدراسة الاستطلاعية:
4. مدة الدراسة:
5. المجتمع الأصلي للدراسة:
6. عينة الدراسة:
7. أدوات الدراسة:

ثانياً: الدراسة الأساسية:

1. الغرض من الدراسة الأساسية:
2. منهجية الدراسة الأساسية:
3. مكان الدراسة الأساسية:
4. مدة الدراسة الأساسية:
5. مجتمع الدراسة:
6. عينة الدراسة:
7. أدوات الدراسة:

خلاصة:

أولاً: الدراسة الاستطلاعية:

هي دراسة ميدانية للتعرف على الظاهرة التي يريد الباحث دراستها ويمكن معها استخدام أي وسيلة من الوسائل التقنية، التي من خلالها يحدد الباحث بدقة مشكلة البحث ويصيغ الفروض، وتمكنه من اختيار أكثر الوسائل صلاحية لدراستها وترشده إلى الصعوبات الكامنة (عبد الفتاح دويدار، 1994: 246)، كما أضاف مروان عبد المجيد إبراهيم (2000: 38) أنها تساعد الباحث على تناول موضوعات جديدة لم يتناولها من قبل أو لا تتوفر عنها معلومات أو بيانات أو يجهل الباحث الكثير من جوانبها وأبعادها، وبالتالي تساعده على التعرف عليها وإجلاء الغامض منها، وبناء عليه يتضح أن الدراسة الاستطلاعية تعتبر خطوة لا بد منها في إنجاز أي بحث علمي، وبهذا الصدد قمنا بالدراسة التالية:

1. الغرض من الدراسة الاستطلاعية:

- ✓ التقرب من الحالات التي تعاني من نوبات الهلع وخواف الماكن المفتوحة والتعرف عليها.
- ✓ تحديد فرضيات البحث من خلال التقرب من العينة.
- ✓ التعرف على أدوات البحث وضبطها.
- ✓ تكيف مقياس الهلع وخواف الأماكن المفتوحة.
- ✓ تكيف مقياس الأفكار الخوافية.
- ✓ التعرف على الصعوبات التي قد تواجه الباحث أثناء قيامه بالدراسة الاستطلاعية قصد تفاديها في الدراسة الأساسية.

2. منهجية الدراسة:

يرى أندرسن (Anderson, 1974) أن المقصود بمنهج البحث العلمي تلك المجموعة من القواعد والأنظمة العامة التي يتم وضعها من أجل الوصول إلى حقائق مقبولة حول الظواهر موضوع الاهتمام من قبل الباحثين في مختلف مجالات المعرفة الإنسانية (مُجد عبيدات وآخرون، 1999: 35)، ويرى كل من عليان وغنيم (2000: 33) أن تحديد الأسلوب أو المنهج العلمي الذي يستخدمه

ويطبقه الباحث لدراسة ظاهرة أو مشكلة معينة بموضوع ومحتوى الظاهرة المدروسة، بمعنى أن المناهج وأساليب البحث العلمي تختلف باختلاف الظواهر والمشاكل المدروسة، حيث يعرف المنهج بأنه الطريقة التي يتبعها الباحث لدراسة المشكلة موضوع الدراسة. استخدم الباحث المنهج العيادي والإحصائي في الدراسة الاستطلاعية من أجل الكشف عن العينة والتحقق من ثبات الاختبارين.

1.2. المنهج الوصفي:

يعرف العلماء المنهج الوصفي على أنه "كل استقصاء ينصب على ظاهرة من الظواهر التربوية أو النفسية كما أنها قائمة في الحاضر بقصد تشخيصها وكشف جوانبها وتحديد العلاقات بين عناصرها أو بينها وبين ظواهر تربوية وتعليمية أو نفسية أو اجتماعية أخرى"، والبحث الوصفي لا يقف عند وصف الظاهرة كما يبدو من التسمية بل يمضي إلى ما هو أبعد من ذلك لأنه يفسر البيانات ويقارن ويقوم أيضا، وذلك بهدف التوصل إلى تعميمات ذات معنى يزيد بها رصيد معارفنا عن الظواهر المدروسة (هيئة التأطير بالمعهد، 2005: 23). ويقوم المنهج الوصفي على جمع الحقائق والمعلومات ومقارنتها وتحليلها وتفسيرها للوصول إلى تعميمات مقبولة، أو هو دراسة وتحليل وتفسير الظاهرة من خلال تحديد خصائصها وأبعادها وتوصيف العلاقات بينها، بهدف الوصول إلى وصف علمي متكامل لها، لذلك فهو يشتمل على عدد من المناهج الفرعية والأساليب المساعدة، كأن يعتمد مثلا على دراسة الحالة أو الدراسات الميدانية أو التاريخية أو المسوح الاجتماعية. (منيو جيدير، بدون سنة: 100)

قد تطرق الباحث في بحثه في المنهج الوصفي إلى منهج دراسة حالة، حيث يرى أحمد غريب (1983) "أن منهج دراسة حالة يهدف إلى تعرف خصائص ومضمون حالة أو ظاهرة واحدة وبصورة مفصلة ودقيقة"، ويركز منهج دراسة الحالة إلى تحديد حالة محددة بعينها كخطوة أولى، ومن ثم جمع معلومات مفصلة ودقيقة عنها كخطوة ثانية وتحليل المعلومات التي تم جمعها بطريقة علمية وموضوعية للحصول على نتائج محددة يمكن تعميمها واقتراح أساليب معالجتها على حالات أخرى مشابهة (مُجَّد عبيدات وآخرون، 1999: 44)؛ بشكل عام يعرفه معظم الكتاب حسب أحمد غريب (1983): "عبارة عن بحث متعمق لحالة محددة بهدف الوصول إلى نتائج يمكن تعميمها على حالات أخرى مشابهة". (مُجَّد عبيدات وآخرون، 1999: 44)

2.2. المنهج الإحصائي:

يرى صلاح الدين شروخ (2003) أن المنهج الإحصائي هو المنهج الذي يستخدم الأساليب الإحصائية في جمع المعلومات والبيانات، وذلك للتأكد من صدق وثبات المقياسين وقد استخدم الباحث نظام SPSS ويعتبر برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package for Social Science من البرامج المهمة في تحليل بيانات البحوث العلمية في مختلف مجالات العلوم الاجتماعية (هشام بركات، 2007: 09)، للتأكد من البيانات المجموعة.

3. مكان الدراسة الاستطلاعية:

أجريت الدراسة الاستطلاعية بالمستشفى الجامعي د.ت دمرجي بتلمسان، في مصلحة الطب العقلي ووحدة المتابعة النفسية.

4. مدة الدراسة:

بدأت هذه الدراسة في شهر فبراير 2014 حين قام الباحث بزيارة المصلحة قصد التقرب من العينة لتحديد فرضيات البحث والتحقق من ثبات الاختبار، ودامت الدراسة الاستطلاعية أكثر من تسعة أشهر حيث انتهت في شهر نوفمبر من نفس السنة.

5. المجتمع الأصلي للدراسة:

يقصد بالمجتمع (Population) المجموعة الكلية من العناصر التي يسعى الباحث إلى أن يعمم عليها النتائج ذات العلاقة بالمشكلة المدروسة (عودة والخليلي، 1988) في (مزهر حميد، 1999: 359)، وهم المترددون على مصلحة الطب العقلي ووحدة الكشف النفسي ويعانون من نوبة هلع وخوف الأماكن المفتوحة.

6. عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من 38 حالة تعاني هذه الحالات من نوبات الهلع مع خوف الأماكن المفتوحة، وتم الكشف عن الحالات من طرف المختصين النفسيين وأطباء الأمراض العقلية والعصبية،

ثم قام الباحث بمساعدة المختصين النفسانيين على تطبيق الاختبارين على العينة المقصودة وإعادة تطبيقهما بعد 21 يوم من التطبيق الأول، وتم اختيار العينة حسب نتائج الكشف الطبي والنفسي على الحالات التي تعاود المصلحة:

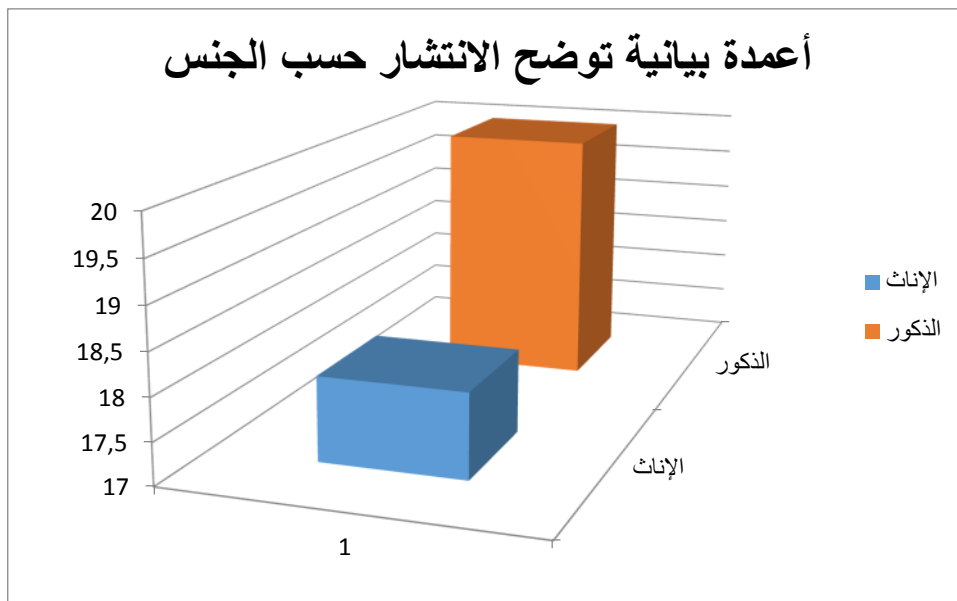
1.6. توزيع العينة حسب الجنس:

توزيع العينة حسب الجنس كان تقريبا متجانسا حيث بلغ عدد الذكور 18 وحدة، في حين الإناث 20 وحدة، ويظهر الجدول "6" توزيع الذكور والإناث في العينة:

الجدول "6" يبين توزيع الجنس للعينة:

الجنس	الانتشار	الانتشار بالنسبة المئوية
ذكور	18	%47.37
إناث	20	%52.63
المجموع	38	%100

الشكل البياني "1" يوضح انتشار العينة حسب الجنس:



2.6. توزيع العينة حسب السن:

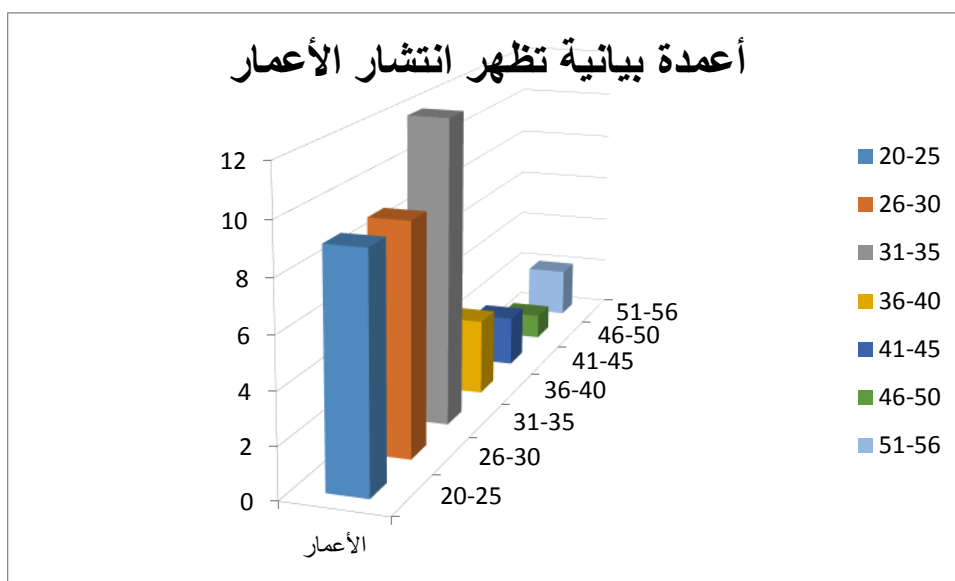
كان توزيع الأعمار منتظما بالنسبة للوحدات أكانت ذكورا أو إناثا، حيث ظهرت بين 20

سنة و53 سنة، والجدول "7" يبين نسبة انتشار وحدات العينة حسب الجنس والأعمار:

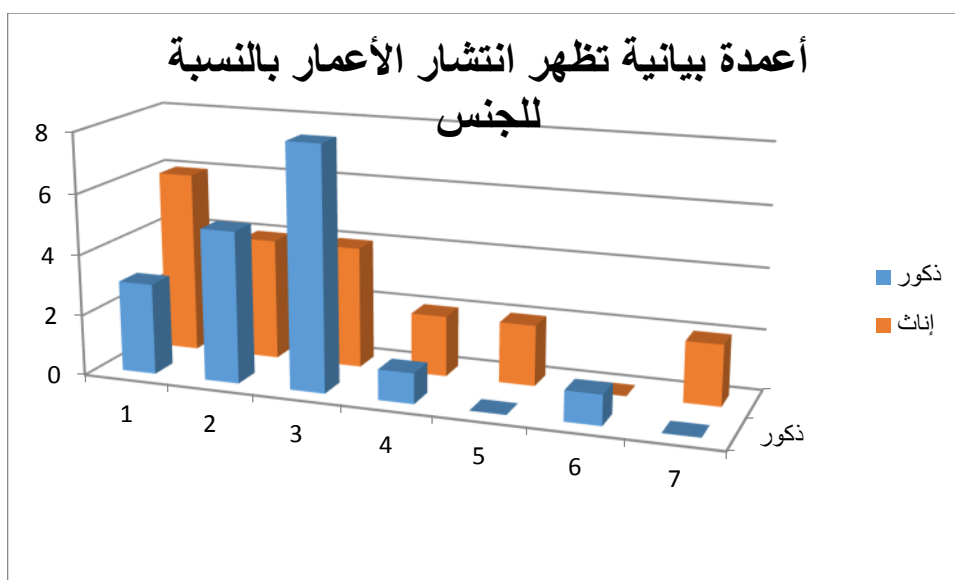
جدول "7" يظهر انتشار أعمار العينة حسب الجنس:

ن	الأعمار	الذكور	الإناث	المجموع
1	25-20	3	6	9
2	30-26	5	4	9
3	35-31	8	4	12
4	40-36	1	2	3
5	45-41	0	2	2
6	50-46	1	0	1
7	55-50	0	2	2
	المجموع	18	20	38
	متوسط الأعمار	30.83	32.05	31.47

الشكل البياني "2": يوضح انتشار الأعمار في العينة:



الشكل البياني "3": بين انتشار الأعمار للجنسين:



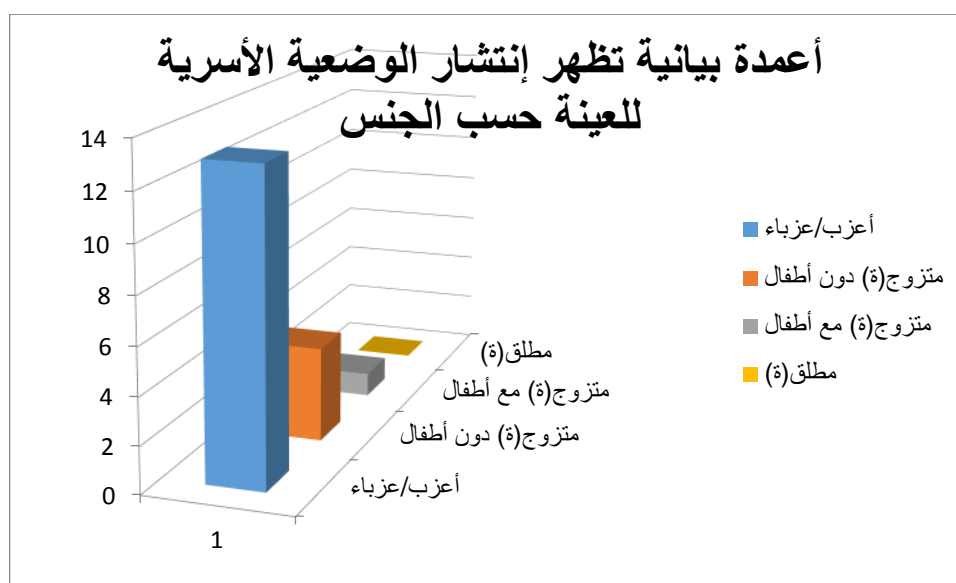
3.6. توزيع العينة حسب الوضعية العائلية بالنسبة للجنسين:

يبين الجدول "8" توزيع الوضعية العائلية لكلا الجنسين والنسب انتشارها حسب العينة:

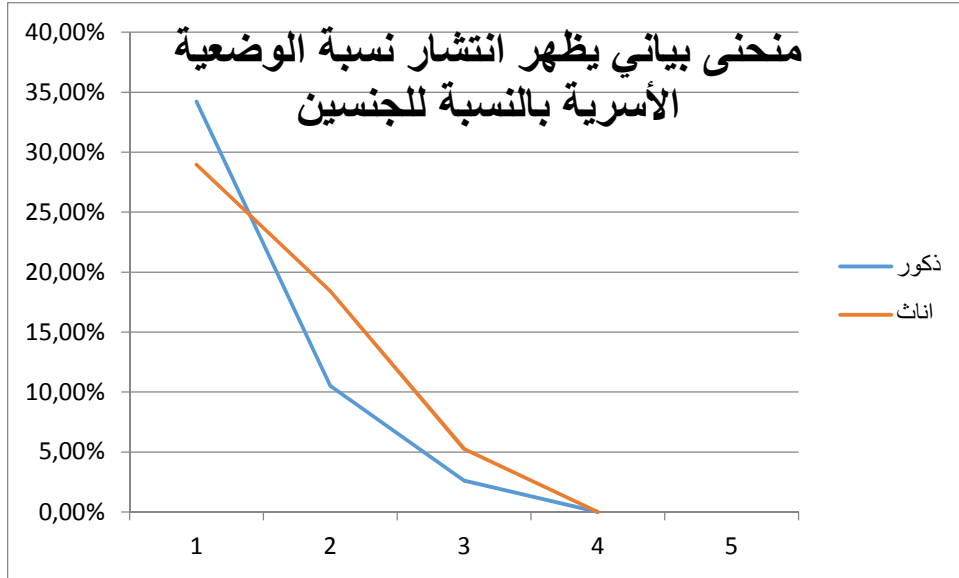
الجدول "8" يبين انتشار الوضعية العائلية:

ن	الوضعية / الجنس	ذكور	ذ %	إناث	إ %	مج	مج %
1	أعزب/ عزباء	13	34.21	11	28.95	24	63.16
2	متزوج(ة) بدون أطفال	4	10.53	7	18.42	11	28.95
3	متزوج(ة) مع أطفال	1	2.63	2	5.26	3	7.89
4	مطلق(ة)	0	0	0	0	0	0
	المجموع	18	47.37	20	52.63	38	100

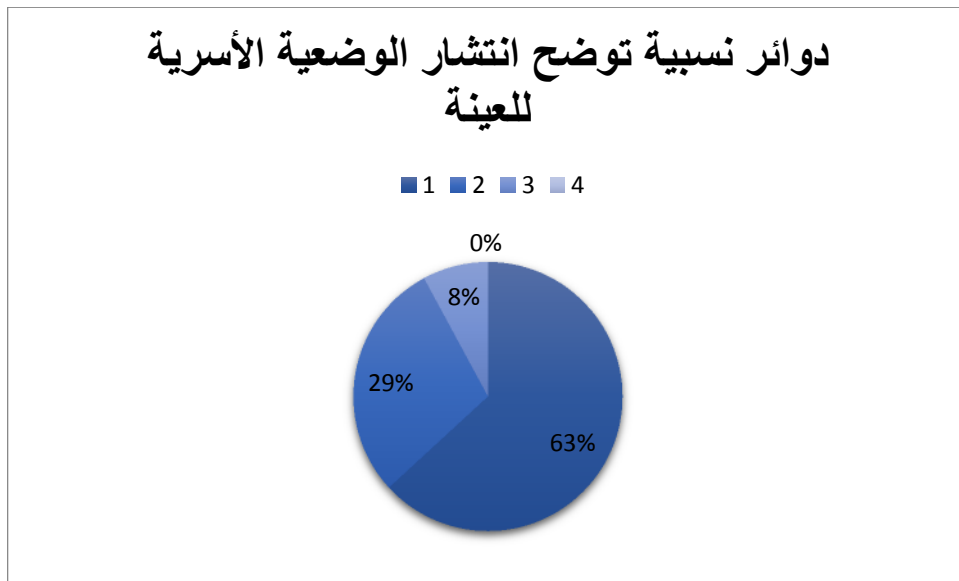
الشكل البياني "4" يوضح انتشار الوضعية الأسرية:



الشكل "5" يبين انتشار الوضعية العائلية بالنسبة للجنسين:



الشكل البياني "6" يوضح انتشار النسبي للوضعية العائلية:



4.6. توزيع العينة حسب الوضعية الاقتصادية:

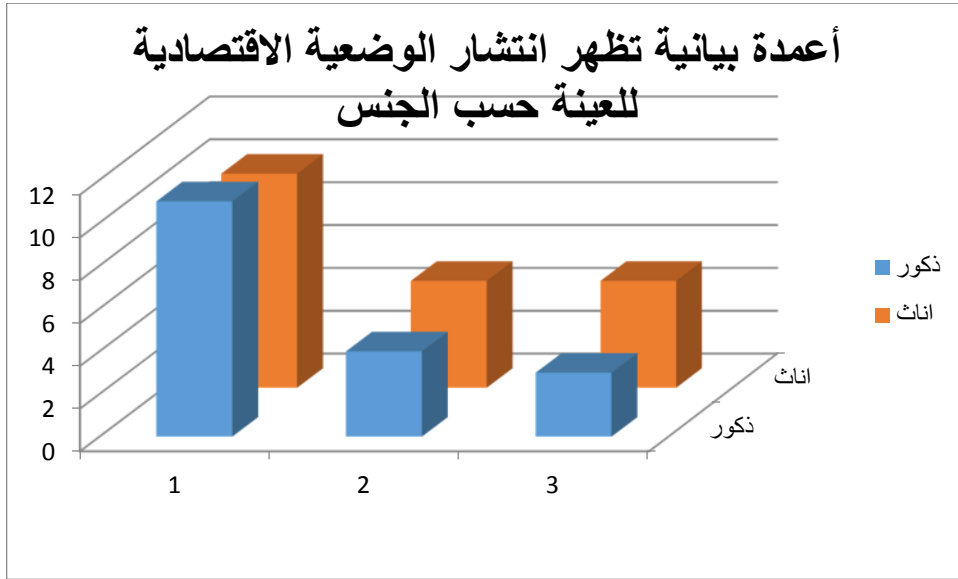
الجدول "9" يبين توزيع العينة حسب الوضعية الاقتصادية لكلا الجنسين:

الجدول "9" يبين انتشار الوضعية الاقتصادية للعينة:

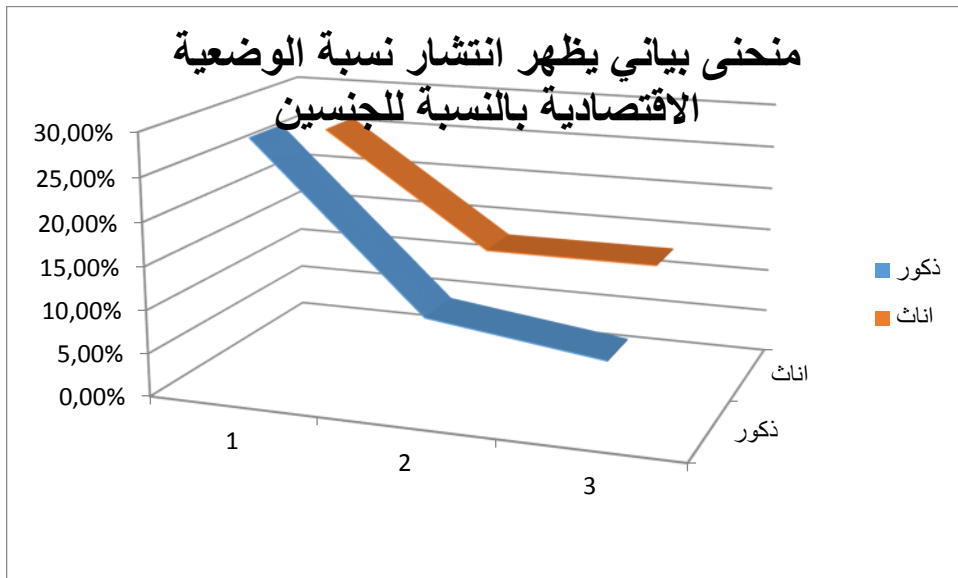
ن	الوضعية	الجنس	ذكور	ذو%	إناث	إو%	مج	مج%
1	موظف / عامل		11	28.95	10	26.31	21	55.26

23.69	9	13.16	5	10.53	4	طالب	2
21.05	8	13.16	5	7.89	3	بطلان / مائنة بالبيت	3
100	38	52.63	20	47.37	18	المجموع	

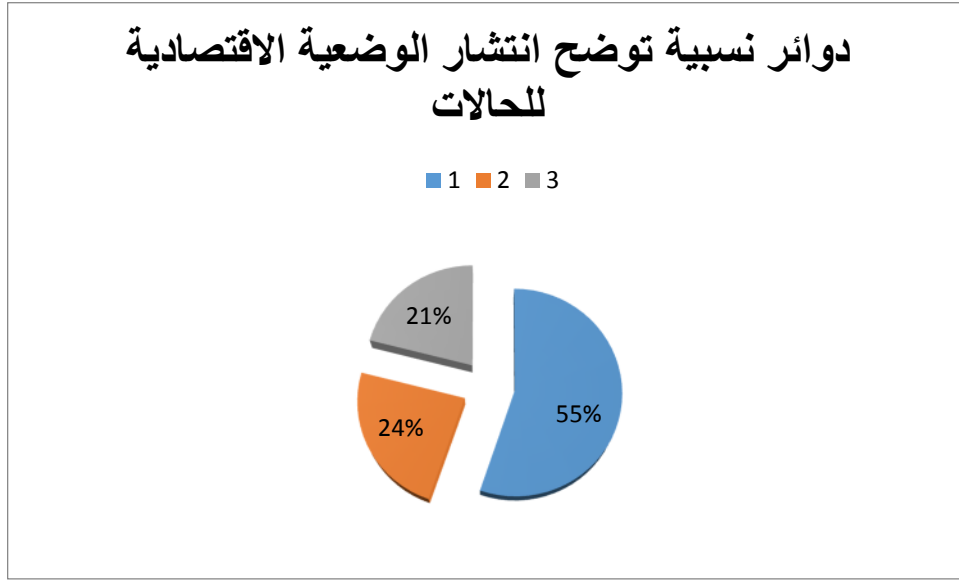
الشكل البياني "7" يوضح انتشار الوضعية الاقتصادية للجنسين:



الشكل البياني "8" يظهر نسبة الوضعية الاقتصادية بالنسبة للجنسي العينة:



الشكل البياني "9" يوضح نسبة انتشار الوضعية الاقتصادية للعينة:



7. أدوات الدراسة:

استخدم الباحث مجموعة من الأدوات نذكرها كآتي:

1.7. الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس:

استخدم الباحث في الدراسة الاستطلاعية الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس (DSM V)، والذي يحتوي على مجموعة من المحكات تخص اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة لتحديد وحدات العينة، ويتناول المحكات التالية:

بالنسبة لتشخيص اضطراب الهلع حسب (DSM V): وضع الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (APA, 2012/2013) أربعة محكات لاضطراب الهلع (المفصل فيها في الفصل الثالث) هي:

أ. نوبة الهلع مفاجئة ومعاودة: نوبة الهلع هي ارتفاع مفاجئ، حاد وشديد للخوف الشديد أو الرعب وعدم الراحة والقلق الشديد الذي يصل إلى ذروته خلال دقائق، وتظهر خلال النوبة على الأقل أربعة أعراض من الأعراض التالية:

❖ ملاحظة: قد يحدث الارتفاع المفاجئ والشديد للنوبة من حالة الهدوء التام أو القلق.

- زيادة ضربات ودقات القلب.
- التعرق.
- الارتجاف أو الارتعاش.
- الشعور بتقطع الأنفاس أو الاختناق.
- الشعور بانسداد النفس أو أن هناك كرة بالحلق.
- الشعور بالضييق أو ألم بالقفص الصدري.
- الشعور بالغثيان أو القيئ، الشعور بألم في البطن.
- الشعور بالدوار أو الدوخة أو فقدان التوازن أو الإغماء.
- الشعور بالحر أو البرودة.
- الشعور بالوخز أو التنمل.
- نفي الواقع [الشعور بلا واقعية الأحداث] أو نفي الذات [أن الأحداث غير مرتبطة مع ذاته].
- الخوف من فقدان التحكم بالذات أو الخوف من الجنون.
- الخوف من الموت.

❖ **ملاحظة:** يمكننا ملاحظة أعراض متعلقة بالثقافة الخاصة [مثلا: إحساس سمعي كالطنين أو الصفير، ألم في الرقبة، ألم في الرأس، نوبة غير متحكم فيها أو بكاء]. لا يمكن أخذ هذه الأعراض في الحسبان ضمن الأعراض الأربعة المستلزمة.

ب. خلال شهر [أو أكثر] على الأقل أن تكون أحد النوبات مصحوبة بواحدة من الاثنين أو كلتا ما يلي:

1. انشغال بال أو هم دائم لصيق لنوبة الهلع أو لإحدى نتائجها المتوقعة من طرف الحالة [مثلا: كفقدان التحكم، حدوث نوبة قلبية، أن يصبح مجنون].

2. تغير غير تكيفي في السلوك المتعلق بنوبة الهلع [مثلا: السلوكيات التجنبية المتعلقة بنوبة الهلع كتجنب النشاطات أو الوضعيات المماثلة].

ج. ألا يكون الاضطراب ناجم عن آثار فيزيولوجية لمواد معينة (مثلا كالتناول المخدرات، الأدوية) أو الوضعيات الطبية أو مرضية [مثلا كارتفاع التيرويد في الدرقية [hyperthyroidisme]، الأمراض القلبية الرئوية].

د. ألا تكون ناجمة عن اضطراب عقلي آخر [مثلا: ألا تحدث نوبة الهلع كنتيجة لاضطراب القلق الاجتماع [الخوف الاجتماعي]، أو كاستجابة لمواضيع خوافية مثل الخوف الخاص، أو استجابة للوسواس كاضطراب الوسواس القهري، أو كاستجابة للأحداث الصادمة كاضطراب قلق ما بعد الصدمة، أو كاستجابة لقلق الانفصال].

بالنسبة لتشخيص خواف الأماكن المفتوحة (المفتوحة) حسب (DSM V): وضع الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس (APA, 2012/2013) تسعة محركات لخوف الأماكن المفتوحة (المفصل فيها في الفصل الثالث):

- أ. الخوف أو القلق ملحوظ في اثنين أو أكثر من المواقع الخمسة التالية:
 - استعمال النقل العمومي مثلا: سيارة، الحافلة، القطار، الباخرة، الطائرة.
 - أن يكون في أماكن مفتوحة مثلا سوق مرآب أو حقل أو القنطرة.
 - أن يكون في أماكن مغلقة مثلا حانوت، مسرح، سينما.
 - الوقوف في طابور الانتظار أو أن يكون في وسط الحشد.
 - أن يكون بمفرده خارج المنزل.
- ب. يخاف أو يتجنب هذه المواقع نتيجة أفكار عدم القدرة على الهروب أو النفاذ أو صعوبة النجاة أو وصول النجدة حين حدوث أعراض الهلع أو أعراض مرضية أخرى تشل من قدراته [مثلا: الخوف من السقوط أو الانهيار في حالة الكبر، الخوف من عدم التحكم بالذات].
- ج. المواقع الرهابية تحدث غالبا الخوف أو القلق.
- د. المواقع الخوافية تكون دائما متجنبية، وتستلزم ضرورة وجود مرافق، وأنها دائما تزداد شدتها مع الخوف والقلق.

هـ. الخوف أو القلق يكون بعيد عن النطاق الواقعي للخطر المتوقع من الوضعية الخوافية للأماكن المفتوحة أو مع النسق الاجتماعي الثقافي.

و. الخوف القلق أو التجنب يكون مستمرا لأكثر من ستة أشهر.

ز. الخوف والقلق أو أسباب التجنب، تشل أو تحد من قدرات الحياة الاجتماعية للفرد، المهنية أو الوظائف الأخرى المهمة في الحياة.

ح. إذا كان هناك أمراض عضوية [مثلا: مرض باركنسون] يكون هناك إفراط في ظهور القلق، الخوف أو التجنب.

ط. ألا يكون القلق الخوف أو التجنب الناجم عن أعراض الاضطرابات العقلية الأخرى [مثلا: ألا يكون نتيجة الخوف الخاص (النوعي)، ألا يكون نتيجة الوضعيات الاجتماعية مثل اضطراب القلق الاجتماعي [الخوف الاجتماعي] أو يكون مرتبطا بأفكار وسواسية [الوسواس القهري] أو الخوف من الوضعيات، أو اضطرابات إدراك وضعية الجسد أو تذكر المواقف الصادمة [قلق ما بعد الصدمة] أو قلق الانفصال [اضطراب قلق الانفصال]].

❖ ملاحظة: يشخص رهاب الأماكن المفتوحة مستقلا عن اضطراب الهلع. إذا ظهرت محاكات اضطراب الهلع عند الفرد المصاب برهاب الأماكن المفتوحة، هنا يجب الإشارة إلى التشخيصين معا. بعد تأكد الباحث أن الحالات تعاني من اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة:

2.7. الاختبار: قام الباحث في هذه المرحلة بالتأكد من صدق وثبات كل من الاختبارين الآتين:

1.2.7. مقياس اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة لبندلو B.Bandelow (1995):

1.1.2.7. التعريف بالمقياس ووصف خصائصه السيكومترية:

وضع هذا المقياس بندلو B.Bandelow سنة 1995 بغرض قياس درجة اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة، وهذا المقياس يسمح بقياس شدة اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة؛ ويحتوي على 13 بند بالنسبة لنموذج المعالج و14 بندا بالنسبة لنموذج الحالات، وتقاس شدتها من 0 إلى 4 نقاط وتقيس 5 مميزات أساسية في هذا الاضطراب وهي: 1. نوبات الهلع، 2. سلوك التجنب الخوافي، 3. القلق المتوقع، 4. المشاكل المتعلقة بالعائلة والعمل، 5. والقلق اتجاه الصحة. (M. M. Antony & D. H. Barlow, 2010: 150) وفي (M. Allard, 2007: 69)

قد تم ترجمة هذا المقياس إلى لغات عديدة ومن بينها اللغة الفرنسية - وهي اللغة التي قام الباحث بالترجمة منها إلى العربية - وقد كانت لديها دلالات إحصائية جد مرتفعة، فتحصل الصدق على 0.78 عند درجة الدلالة المعنوي 0.05، أما الثبات من خلال التطبيق وإعادة التطبيق فتحصلت على 0.73 عند نفس درجة الدلالة المعنوية. أما الثبات الداخلي فقد تحصل الاختبار 0.89 بتطبيق معامل ألفا كرونباخ بالنسبة لنموذج المعالج و0.88 بالنسبة لنموذج العميل (Allard, 2007: 68)، كما جاءت النتائج مطابقة للنموذج الأصلي باللغة الإنجليزية (Antony & Barlow, 2010: 150). كما أثبتت الدراسات أن هناك ارتباط مرتفع بين هذا المقياس والمقاييس القلق الأخرى المختلفة ما بين 50 و70% (Bandelow, Hajak, Holzrichter, Kunert, & Rüter, 1995) في (Allard, 2007: 68).

2.1.2.7. الخصائص السيكومترية للمقياس:

بعد قيام الباحث بترجمة المقياس من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية قام بالتأكد من الصدق والثبات:

1.2.1.2.7. الصدق:

يرى فيصل عباس (1996: 22) أن الصدق يقصد به أن يقيس الاختبار فعلا القدرة أو السمة أو الاتجاه أو الاستعداد الذي وضع الاختبار لقياسه، أي يقيس فعلا ما يقصد أن يقيسه، لذا بعدما قام الباحث بترجمة الاختبار قام بعرضه على محكمين من أجل التأكد من الترجمة والتصحيح للمفردات المستخدمة فقام الباحث ب:

أ. صدق المحكمين (الصدق الظاهري):

يرى عبيدات وآخرون (1989) "أن هذا النوع من الصدق يعتمد فيه الباحث على آراء الخبراء وذلك من أجل تحديد مدى صلاحية الاختبار ومنه البنود لقياس السمة أو السلوك المراد قياسه" (القاطعي، يناير 1993: 52)، ويرى ألين ويان (Allen et Yen, 1979) في (مزهر حميد، 2000: 375) "أن الصدق الظاهري يتحقق عندما يتم الحصول على حكم أو قرار من شخص مختص

[خبير] حول مناسبة المقياس للموضوع المراد قياسه، ولغرض التعرف على مدى صلاحية الفقرات وملاءمتها للمجال الذي وضعت فيه"، وقد استخدمه الباحث من أجل التأكد من صدق الترجمة وتطابق البنود الموجودة في المقياس والثقافة الجزائرية، كما اتبع الباحث الخطوات الآتية :

1. اختيار مجموعة من الأساتذة المختصين في مجال علم النفس والقياس وقد عرضت عليهم بنود المقياس بصيغتيه المترجم إلى العربية والنسخة الفرنسية والبالغ عددها (14) بند و115 فقرة، وذلك من أجل الاستناد إلى آرائهم حول مطابقة الترجمة لبعض البنود ومدى ملائمة كل فقرة للمجال على وفق التعريف النظري لاضطراب الهلع وخواف الأماكن المفتوحة، والتعريفات الخاصة بكل مجال من مجالات المقياس، وذلك بتمثيل الفقرات للمجالات والسمة المراد قياسها وفق المحك الاجتماعي والثقافي الجزائري.

2. الإبقاء على الترجمة كما هي التي حصلت على نسبة اتفاق (80%)، فقد أشار (Eble,1972) أن حكم الخبراء في صلاحية الأداة حكما مناسبا وجدير بالاهتمام يجب أن يساوي هذه النسبة أو يتعداها (Eble,1972) في (مزهر حميد، 2000: 375)، فقد تم تعديل وتصحيح الفقرات المترجمة وفق الملاحظات والتصحيح التي وضعها كل أستاذ [بشرط أن تأخذ نسبة أقل من 80%] وذلك حسب درجة تناسب الفقرة من عدمها، وقد وضع الباحث ثلاث مستويات: مناسب وأعطى لها الدرجة 2، نوعا ما مناسب وأعطى لها الدرجة 1، وغير مناسب وأعطى لها الدرجة 0، أما البنود التي لم تتحصل على 80 % فقد أعيدت صياغتها والجدول "10" يوضح ذلك:

رقم	اسم المجال	رقم البند	الفقرات	عدد الخبراء	مناسب	نوعا ما مناسب	غير مناسب	النقطة	النسبة %
1	نوبات الهلع	1	.1.2.3.4.5.6 7.9.10.13.14	5	5	0	0	10	100
			8.11.12	5	3	2	0	8	80

100	10	0	0	5	5	.15.16.17.18 19.20.21	2		
100	10	0	0	5	5	22.23.24.25.26.27	3		
100	10	0	0	5	5	28.29.30.31.32.33	4		
100	10	0	0	5	5	34.35.36.37.38.39.4 0	5		
100	10	0	0	5	5	41.42.43.44.45.46	6	سلوك التجنب	2
100	10	0	0	5	5	47.48.49.50.51.52.5 .3 54.55.56.57.58.59.6 0 .61.62.63.64.65.66.6 7 .68.69.70.71.72.73.	7	الخوافي	
100	10	0	0	5	5	.74.75.76.77.78.79	8		
100	10	0	0	5	5	80.81.83.84.85	9	القلق المتوقع	3
90	9	0	1	4	5	82			
100	10	0	0	5	5	87.88.89.90.91	10		
80	8	0	2	3	5	86			
100	10	0	0	5	5	.92.93.94.95.97	11	المشاكل	4
70	7	1	1	3	5	96	المتعلقة بالعائلة		
100	10	0	0	5	5	98.99.100.101.103	12	والعمل	
80	8	1	0	4	5	102			
100	10	0	0	5	5	104.105.106.107.10 109.8	13	والقلق اتجاه	5

100	10	0	0	5	5	110.111.112.113.114	14	الصحة
						.4		
						.115		
94%	180	2	6	82	المجموع			

وقد تم حساب صدق المحكمين من خلال المعادلة التالية = $100 \cdot \frac{م + ن - م \cdot غ}{مج}$

حيث أن:

م = عدد الإجابات بمناسب.

ن = عدد الإجابات نوعا ما مناسب.

غ = غير مناسب. (مزهر حميد، 2000: 378)

تحصل الباحث على نسبة صدق تقدر بـ 94%، حيث يعتبر هذا التقدير مرتفع جدا في

صدق المحكمين.

قام الباحث بتعديل كل من الفقرة رقم 96 ومنه البند رقم 11 في البعد المرتبط بالمشاكل

المتعلقة بالعائلة والعمل، حيث عدل الباحث الفقرة والبند حسب تصويبات الأساتذة المحكمين.

ب. تصحيح المقياس:

لقد وضع بندلو B.Bandelow سنة 1995 مدرجا خماسيا أمام كل بند من بنود المقياس

وهي تمثل فقرات تقيس من 0 إلى 4، وهي فقرات تقيس المدى والشدة والمدة وعدد الظهور والتوقع

والأهمية والصعوبة... إلخ، ما عدى البند الأول الذي يمثل مجموعة من أعراض الملح وهي 14 عرض

وذلك من أجل إقرار استمرار الاختبار من عدمه بحيث يستمر تطبيق الاختبار إذا تحصلت الحالة

على أكثر من أربعة أعراض، والبند السابع الذي يمثل مجموعة من الأماكن المفتوحة التي تتجنبها الحالة

وهي 24 مكان زائد ثلاث خانات فارغة ويستمر تطبيق الاختبار إذا تحصل الاختبار لأكثر من

موقفين من المواقف المذكورة، وهذين البندين محددتين فقط لاستمرار تقديم المقياس أو التوقف عن تقديمه ولا يدخلان في التنقيط، وحساب أعلى درجة للمقياس هي 48 وأقل درجة هي 0.

ج. الصدق الإحصائي: نعني بالصدق الإحصائي أو معامل الصدق بالجذر التربيعي لمعامل الثبات (فضيل دليو، ديسمبر 2014)، وباستخدام الجذر التربيعي لمعامل الثبات الفا كرونباخ قد تحصلنا على 0.86 عند مستوى الدلالة المعنوي 0.05.

2.2.1.2.7. الثبات:

نعني بالثبات استقرار درجة الفرد على نفس الاختبار، أي أن يعطي الاختبار نفس النتائج في إجراءات متكررة لنفس الفرد (فيصل عباس، 1996: 22)، أو بمعنى آخر أن يعطي الاختبار نفس النتائج باستمراره إذا ما استخدم الاختبار أكثر من مرة تحت ظروف مماثلة (صابر وخفاجة، 2002: 165) أو بمعنى آخر هو اتساق نتائج الاختبار مع بعضها، وللتحقق من ثبات المقياس استعمل الباحث نوعين من الثبات هما:

أ. الاختبار وإعادة الاختبار:

تعتمد هذه الطريقة على إجراء الاختبار على نفس المبحوثين مرتين متتاليتين الفارق بينهما لا يقل عن أسبوع ولا يزيد عن شهر، بحيث يكون التطبيق تحت نفس الظروف بقدر الإمكان (صابر وخفاجة، 2002: 166)، وقد قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة مكونة من (38) حالة تعاني من نوبة الهلع، والتي تعود مصلحة الأمراض العقلية ووحدة الكشف النفسي بمستشفى تلمسان، وقد تم إعادة تطبيق المقياس على الحالات نفسها بعد مرور (21) يوماً على التطبيق الأول، وقد تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين التطبيقين، وكان معامل الارتباط (0.84) عند مستوى الدلالة 0.01، وباستخدام معامل الثبات بلغ (0.91) كما ظهر الفرق سالب النتيجة بعد استخدام T التجريبية بعد تطبيق وإعادة تطبيق الاختبار على العينة، حيث تحصل على 2.584 عند مستوى الدلالة 0.11 أو بمعنى آخر هو غير دال ونتائج معروضة في الملاحق.

ب. طريقة الاتساق الداخلي (معادلة ألفا كرونباخ):

تشير هذه الطريقة الى حساب الارتباطات بين درجات جميع فقرات المقياس على اعتبار أن الفقرة عبارة عن مقياس قائم بذاته، (عودة، 2000) في (مزهر حميد، 2000: 375)، فهو يأخذ قيمة تتراوح بين الصفر والواحد الصحيح فإن لم يكن هناك ثبات فإن قيمة المعامل تكون مساوية للصفر، وعلى العكس إذا كان هناك ثبات تام تكون القيمة مساوية للواحد الصحيح. أي أن زيادة قيمة ألفا كرونباخ تعني زيادة مصداقية البيانات من عكس نتائج العينة على مجتمع الدراسة (عز عبد الفتاح، دون سنة: 536)، وقد قام الباحث باستخدام حساب معاملات الارتباط بين كل فقرة من الفقرات في المقياس عن طريق استخدام معامل (ألفا كرونباخ) وقد بلغ معامل الثبات (0.88) وللدرجات المعدلة (0.91) وعند إعادة الاختبار تحصل على (0.91) وللدرجات المعدلة (0.94) عند 0.05، والجدول رقم "11" يظهر الاتساق الداخلي لكل بعد من أبعاد المقياس:

أبعاد المقياس	معامل ألفا كرونباخ في أول اختبار عند مستوى الدلالة 0.05	معامل ألفا كرونباخ بعد 21 يوم عند مستوى الدلالة 0.05
نوبات الهلع	0.886	0.905
سلوك التجنب الخوافي	0.9	0.919
القلق المتوقع	0.882	0.904
المشاكل المتعلقة بالعائلة والعمل	0.885	0.905
والقلق اتجاه الصحة	0.882	0.902

2.2.7. استبيان الأفكار الخوافية (QPP) لشامبلس : (Champlless.D.L.(1984)

1.2.2.7. التعريف بالمقياس ووصف خصائصه السيكومترية:

وضع هذا المقياس شامبلس (Champlless.D.L.) سنة 1984 بغرض قياس درجة الأفكار السلبية المتعلقة بالخوف والقلق وهذا المقياس يسمح بقياس شدة الأفكار الخوافية اللاعقلانية التي تستحوذ على الفرد حول النتائج المتوقعة عن القلق والخوف، يحتوي على 14 بنداً وتقاس شدتها من 1 إلى 5 نقاط، وتقيس ميزتين أساسيتين وهي: أ. أفكار خوافية متعلقة بالمخاوف السلوكية والاجتماعية وهي البنود رقم 6.8.9.11.12.13.14. ب. أفكار خوافية متعلقة بحالة الجسد وهي البنود رقم 1.2.3.4.5.7.10. (M. Bouvard & J. Cottraux, 2010:76-78).

تم ترجمة هذا المقياس إلى لغات عديدة ومن بينها اللغة الفرنسية والفرنسية الكندية -وهي اللغة التي قام الباحث بالترجمة منها إلى العربية - وقد كانت لديها دلالات إحصائية جد مرتفعة، تحصل صدق المحكمين على درجة مرتفعة، أما الثبات من خلال التطبيق وإعادة التطبيق فتحصلت على 0.86 عند مستوى الدلالة المعنوي 0.05 بعد ستة أيام، أما بعد 30 يوم فقد تحصلت على 0.75. أما ثبات التناسق الداخلي فقد تحصل الاختبار 0.80 بتطبيق معامل كرونباخ بالنسبة. كما أثبتت الدراسات أن هناك ارتباط مرتفع بين هذا المقياس ومقاييس الهلع وخوف الأماكن المفتوح (Chambless et al, 1988) في (Allard, 2007:68). كما أظهرت النسخة الأصلية باللغة الإنجليزية ثبات مرتفعاً بحيث تحصلت على 0.86 بتطبيق وإعادة تطبيق الاختبار أما معامل ألفا كرونباخ فتحصل على 0.80. (Antony & Barlow, 2010 :151)

2.2.2.7. الخصائص السيكومترية للمقياس:

بعد قيام الباحث بترجمة المقياس من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية قام بالتأكد من صدق وثبات المقياس:

1.2.2.2.7. الصدق:

بعدما قام الباحث بترجمة الاختبار قام بعرضه على محكمين من أجل التأكد من الترجمة والتصحيح للمفردات المستخدمة وبعد هذه العملية قام الباحث بـ:

أ. صدق المحكمين (الصدق الظاهري):

استخدمه الباحث صدق المحكمين من أجل التأكد من صدق الترجمة وتطابق البنود الموجودة في المقياس والثقافة الجزائرية، كما اتبع الباحث الخطوات الآتية:

1. اختيار مجموعة من الأساتذة المختصين في مجال علم النفس والقياس وقد عرضت عليهم بنود المقياس بصيغته المترجم إلى العربية والنسخة الفرنسية والبالغ عددها (14) بند و19 فقرة أما الفقرات المتعلقة بالبنود هي 14 فقط أما الخمس فقرات الأخرى فيها فقرة لتعريف الاستبيان، وذلك من أجل الاستناد إلى آرائهم حول مطابقة الترجمة لبعض البنود ومدى ملائمة كل فقرة للمجال على وفق التعريف النظري لاضطراب الهلع وخواف الأماكن المفتوحة والتعريفات الخاصة بكل مجال من مجالات المقياس وذلك بتمثيل الفقرات للمجالات والسمة المراد قياسها وفق المحك الاجتماعي والثقافي الجزائري.

2. الإبقاء على الترجمة كما هي التي حصلت على نسبة اتفاق (80%) فقد تم تعديل وتصحيح الفقرات المترجمة وفق الملاحظات والتصحيح التي وضعها كل أستاذ (بشرط أن تأخذ نسبة أقل من 80%) وذلك حسب درجة تناسب الفقرة من عدمها وقد وضع الباحث ثلاث مستويات مناسبة وأعطى لها الدرجة 2 نوعا ما مناسب 1 وغير مناسب 0 أما البنود التي لم تحصل على 80 % فقد أعيدت صيغتها والجدول "12" يوضح ذلك:

رقم	اسم المجال	رقم البند	الفقرات	عدد الخبراء	مناسب	نوعا ما مناسب	غير مناسب	النقطة	النسبة %
1			1	5	5	0	0	10	100
			2	5	4	1	0	9	90

100	10	0	0	5	5	3		المخاوف السلوكية والاجتماعية
80	8	1	1	3	5	9	6	
100	10	0	0	5	5	11	8	
100	10	0	0	5	5	12	9	
80	8	0	2	3	5	14	11	
100	10	0	0	5	5	15	12	
100	10	0	0	5	5	16	13	
100	10	0	0	5	5	4	1	مخاوف متعلقة بالجسد
100	10	0	0	5	5	5	2	
100	10	0	0	5	5	6	3	
100	10	0	0	5	5	7	4	
100	10	0	0	5	5	8	5	
100	10	0	0	5	5	10	7	
100	10	0	0	5	5	13	10	
100	10	0	0	5	5	17	14	
100	10	0	0	5	5	18		
70	7	2	0	3	5	19		
91	182	3	4	88	المجموع			

وقد تم حساب صدق المحكمين من خلال المعادلة التالية = $100 \cdot \frac{(م.ن.م) - (م.غ.م)}{مج}$

حيث أن:

م = عدد الإجابات بمناسب.

ن.م = عدد الإجابات نوعاً ما مناسب.

غ.م = غير مناسب.

وتحصل الباحث على نسبة صدق قدرت ب 91%، حيث يعتبر هذا التقدير مرتفع جدا في صدق المحكمين.

كما قد تم تعديل الفقرة رقم 19 التي تحصلت على 70% في التحكيم، حيث أعاد الباحث صياغة الفقرة وفق تصويبات الأساتذة.

ب. تصحيح المقياس :

لقد وضع مدرجا خماسيا أمام كل بند من بنود المقياس وهي تقيس من 1 إلى 5 [هذه الأفكار لم تراودني أبدا، نادرا، أحيانا، بشكل متكرر، دائما] وهذا النوع ملائم للتعامل مع هذه الحالات وقد وضع الباحث أوزاناً تتراوح بين (1-5)، وزعت على بدائل الإجابة والجدول "13" يوضح ذلك:

هذه الفكرة لم تراودني أبدا	نادرا	أحيانا	بشكل متكرر	دائما
1	2	3	4	5

أعلى درجة للمقياس هي 70 لكلا البعدين وأقل درجة هي 14 لكلا البعدين أما بالنسبة للمخاوف السلوكية والاجتماعية أعلى درجة للمقياس هي 30 وأقل درجة للمقياس هي 6، أما المخاوف المتعلقة بالجسد فأعلى درجة هي 40 وأقل درجة هي 8.

ج. الصدق الإحصائي:

استخدام الباحث الجذر التربيعي لمعامل الثبات الفا كرونباخ لتأكد من الصدق الإحصائي وتحصل على 0.69 عند مستوى الدلالة المعنوي 0.05.

2.2.2.2.7. الثبات:

للتأكد من ثبات الاختبار قام الباحث باتباع ما يلي:

أ. الاختبار وإعادة الاختبار:

قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة مكونة من (38) حالة تعاني من نوبة الهلع والتي تعود مصلحة الأمراض العقلية ووحدة الكشف النفسي بمستشفى تلمسان، وقد تم إعادة تطبيق المقياس على الحالات أنفسهم بعد مرور (21) يوماً على التطبيق الأول وقد تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين التطبيقين وقد كانت معامل الارتباط (0.91) عند مستوى الدلالة المعنوي 0.01 وباستخدام معامل الثبات الذي بلغ (0.95)، كما ظهر الفرق سالب النتيجة بعد استخدام T التجريبية بعد تطبيق وإعادة تطبيق الاختبار على العينة، حيث تحصل على 1.14 عند مستوى الدلالة المعنوي 0.26 أو بمعنى آخر هو غير دال أنظر الملاحق.

ب. 2.3. طريقة الاتساق الداخلي (معادلة الفا كرونباخ):

بعد تطبيق حساب الباحث لمعامل الثبات الفا كرونباخ، بلغ معامل الثبات (0.764) وللدرجات المعدلة (0.768) وعند إعادة الاختبار تحصل على (0.762) وللدرجات المعدلة (0.762) عند مستوى الدلالة المعنوي 0.05، والجدول "14" يوضح درجة الاتساق الداخلي لكل بعد:

أبعاد المقياس	معامل ألفا كرونباخ في أول اختبار عند مستوى الدلالة 0.05	معامل ألفا كرونباخ بعد 21 يوم عند مستوى الدلالة 0.05
المخاوف السلوكية والاجتماعية	0.759	0.758
مخاوف متعلقة بالجسد	0.74	0.738

3.7. الملاحظة العلمية:

تعتمد الملاحظة العلمية على قيام الباحث بملاحظة ظاهرة من الظواهر، أو سلوك معين سواء لفرد أو لمجموعة في الميدان أو في المختبر العلمي، وتسجيل مشاهداته لوقائع معينة تتصل بتصرف أو

بسلوك الفرد أو الظاهرة أو المجموعة أو السلوك أو العرض المراد مراقبته وملاحظته، وتجميع هذه الوقائع المتصلة بهذا السلوك لاستخلاص المؤشرات منها (سعودي والخضيري، 1992: 78). يعرفها العوامل نائل (1995) أنها عبارة عن "عملية مراقبة أو مشاهدة لسلوك الظواهر والمشكلات والأحداث ومكوناتها المادية والبيئية ومتابعة سيرها واتجاهاتها وعلاقتها بأسلوب علمي منظم ومخطط وهادف بقصد التفسير وتحديد العلاقة بين المتغيرات والتنبؤ بسلوك الظاهرة وتوجيهها لخدمة أغراض الإنسان وتلبية احتياجاته" (عبيدات وآخرون، 1999: 73). وقد استخدم الباحث هذه الأداة من أجل التعرف على الأعراض والسلوكيات التجنبية الظاهرة على الحالة قصد حصرها في العينة الدراسة الأساسية وتجنب الصعوبات الناجمة عنها.

4.7. المقابلة:

يعرف عبد الباسط حسن (1963) المقابلة هي تفاعل لفظي يتم بين شخصين في موقف المواجهة حيث يحاول أحدهما وهو القائم بالمقابلة أن يستثير بعض المعلومات أو المتغيرات لدى المبحوث أو التي تدور حول آرائه ومعتقداته"، واستخدم الباحث كل من المقابلة المغلقة وهي المقابلة التي تتطلب إجابات محددة ودقيقة قصد تحديد الأعراض، والمقابلة المفتوحة وهي التي تتطلب أسئلة مفتوحة ذات إجابة مفتوحة قصد التعرف على تاريخ الحالة (مُحَمَّد الشريف، 1996: 129، 130).

ثانيا: الدراسة الأساسية:

1. الغرض من الدراسة الأساسية:

إن الغرض من الدراسة الأساسية هو تطبيق العلاج المعد والمقدم من طرف الباحث قصد التعرف على نجاعته من جهة، والإجابة على الفرضيات والتأكد من صدقها من جهة أخرى.

2. منهجية الدراسة الأساسية:

لقد استخدم الباحث منهج دراسة حالة من أجل التعرف على عينة الدراسة وتكوين المفاهيم حولها من جهة والمنهج التجريبي للتأكد من نجاح البرنامج العلاج وصدق الفرضيات من جهة أخرى.

1.2. منهج دراسة حالة:

يرى أحمد غريب (1983) أن منهج دراسة حالة يهدف إلى تعرف خصائص ومضمون حالة أو ظاهرة واحدة وبصورة مفصلة ودقيقة. ويركز منهج دراسة الحالة إلى تحديد حالة محددة بعينها كخطوة أولى، ومن ثم جمع معلومات مفصلة ودقيقة عنها كخطوة ثانية وتحليل المعلومات التي تم جمعها بطريقة علمية وموضوعية للحصول على نتائج محددة يمكن تعميمها واقتراح أساليب معالجتها على حالات أخرى مشابهة (مُجَّد عبيدات وآخرون، 1999: 44)، وبشكل عام يعرفه معظم الكتاب حسب أحمد غريب (1983): "عبارة عن بحث متعمق لحالة محددة بهدف الوصول إلى نتائج يمكن تعميمها حالات أخرى مشابهة". (مُجَّد عبيدات وآخرون، 1999: 44)

أما عن طريق تكوين المفاهيم (التحليل الوظيفي) فهي الطريقة المذكورة في الإطار النظري من أجل التعرف على المعاش المرضي للحالة، ويعرف على أنه "تحليل أو شرح لوظيفة الفرد في نسقه الخاص"، ويقوم على الملاحظة لسلوك المباشر وغير المباشر القابل للقياس وأهدافه هي:

- تحديد شروط التثبيت وبدء السلوك.

- البحث عن عزل المشكل أو المشاكل المفتاحية، وإعطاء الحلول من أجل تعديل السلوك بشكل ملحوظ ودائم.

- التعرف على تاريخ اكتساب المشكل.

فالمعالج يدرس أفكار، الصور الذهنية، الحوار الداخلي - الأفكار الآلية- كما يدرس الوضعيات وردود الفعل التي تسبق أو تصاحب السلوك المشكل، ويتعرف في النهاية وبشكل دقيق جدا على السلوكيات الحركية أو اللفظية. (Ovide et Philippe Fontaine,2000; Cottraux ,2011 ; Judith S. Beck 2011)

2.2. المنهج التجريبي:

يعرفه حسن عبد الباسط (1990) بأنه "يتضمن كافة الإجراءات والتدابير المحكمة التي يتدخل فيها الباحث الاجتماعي أو التسويقي عن قصد مسبق في كافة الظروف المحيطة بظاهرة محددة" (مُجَّد عبيدات وآخرون، 1999: 40)، كما يرى عبيدات وآخرون (1999: 40) أن هذا المنهج يهدف إلى

قياس أثر أحد المتغيرات المستقلة أو أكثر على متغير تابع محدد وذلك من خلال التحكم أو السيطرة على كافة العوامل المحيطة بالظاهرة موضوع التجربة. ويرى كايد عبد الحق (1972) أن هذا المنهج يشمل كلا من الملاحظة والتجربة، حيث يبدأ الباحث بجزئيات وافتراسات محاولا التواصل إلى قضايا عامة. (المغربي، 2011: 110)

كما يضيف غرين (Green P. 1990) أن أسلوب التجربة يقوم على أسلوب التجارب العلمية الميدانية والمخبرية التي تؤدي إلى تعرف العلاقات السببية بين العوامل المختلفة التي تحدث الظاهرة أو المشكلة موضوع الاهتمام (مُجد عبيدات وآخرون، 1999: 40)، فقد استخدم الباحث هذا المنهج من أجل التأكد من فعالية البرنامج العلاجي على العينة المقصودة في الدراسة.

3. مكان الدراسة الأساسية: أجرت الدراسة بجامعة أبي بكر بلقايد تلمسان

4. مدة الدراسة الأساسية:

دامت مدة الدراسة الأساسية 7 سبعة أشهر بداية من بداية شهر سبتمبر 2015 إلى غاية نهاية شهر أبريل 2016، قصد اختيار عينة الدراسة الأساسية وبداية العمل العلاجي وتطبيق البرنامج عليها.

5. مجتمع الدراسة:

يقصد الباحث بمجتمع الدراسة جميع الطلاب والأساتذة والعمال التابعين إلى جامعة أبي بكر بلقايد والذين يعانون من نوبات هلع مصحوبة بخواف الأماكن المفتوحة.

6. عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من 8 طلاب من طلبة جامعة أبي بكر بلقايد 6 ستة إناث وذكورين ، تتراوح أعمارهم بين 22 و32 سنة، تم اختيارهم من طرف الباحث بعد تشخيص 22 حالة تم التعرف عليها في الجامعة وفق الشروط التالية:

- أن تكون وحدات العينة (الحالات) تدرس أو تعمل بجامعة أبي بكر بلقايد تلمسان.

- أن يكون لديه أكثر من 4 أربعة أعراض من أعراض نوبة الهلع المذكورة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM V.
- أن يكون لديه أكثر من مكانين تتجنبها من الأماكن المفتوحة المذكورة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM V.
- أن تكون الأعراض موافقة لمحكات الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM V.
- ألا تكون هذه الأعراض ذات منشأ طبي (مرض عضوي).
- ألا تكون الأعراض راجعة لتناول أدوية أو مخدرات أو آثار فيزيولوجية لمواد معينة.
- أن يكون مستوى نوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة شديدا يتراوح ما بين 36 إلى غاية 48 درجة.

7. أدوات الدراسة: استخدم الباحث في بحثه الأدوات التالية:

1.7. الاختبار:

استخدم الباحث في دراسته كل من مقياس اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة لبندلو B.Bandelow (1995) الذي تحصلنا فيه على درجة صدق 0.86 في مستوى الدلالة المعنوي 0.05، ودرجة ثبات تحصلنا على 0.88 في مستوى الدلالة المعنوي 0.05. واستبيان الأفكار الخوفية (QPP) لشامبلس : (1984) Champless.D.L. تحصلنا فيه على درجة صدق 0.69 في مستوى الدلالة المعنوي 0.05، وقد بلغ معامل الثبات (0.764) وللدرجات المعدلة (0.768) عند مستوى الدلالة المعنوي 0.05.

كما استخدم الباحث في الدراسة الأساسية الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس (DSM V)، والذي يحتوي على مجموعة من المحكات تخص اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة لتحديد وحدات العينة والتي تم ذكرها في الدراسة الاستطلاعية.

2.7. البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الجماعي المقترح:

قد بنا الباحث البرنامج من خلال الدراسات السابقة في العلاج المعرفي السلوكي وخاصة دراسة بيك وكلاارك الذي تم ذكرهما في فصل البرنامج العلاجي والبرنامج التطبيقي لجون غوليت وآخرون (Jean Goulet et al,2013) المطبق بمستشفى لافال (Laval) في كندا المذكور في الملاحق، وقد قام الباحث بإدخال تقنيات ووسائل من أجل التفعيل الجيد لهذا البرنامج وإثراؤه من خلال الدراسات النظرية والسابقة الأخرى التي تطرقت إلى هذا الموضوع أو إلى الأساليب التي وضعت في علاج اضطرابات القلق الأخرى، والتي أبدت فعاليتها في العلاج المقترح من طرف الباحث والتي سيعرضها في نتائج البحث.

7.2.1. خطوات تطبيق البرنامج:

مثل الباحث البرنامج العلاجي في الجدول "15":

المدة الزمنية	الوسائل	التقنية	الهدف	الخطوة	الخصبة
25د	الحوار + كمبيوتر + آلة العرض.	تعليم النموذج المعرفي لعلاج الملح.	التعارف، تعرف العملاء على حالتهم، شرح تشخيصها والعلاج المقترح لها.	إعلام العميل	1
20د			التعرف على أهداف العملاء وتوضيح أهداف العلاج	تحديد الأهداف	
5د			التغذية الرجعية	التعرف على ما سبق ذكره	
2د	قراءة حول النموذج المعرفي لنوبات الملح وخواف الأماكن العمومية لبيك وكلاارك والعلاج	الواجب المنزلي	استمرارية العمل العلاجي خارج الخصبة ومشاركة العميل في العلاج	الأعمال المنزلية	

	المقترح				
2		التغذية الرجعية	التعرف على ما سبق ذكره	رجوع قصير للحصة السابقة + التأكد من الواجبات المنزلية ومن فهم محتواها	5د
20د	الحوار + فيلم وثائقي + كمبيوتر + آلة العرض	تعليم النموذج المعرفي لعلاج الهلع + النمذجة والتعزيز.	التعرف العملاء على الحالة المرضية لديهم وكيفية الخروج منها.	عرض فيلم وثائقي حول نوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة	20د
20د		الحوار السقراطي.	استبصار المعالج لحالة العملاء.	مناقشة المعالج مع العملاء حول الفيلم	10
10		الرصد الذاتي.	من أجل ملاحظة الأفكار والأحاسيس التي تعترى وجدان العملاء.	شرح جدول الملاحظة الذاتية وكيفية استعماله.	5د
5د		التغذية الرجعية.	التعرف على ما سبق ذكره.	مراجعة الحصة.	2د
2د		الواجب المنزلي.	استمرارية العمل العلاجي خارج الحصة ومشاركة العميل في العلاج.	الأعمال المنزلية.	
	توزيع جداول الملاحظة الذاتية + توزيع أقراص DVD بما أفلام حول نوبات الهلع وخوف الأماكن العمومية والعلاج				

	المعرف السلوكي				
3	رجوع قصير للحصة السابقة + التأكد من الواجبات المنزلية ومن فهم محتواها.	التعرف على ما سبق ذكره.	التغذية الرجعية.	الحوار + فيلم وثائقي + كمبيوتر + آلة العرض.	د5
	عرض فيلم وثائقي حول الوظائف. الفيزيولوجية أثناء نوبة الهلع.	تقليل حساسية أو استجابة للأحاسيس الجسدية أو العقلية ذات الصلة بالهلع، إضعاف التأويل الخاطئ والكارثي الكامنة وراء مخططات التهديد الجسدي أو العقلي.	إعادة التأهيل المعرفي للأعراض الفيزيولوجية.		د20
	شرح الآلية الفيزيولوجية لنوبة الهلع.				د15
	مناقشة.				د15
	مراجعة الحصة.	التعرف على ما سبق ذكره.	التغذية الرجعية.		د5
	الأعمال المنزلية.	استمرارية العمل العلاجي خارج الحصة ومشاركة العميل في العلاج.	الواجب المنزلي.	قراءة حول التأويلات الخاطئة وكيفية تنفيذها + DVD حول إعادة التأهيل التنفسي.	د2
4	رجوع قصير للحصة السابقة + التأكد من	التعرف على ما سبق ذكره.	التغذية الرجعية.	الحوار + فيلم وثائقي + كمبيوتر + آلة العرض.	د5

				الواجبات المنزلية ومن فهم محتواها.	
د25		إعادة التأهيل التنفسي وإعادة التأهيل المعرفي لفرط التهوية.	تقليل حساسية أو استجابة للأحاسيس الجسدية المتصلة بفرط التهوية أو العقلية ذات الصلة بها، إضعاف التأويل الخاطئ والكارثي الكامنة وراء مخططات التهديد الجسدي أو العقلي الناجم عن فرط التهوية.	عرض فيديو يتكلم عن عواقب فرط تهوية وكيفية التنفس السليمة وأثرها على نوبات الملح.	
د15				شرح ومناقشة الفيديو.	
د5		إعادة التأهيل التنفسي		تطبيق التمرين إعادة التأهيل التنفسي	
د10		الحديث السقراطي		مناقشة	
د2	جدول التقييم الذاتي للقلق قبل وبعد تمارين التأهيل التنفسي.	الواجب المنزلي تطبيق تمارين إعادة التأهيل التنفسي.	استمرارية العمل العلاجي خارج الحصة ومشاركة العميل في العلاج، الخفض من حدة النوبة.	تمارين منزلية.	
د5	الحوار + فيلم وثائقي + كمبيوتر + آلة العرض.	التغذية الرجعية.	التعرف على ما سبق ذكره.	رجوع قصير للحصة السابقة + التأكد من الواجبات المنزلية ومن فهم	5

				محتواها.
50د	تطبيق التمرين.	التعرض للأحاسيس الفيزيولوجية.	تقليل حساسية أو استجابة للأحاسيس الجسدية، تعزيز قدرات إعادة تقييم المعرفة التي تؤدي إلى اعتماد تفسير بديل أكثر اعتدالا وواقعية للأعراض، العمل على التسلسل في التعرض للأعراض.	التعرض للأحاسيس الفيزيولوجية، التمرين رقم 1 و2 و3 المذكورة في الملاحق.
5د		الحديث السقراطي.	تفنييد الأعراض.	مناقشة.
2د	مقياس الهلع وخواف الأماكن العمومية. استمارة الأفكار الخوافية.	الواجب المنزلي.	استمرارية العمل العلاجي خارج الحصة ومشاركة العميل في العلاج، الخفض من حدة الأعراض.	تمارين منزلية.
5د	الحوار + فيلم وثائقي + كمبيوتر + آلة العرض.	التغذية الرجعية.	التعرف على ما سبق ذكره.	6 رجوع قصير للحصة السابقة + التأكد من الواجبات المنزلية ومن فهم محتواها.
50	تطبيق التمرين	التعرض للأحاسيس الفيزيولوجية	تقليل حساسية أو استجابة للأحاسيس الجسدية، تعزيز قدرات إعادة تقييم المعرفة التي تؤدي إلى اعتماد تفسير بديل أكثر اعتدالا وواقعية	التعرض للأحاسيس الفيزيولوجية، التمرين رقم 4 و5 و6

			للأعراض، العمل على التسلسل في التعرض للأعراض.	المذكورة في الملاحق.	
د5		الحديث السقراطي.	تفنييد الأعراض.	مناقشة.	
د2		الواجب المنزلي.	استمرارية العمل العلاجي خارج الحصة ومشاركة العميل في العلاج، الخفض من حدة الأعراض.	تمارين منزلية.	
د5	الحوار + فيلم وثائقي + كمبيوتر + آلة العرض.	التغذية الرجعية.	التعرف على ما سبق ذكره.	رجوع قصير للحصة السابقة + التأكد من الواجبات المنزلية ومن فهم محتواها.	7
د50	تطبيق التمرين.	التعرض للأحاسيس الفيزيولوجية.	تقليل حساسية أو استجابة للأحاسيس الجسدية، تعزيز قدرات إعادة تقييم المعرفة التي تؤدي إلى اعتماد تفسير بديل أكثر اعتدالا وواقعية للأعراض، العمل على التسلسل في التعرض للأعراض.	التعرض للأحاسيس الفيزيولوجية، التمرين رقم 7 و8 المذكورة في الملاحق.	
د5		الحديث السقراطي.	تفنييد الأعراض.	مناقشة.	
د2	قراءة حول مخاوف الأماكن العمومية	الواجب المنزلي	استمرارية العمل العلاجي خارج الحصة ومشاركة العميل	تمارين منزلية.	

	والتحصين التدريجي		في العلاج، الخفض من حدة العراض.		
من 8 إلى 12	رجوع قصير للحصة السابقة + التأكد من الواجبات المنزلية ومن فهم محتواها.	التعرف على ما سبق ذكره.	التغذية الرجعية.	الحوار + فيلم وثائقي + كمبيوتر + آلة العرض.	د5
التعريض للمواقف الخوافية.	القضاء على سلوك التجنب والسلوكيات التأمين الأخرى غير القادرة على التأقلم، الرفع من قدرات الحالة لتقبل القلق أو الانزعاج وإعادة تأسيس الشعور بالأمان.	التحصين التدريجي.	التحصين التدريجي عن طريق التخيل والتماثل الصوتي (سماع صوت ضجيج أو قاعة مملوءة بالجماهير أو مقاطع فيديو لهذه الأماكن) مقطع فيديو حول الأغورافوبيا وطريقة مواجهتها.	د45	
مناقشة.	تعزيز العملاء لمواجهة المخاوف.	الحديث السقراطي.	د10		
تمارين منزلية	استمرارية العمل العلاجي خارج الحصة ومشاركة العميل في العلاج، مواجهة المخاوف.	الواجب المنزلي.	د2	سماع مقطع Mp3 لضجيج سوق ومحاوله التقرب من الأماكن التي يتجنبونها + توزيع مقياس الهلع وخواف الأماكن العمومية + استبيان الأفكار الخوافية.	
جوع قصير	التعرف على ما سبق ذكره.	التغذية الرجعية.	الحوار + فيلم وثائقي +	د5	13

	كمبيوتر + آلة العرض.			للحصة السابقة + التأكد من الواجبات المنزلية ومن فهم محتواها.	
15د	استبيان + المقياس.	التقييم.	تقييم حالة العملاء للتأكد من الأهداف.	تقييم.	
20د	الحوار + فيلم وثائقي + كمبيوتر + آلة العرض.	العلاج الذاتي.	تعزيز الذاتية والاستقلالية لدى العملاء.	تعليم طرق العلاج الذاتي.	
15د		الوقاية من الانتكاس.		معلومات حول الوقاية من النكسة.	
5د	توزيع مجموعة من القراءات التي تحتوي على تدابير للوقاية من النكسة + أغلفة بريدية تحتوي على معلومات وقائية حسب الموقف.	الحديث السقراطي.		مناقشة + ملخص.	

خلاصة:

عرض الباحث في هذا الفصل إجراءات الدراسة بداية من الدراسة الاستطلاعية التي تم من خلالها التأكد من صدق وثبات المقياسين، ثم التطرق إلى الدراسة الأساسية [التي سناقش نتائجها في الفصل السادس]، وذلك من خلال ذكر مختلف الطرق والمناهج التي استخدمها الباحث في بحثه.

الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج:

أولاً: عرض النتائج:

1. عرض الحالات:
2. عرض نتائج الفرضية الأولى:
3. عرض نتائج الفرضية الثانية:
4. عرض نتائج الفرضية الثالثة:
5. عرض نتائج الفرضية الرابعة:
6. عرض نتائج الفرضية الخامسة:
7. عرض نتائج الفرضية السادسة:
8. عرض نتائج الفرضية السابعة:
9. عرض نتائج الفرضية الثامنة:
10. عرض نتائج الفرضية التاسعة:

ثانياً: مناقشة النتائج:

1. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الأولى والدراسات السابقة:
2. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الثانية والدراسات السابقة:
3. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الثالثة والدراسات السابقة:
4. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الرابعة والدراسات السابقة:
5. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الخامسة والدراسات السابقة:
6. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية السادسة والدراسات السابقة:
7. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية السابعة والدراسات السابقة:
8. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الثامنة والدراسات السابقة:
9. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية التاسعة والدراسات السابقة:

خلاصة عامة:

أولاً: عرض النتائج:

1. عرض الحالات:

*ملاحظة: لم يتطرق الباحث إلى تخصص الحالات وذلك من أجل السرية المهنية المعقدة بين الباحث والحالات.

الحالة الأولى:

نورة 22 سنة طالبة جامعية تدرس ليسانس سنة ثالثة بجامعة أبي بكر بلقايد [تحيفة البنية تظهر عليها ملامح المرض لأول وهلة، لكنها ذكية ومفعمة بالحيوية والنشاط والإرادة في تلقي العلاج]، تعاني نورة من اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة منذ أكثر من ستة أشهر، حدثت لها أول نوبة هلع بعد شجار نشب بينها وبين إحدى زميلاتها في غرفة النوم بالإقامة الجامعية، حيث أحست بضيق شديد في التنفس وحالة من الاختناق وبدأت بالصراخ حتى أغمي عليها، نقلت بعد ذلك إلى المستشفى الجامعي بتلمسان، وبعد المعاينة الطبية أكد الأطباء أن نورة لا تعاني من أي مرض جسدي بل هي حالة من الاضطراب العصبي حسب وجهة نظر الأطباء، عاودتها نوبة أخرى بعد يومين من حدوث أول نوبة ولكن هذه المرة في المطعم الجامعي، ثم نوبة ثالثة ورابعة في المدرج بالحرم الجامعي، مما أدى إلى ظهور سلوكيات تجنبية للمواقف والأماكن المملوءة بالحشود، لم تخرج نورة بعد ذلك من منزلها لمدة تفوق الشهر خوفاً من حدوث نوبة أخرى، رغم تجنبها هذه الأماكن إلا أن هذا لم يجد ذلك نفعاً بل بالعكس زادت نوبات الهلع لديها، كما تضاعفت الأعراض عندها مما أدى بها إلى الظن أن لديها مرض عضوي، فكانت تظن أن لديها ورم بالدماغ أو أنها مصابة بمرض قلبي أو تنفسي، وأن الأطباء مخطئين في تقييمهم لمرضها، وبعد إجراء جميع التحاليل والمعاينات الطبية التي ظهرت بكاملها بصورة سلبية، هذا ما أدى إلى تعزيز الفكرة لديها بأن مرضها مرض خفي ولا يستطيع الأطباء هنا في الجزائر الكشف عنه وأنها سوف تموت، رغم الدعم التام من العائلة إلا أن نورة كانت تعاني من نوبات الهلع وخوف الأماكن المفتوحة بشكل مرتفع وشديد.

لأول وهلة كانت ملامح التعب ظاهرة عليها وتتنفس بشكل مفرط كأن الهواء لا يسعها، بعد إجراء التقييم الأولي عن طريق المقابلة (المحادثة) وإجابة نورة على مقياس اضطراب الهلع وخواف الأماكن المفتوحة تبين للباحث أن الحالة تعاني بدرجة شديدة من نوبة الهلع وخواف الأماكن المفتوحة حيث أظهر المقياس درجة 46 مع ظهور 12 عرضاً من بين 14 عرضاً موضوع في المقياس وحدوث نوبة الهلع من أربع مرات إلى خمس مرات بالأسبوع وبدرجة قوية جداً ولمدة تفوق نصف ساعة، حيث كانت تتوقع حدوث نوبات الهلع لديها، أما تجنبها فكان تجنباً جدياً متكرراً للمواقف التي أصبحت تكوّن لها موضوعاً خافياً وهي (10) عشر مواقف حسب المقياس، وجميع هذه المواقف لديها عامل مشترك وهو الحشود ما عدا البقاء في البيت بمفردها، وهذا راجع لخوفها من حدوث أي طارئ على حالتها الصحية وعدم وصول الإسعاف في الوقت المناسب، كان تجنب هذه المواقف حسب نورة جدياً مهماً فكانت تخاف من وقوع نوبة الهلع [التي كانت تظن أنها نوبات راجعة إلى مرض عضوي] معظم الوقت حتى أنها أصبحت تخاف من هذا الشعور بدرجة قوية جداً مما عزز السلوك التجنبي من جهة والنوبات الهلع من جهة أخرى، أدى ذلك إلى ظهور مشاكل كثيرة وخطيرة في حياة الطالبة الأسرية والتعليمية، كانت ترى أن مرضها طبي محض وأن الأطباء مخطئين في تشخيص مرضها على أنه نفسي وليس جسدي، وأظهر المقياس النتائج التالية:

الجدول "16" يظهر نتائج نورة قبل العلاج:

المجال	الأعراض + درجة نوبة الهلع													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
البند														
الإجابة	12	3	4	3	4	4	10	4	4	4	4	4	4	4

بعد العمل مع نورة لمدة حصتين من العلاج الفردي تبين للباحث أن المعزز والمنشط لنوبة الهلع وخواف الأماكن المفتوحة هي كل من الزميلة الموجودة معها في الغرفة من جهة وأعراض النوبة

من جهة أخرى، التي كونت لديها مجموعة من الأفكار الخوفية المتعلقة بالأعراض، والتي كشف عنها الباحث من خلال استبيان الأفكار الخوفية، فهي تخاف أحيانا من التقيؤ، تخاف بشكل متكرر من الموت وفقدان التحكم بالذات أو أن تشل من كثرة الخوف أو أن تتمم أو تقول أي شيء أو تصيب أحدهم بأذى، كما كانت تخاف دائما من الاختناق والإغماء وأن تصاب بورم في الدماغ أو أن تظهر مجنونة أمام الآخرين أو أن تصبح مجنونة، كما أنها نادرا ما تخاف من أن تعمي وتبدأ بالصراخ كما أنها لم تراودها أية فكرة حول أنها تعاني من نوبة قلبية، ويظهر الجدول "17" نتائج استبيان الأفكار الخوفية:

المخاوف الاجتماعية	المخاوف الجسدية						المجال
14	13	12	11	9	8	6	البند
10	7	5	4	3	2	1	
5	2	5	1	5	4	3	الإجابة

كما أظهرت الحالة مجموعة من الأفكار التلقائية السلبية الأخرى والتي كشف عنها عن طريق المحادثة السقراطية، وأثناء تعليم الحالات طريقة الرصد الذاتي والمتعلقة بالذات والآخرين مثلا كقول الحالة: "لا يوجد دواء لمرضي...، لا أستطيع تجاوز الحالة التي أعيشها...، لا أستطيع نسيان من كان السبب في ما يحدث لي...، لو أردت أن أظهر ذلك الوجه القبيح للآخرين لفعلت، ولو أظهرته لهم ما حدث لي هذا...، أنا أفضل منهن وهن من لا يصلحن...، لماذا تكلمت لو بقيت صامتا لكان هذا أفضل لي من الكلام...، أخاف من النوم خشية الموت...، ربما أنا المخطئة وهن اللاتي لديهن الصح، لماذا الأشخاص لا يعاملوني مثلما أعاملهم".

كما ظهرت مجموعة أخرى من الأفكار أثناء العلاج الجماعي كقولها: "ربما سوف تحدث لي نوبة ولا يكون من الممكن وصول الإسعاف...، سوف أتعصب وأفقد صوابي وأقوم بأي تصرف مخزي... يجب الانسحاب من الموقف المخيف خشية وقوع نوبة هلع، وقبل أن يلاحظ الآخرون ذلك ويستهزؤوا بي أو يشعرون بالشفقة اتجاه... "كل هذه الأفكار تدور إما حول الأعراض الجسدية والنفسية للحالة أو حول لوم الآخرين من جهة، ولوم الذات من جهة أخرى.

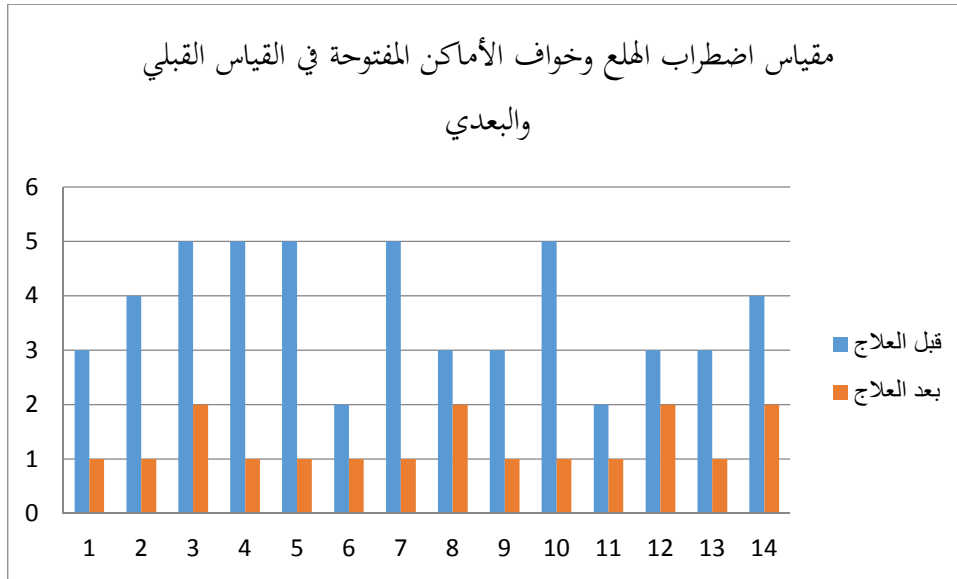
أما السلوكيات التأمينية التي اعتمدت عليها الحالة، كانت أختها التي تدرس في الجامعة والتي أحيانا ترافقها لبعض هذه الأماكن، أما الذهاب إلى المطعم فلم تكن تذهب إلا أن بعض الطالبات المقيمات معها كن يجلبن لها الخبز والطعام.

عند بداية العلاج أبدت نورة تفاعلا وتعاوننا نشطا وفعالا مع العلاج والمعالج، وأظهرت تحسنا ملحوظا منذ بداية هذا العلاج وتعرفها على مختلف الأعراض وكيفية حدوثها، كما أظهرت نظرة إيجابية اتجاهه عندما تعرفت عليه وسجل لديها إقبال لا بأس به، حيث اختفت لديها جميع الأعراض بعد الحصة العاشرة ما عدا عرض واحد وهو الاحساس بالاختناق أو الخوف من الاحساس بالاختناق وهذا ما دفع الباحث إلى التركيز على هذا العرض في التوجيهات الخاصة بالانتكاسة، كما اختفت نوبة الهلع حيث لم تحدث لها أي نوبة هلع منذ الحصة السابعة "7" كما تناقصت السلوكيات التجنبية بعد عملية التعريض لديها، وأصبحت تواجهها بشكل شبه عادي في حين تقلصت المواقف إلى موقفين بدل عشر مواقف وتحصلت على 7 درجات على مقياس اضطراب الهلع وخواف الأماكن المفتوحة بدلا من 46 درجة وهذه النتائج المتحصل عليها في نهاية العلاج:

جدول "18" يبين النتائج المتحصل عليها بعد العلاج:

المجال	الأعراض + درجة نوبة الهلع													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
البند	1	0	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0
الإجابة	1	0	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0

رسم بياني "10" يوضح القياس القبلي والبعدي لنورة:



أما الأفكار الخوفية فتراجعت هي الأخرى بعد عملية العلاج وكانت النتيجة كالتالي:

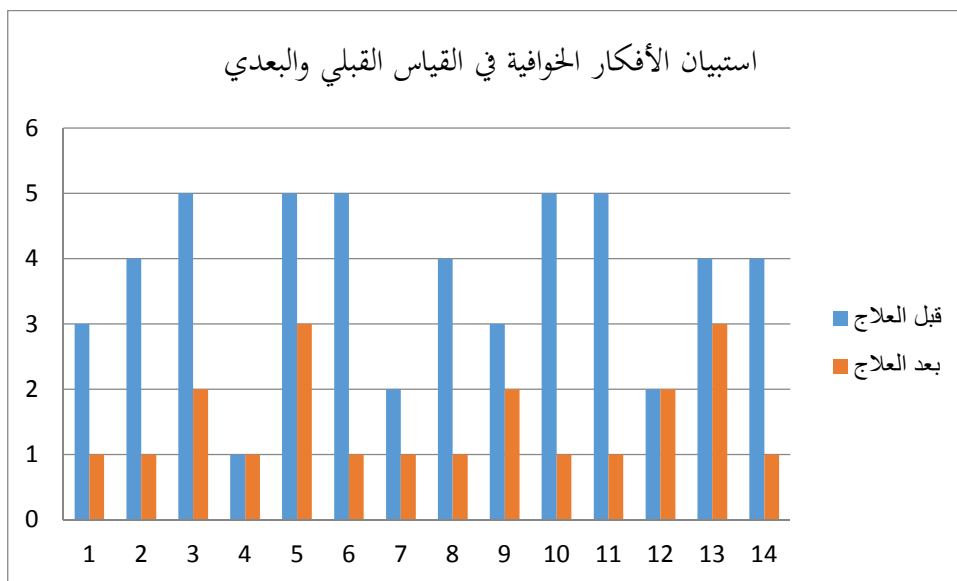
الجدول "19" يوضح نتائج القياس البعدي لاستبيان الأفكار الخوفية:

المجال	المخاوف الاجتماعية						المخاوف الجسدية							
البند	6	8	9	11	12	13	14	1	2	3	4	5	7	10
الإجابة	1	1	2	1	2	3	1	1	1	2	1	3	1	1

هذا الجدول يوضح تراجع كل من الأفكار الخوفية الاجتماعية والجسدية ولكن لطبيعة العلاج

وحكم الأساليب المستخدمة فيه، كانت المخاوف الجسدية أكثر تراجعاً على حساب المخاوف

الاجتماعية، وأبدت نورة حالة جد متقدمة من العلاج واختفاء الأعراض.



رسم بياني "11" يوضح الفرق بين القياس القبلي والبعدي:

الحالة الثانية:

أمينة 25 سنة طالبة جامعية تدرس ماستر سنة ثانية بجامعة أبي بكر بلقايد [معتدلة البنية تظهر عليها ملامح المرض لأول وهلة، لكنها ذكية ومفعمة بالحياة والنشاط ولديها إرادة في تلقي العلاج] تعاني أمينة من اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة منذ أكثر من سنتين، حدث لها أول نوبة هلع بعد تعب شديد إثر نهاية السنة الدراسية، حيث أحست بضيق شديد في التنفس وحالة من الاختناق وزيادة ضربات القلب وأغمي عليها، نقلت بعد ذلك إلى المستشفى وبعد المعاينة الطبية أكد الأطباء أن أمينة لا تعاني من أي مرض جسدي بل هي حالة من الإرهاق والضغط النفسي حسب وجهة نظر الأطباء، عاودتها نوبة أخرى بعد أسبوع من حدوث أول نوبة في هضبة لالة ستي ثم الثالثة في السوق، ورابعة في محطة الحافلات مما أدى إلى ظهور سلوكيات تجنبية لهذه المواقف والمواقف المشابهة لها، خاصة إذا كانت مملوءة بالحشود، لم تخرج أمينة بعد ذلك من منزلها لمدة تفوق ثلاثة أشهر لأنها حسب قولها كانت في العطلة الصيفية، ولكن حسب وجهة نظر الباحث خوفا من وقوع نوبة أخرى، رغم تجنبها هذه الأماكن إلا أن هذا لم يجد نفعاً، بل بالعكس زادت نوبات الهلع لديها كما تضاعفت الأعراض عندها مما أدى بها إلى الظن أن لديها مرض عضوي خاصة إذا بقيت في البيت لوحدها، كما أنها أصبحت غير قادرة على النوم لوحدها في غرفتها، كانت أمينة تظن أن لديها أزمة تنفسية أو ربو، كما أنها كانت تخاف من أن تصاب بسكتة قلبية وهي نائمة لوحدها أو عندما تكون لوحدها في البيت أو عند التبضع، وبعد معاودة الأطباء لأكثر من ثمانية أشهر والذين جميعهم أكدوا أن أمينة ذات صحة جيدة وأنها لا تعاني من أي مرض، رغم ذلك أصرت أمينة على أن الأطباء مخطئين في تقييمهم لمرضها وأنها ربما تعاني من مرض في دماغها هو المسؤول عن حدوث هذه الأعراض، وبعد إجراء جميع التحاليل والمعاينات الطبية العصبية التي ظهرت بكاملها هي الأخرى سلبية، هذا ما أدى إلى تعزيز الفكرة لديها بأن مرضها مرض عصبي ولا يستطيع أطباء الجزائر الكشف عنه وعلاجه، ما دفع الحالة إلى تعزيز أفكارها حول النوبة عن طريق البحث

عن اضطرابات عصبية وهرمونية تحدث نفس الأعراض وذلك عبر الإنترنت، كما أنها تواصلت مع مجموعة من الأطباء والمرضى عبر الفايسبوك مما زاد في تعزيز النوبة لديها وعملية التجنب في نفس الوقت، رغم الدعم التام من العائلة إلا أن أمينة كانت تعاني من نوبات الهلع وخوف الأماكن المفتوحة بشكل مرتفع وشديد. لأول وهلة رأيت فيها أمينة كانت ملامح التعب ظاهرة عليها وتتنفس بشكل مفرط كأن الهواء لا يسعها، بعد إجراء التقييم الأولي عن طريق المقابلة (المحادثة) وإجابة أمينة عن مقياس اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة، تبين للباحث أن الحالة تعاني بدرجة شديدة من نوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة حيث أظهر المقياس درجة 39 مع ظهور 09 أعراض من بين 14 عرضاً موضوع في المقياس، وحدوث نوبة الهلع من مرتين إلى أربع مرات بالأسبوع وبدرجة قوية أو شديدة ولمدة تفوق نصف ساعة، حيث كانت تتوقع حدوث نوبات الهلع لديها، أما تجنّبها فكان تجنّباً جدياً متكرراً للمواقف التي أصبحت تكوّن لها موضوع خوفاً اتجاهها وهي (06) مواقف حسب المقياس وجميع هذه المواقف لديها عامل مشترك وهو الحشود، ما عدا البقاء في البيت بمفردها، كما أضافت النوم بالغرفة لوحدها وهذا راجع لخوفها من حدوث أي طارئ على حالتها الصحية وعدم وصول الإسعاف في الوقت المناسب، كان تجنّب هذه المواقف حسب أمينة جدياً مهم فكانت تخاف من وقوع نوبة الهلع [التي كانت تظن أنها نوبات راجعة إلى خلل في جهازها العصبي] معظم الوقت حتى أنها أصبحت تخاف من هذا الشعور بدرجة قوية مما عزز السلوك التجنّبي من جهة، ونوبات الهلع من جهة أخرى، أدى ذلك إلى ظهور مشاكل ملحوظة في حياة الطالبة الأسرية والتعليمية، كانت ترى أن مرضها طبي محض وأن الأطباء مخطئين في تشخيص مرضها على أنه نفسي وليس جسدي، وأظهر المقياس النتائج التالية الموضحة في الجدول "20" التالي:

المجال	الأعراض + درجة نوبة الهلع													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
البند														
الإجابة	09	2	3	4	4	3	06	3	3	3	4	3	3	4

بعد العمل مع أمينة لمدة حصتين من العلاج الفردي، تبين للباحث أن المعزز والمنشط للنوبة الهلع والخوف هو البحث المكثف عن مرضها في الأنترنت، الأمر الذي أثار دهشة الباحث في عدم بحثها عن مرض نفسي تظهر فيه هذه الأعراض [هذا ما دفع الحالة بالبحث عن نوبة الهلع مباشرة بعد الحصة بحسب قولها: "أنا مدمنة نت"] من جهة، وأعراض النوبة من جهة أخرى التي كونت لديها مجموعة من الأفكار الخوفية المتعلقة بالأعراض، والتي كشف عنها الباحث من خلال استبيان الأفكار الخوفية، وهي تخاف أحيانا من فقدان التحكم بالذات أو أن تظهر مجنونة أمام الآخرين، تخاف بشكل متكرر من أن تشل من كثرة الخوف، أن تصاب بورم في الدماغ أو أن يغمى عليها، كما كانت تخاف دائما من الاختناق، من الموت أو نوبة قلبية، كما أنها نادرا ما تخاف من أن تعمى أو أن تتقيأ، أو أن تتمم أو تقول أي شيء أو تصيب أحدهم بأذى أو أن تصبح مجنونة، كما أنها لم تراودها أي فكرة حول أنها تبدأ بالصراخ ويظهر الجدول "21" نتائج استبيان الأفكار الخوفية:

المجال	المخاوف الاجتماعية						المخاوف الجسدية							
البند	6	8	9	11	12	13	14	1	2	3	4	5	7	10
الإجابة	3	3	2	2	1	2	4	2	5	3	5	5	2	4

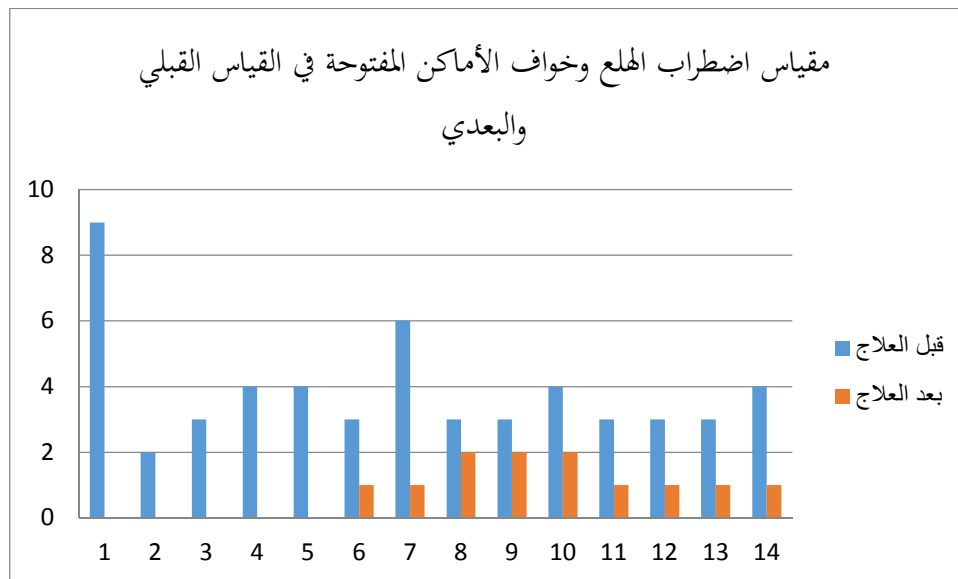
كما أظهرت الحالة مجموعة من الأفكار التلقائية السلبية الأخرى، والتي كشف عنها عن طريق المحادثة السقراطية، وأثناء تعليم الحالات طريقة الرصد الذاتي والمتعلقة فقط بالذات والحالة الجسدية مثلا كقول الحالة: "لا أستطيع الخروج من الحالة التي أعاني منها...، إن مرضي عصبي ولم يتوصل إليه الطب هنا في الجزائر يجب أن أذهب إلى الخارج...، إن قلقي شديد إلى درجة أنه أحدث لي هذا المرض...، أنا خائفة أن تعاودني تلك النوبات فأرجع إلى حالتي الأولى...، فقط التفكير في الحالة التي أعاني منها يعصبي...". كل هذه الأفكار تدور إما حول الأعراض الجسدية والنفسية للحالة كما لم تظهر لدى الحالة أية أفكار حول لوم الذات أو الآخرين أو الشعور بالذنب.

أما السلوكيات التأمينية التي اعتمدت عليها الحالة كان هاتفها المزود بالأنترنت، والتي كانت دوما تطرح الأسئلة باستعماله عن أي شيء يواجهها وكيفية التعامل مع الموقف، أما الذهاب إلى السوق أو الأماكن المفتوحة التي تخاف منها فكانت تتجنبها نهائيا.

عند بداية العلاج أبدت أمينة تفاعلا وتعاوننا نشطا وفعالا مع العلاج والمعالج، وأظهرت تحسنا ملحوظا منذ الحصص التعريفية قبل العلاج، حيث بدأت بالبحث حول الاضطراب والعلاج ومع تعريف الباحث بهذا العلاج وبمختلف الأعراض وكيفية حدوثها هذا ما دعم بحثها في الموضوع، كما أبدت نظرة إيجابية اتجاه العلاج عندما تعرفت عليه، وكان لها إقبالا لأبأس به، واختفت نوبة الهلع بعد الأسبوع الثاني من بدأ العلاج واختفت الأعراض بعد الحصص السادسة من العلاج ما عدا عرضين وهما الشعور بزيادة ضربات القلب وارتفاع الحرارة، والتي اختفت بعد الحصص التاسعة، هذا كما تناقصت السلوكيات التجنبية بعد عملية التعريض لديها وأصبحت تواجهها بشكل عادي في حين تقلصت المواقف إلى موقف واحد بدلا عن ستة مواقف وهو السفر. وتحصلت على 11 درجات على مقياس الاضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة بدلا من 39 درجة، والنتائج المتحصل عليها في نهاية العلاج نوضحها في الجدول "22":

المجال	الأعراض + درجة نوبة الهلع				المواقف الخوفية + درجة المواقف التجنبية				القلق المتوقع		المشاكل المتعلقة بالعمل والعائلة		القلق اتجاه الصحة	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
البند	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	2	1	1	1
الإجابة	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	2	1	1	1

رسم بياني "12" يوضح القياس القبلي والبعدي:

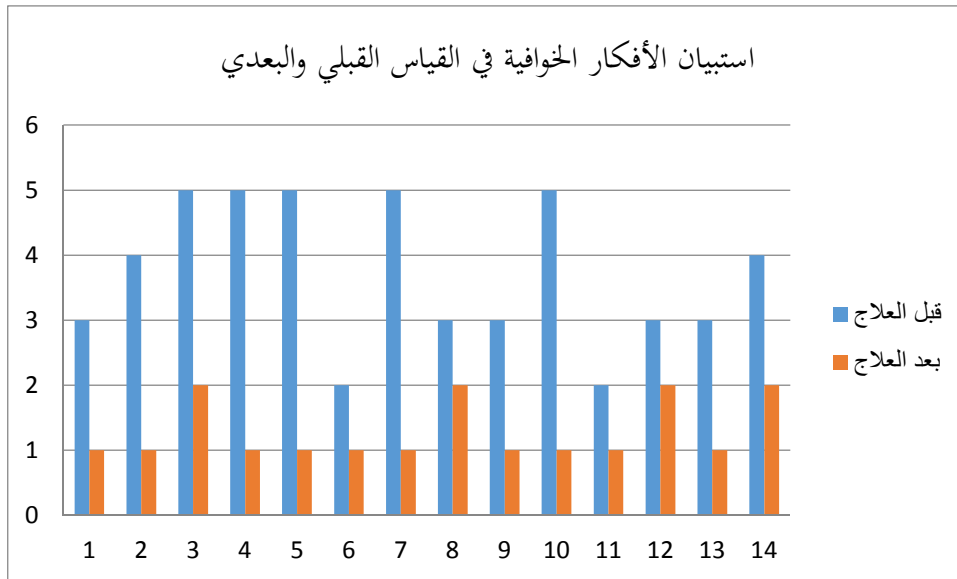


أما الأفكار الخوافية فتراجعت هي الأخرى بعد عملية العلاج وكانت النتيجة كالتالي:

الجدول "22" يوضح نتائج استبيان الأفكار الخوافية بعد العلاج:

المخاوف الجسدية							المخاوف الاجتماعية							المجال
10	7	5	4	3	2	1	14	13	12	11	9	8	6	البند
1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	الإجابة

هذا الجدول يوضح لنا تراجع كل من الأفكار الخوافية الاجتماعية والجسدية ولكن لطبع العلاج وحكم الأساليب المستخدمة فيه كانت المخاوف الجسدية أكثر تراجعاً على حساب المخاوف الاجتماعية، وأبدت أمينة حالة جد متقدمة من العلاج واختفاء الأعراض. رسم بياني "13" يوضح القياس القبلي والبعدي



الحالة الثالثة:

مُحَمَّد 31 سنة طالب جامعي يدرس ماستر سنة ثانية بجامعة أبي بكر بلقايد [معتدل المظهر ويبدو على وجهه أثر التعب، شديد الفطنة والذكاء إلا أن تعاونه في العلاج متوسط إلى حسن] يعاني مُحَمَّد من اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة منذ أكثر من سبع سنوات، حدثت له أول

نوبة هلع بعد شهرين من تحمله على شهادة الليسانس سنة 2008 وكانت بالصدفة في سوق تلمسان حسب مُحَمَّد، حيث أحس بألم في الصدر وزيادة مفرطة في ضربات القلب مع ضيق شديد في التنفس وحالة من الاختناق والاحساس بالحرارة والتعرق الشديدين وشعوره بأن رجليه لا تستطيعان حمله مع الشعور بغرابة الموقف والذات مع ألم شديد بالمعدة، ذهب بعد ذلك إلى الطبيب خوفاً منه من حدوث قرحة بالمعدة أو حدوث نوبة قلبية وبعد المعاينة الطبية أكد الأطباء أن مُحَمَّد لا يعاني من أي مرض جسدي بل هي حالة من القلق الشديد حسب وجهة نظر الأطباء، كانت تعاوده من نوبتين إلى غاية أربع نوبات في الأسبوع منذ ذلك، أصبح مُحَمَّد غير قادر على مغادرة الحي الذي يقطن به والذهاب إلى العمل أو قضاء بعض الحاجيات والمستلزمات، فكان لديه تجنباً جد مفرط للأماكن المملوءة بالحشود ووسائل النقل، رغم تجنبه هذه الأماكن إلا أن هذا لم يجد نفعاً بل بالعكس زادت نوبات الهلع لديه كما تضاعفت الأعراض عنده مما أدى به إلى الظن أن لديه مرض عضوي، فكان يرى دائماً أنه مصاب بمرض قلبي أو تنفسي وأن الأطباء مخطئين في تقييمهم لمرضه وبعد إجراء جميع التحاليل والمعاينات الطبية التي ظهرت بكاملها بصورة سلبية، هذا ما أدى إلى تعزيز الفكرة لديه بأن الأطباء هنا في الجزائر عاجزين من الناحية الطبية وأنه سوف تموت، رغم الدعم التام من طرف الأخ الأكبر إلا أن مُحَمَّد كان يعاني من نوبات الهلع وخوف الأماكن المفتوحة بشكل مرتفع وشديد. لأول وهلة رأى فيها الباحث مُحَمَّد وعليه ملامح التعب ولا يستطيع رفع رأسه للحديث واضعاً يده بين صدره وعنقه، بعد إجراء التقييم الأولي عن طريق المقابلة (المحادثة) وإجابة مُحَمَّد على مقياس اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة، تبين للباحث أن الحالة تعاني بدرجة شديدة من نوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة حيث أظهر المقياس درجة 42 مع ظهور 11 عرضاً من بين 14 عرضاً موضوع في المقياس وحدثت نوبة الهلع من مرتين إلى أربع مرات بالأسبوع وبدرجة قوية جداً ولمدة من بين 30 دقيقة إلى ساعة حيث كان يتوقع حدوث نوبات الهلع لديه، أما تجنبه فكان تجنباً جد متكرر للمواقف التي أصبحت تكوّن له موضوع خوافي اتجاهها وهي (12) اثنتا عشرة موقفاً حسب المقياس، وجميع هذه المواقف لديها عامل مشترك وهو الحشود ووسائل التنقل كان تجنب هذه المواقف

حسب مُحمَّد جد مهم فكان يخاف من وقوع نوبة الهلع [التي كان يظن أنها نوبات راجعة إلى مرض عضوي] معظم الوقت حتى أنه أصبح يخاف من هذا الشعور بدرجة قوية مما عزز السلوك التجنبي من جهة، ونوبات الهلع من جهة أخرى، أدى ذلك إلى ظهور مشاكل كثيرة وخطيرة في حياة مُحمَّد الأسرية والتعليمية، كان يرى أن مرضه طبي محض وأن الأطباء مخطئين في تشخيص مرضه على أنه نفسي وليس جسدي، وأظهر المقياس النتائج التالية المبينة في الجدول "23":

المجال	الأعراض + درجة نوبة الهلع													
	المواقف الخوفية + درجة المواقف التجنبية			القلق المتوقع			المشاكل المتعلقة بالعمل والعائلة			القلق اتجاه الصحة				
البند	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
الإجابة	11	2	4	3	3	4	12	3	4	3	4	4	4	4

بعد العمل مع مُحمَّد وفق مجريات العلاج الأولي لتكوين المفاهيم ولمدة حصتين من العلاج الفردي تبين للباحث أن المعزز والمنشط لنوبة الهلع والخوف هو دفع والد مُحمَّد به إلى قضاء حاجيات ومستلزمات البيت لأنه الابن الأصغر، ويستوجب عليه ذلك مما يؤدي بمحمد إلى نوبة هلع خوفا منه التعرض إلى تلك المواقف خاصة إذا كان ذلك يستلزم وسيلة نقل معينة، ما جعل مُحمَّد يربط بين طلب الوالد الذي يرى أن ابنه متهاون ويقوم بخداعهم عن طريق لعب دور المريض، هذا ما زاد من حالته سوءاً، وزيادة درجة القلق من جهة وأعراض نوبة الهلع التي أصبح يربطها بالمواقف وطلب الأب من جهة أخرى، والتي كونت لديه مجموعة من الأفكار الخوفية المتعلقة بالأعراض والتي كشف عنها الباحث من خلال استبيان الأفكار الخوفية وهو يخاف أحيانا أن يظهر كالمجنون أو يصبح مجنوناً أو يبدأ بالصراخ أو يغمى أو يفقد التحكم بالذات أو يصيب أحدهم بأذى، يخاف بشكل متكرر من الموت والتقيؤ أو أن يشل من كثرة الخوف أو أن يتمتم أو يقول أي شيء، كما كان يخاف دائماً من الاختناق أو أن تحدث له نوبة قلبية، كما أنه نادراً ما يخاف من أن لديه ورم بالدماغ أو أن يغمى عليه ويظهر الجدول "24" نتائج استبيان الأفكار الخوفية:

المخاوف الجسدية							المخاوف الاجتماعية							المجال
10	7	5	4	3	2	1	14	13	12	11	9	8	6	البند
2	3	5	5	2	4	4	4	4	3	3	3	3	3	الإجابة

يوضح لنا الجدول أن الأفكار الخوفية تتجه نحو كل من المخاوف الاجتماعية والجسدية إلا أن المخاوف الجسدية أكثر تكرارا من الاجتماعية بحكم الاضطراب.

كما أظهر مُجَّد مجموعة من الأفكار التلقائية السلبية الأخرى والتي كشف عنها عن طريق المحادثة السقراطية وأثناء تعليم الحالات طريقة الرصد الذاتي والمتعلقة بالذات والآخرين مثلا كقول الحالة: "لا يستطيع الأطباء معرفة ما بي...، لدي مرض خطير ولا أدري ما هو...، حاولت مرارا وتكرارا إقناع نفسي أن لدي مرض نفسي ولكن لم أجد الأدلة القاطعة لأثبت ذلك...، لماذا لا يفهم أبي حالي ويواصل دوما الضغط علي، أنا لا أعب دور المريض...، أخاف أن أموت دون معرفة ما يحدث لي...، لدي كرة في معدة ربما أنا مسحور..."، كما ظهرت مجموعة أخرى من الأفكار أثناء العلاج الجماعي كقوله: "ربما سوف تحدث لي نوبة ولا يكون من الممكن وصول الإسعاف إلي...، أنا شديد القلق والتعصب ولا أستطيع أن أعمل بالشكل المطلوب...، يجب الانسحاب من الموقف المخيف خشية وقوع نوبة هلع وقبل أن يحدث لي شيء..."، كل هذه الأفكار تدور إما حول الأعراض الجسدية للحالة أو حول قلقه من أن يلام من طرف والده كما يلوم نفسه بقوله: "لما يحدث لي هذا لو أنني كنت تقيا منذ البداية ما سلط الله عليا هذا المرض...".

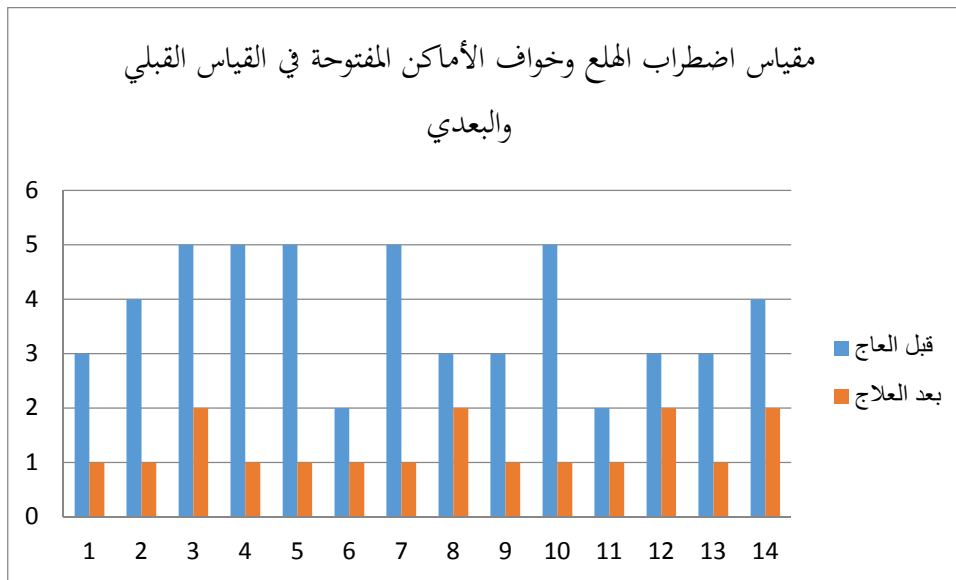
أما السلوكيات التأمينية التي اعتمد عليها مُجَّد صديقه الذي يرافقه على الدوام والذي يدرس معه في الجامعة، كذلك أخوه الأكبر الذي يساعده في قضاء حاجيات المنزل بدلا عنه.

عند بداية العلاج أبدى مُجَّد تفاعلا وتعاوننا متوسطا مع العلاج والمعالج ولم يظهر تحسنا في بعض الأعراض حتى الحصة الخامسة إثر تعريضه لأعراض نوبة الهلع، حيث أظهر بعد ذلك نظرة إيجابية اتجاه العلاج عندما تعرف على التأثيرات الفيزيولوجية لتمارين التعريض ومطابقتها لأعراض النوبة واختفت لديه جميع الأعراض بعد الحصة الثانية عشر، كما اختفت نوبة الهلع حيث لم تحدث له أي نوبة هلع منذ الحصة الخامسة، كما تناقشت السلوكيات التجنبية بعد عملية التعريض لديه

وأصبح يتوجه بشكل شبه عادي إلى السوق والركوب في وسائل النقل، إلا أنه نوعاً ما يخاف من الذهاب وحده أو أن تعاوده حالته، في حين تقلصت المواقف إلى موقف واحد وهو سيطرة السيارة بمفرده بدلاً عن اثنتي عشرة موقفاً، وتحصل على 12 درجة على مقياس اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة بدلاً عن 42 درجة وهذه النتائج المتحصل عليها في نهاية العلاج، يوضحها الجدول "25":

المجال	الأعراض + درجة نوبة الهلع					المواقف الخوافية + درجة المواقف التجنبية			القلق المتوقع		المشاكل المتعلقة بالعمل والعائلة		القلق اتجاه الصحة	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
البند	0	0	0	0	0	2	1	2	3	2	2	1	0	0
الإجابة	0	0	0	0	0	2	1	2	3	2	2	1	0	0

رسم بياني "14" يوضح القياس القبلي والبعدي



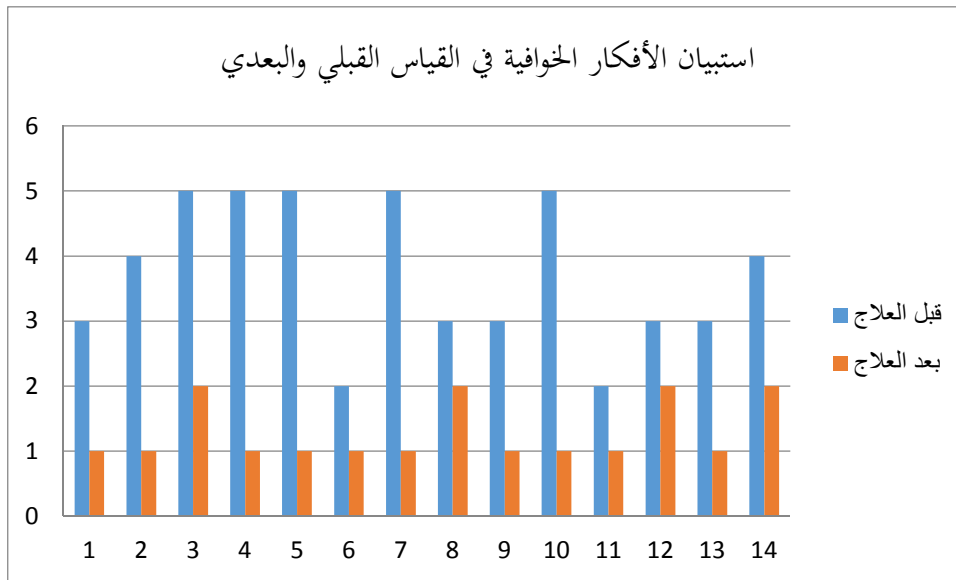
أما الأفكار الخوافية فتراجعت هي الأخرى بعد عملية العلاج وكانت النتيجة موضحة في

الجدول "26" كالتالي:

المخاوف الجسدية							المخاوف الاجتماعية							المجال
10	7	5	4	3	2	1	14	13	12	11	9	8	6	البند
1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	الإجابة

هذا الجدول يوضح لنا تراجع كل من الأفكار الخوفية الاجتماعية والجسدية ولكن لطبع العلاج وحكم الأساليب المستخدمة فيه كانت المخاوف الجسدية أكثر تراجعاً على حساب المخاوف الاجتماعية، وأبدت حالة متقدمة من العلاج واختفاء الأعراض في حين أن الباحث يتوقع ربما حدوث نوبة بشكل عرضي إن لم يعمل بتعليمات ما بعد العلاج.

رسم بياني "15" يوضح القياس القبلي والبعدي



الحالة الرابعة:

أسماء 23 سنة طالبة جامعية تدرس ليسانس سنة ثانية بجامعة أبي بكر بلقايد [نوعاً ما بدنية ولا يظهر عليها أي أثر للتعب أو المرض، هي الأخرى مفعمة بالحياة والنشاط إلا أن إرادتها في تلقي العلاج كان ضعيفا في البداية لكن تحسن بعد ذلك]، تعاني أسماء من اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة منذ أقل من سنة، حدثت لها أول نوبة هلع بعد شجارها مع خطيبها، حيث

أحست بضيق شديد في التنفس وحالة من الاختناق وزيادة ضربات القلب وبدأت بالصراخ والزفير والشهيق حتى أغمي عليها، نقلت بعد ذلك إلى المستشفى الجامعي بتلمسان وبعد المعاينة الطبية أكد الأطباء أن أسماء لا تعاني من أي مرض جسدي بل هي حالة من الانهيار العصبي حسب وجهة نظر الأطباء، عاودتها نوبة أخرى بعد شهر من حدوث أول نوبة ولكن هذه المرة في حافلة النقل الجامعي، ثم نوبة ثالثة ورابعة بنفس الأسبوع في المدرج ثم في قاعة التطبيق مما أدى إلى ظهور سلوكيات تجنبيهة للمواقف والأماكن المملوءة بالحشود وخاصة إذا كان مغلقة، لم تخرج أسماء بعد ذلك من منزلها لمدة تفوق الأسبوعين خوفا من حدوث نوبة أخرى، رغم تجنبها هذه الأماكن إلا أن هذا لم يجد نفعاً بل بالعكس زادت نوبات الهلع لديها كما تضاعفت الأعراض خاصة بعد بقائها في البيت بمفردها مما أدى بها إلى الظن أن لديها مرضاً عضوياً، فكانت ترى أنها مصابة بمرض قلبي وأن الأطباء مخطئين في تشخيصهم لمرضها، وبعد تأكيد طبيب الأمراض القلبية سلامتها، فتبلورت لديها فكرة بأنها مصابة بمرض قلبي ناجم عن خلل بالجهاز العصبي والذي يدعى بتسارع خفقان القلب العصبي، رغم صفاء الأحوال بينها وبين خطيبتها والمساعدة التامة من طرفه ومن طرف العائلة، إلا أنها بقيت تعاني من نوبات الهلع وخوف الأماكن المفتوحة بشكل مرتفع وشديد. لأول وهلة رأى الباحث فيها أسماء، لم تظهر عليها ملامح التعب عكس باقي أعضاء المجموعة كما لم يظهر تأثير الأعراض على حالتها الجسدية، بعد إجراء التقييم الأولي عن طريق المقابلة (المحادثة) وإجابة أسماء عن مقياس اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة تبين للباحث أن الحالة تعاني بدرجة شديدة من نوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة حيث أظهر المقياس درجة 43 مع ظهور 07 أعراض من بين 14 عرض موضوع في المقياس وحدثت نوبة الهلع أكثر من ست مرات في الأسبوع وبدرجة قوية جداً ولمدة تفوق ساعة حيث كانت تتوقع حدوث نوبات الهلع لديها، أما تجنبها فكان تجنباً جدياً متكرراً للمواقف التي أصبحت تكون لها موضوع خوافي اتجاهها وهي (05) مواقف حسب المقياس وجميع هذه المواقف لديها عامل مشترك وهي الأماكن المغلقة المليئة بالأشخاص، وهذا راجع لخوفها من حدوث أي طارئ على حالتها الصحية وعدم وصول الإسعاف في الوقت المناسب، كان تجنب هذه المواقف حسب أسماء

جد مهم فكانت تخاف من وقوع نوبة الهلع [التي كانت تظن أنها نوبات راجعة إلى مرض عضوي] معظم الوقت حتى أنها أصبحت تخاف من هذا الشعور بدرجة قوية مما عزز السلوك التجنبي من جهة والنوبات الهلع من جهة أخرى، أدى ذلك إلى ظهور مشاكل ملحوظة في حياة الطالبة الأسرية والتعليمية، كانت ترى أن مرضها طبي محض وأن الأطباء مخطئين في تشخيص مرضها على أنه نفسي وليس جسدي، وأظهر المقياس النتائج التالية، الموضح في الجدول "27":

المجال	الأعراض + درجة نوبة الهلع							المواقف الخوفية + درجة المواقف التجنبية			القلق المتوقع		المشاكل المتعلقة بالعمل والعائلة		القلق اتجاه الصحة	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
البند	07	4	4	4	2	3	5	3	3	3	4	3	3	4		
الإجابة	07	4	4	4	2	3	5	3	3	3	4	3	3	4		

بعد العمل مع أسماء لمدة حصتين من العلاج الفردي تبين للباحث أن المعزز والمنشط للنوبة الهلع وخوف هو كل من خطيبها الذي تخاف أن يتركها بسبب مرضها، وأعراض النوبة من جهة أخرى التي كونت لديها مجموعة من الأفكار الخوفية المتعلقة بالأعراض والتي كشف عنها الباحث من خلال استبيان الأفكار الخوفية وهي تخاف أحيانا من التقيؤ وفقدان التحكم بالذات أو تتمم أو تقول أي شيء أو أن تصيب أحدهم بأذى أو تبدأ بالصراخ ، تخاف بشكل متكرر من الموت أو أن تشل من كثرة الخوف، كما كانت تخاف دائما من الاختناق من حدوث نوبة قلبية من الإغماء أو أن تصاب بورم في الدماغ أو أن تعمى، كما أنها نادرا ما تخاف أن تصبح مجنونة أو أن تظهر مجنونة أمام الآخرين ويظهر الجدول "28" نتائج استبيان الأفكار الخوفية:

المجال	المخاوف الاجتماعية							المخاوف الجسدية						
	6	8	9	11	12	13	14	1	2	3	4	5	7	10
البند	6	8	9	11	12	13	14	1	2	3	4	5	7	10
الإجابة	2	3	3	2	3	3	4	3	4	5	5	5	5	5

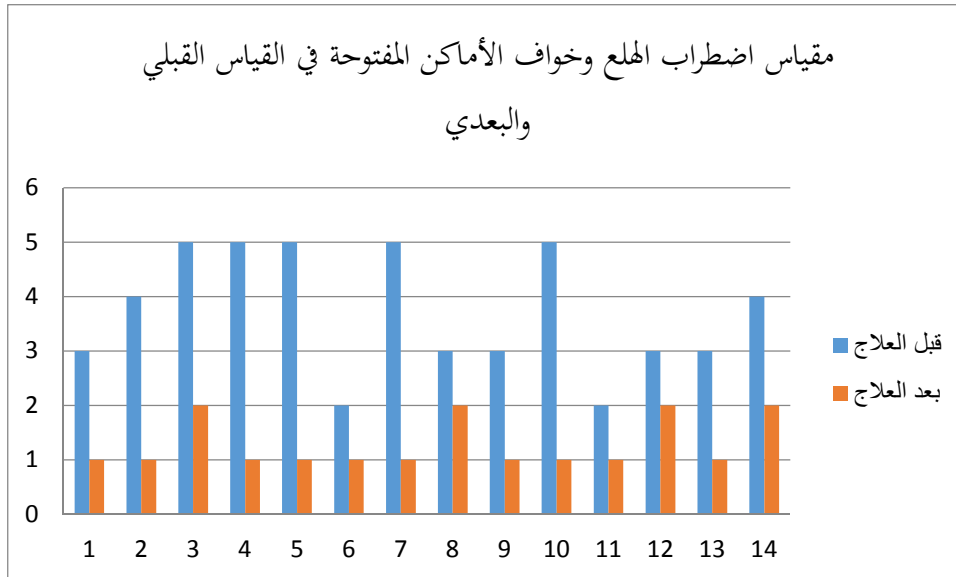
كما أظهرت الحالة مجموعة من الأفكار التلقائية السلبية الأخرى والتي كشف عنها عن طريق المحادثة السقراطية وأثناء تعليم الحالات طريقة الرصد الذاتي والمتعلقة بالذات والآخرين مثلا كقول الحالة: "لا يوجد دواء لمرضي...، لا أستطيع أن أتجاوز الحالة التي أعيشها...، أخاف أن يهجرني خطيبي...، أنا بدينة المظهر وقبيحة الشكل ولهذا الأمر سوف يتركني خطيبي...، إن حالة تزداد سوء يوما بعد يوم وأريد أن أرى نفسي عروسا قبل وفاة..."، كما ظهرت مجموعة أخرى من الأفكار أثناء العلاج الجماعي كقولها: "ربما سوف تحدث لي نوبة وأموت دون رؤية من أحب...، سوف يراني الآخرون في هذه الحلة ويرجع لي الحزي والعار...، يجب الانسحاب من الموقف المخيف خشية وقوع نوبة هلع وقبل أن يلاحظ الآخرون ذلك ويظنون أنني ألعب دور الضحية..."، كل هذه الأفكار تدور إما حول الأعراض الجسدية والنفسية للحالة أو حول الذات وفقدان الموضوع المحبوب لديها وهو خطيبيها.

أما السلوكيات التأمينية التي اعتمدت عليها هي الدعم المادي والمعنوي من طرف الوالدة، والمرافقة الشبه لصيقة بها.

عند بداية العلاج أبدت أسماء تفاعلا وتعاوننا ضعيفا مع العلاج والمعالج ولم تظهر أي تحسن في بداية هذا العلاج، وكان لديها اقبال ضعيف اتجاه العلاج إلى غاية حصص التعريض الفيزيولوجي أين بدأ التعديل المعرفي للأفكار يحدث لديها ويشكل تدريجي أثناء إجراء التمارين مما أدى دفعها أكثر نحو العلاج ومواجهة المواقف الخوفية واختفت لديها جميع الأعراض في الحصص ما قبل الأخيرة حسب الاستبيان معدا الشعور بالدوار وهذا ما دفع الباحث إلى التركيز على هذا العرض في التوجيهات الخاصة بالانتكاسة كما اختفت نوبة الهلع حيث لم تحدث لها أي نوبة هلع منذ الحصص العاشرة حسب الحالة كما تناقصت السلوكيات التجنبية بعد عملية التعريض لديها وأصبحت تواجهها بشكل شبه عادي في حين تقلصت المواقف إلى موقف واحد بدل خمس مواقف وتحصلت على 13 درجة على مقياس الاضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة بدلا عن 43 درجة وهذه النتائج المتحصل عليها في نهاية العلاج، الموضح كما يلي في الجدول "29":

القلق اتجاه الصحة		المشاكل المتعلقة بالعمل والعائلة		القلق المتوقع		المواقف الخوافية + درجة المواقف التجنبية			الأعراض + درجة نوبة الهلع					المجال
14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	البند
0	1	1	1	1	1	2	1	2	0	1	1	1	1	الإجابة

رسم بياني "16" يوضح القياس القبلي والبعدي:



أما الأفكار الخوافية فتراجعت هي الأخرى بعد عملية العلاج وكانت النتيجة كالتالي:

الجدول "30" يظهر نتائج استبيان الأفكار الخوافية بعد العلاج:

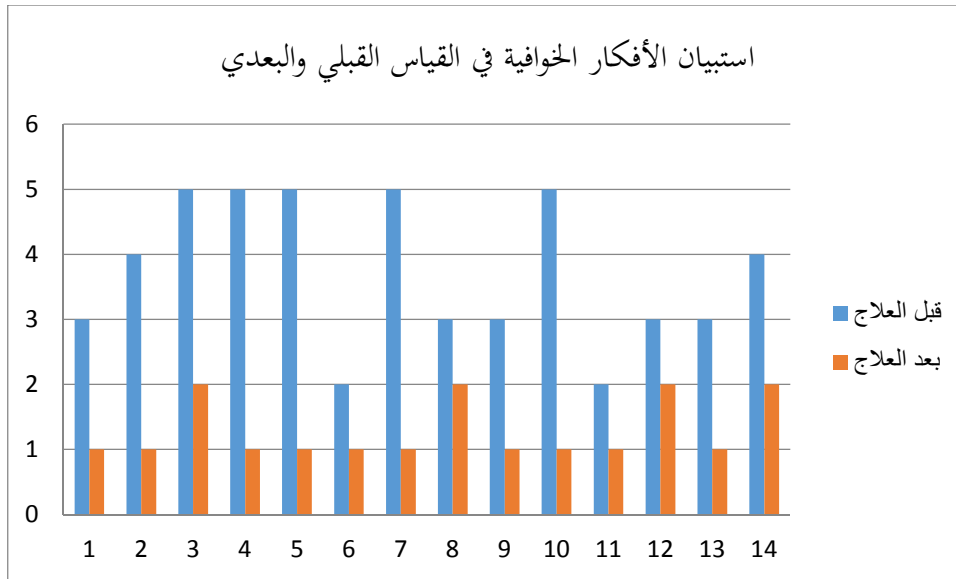
المخاوف الجسدية							المخاوف الاجتماعية							المجال
10	7	5	4	3	2	1	14	13	12	11	9	8	6	البند
1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1	الإجابة

هذا الجدول يوضح لنا تراجع كل من الأفكار الخوافية الاجتماعية والجسدية ولكن لطبع

العلاج وحكم الأساليب المستخدمة فيه كانت المخاوف الجسدية أكثر تراجعاً على حساب المخاوف

الاجتماعية، وأبدت أسماء حالة جد متقدمة من العلاج واختفاء الأعراض.

رسم بياني "17" يوضح القياس القبلي والبعدي:



2. عرض نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على: " يوجد فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الهلع وخوف الأماكن المفتوحة في القياس قبل وبعد إجراء البرنامج ".
 للتأكد من صدق هذه الفرضية تم معالجة البيانات المتعلقة بها عن طريق البرنامج الإحصائي لمعالجة البيانات SPSS، كما تم قياسها بمعامل "T" لدراسة الفروق بين درجة متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في كل مجال وبند من مقياس الهلع وخوف الأماكن المفتوحة.
 في القياس قبل وبعد إجراء البرنامج، والجدول "31" يبين قيمة "T" التجريبية:

مستوى الدلالة المعنوية	"T "	القياس البعدي		القياس القبلي		أبعاد المقياس
		الانحراف المعياري للمجالات	متوسطات درجات المجالات	الانحراف المعياري للمجالات	متوسطات درجات المجالات	
0.004	7.82	0.57	0.5	2.21	9.75	الأعراض
0.000	19.36	1.5	0.75	0.95	13.25	درجة نوبة الهلع

0.021	4.42	0.5	1.25	3.3	8.25	المواقف الخوافية
0.01	5.74	0.81	4.00	0.95	6.75	درجة المواقف التجنبية
0.018	4.7	1.5	2.75	0.5	7.25	القلق المتوقع
0.002	9.92	0.5	2.25	1.15	7.00	المشاكل المتعلقة بالعمل والعائلة
0.002	9.89	0.95	0.75	0.5	7.75	والقلق اتجاه الصحة
0.008	8.83	0.90	1.75	1.36	8.57	مجموع المتوسطات

يظهر الجدول الفروق الحاصلة بين متوسطات درجات القياس القبلي للعلاج وبعد إجراء العلاج وهي فروق إيجابية ومرتفعة لصالح القياس البعدي بلغت (8.83) عند مستوى الدلالة (0.008)، حيث تراجع مجموع المتوسطات من 8.57 إلى 1.75، فيما يخص الأعراض والتي ظهرت نتيجة الفروق فيها (8.53) عند مستوى الدلالة (0.003)، حيث تراجع مجموع المتوسطات من 9.75 إلى 0.5، أما درجة نوبة الهلع والتي كان حاصل الفرق فيها (19.36) عند مستوى الدلالة (0.000) حيث تراجع مجموع المتوسطات من 13.25 إلى 1.5، أما درجة نوبة الهلع والتي كان حاصل الفرق فيها (19.36) عند مستوى الدلالة (0.000) حيث تراجع مجموع المتوسطات من 13.25 إلى 0.75 وهو تراجع جد ملحوظ، أما المواقف الخوافية والتي هي الأخرى كان حاصل الفرق فيها (4.42) عند مستوى الدلالة (0.021) حيث تراجع مجموع المتوسطات من 8.25 إلى 1.25 أما في درجة المواقف التجنبية والتي كان حاصل الفرق فيها (5.74) عند مستوى الدلالة (0.01) حيث تراجع مجموع المتوسطات من 6.25 إلى 4.00، أما القلق المتوقع والذي هو الآخر كان حاصل الفرق فيه (4.7) عند مستوى الدلالة (0.018) حيث تراجع مجموع المتوسطات من 7.25 إلى 2.25، أما المشاكل المتعلقة بالعمل والعائلة والتي هي الأخرى كان حاصل الفرق فيها (9.92) عند مستوى الدلالة (0.002) حيث تراجع مجموع المتوسطات من 7.75 إلى 0.75 أما القلق اتجاه الصحة والذي تحصل على فرق (9.89) عند مستوى الدلالة (0.002) حيث تراجع مجموع المتوسطات من 7.75 إلى

0.75. في ذلك دلالة إحصائية على وجود فروق في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الهلع وخوف الأماكن المفتوحة في القياس قبل وبعد إجراء البرنامج العلاجي لصالح القياس البعدي.

3. عرض نتائج الفرضية الثانية :

تنص الفرضية الثانية على: "يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الهلع وخوف الأماكن المفتوحة في القياس بعد إجراء البرنامج".

للتأكد من صدق هذه الفرضية تم معالجة البيانات المتعلقة بها عن طريق البرنامج الإحصائي لمعالجة البيانات SPSS، كما تم قياس بمعامل "T" لدراسة الفروق بين درجات متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في كل مجال وبند من مقياس الهلع وخوف الأماكن المفتوحة في القياس قبل وبعد إجراء البرنامج، والجدول "32" يبين قيمة "T" التجريبية:

مسـتوى الدلالة المعنوية	"T "	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		أبعاد المقياس
		الانحراف المعياري للمجالات	متوسطات درجات المجالات	الانحراف المعياري للمجالات	متوسطات درجات المجالات	
0.000	17.23	0.57	0.5	1,25	8,75	الأعراض
0.007	6.65	1.5	0.75	1,29	9,5	درجة نوبة الهلع
0.001	14.69	0.5	1.25	0,95	7,25	المواقف الخوافية
0.016	4.89	0.81	4.00	0.81	6,00	درجة المواقف التجنبية
0.003	8.87	1.5	2.75	0.95	6.75	القلق المتوقع
0.037	3.57	0.5	2.25	1.00	4.5	المشاكل المتعلقة بالعمل والعائلة
0.001	12.01	0.95	0.75	0.57	6.5	والقلق اتجاه

الصحة						
مجموع المتوسطات	7.03	0.97	1.75	0.90	9.70	0.009

يظهر الجدول الفروق الحاصلة بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والضابطة في القياس بعد العلاج المقدم للمجموعة التجريبية لكل من الأعراض والتي تحصلت على 17.23 عند مستوى الدلالة 0.000 حيث كان هناك فرقا متباعدة في متوسط درجات المجال حيث تحصلت المجموعة الضابطة على 8.75 في حين تحصلت المجموعة التجريبية على 0.5، ودرجة نوبات الهلع التي تحصلت على 6.65 عند مستوى الدلالة 0.007 حيث تحصلت المجموعة الضابطة على 9.5 في متوسط الدرجات مقابل 0.75 للمجموعة التجريبية، والمواقف الخوفية التي تحصلت على 14.69 عند مستوى الدلالة 0.001 بحيث تحصلت المجموعة الضابطة على 7.25 في متوسط الدرجات مقابل 1.25 للمجموعة التجريبية، ودرجة المواقف التجنبية التي تحصلت على 4.89 عند مستوى الدلالة 0.016 حيث تحصل متوسط الدرجات للمجموعة الضابطة على 6.00 مقابل 4.00 لنظيرتها، كما تحصل القلق أو الخوف المتوقع على 8.87 عند مستوى الدلالة 0.003 حيث تحصل متوسط الدرجات للمجموعة الضابطة 6.75 مقابل 2.75 للمجموعة التجريبية، كما تحصلت المشاكل المتعلقة بالعمل والعائلة على 3.57 عند مستوى الدلالة 0.037 لمتوسط درجات 4.5 للمجموعة الضابطة مقابل 2.25 للمجموعة التجريبية، وتحصل القلق اتجاه الصحة على 12.01 عند مستوى الدلالة 0.001 لحاصل متوسط درجات بلغ 6.5 عند المجموعة الضابطة مقابل 0.75 للمجموعة التجريبية، أما في مجموع متوسطات الأبعاد فتحصلت على 9.70 عند مستوى الدلالة 0.009 حيث تحصل مجموع متوسط الدرجات على 7.03 للمجموعة الضابطة و1.75 للمجموعة التجريبية؛ وفي هذا دلالة إحصائية على وجود فروق في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الهلع وخواف الأماكن المفتوحة في القياس بعد إجراء البرنامج العلاجي لصالح المجموعة التجريبية.

4. عرض نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على: "لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الهلع وخوف الأماكن المفتوحة في القياس قبل إجراء البرنامج للمجموعة التجريبية وبعده".

للتأكد من صدق هذه الفرضية تم معالجة البيانات المتعلقة بها عن طريق البرنامج الإحصائي لمعالجة البيانات SPSS، كما تم قياس بمعامل "T" لدراسة الفروق بين درجات متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في كل مجال وبند من مقياس الهلع وخوف الأماكن المفتوحة في القياس قبل إجراء البرنامج وبعده، والجدول "33" يبين قيمة "T" التجريبية:

أبعاد المقياس	المجموعة الضابطة قبل		المجموعة الضابطة بعد		"T"	مستوى الدلالة المعنوية
	متوسطات درجات المجالات	الانحراف المعياري للمجالات	متوسطات درجات المجالات	الانحراف المعياري للمجالات		
الأعراض	8.5	1.00	8.75	1.25	1.00	0.391
درجة نوبة الهلع	8.5	0.57	9.5	1.29	1.22	0.308
المواقف الخوافية	7.00	1.41	7.25	0.95	0.52	0.638
درجة المواقف التجنبية	4.75	1.17	6.00	0.81	1.98	0.141
القلق المتوقع	6.5	1.00	6.75	0.95	1.00	0.391
المشاكل المتعلقة بالعمل والعائلة	4.25	0.5	4.5	1.00	1.00	0.391
والقلق اتجاه الصحة	6.00	0.00	6.5	0.57	1.73	0.182
مجموع المتوسطات	6.5	0.80	7.03	0.97	1.05	0.348

أظهر الجدول عدم وجود فرق حاصل بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي لكل من الأعراض والتي تحصلت على 1.00- عند مستوى الدلالة 0.391 لمتوسط درجات 8.5 قبل

العلاج مقابل 8.75 بعد إجراء العلاج على المجموعة التجريبية، ودرجة نوبات الهلع التي تحصلت على 1.22- عند مستوى الدلالة 0.308 لمتوسط درجات 8.5 قبل العلاج، مقابل 9.5 بعد إجراء العلاج، والمواقف الخوافية التي تحصلت على 0.52 عند مستوى الدلالة 0.638 لمتوسط درجات 7.00 قبل العلاج مقابل 7.25 بعد إجراء العلاج، ودرجة المواقف التجنبية التي تحصلت على 1.98- عند مستوى الدلالة 0.141 لمتوسط درجات 4.75 قبل العلاج مقابل 6.00 بعد إجراء العلاج على المجموعة التجريبية، كما تحصل القلق أو الخوف المتوقع على 1.00- عند مستوى الدلالة 0.391 لمتوسط درجات 6.5 قبل العلاج مقابل 6.75 بعد إجراء العلاج على المجموعة التجريبية، كما تحصلت المشاكل المتعلقة بالعمل والعائلة على 1.00- عند مستوى الدلالة 0.391 لمتوسط درجات 4.25 قبل العلاج مقابل 4.5 بعد إجراء العلاج على المجموعة التجريبية، وتحصل القلق اتجاه الصحة على 1.73- عند مستوى الدلالة 0.182 لمتوسط درجات 6.00 قبل العلاج مقابل 6.5 بعد إجراء العلاج على المجموعة التجريبية، أما في مجموع متوسطات الأبعاد فتحصلت على 1.05 عند مستوى الدلالة 0.348 لمجموع متوسطات درجات مجالات المقياس التي تحصلت على 6.5 قبل العلاج مقابل 7.03 بعد إجراء العلاج على المجموعة التجريبية؛ وهذا يدل على عدم وجود دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) أو ما يقل عنها، ومنه لا توجد فروق في متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الهلع وخوف الأماكن المفتوحة في القياس القبلي والبعدي لمدة 13 أسبوع.

5. عرض نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على: "إن العلاج المعرفي السلوكي ذا فعالية مرتفعة في خفض نوبات الهلع عند المصابين برهاب الأماكن المفتوحة".

لتأكد من صدق هذه الفرضية تم معالجة البيانات عن طريق المتعلقة بها عن طريق مربع إيتا

η^2 وقيمة d لمعرفة قوة تأثير المتغير المستقل الذي هو البرنامج العلاجي على المتغير التابع وهو درجة

نوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة كما نستطيع التأكد من خلاله على درجة فعالية العلاج.

تم حساب مربع إيتا η^2 أولاً من خلال المعادلة التالية:

$$\eta^2 = \frac{T^2}{T^2 + df}$$

حيث η^2 : هي نتيجة "T" التجريبية مربع

df تمثل درجة الحرية

$$0.96 = \eta^2$$

وتم حساب قيمة d التي تعني حجم الأثر من خلال المعادلة:

$$d = \frac{2\sqrt{\eta^2}}{\sqrt{1 - \eta^2}}$$

$$9.7 = d$$

الجدول "34" يبين مستويات الفاعلية والتأثير للعلاج النفسي:

مرتفع جدا	مرتفع	فوق المتوسط	متوسط	ضعيف
$1 \leq$	0.80	0.60	0.50	0.20

الجدول "35" يوضح مدى فعالية البرنامج العلاجي وتأثيره في خفض نوبة الهلع وخوف

الأماكن المفتوحة:

القيم	T	T ²	df	η^2	d	قوة التأثير والفاعلية
حسب المجالات	8.83	77.96	3	0.96	9.7	مرتفع جدا

من خلال الجدول نلاحظ فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجمعي على نوبات الهلع وخوف

الأماكن المفتوحة وهو ذو فعالية وتأثير جد مرتفع.

6. عرض نتائج الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة على: "يوجد فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة

التجريبية على مقياس الأفكار الخوفية في القياس قبل إجراء البرنامج العلاجي وبعده".

للتأكد من صدق هذه الفرضية تم معالجة البيانات المتعلقة بها عن طريق البرنامج الإحصائي

لمعالجة البيانات SPSS، كما تم قياس بمعامل "T" لدراسة الفروق بين درجات متوسطات أفراد

المجموعة التجريبية في كل مجال من مجالات مقياس الأفكار الخوفية في القياس قبل إجراء البرنامج العلاجي وبعده، والجدول "36" يبين قيمة "T" التجريبية:

مستوى الدلالة المعنوية	"T"	القياس البعدي		القياس القبلي		أبعاد المقياس
		الانحراف المعياري للمجالات	متوسطات درجات المجالات	الانحراف المعياري للمجالات	متوسطات درجات المجالات	
0.003	8.53	1.82	9.00	4.19	21.25	المخاوف الاجتماعية
0.004	8.03	1.00	9.5	3.36	27.00	المخاوف الجسدية
0.003	8.28	1.41	9.25	3.77	24.12	مجموع المتوسطات

يظهر الجدول الفرق الحاصل بين متوسطات درجات القياس قبل العلاج وبعده لكل من المخاوف الاجتماعية والتي تحصلت على 8.53 عند مستوى الدلالة 0.003 حيث كان متوسط درجات المجال 21.25 قبل إجراء العلاج في حين انخفض إلى 9.00 بعد إجراء العلاج، والمخاوف الجسدية التي تحصلت على 8.03 عند مستوى الدلالة 0.004 لمتوسط درجات بلغ 27.00 قبل إجراء العلاج مقابل 9.5 بعد العلاج، أما في مجموع متوسطات الأبعاد فتحصلت على 8.28 عند مستوى الدلالة 0.003 لمجموع متوسطات الدرجات بلغ 24.12 قبل العلاج مقابل 9.25 بعد إجراء العلاج. في ذلك دلالة إحصائية على وجود فروق في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الأفكار الخوفية في القياس قبل إجراء البرنامج وبعده.

7. عرض نتائج الفرضية السادسة:

تنص الفرضية السادسة على: "توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الأفكار الخوفية في القياس البعدي".

للتأكد من صدق هذه الفرضية تم معالجة البيانات المتعلقة بها عن طريق البرنامج الإحصائي لمعالجة البيانات SPSS، كما تم قياس بمعامل "T" لدراسة الفروق بين درجات متوسطات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في كل مجال من مجالات مقياس الأفكار الخوفية في القياس بعد إجراء البرنامج على المجموعة التجريبية، والجدول رقم "37" يبين قيمة "T" التجريبية:

مستوى الدلالة المعنوية	"T"	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		أبعاد المقياس
		الانحراف المعياري للمجالات	متوسطات درجات المجالات	الانحراف المعياري للمجالات	متوسطات درجات المجالات	
0.035	3.65	1.82	9.00	4.12	17.00	المخاوف الاجتماعية
0.007	6.6	1.00	9.5	3.51	23.5	المخاوف الجسدية
0.021	5.12	1.41	9.25	3.31	20.25	مجموع المتوسطات

يظهر الجدول الفروق الحاصلة بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والضابطة في القياس بعد العلاج المقدم للمجموعة التجريبية لكل من المخاوف الاجتماعية والتي تحصلت على 3.65 عند مستوى الدلالة، 0.035 لصالح المجموعة التجريبية لمتوسط درجات 17.00 للمجموعة الضابطة مقابل 9.00 للمجموعة التجريبية، والمخاوف الجسدية التي تحصلت على 6.6 عند مستوى الدلالة 0.007 لصالح المجموعة التجريبية حيث كان متوسط الدرجات 23.5 للمجموعة الضابطة مقابل 9.5 للمجموعة التجريبية، أما في مجموع متوسطات الأبعاد فتحصلت على 5.12 عند مستوى الدلالة 0.021 لصالح المجموعة التجريبية حيث بلغ مجموع المتوسطات 20.25 للمجموعة الضابطة مقابل 9.25 للمجموعة التجريبية؛ وفي هذه دلالة إحصائية على وجود فروق في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الأفكار الخوفية في القياس بعد إجراء البرنامج العلاجي لصالح المجموعة التجريبية، كما نلاحظ ارتفاع في مستوى الدلالة في الأبعاد الجسدية على حساب الأبعاد الاجتماعية وذلك راجع إلى طبع العلاج المقدم.

8. عرض نتائج الفرضية السابعة:

تنص الفرضية السابعة على: "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي والبعدي على مقياس الأفكار الخوفية".
 للتأكد من صدق هذه الفرضية تم معالجة البيانات المتعلقة بها عن طريق البرنامج الإحصائي لمعالجة البيانات SPSS، كما تم قياس بمعامل "T" لدراسة الفروق بين درجات متوسطات أفراد المجموعة الضابطة في كل مجال من مجالات مقياس الأفكار الخوفية في القياس قبل وبعد إجراء البرنامج والجدول رقم "38" يبين قيمة "T" التجريبية:

مستوى الدلالة المعنوية	"T"	القياس البعدي		القياس القبلي		أبعاد المقياس
		الانحراف المعياري للمجالات	متوسطات درجات المجالات	الانحراف المعياري للمجالات	متوسطات درجات المجالات	
0.638	0.52	4.12	17.5	4.99	17.75	المخاوف الاجتماعية
0.08	2.61	3.51	23.5	3.40	22.25	المخاوف الجسدية
0.359	1.04	3.81	20.5	4.19	20.00	مجموع المتوسطات

يظهر الجدول عدم وجود فروق حاصلة بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي لكل من المخاوف الاجتماعية والتي تحصلت على 0.52 عند مستوى الدلالة، 0.638 لمتوسط درجات 17.75 قبل العلاج مقابل 17.5 بعد إجراء العلاج على المجموعة التجريبية، والمخاوف الجسدية التي تحصلت على 2.61- عند مستوى الدلالة 0.08 لمتوسط درجات 22.25 قبل العلاج و 23.5 بعد إجراء العلاج على المجموعة التجريبية، أما في مجموع متوسطات الأبعاد فتحصلت على 1.04- عند مستوى الدلالة 0.359 لمجموع متوسطات الدرجات بلغ قبل العلاج 20.00 مقابل 20.5 بعد العلاج؛ وهذا يدل على عدم وجود دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) أو ما يقل عنها،

ومنه لا يوجد فرق في متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الأفكار الخوفية في القياس القبلي والبعدي لمدة 13 أسبوع.

9. عرض نتائج الفرضية الثامنة:

تنص الفرضية الثامنة على: " البرنامج العلاجي المقترح فعال في التعديل من الأفكار الخوفية لدى المصابين بنوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة ".

لتأكد من صدق هذه الفرضية تم معالجة البيانات المتعلقة بها عن طريق مربع إيتا η^2 وقيمة d لمعرفة قوة تأثير المتغير المستقل الذي هو البرنامج العلاجي على المتغير التابع وهو درجة الأفكار الخوفية، كما نستطيع التأكد من خلاله على درجة فعالية العلاج.

تم حساب مربع إيتا η^2 أولاً من خلال المعادلة التالية:

$$\eta^2 = \frac{T^2}{T^2 + df}$$

حيث η^2 : هي نتيجة "T" التجريبية مربع

df تمثل درجة الحرية

$$0.95 = \eta^2$$

وتم حساب قيمة d التي تعني حجم الأثر من خلال المعادلة:

$$d = \frac{2\sqrt{\eta^2}}{\sqrt{1 - \eta^2}}$$

$$8.81 = d$$

الجدول "39" يبين مستويات الفاعلية والتأثير للعلاج النفسي:

مرتفع جدا	مرتفع	فوق المتوسط	متوسط	ضعيف
$1 \leq$	0.80	0.60	0.50	0.20

الجدول "40" يوضح مدى فعالية البرنامج العلاجي وتأثيره في الأفكار الخوافية:

القيم	T	T ²	df	η^2	d	قوة التأثير والفاعلية
حسب المجالات	7.85	61.62	3	0.96	8.81	مرتفع جدا

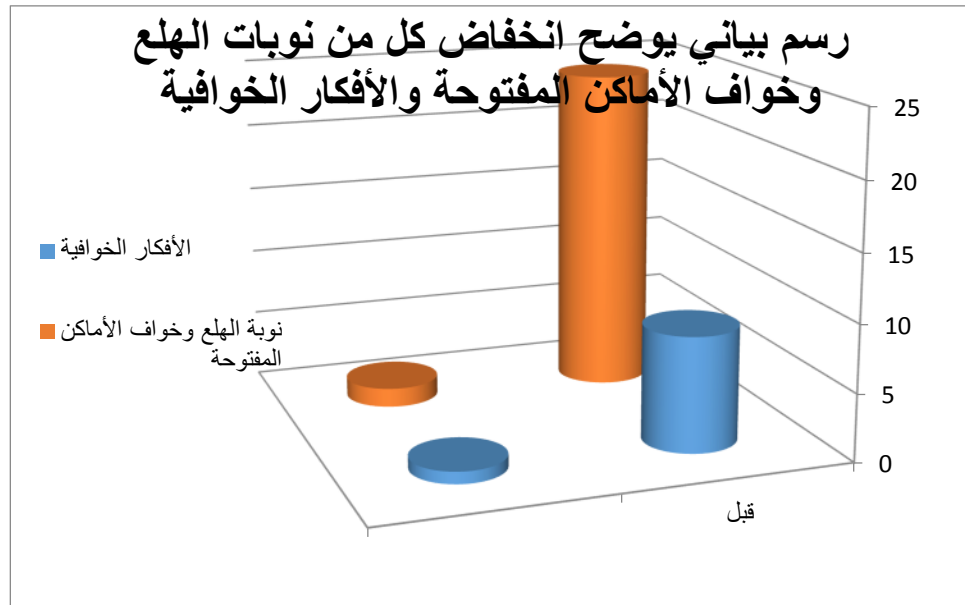
10. عرض نتائج الفرضية التاسعة:

تنص الفرضية التاسعة على: "يخفض البرنامج المقترح من شدة نوبات الهلع من خلال تعديله للأفكار الخوافية".

للتأكد من صحة هذه الفرضية قام الباحث بمطابقة مجموع متوسطات نتائج الحالات في كل من مقياس اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة واستبيان الأفكار الخوافية من خلال الأعمدة الصاعدة المعروضة في عرض الحالات ومن خلال الرسم البياني الذي يوضح لنا تراجع نوبات الهلع إثر تراجع الأفكار الخوافية لدى الحالات:

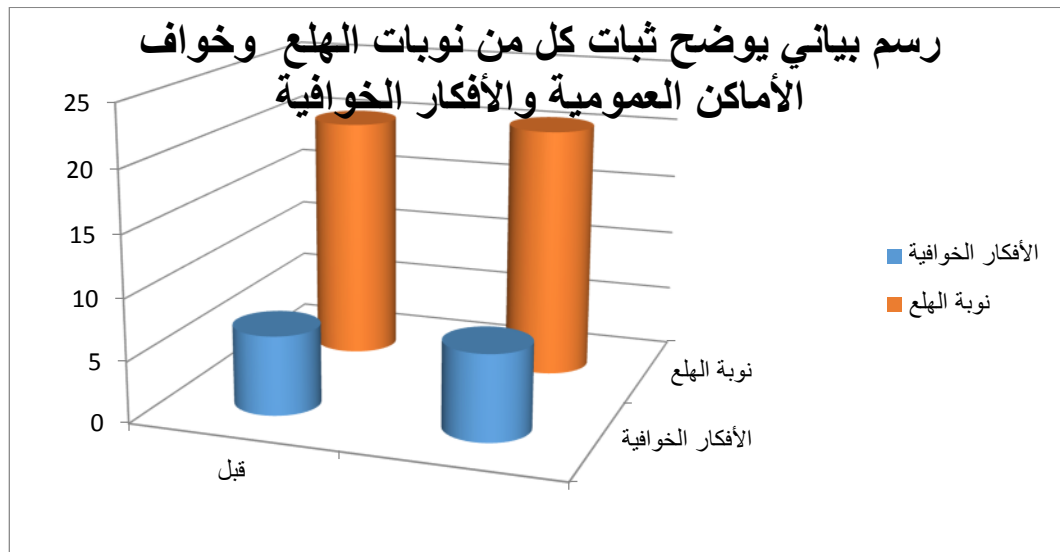
رسم بياني "18" يوضح تراجع كل من اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة والأفكار

الخوافية:



حيث يوضح الرسم البياني تراجع متوسط درجات مقياس نوبة الهلع من 8.57 إلى 0.9 إثر تراجع متوسط درجة الأفكار الخوافية من 24.12 إلى 1.41، كما لاحظ الباحث أثناء إجراء العلاج

أن الحالات تنخفض لديهم شدة الأعراض عند تراجع درجة الأفكار الخوفية الموجودة لديهم، خاصة عندما تقوم الحالات برصدها ومن ثم التحكم بها، وهذا ما تم عرضه في عرض الحالات حيث تبين الأعمدة الصاعدة المعروضة في هذا العنصر عن التراجع المتوازي لدرجة نوبات الهلع والأفكار الخوفية خاصة الجسدية منها. في حين أن درجة نوبات الهلع عند العينة الضابطة بقيت على حالها كما بقيت الأفكار الخوفية هي الأخرى على حالها، وهذا الثبات راجع إلى ثبات الأفكار الخوفية الموجودة لدى الحالات والرسم البياني "19" يبين لنا ذلك:



حيث نلاحظ ثبات واستقرار كل من نوبات الهلع وخوف الأماكن المفتوحة لدى العينة الضابطة، حيث بقيت متوسط درجات نوبات الهلع وخوف الأماكن المفتوحة على حالها، حيث تحصل على 6.5 قبل العلاج و7.03 بعده، أما استبيان الأفكار الخوفية فتحصل قبل العلاج على 20 أما بعد العلاج على 20.5 حيث بقيت النتائج على حالها.

ثانياً: مناقشة النتائج: تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة:

1. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الأولى والدراسات السابقة:

من خلال عرضنا لنتائج الفرضية الأولى للعينة التجريبية ظهر لنا أن هناك فرق بين القياس قبل إجراء العلاج وبعده، وهو فرق إيجابي ومرتفع لصالح القياس البعدي بلغ (8.83) عند مستوى الدلالة (0.008)، وهذا يعني أن العلاج المعرفي السلوكي والبرنامج العلاجي الجمعي فعالين في خفض من

درجة نوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة حيث تراجع مجموع المتوسطات من 8.57 إلى 1.75، في ما يخص الأعراض والتي ظهرت نتيجة الفرق فيها (8.53) عند مستوى الدلالة (0.003)، حيث تراجع مجموع المتوسطات من 9.75 إلى 0.5 وهذا التراجع الملحوظ ناتج عن التقنيات المستعملة في العلاج المعرفي السلوكية والتي تركز على الأعراض الفيزيولوجية بشكل خاص خاصة التعريض للأعراض الفيزيولوجية، أما درجة نوبة الهلع والتي كان حاصل الفرق فيها (19.36) عند مستوى الدلالة (0.000) حيث تراجع مجموع المتوسطات من 13.25 إلى 1.5 حيث أن هذا راجع إلى تركيز المعالج على خفض من درجة نوبات الهلع والتي تؤثر عليها الأعراض الفيزيولوجية المسببة لارتفاعها كما يرجع الباحث هذا التراجع إلى نوعية العلاج الذي يركز على الطريقة التثقيفية والتعريضية لأعراض نوبة الهلع من جهة وأسباب تكرار هذه النوبة من جهة أخرى، أما المواقف الخوفية والتي هي الأخرى كان حاصل الفرق فيها (4.42) عند مستوى الدلالة (0.021) حيث تراجع مجموع المتوسطات من 8.25 إلى 1.25 ويرجع الباحث هذا التراجع في عدد الأماكن التي كانت تتجنبها الحالات إلى تراجع كل من درجة نوبات الهلع المتكررة من جهة الراجع إلى تقنيات إعادة البناء المعرفي والتعرض للأعراض الفيزيولوجية ومن جهة أخرى تقنيات التعريض للمواقف الخوفية، التي هي الأخرى لعبت دوراً أساسياً في تراجع المواقف الخوفية، أما في درجة المواقف التجنبية والتي كان حاصل الفرق فيها (5.74) عند مستوى الدلالة (0.01) حيث تراجع مجموع المتوسطات من 6.25 إلى 4.00 حيث يرجع الباحث هذا إلى نفس الأسباب التي ذكرها في المواقف الخوفية، أما القلق المتوقع والذي هو الآخر كان حاصل الفرق فيه (4.7) عند مستوى الدلالة (0.018) حيث تراجع مجموع المتوسطات من 7.25 إلى 2.25 يرجع الباحث هذا التراجع إلى تقنية الرصد الذاتي للأفكار الخوفية وجدول القلق الذي أدى إلى حصر القلق والتعرف على أسبابه ألا وهي الأفكار الخوفية، أما المشاكل المتعلقة بالعمل والعائلة والتي هي الأخرى كان حاصل الفرق فيها (9.92) عند مستوى الدلالة (0.002) حيث تراجع مجموع المتوسطات من 7.75 إلى 0.75 وهذا راجع إلى درجة وعي الحالات بتأثير كل من نوبات الهلع والسلوكيات التجنبية على الجانب المهني والعلائقي ويرجع هذا الباحث إلى الدور التوعوي للعلاج

حيث يقوم على تعليم وتثقيف الحالات على تأثير نوبات الهلع وسلوكيات التجنبية على كل من الحياة المهنية والعلائقية، أما القلق اتجاه الصحة والذي تحصل على فرق (9.89) عند مستوى الدلالة (0.002) حيث تراجع مجموع المتوسطات من 7.75 إلى 0.75 وهذا التراجع الملحوظ يرجعه الباحث إلى البرنامج العلاجي القائم بكله على تنفيذ التأويلات الخاطئة والكارثية لنوبات الهلع بأفكار وتأويلات أخرى أكثر عقلانية وواقعية.

إن هذا التراجع الملحوظ في متوسطات الدرجات في القياس البعدي أمام القياس القبلي وعند جميع الحالات وفي شتى مجالات المقياس ناتج عن فعالية البرنامج في خفض والتعديل من نوبات الهلع المصحوبة بمخاوف الأماكن المفتوحة، إلا أننا نلاحظ فرق أكبر في درجة نوبات الهلع على حساب باقي المجالات وهذا راجع إلى طبيعة العلاج الذي يركز على أعراض نوبة الهلع أكانت الأعراض فيزيولوجية أو نفسية معرفية، حيث أن الحالات أصبحت أكثر وعياً بأعراضها وهذا راجع إلى كل من التقنيات السلوكية المستخدمة من إعادة التأهيل التنفسي والتعريض للأعراض الفيزيولوجية والمواقف الخوفية والتقنيات المعرفية من إعادة التأهيل المعرفي والرصد والضبط الذاتي، وبالتالي انخفاض في شدة أعراض نوبة الهلع التدريجي يؤدي إلى اختفاء الأعراض إما بصورة كلية أو جزئية، وهذا الأخير يؤدي بدوره إلى انخفاض أو الاختفاء الجزئي أو التام لأعراض الخوف من الأماكن المفتوحة، ومن ثم التكيف مع المواقف الخوفية والتي كان يتجنبها، فتظهر سلوكيات تكيفية في مكان السلوكيات التجنبية، كما أن هذا راجع إلى التناسق الموجود بين مختلف التقنيات السلوكية والمعرفية الذي أدى إلى تكيف الحالات وتراجع الملحوظ في أعراضهم، وقد جاءت هذه النتائج مطابقة ومتفقة مع نتائج العديد من الدراسات السابقة التي أجريت في هذا المجال مثل دراسة سوكول وبيك وآخرون (Sokol, Beck et al, 1989) والتي أجريت على 17 حالة تعاني من اضطراب الهلع، وتم تطبيق 18 حصة مختلف في العلاج المعرفي التي ركزت على التأويلات الخاطئة للأعراض الجسدية للقلق، التعريض والتعديل المعرفي للهلع وقد انخفضت نوبات الهلع إلى درجة الصفر بعد انتهاء العلاج، كما استطاعت الحالات أن تؤول قلقها بصورة أكثر عقلانية وواقعية (Beck et Clark 2010 :325). كما أثبتته

دراسة بيك وسوكول وكلارك وآخرون (Sokol, Beck, Clark et al , 1992) أجريت الدراسة على 33 حالة تعاني من نوبة الهلع قصد التعرف على فعالية العلاج المعرفي الفردي 12 أسبوع، مقابل العلاج المعرفي الجماعي المختصر 8 أسابيع، أظهرت الدراسة أن العلاج الجماعي المختصر فعال بنفس درجة العلاج الفردي، في حين أن العلاج المعرفي الفردي أبدى فعالية في علاج الاكتئاب والقلق المعمم بنسبة 71% مقابل 87% في العلاج الجماعي المختصر لنوبات الهلع (Beck & Clark 2010: 325). كما أثبتته دراسة مارشوند وديون (Marchand & Dion, 1998) التي هدفت إلى التعرف على تأثير مختلف مستويات القلق الاجتماعي على نجاعة العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة بشكليه التوجيه الذاتي والموجه من طرف المعالج، كما تهدف الدراسة إلى التعرف على ما مدى تأثير البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المخصص لاضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة على مختلف مستويات القلق الاجتماعي بالسلب أو الإيجاب من جهة، ومن جهة أخرى تقوم هذه الأخيرة بدراسة إذا كان لديها تأثير على العلاج المعرفي السلوكي الموجه لأعراض رهاب الأماكن المفتوحة. تحصل الباحثة على النتائج التالية: أن مستوى القلق الاجتماعي المتوسط والشديد لديه تأثير سلبي على العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة بالنسبة للعلاجين (الذاتي والموجه). كما أن هذين النموذجين فعالان في الخفض ليس فقط من درجة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة ولكن حتى مختلف مستويات القلق الاجتماعي وحتى الاكتئاب والقلق المعمم.

مما سبق ذكره يمكن تفسير النتائج التي توصل إليها الباحث إلى عدة عوامل، وقد أرجعها إلى جودة البرنامج العلاجي الذي أبدى نجاحا في مختلف أنحاء العالم، كما أرجعها إلى نوعية المقياس الذي يلعب هو أيضا دورا أساسيا في توعية الحالات نحو أعراضها وحالتها، كما أنها راجعة إلى العينة التي تميزت بالفاعلية والتفاعل اتجاه العلاج والمستوى التعليمي والثقافي لها، هذا من جهة ومن جهة أخرى محتوى البرنامج وكيفية تطبيقه والأساليب والتقنيات والوسائل المستخدمة فيه، والظروف التي طبق فيها.

2. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الثانية والدراسات السابقة:

من خلال عرضنا لنتائج الفرضية الثانية للعيننة التجريبية والضابطة والتي تنص على "توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة في القياس البعدي"، حيث تحصل الباحث على فرق إيجابي ومرتفع بين المجموعة الضابطة والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية والتي بلغت (9.703) عند مستوى الدلالة (0.009)، وهذا يعني أن العلاج المعرفي السلوكي والبرنامج العلاجي الجمعي فعالين في خفض من درجة نوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة، حيث بقيت المجموعة الضابطة على حالها في حين أظهرت المجموعة التجريبية تقدماً جدياً ملحوظاً في مختلف مجالات المقياس، إلا أننا نلاحظ الفرق المرتفع جداً بين المجموعتين في كل من الأعراض، المواقف الخوفية والقلق اتجاه الصحة، وهذا راجع إلى الطريقة التعليمية للعلاج المكثفة اتجاه هذه المجالات الثلاثة، حيث قام الباحث بالعمل المزدوج: السلوكي عن طريق التقنيات السلوكية كالتعرض للأعراض والمواقف الخوفية، والمعرفي الذي يركز خاصة على التعديل المعرفي للأفكار المتعلقة بالأعراض، المواقف والمخاوف اتجاه الصحة، وقد جاءت هذه النتائج مطابقة ومتفقة مع نتائج العديد من الدراسات السابقة التي أجريت في هذا المجال مثل دراسة بارلو وآخرون (Barlow et al, 2000) هدفت الدراسة إلى التعرف على الفرق بين كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي (Imipramine) والعلاج بالبلاسيبو أجريت الدراسة على 77 حالة تعاني من اضطراب الهلع، أظهرت نتائج الدراسة أنه كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي (Imipramine) فعالة على حساب البلاسيبو، في حين لا يوجد فرق بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي (Imipramine) بعد إجراء القياس في نهاية العلاج، ولكن هناك فرق ملحوظ في العلاج التبعي لمصلحة العلاج المعرفي السلوكي (Beck & Clark 2010 :326). كما أثبتته دراسة مارشوند وآخرون (Marchand et al, 2004) هدفت إلى التعرف على مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة وحده دون العلاج الدوائي (بأشكاله الثلاث أكان فردياً، جمعياً، أو ذاتياً)، مقابل العلاج المعرفي السلوكي المصحوب بالعلاج

الدوائي. أثبتت النتائج أن كلا طريقي العلاج فعالة بنسبة متقاربة ولا يوجد أي فرق في الاختبار البعدي، على غرار الفرق بين المجموعة التجريبية على حساب الضابطة حيث أظهرت فعالية العلاجين على حساب المجموعة المنتظرة للعلاج. كما أثبتت الدراسة التتبعية أنه لا يوجد فرق بين العلاج المعرفي السلوكي المصحوب بالأدوية وغير المصحوب، لكن بعد سنتين من التتبع أثبتت الدراسة وجود فرق لصالح العلاج المعرفي السلوكي لوحده. كما جاءت نتائج الدراسة مطابقة لدراسة شامبلز وبيترمان (Chambless & Peterman 2004) أجريا 13 ثلاثة عشر دراسة حول العلاج المعرفي السلوكي لنوبات الهلع وأعراض الخوف تحسلا على 0.93 في متوسط معامل النجاح وذلك إثر مقارنة 71% من الحالات التي عولجت بالعلاج المعرفي السلوكي ويعانون من الهلع والخوف بـ 29% من الحالات وضعت في الانتظار أو تناولت البلاسيبو، كما أظهرت نتائج الدراسات أن فعالية هذا العلاج تظهر في عدة اضطرابات أخرى كالأعراض المعرفية للهلع، القلق المعمم، وبدرجة أقل في أعراض الاكتئاب. (Beck & Clark 2010 :325)

يرجع الباحث هذا الفرق بين المجموعة الضابطة والتجريبية إلى فعالية البرنامج العلاجي وتقنياته المستخدمة في الخفض من حدة نوبة الهلع والسلوكيات التجنبية، حيث ظهر على الحالات تحسن في أعراضها وتراجع وانخفاض جد ملحوظ في درجة نوبة الهلع، كما نلاحظ هذا التراجع في كل من السلوكيات التجنبية وحتى الأفكار السلبية المتعلقة باضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة وهذا راجع إلى مختلف التقنيات والتمارين العلاجية المطبقة في العلاج المقترح، في حين بقيت العينة الضابطة على حالها والتي لم تتحصل في نفس الوقت على علاج مما أدى إلى بقاء أعراض نوبة الهلع والسلوكيات التجنبية على حالها، في حين لاحظنا التحسن عند العينة التجريبية وهذا ما أكدته كل الدراسات السابقة المذكورة سالفًا.

3. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الثالثة والدراسات السابقة:

ظهرت نتائج هذه الفرضية أنه لا يوجد فرق دال إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05) أو ما يقل عنه باستخدام معامل الفرق T في القياس القبلي والبعدي على مقياس اضطراب الهلع وخوف

الأماكن المفتوحة بالنسبة للمجموعة الضابطة أثناء تطبيق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية، حيث بقيت كل من متوسط الدرجات مختلف مجالات المقياس على حالها وهذه النتائج مطابقة للدراسات السابقة لكل من دراسة بارلو وآخرون (Barlow et al, 2000) دراسة شامبلز وبيترمان (Chambless & Peterman 2004) مارشوند وآخرون (Marchand et al, 2004) المذكورة سابقا، والتي تحصلت على نفس النتائج. ويرجع الباحث هذه النتائج لعدم تلقي المجموعة الضابط للبرنامج العلاجي.

4. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الرابعة والدراسات السابقة:

من خلال عرضنا لنتائج الفرضية الرابعة التي تنص " البرنامج العلاجي المقترح فعال في خفض من شدة نوبات الهلع لدى المصابين بخوف الأماكن المفتوحة ". يظهر لنا أن المتغير المستقل وهو البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الجماعي لديه تأثير وبالتالي فعالية على المتغير المستقل وهو نوبة الهلع ومنه حتى رهاب الأماكن المفتوحة، حيث أظهر مربع إيتا η^2 وقيمة d لمعرفة قوة تأثير المتغير المستقل على التابع حيث تحصل الباحث على نتيجة مفادها $\eta^2 = 0.96$ وبالتالي $d = 9.7$ ، وبما أن قيمة هذه الأخيرة أكبر من الواحد "1" فإن درجة التأثير قوية جدا، ومنه فإن البرنامج العلاج لديه تأثير وفعالية قوية جدا في خفض من شدة نوبة الهلع، وبالتالي درجة السلوكيات الخوفية لخوف الأماكن المفتوحة، وهذه النتائج مطابقة للدراسات السابقة كدراسة سوكول وبيك وآخرون (Sokol, Beck, Clark et al, 1989)، دراسة بيك وسوكول وكلاارك وآخرون (Sokol, Beck, Clark et al, 1992)، كما أثبتتها دراسة مارشوند وديون (Marchand & Dion, 1998) ودراسة بارلو وآخرون (Barlow et al, 2000) ودراسة مارشوند وآخرون (Marchand et al, 2004) وكذلك دراسة شامبلز وبيترمان (Chambless & Peterman 2004).

كما أثبتت ذلك دراسة ميشال ألاند (Micheline Allard, 2007) التي هدفت إلى مقارنة التحالف العلاجي في العلاج المعرفي السلوكي بالفيديو والمحاضرة مقابل العلاج المعرفي السلوكي وجها لوجه لاضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة، في حين أظهرت الدراسة أن في كلا العلاجين تواجد

تحالف علاجي جيد مقابل اختلاف طفيف في نتائج الحصص الأولى لصالح العلاج وجها لوجه، في حين اختفى هذا الاختلاف في الحصص الخامسة، كما أثبتت الدراسة أن التحالف العلاجي ليس بمحدد مهم في العلاج النفسي بالعكس فإن تعديل المعتقدات يعتبر محدد ضروري في العلاج. ودراسة **موننتال (S. Montel, 2008)** التي هدفت إلى علاج نوبة الهلع من خلال استخدام العلاج المعرفي السلوكي المتعلقة بالأماكن المغلقة أثناء إجراء الفحوصات الطبية، في الأخير توصل الباحث إلى النتيجة أن العلاج بالتعرض للمواقف الخوفية فعال في علاج خواف الأماكن المغلقة المصحوب بنوبات الهلع، حيث أن الحالة تراجع خوفها خلال خمس حصص فقط، فأصبحت تستطيع إجراء الفحوصات دون إظهار درجة معتبرة من القلق، في حين كان العلاج لا يدور حول ذلك بل حول الصعود في المصعد، حيث استطاعت الحالة الصعود لعدة طوابق بشرط وجود مصاحب معها من أجل ذلك. دراسة **مارشوند وآخرون (Marchand et al, 2009)**: هدفت الدراسة إلى معرفة أي شكل من العلاج المعرفي السلوكي أنجح لنوبات الهلع وخواف الأماكن المفتوحة وهي كل من العلاج الفردي بشكل عام والعلاج الجماعي والعلاج المختصر، تحصل الباحثون على النتيجة أن كل من النماذج الثلاث العلاجية فعالة في علاج نوبة الهلع وخواف الأماكن المفتوحة، حيث أثبتت الدراسة وجود فرق بين العينة الضابطة والتجريبية لصالح العينة التجريبية، أما بالنسبة للعلاجات الثلاث فأظهرت الدراسة أن أحسن نموذج للعلاج هو العلاج الجماعي والمختصر من الناحية المادية والزمنية، أما العلاج المختصر والفردي العام فإن الحالات تتأقلم مع الوقت خاصة في المرحلة التتبعية، في حين لم تظهر أي اختلاف من ناحية علاج الأعراض في الاختبار البعدي. ودراسة **ميرابيل ساقون وبلاغنول (C. Mirabfl-Sarron & A. Plagnol , 2009)** التي هدفت إلى التعرف على التمثل المكاني لرهاب الأماكن المفتوحة والعلاج المعرفي السلوكي، حيث قام الباحث بتتبع حالة واحدة تعاني من رهاب الأماكن المفتوحة مصحوبة بنوبات الهلع لمدة خمس سنوات، والتي استفادت من علاج معرفي سلوكي خلال هذه المدة، والغرض من الدراسة ملاحظة التغيرات التي تحدث على الحالة في هذه المدة من خلال تطبيقه لتقنية التأهيل التنفسي، الاسترخاء، التعريض للمواقف الخوفية أو

التحصين التدريجي، إعادة التأهيل المعرفي، خلال أربعة الأشهر الأولى تعرفت الحالة على أفكارها المتعلقة بالخطر وتبعاً للتأهيل المعرفي تمكن الحالة من تسيير الصعوبات المتعلقة بالاضطراب، كما ذهب الباحث إلى البحث عن المخططات المعرفية اللاتوافقية التي تعاني منها الحالة وتمثلت في: مخطط الحكم؛ مخطط الهشاشة والتحكم؛ مخطط العرفان ورد الجميل، ومخططات تلعب دور في الوصف الذاتي للحالة، كما قام الباحث بتتبع التاريخي لهذه المخططات والعمل على تصحيحها، وبعد هذه المدة من التتبع وصل الباحث إلى أن نظرة المعالج قد تكون متعددة الأبعاد: على المستوى العيادي التعرف على الأعراض وتطورها اتجاه العلاج؛ على المستوى المقاربة المعرفية السلوكية أن تاريخ الحالة يظهر وفق الاقتراحات الوظيفية لبارلو (Barlow, 1988)؛ على المستوى الظاهري أن التمثل المكاني لرهاب الأماكن المفتوحة راجع إلى التمثل الموضوعي للمعاش النفسي الخاص بالحالة في كل مرحلة من مراحل العلاج. كما أثبتت دراسة جون بواير بيسون وآخرون (Joannie Poirier-Bisson et al, 2010) التي تمثلت في معرفة الفاعلية التي أثبتتها كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي لاضطرابات القلق [نوبات الهلع، المخاوف الخاصة، المخاوف الاجتماعية، القلق المعمم] عبر 28 سنة (2008/1980) وذلك بالرجوع إلى أرشيفات الدراسات السابقة في هذين العلاجين، حيث أثبتت الدراسة فعالية ملحوظة لكلا العلاجين خاصة إذا كانا معا في حين أن بعض الدراسات أثبتت أن العلاج المعرفي السلوكي أكثر فعالية خاصة للمدى البعيد. كما أثبتت ذلك دراسات جانبية في العلاج المعرفي السلوكي لنوبة الهلع كدراسة غسان البعلبكي (Ghassan El-Baalbaki, 2008) هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر التفاعل الزوجية [العلاقات الحميمية بين الرجل والمرأة والتفاعل بشكليه الإيجابي والسلبي لوضعية ما] في حل المشاكل لدى المصابين باضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة [كل من الزوج والزوج] على الاضطراب نفسه من جهة، ومن جهة أخرى مدى استجابة اضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة للعلاج المعرفي السلوكي في ظل آثار هذا التفاعل في حل المشكلات، حيث أكدت الدراسة أن التفاعل السلبي أدى إلى ظهور أعراض ذات مستوى شديد قبل إجراء العلاج وأبدت استجابة ضعيفة اتجاه العلاج، في حين اظهرت النتائج

المتعلقة بالتفاعل الإيجابي ظهور أعراض أقل حدة، في حين أن العلاج أكثر فعالية في هذا الشكل من التفاعل.

كما أثبتت دراسات أخرى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطرابات القلق الأخرى كدراسة ليبويتز وآخرون (Liebowitz et al, 1999) التي أجريت على 133 حالة تعاني من الخوف الاجتماعي شخصت عن طريق DSM-IV وقسمت إلى ثلاث مجموعات بهدف التعرف على فاعلية كل من العلاج المعرفي السلوكي للخوف الاجتماعي، العلاج الدوائي (phenelzine) ، والعلاج عن طريق البلاسيبو، خلال 12 أسبوع من التطبيق للعلاج المعرفي السلوكي الجماعي لمدة ساعتين ونصف في الأسبوع، أظهرت النتائج بعد نهاية العلاج أن كل من العلاج المعرفي السلوكي والدوائي أعطيا نتيجة إيجابية على حساب البلاسيبو بنسبة 75%، وبعد التتبع لمدة 6 أشهر 50% من الحالات التي عولجت بالعلاج الدوائي (phenelzine) انتكست إلى الاضطراب مقابل 17% فقط من العلاج المعرفي السلوكي. ودراسة كلارك وآخرون (D.M. Clark et al, 2003) التي أجريت على 71 حالة تعاني من الخوف الاجتماعي قسمت العينة بشكل عشوائي إلى ثلاث مجموعات الأولى تعالج علاج معرفي سلوكي فردي وأما الثانية علاج معرفي جماعي والثالثة تبقى في الانتظار إلى حين انتهاء العلاج، أثبتت نتائج الدراسة بعد العلاج إلى أن هناك فرق في كل من العلاج المعرفي الفردي والجماعي على حساب المجموعة الموضوعية في انتظار لصالح المجموعتين التجريبية كما أثبت العلاج الفردي تقدما على حساب العلاج الجماعي بعد 6 أشهر من التتبع. أيضا دراسة مارتين دي بروفنشير وآخرون (Martin D Provencher et al, 2006) أجريت الدراسة على 90 فرد يعانون من القلق المعمم شخصوا عن طريق DSM IV بغرض تقييم انتشار وتطور اضطرابات المحور الأول المصاحب لها والتي خضعت للعلاج المعرفي السلوكي من بين 12 و16 حصة لعلاج اضطراب القلق المعمم، تم تطبيق مقياس اضطرابات القلق قبل العلاج المعرفي السلوكي وبعده، وتحصلوا على نتيجة بعد عملية التشخيص أن مجموع الحالات تعاني من اضطرابات مصاحبة بنسبة 73% وأظهرت الدراسة أن التشخيص الأكثر انتشارا هو الخوف البسيط، الخوف الاجتماعي،

اضطراب الهلع، والاكتئاب، وهذه الاضطرابات حسب نتائج الدراسة تتأثر هي الأخرى بالعلاج المعرفي السلوكي الموجه لعلاج القلق المعمم خاصة على اضطراب الهلع. كما ذهبت دراسة حامد أحمد الغامدي (2010) إلى التحقق من مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض القلق العام لدى المرضى المترددين على العيادات النفسية بالمستشفى الصحة النفسية بالطائف، وقد توصل الباحث إلى نتيجة مفادها أن هناك فروق بين القياس القبلي والبعدي في المجموعة التجريبية، كما أن ليس هناك فرق بين القياس البعدي والتبعي في المجموعة التجريبية، كما أنه لا يوجد فرق دال إحصائياً بين المجموعة التجريبية والضابطة مما يؤكد أن كل من العلاج المعرفي السلوكي والدوائي فعالين بنفس الدرجة في علاج اضطراب القلق العام. كل هذه الدراسات أثبتت فعالية العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق عامة ونوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة خاصة، كما أثبتت فعالية هذا البرنامج في اضطرابات القلق الأخرى، وهذه النتائج جاءت مطابقة لنتائج الباحث التي أثبتت أثر المتغير المستقل [البرنامج العلاج] على المتغير التابع [نوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة]، وبالتالي فعالية البرنامج في خفض من درجة نوبة الهلع عند المصابين بخوف الأماكن المفتوحة، ليس هذا فقط بل أثبتت أثر البرنامج في التخفيض من دجة السلوكيات التجنبية وبالتالي تراجع الخوف من المواقف الخوافية أو خوف الأماكن المفتوحة.

5. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الخامسة والدراسات السابقة:

من خلال عرضنا لنتائج الفرضية الخامسة للعينة التجريبية تظهر لنا أن هناك فرق بين القياس قبل إجراء العلاج وبعده، وهو فرق إيجابي ومرتفع لصالح القياس البعدي بلغ (8.28) عند مستوى الدلالة (0.003)، وهذا يعني أن العلاج المعرفي السلوكي والبرنامج العلاجي الجمعي فعالين في التعديل والخفض من الأفكار الخوافية، أكانت اجتماعية والتي ظهرت نتيجة الفرق فيها (8.53) عند مستوى الدلالة (0.003) أو جسدية والتي كان حاصل الفرق فيها (8.03) عند مستوى الدلالة (0.004)، كما نلاحظ تراجع ملحوظ في متوسطات الدرجات في القياس البعدي (9.25) أمام القياس القبلي (24.12) وعند جميع الحالات، وهذا التراجع الملحوظ ناتج عن التعديل والتغيير في كل من الحالة

النفسية لمجموعة العينة من جهة والأفكار الخوافية من جهة أخرى، حيث مس هذا الخفض والتعديل كل من المخاوف الاجتماعية حيث تحصل الباحث على (21.25) في متوسط الدرجات للعينة قبل العلاج وعلى (9.00) في متوسط الدرجات للعينة بعد العلاج، أما المخاوف الجسدية فتحصل على (27.00) في القياس القبلي و(9.5) في القياس البعدي وهذا دليل فعالية البرنامج في الخفض والتعديل في كل من المخاوف الاجتماعية والجسدية، إلا أننا نلاحظ فرقا كبيرا في المخاوف الجسدية على حساب الاجتماعية، وهذا راجع إلى طبيعة العلاج الذي يركز على الأعراض الجسدية، كما أن الحالات استبدلت أفكارها الخوافية غير العقلانية والسلبية بأخرى أكثر عقلانية وإيجابية ووعي، خاصة المتعلقة بالحالة الفيزيولوجية كزيادة ضربات القلب والإحساس بالاختناق والدوار والتقيؤ وغيرها من الأفكار الجسدية بأخرى أكثر واقعية وإرجاعها إلى الحالة النفسية وإلى الوظيفة التحذيرية للجهاز العصبي، وهذا راجع إلى إعادة التأهيل المعرفي الخاص بالأعراض وجدول الضبط الذاتي، وبالتالي فإن التعديل من الأفكار الخوافية يؤدي مباشرة إلى زوال الأعراض وبالتالي اختفاء السلوكيات التجنبية، كما نشير أن التعديل المعرفي يتكون من خلال الأساليب المستخدمة والتي تخفض من شدة وحدة الأعراض، كإعادة التأهيل التنفسي والاسترخاء وتقنية التعريض للأعراض الفيزيولوجية التي تجعل الحالة أكثر وعيا بأعراضها، ومصدرها الحقيقي وكيفية التغلب عليها، وتقنية التعريض للمواقف الخوافية أو التحصين التدريجي الذي جعل الحالات أكثر تكييفا مع المواقف التي كانت تخاف منها، وقد جاءت هذه النتائج مطابقة ومتفقة مع نتائج العديد من الدراسات السابقة التي أجريت في هذا المجال مثل دراسة سوكول وبيك وآخرون (Sokol, Beck et al, 1989). أما دراسة ريزينك وآخرون (S. Rusinek et al, 2003) التي هدفت إلى التعرف على مدى فعالية العلاج المعرفي في تعديل المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة لاضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة [التي تتكون في مرحلة الطفولة وتتمثل بصلابتها وثباتها وجمودها والتي لا يمكن تعديلها] من خلال العلاج المعرفي المختصر، للإجابة على هذا التناقض تم التأكد من نشاط 13 مخطط معرفي لا توافقي مبكر لـ 36 حالة تعاني من نوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة (20 رجل و16 مرآة) وذلك بالقياس القبلي والبعدي بعد 10

حصص من العلاج المعرفي لاضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة، ومجموعة أخرى ضابطة متكونة من 36 فرد لا يعانون من أي اضطراب نفسي، استخدم في الدراسة لتشخيص الاضطراب كل من DSM-IV، استبيان الأفكار الخوفية أو استبيان المعرفي لخوف الأماكن المفتوحة (Young, Champlless.D.L. 1984)، واستبيان المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة (SQ) (Young, 1990)، وقد تحصل على نتيجة أن هناك فرقا دالا إحصائيا بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس القبلي والبعدي لصالح العينة التجريبية، في حين أن هناك فرقا دالا إحصائيا في نتائج القياس قبل وبعد العلاج في مقياس الأفكار الخوفية مما أكد العلاج فعاليته في علاج أعراض الهلع وخوف الأماكن المفتوحة، في حين تبين أن لا يوجد فرق دال إحصائيا في القياس القبلي والبعدي في استبيان المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة، مما يؤكد أن العلاج المعرفي لا يعدل ولا يخفض من نشاط المخططات المعرفي اللاتوافقية لاضطراب القلق ولكنه يعدل ويخفض من درجة الأفكار الخوفية. ودراسة بوشار وآخرون (Stéphane Bouchard et al, 2007) التي هدفت إلى تغيير إدراك وفهم نوبة الهلع في العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الهلع وخوف الأماكن المفتوحة من خلال تعديل الاختلال الوظيفي للمعتقدات والجدارة الذاتية. وقد قيمت أربعة متغيرات: أ: درجة المعتقد الأساسي لكل حالة اتجاه نتائج المتعلقة بنوبة الهلع؛ ب: تقييم إدراك الكفاءة الذاتية للحالات من أجل التحكم بنوبة الهلع عند حضور الأحاسيس الجسدية المتعلقة بها؛ ج: تقييم إدراك الكفاءة الذاتية للحالات من أجل التحكم بنوبة الهلع عند حضور الأفكار المتعلقة بها؛ د: مستوى إدراك وفهم الهلع عند الإصابة بنوبة هلع. تكونت عينة الدراسة من 31 حالة تعاني من نوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة بعد أن شخصوا من خلال استعمال الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM IV. فقط 22 حالة تمكنت من إنهاء بروتكول العلاج من خلال وضع برنامج التأهيل معرفي، ثم تم عزل 10 حالات لم تنجح في اتمام العلاج، بينما 12 حالة تم إتمام العلاج عليها، سبع منها عن طريق التعديل المعرفي وخمس حالات من خلال التعريض، كما أستعمل مقياس أو استبيان الأفكار الخوفية (APA). تحصلوا في النهاية بالنسبة للحالات التي تعالج بالتعديل المعرفي أو التعريض على النتيجة

التالية: تغير الإدراك وفهم نوبة الهلع من خلال تغير الوظيفة المختلة للمعتقد عند ثلاث حالات، من خلال تغير الكفاءة الذاتية عند ستة حالات، من خلال تغير الوظيفة المختلة للمعتقد والكفاءة الذاتية عند ثلاث حالات. كما تحصلوا على نتيجة أن هناك علاقة ترابطية ذاتية بين كل من الاختلال الوظيفي للمعتقدات الأساسية والسلوك والانفعال، الاستجابات الفيزيولوجية ومختلف المتغيرات المتعلقة بالمحيط.

يمكن تفسير النتائج التي توصل إليها الباحث إلى عدة عوامل، وقد أرجعها الباحث إلى جودة البرنامج العلاجي الذي أبدى نجاحا في مختلف أنحاء العالم خاصة في الخفض والتعديل من الأفكار الخوافية، كما أرجعها إلى نوعية المقياس الذي يلعب هو أيضا دورا أساسيا في توعية الحالات نحو أفكارها والتعرف إليها وعقلنتها، كما أنها راجعة إلى العينة التي تميزت بالفاعلية والتفاعل اتجاه العلاج والمستوى التعليمي والثقافي لها، هذا من جهة ومن جهة أخرى محتوى البرنامج وكيفية تطبيقه والأساليب والتقنيات والوسائل المستخدمة فيه، والظروف التي طبق فيها.

6. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية السادسة والدراسات السابقة:

من خلال عرضنا لنتائج الفرضية السادسة للعينة التجريبية والضابطة والتي تنص على "يوجد فرق دال إحصائيا في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الأفكار الخوافية في القياس البعدي"، حيث تحصل الباحث على فرق إيجابي ومرتفع بين المجموعة الضابطة والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية والتي بلغت (5.12) عند مستوى الدلالة (0.021)، وهذا دال على الخفض والتعديل من الأفكار الخوافية لدى المصابين بنوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة، حيث بقيت المجموعة الضابطة على حالها، والتي تحصلت على متوسط الدرجات قيمته (20.25) في حين تحصلت المجموعة التجريبية على (9.25) وهذا الفرق مرتفع وإن دل على شيء إنما يدل على فعالية البرنامج العلاجي حيث أبدى تقدما في الخفض والتعديل في كل من المخاوف الاجتماعية والتي تحصلت على قيمة الفرق (3.65) عند مستوى الدلالة (0.035)، أما المخاوف الجسدية فتحصلت على (6.6) عند مستوى الدلالة (0.007)، أما في متوسط الدرجات للمجموعة الضابطة في

المخاوف الاجتماعية (17.00) مقابل (9.00) بالنسبة للمجموعة التجريبية، ومتوسط الدرجات المجموعة الضابطة في المخاوف الجسدية (23.5) مقابل (9.5) للمجموعة التجريبية، والفرق الملحوظ هنا في كل من المخاوف الجسدية على حساب المخاوف الاجتماعية لكل من المجموعة الضابطة والتجريبية هو راجع إلى نوعية العلاج الذي يركز على علاج الأعراض الفيزيولوجية والتي تسيطر بدورها على الاضطراب بصورة عامة. كما أبدت المجموعة التجريبية تقدماً ملحوظاً على حساب المجموعة الضابطة من حيث الأفكار الخوفية أكانت ذات منشأ اجتماعي أو جسدي، وقد جاءت هذه النتائج مطابقة ومنتفحة مع نتائج العديد من الدراسات السابقة التي أجريت في هذا المجال مثل دراسة مارشوند وآخرون (Marchand et al, 2004)، وكما أظهرت دراسة روزينك وآخرون (S. Rusinek et al, 2004) المذكورة سابقاً نفس النتائج.

يرجع الباحث هذا الفرق بين المجموعة الضابطة والتجريبية إلى فعالية البرنامج العلاجي وتقنياته المستخدمة في خفض من حدة الأفكار الخوفية من جهة والأعراض والسلوكيات التجنبية من جهة أخرى، حيث ظهر على الحالات تحسن في أعراضها بعد ظهور أفكار أخرى منطقية مرتبطة بها حسب تمارين الضبط الذاتي وبرنامج الأفكار التلقائية والمنطقية، في حين بقيت الأفكار على حالها عند العينة الضابطة التي لم يطبق عليها هذا التمرين [الضبط والبرنامج] إلا المقياس، والتي لم تتحصل في نفس الوقت على علاج مما أدى إلى بقاء الأفكار والأعراض على حالها في حين لاحظنا التحسن عند العينة التجريبية وهذا ما أكدته كل الدراسات السابقة المذكورة سالفاً.

7. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية السابعة والدراسات السابقة:

أظهرت نتائج هذه الفرضية أنه لا يوجد فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) أو ما يقل عنه باستخدام معامل الفرق T في القياس القبلي والبعدي على مقياس الأفكار الخوفية بالنسبة للمجموعة الضابطة أثناء تطبيق العلاج على المجموعة التجريبية، حيث بقيت كل من متوسط الدرجات أكانت للمخاوف الاجتماعية أو الجسدية على حالها وهذه النتائج مطابقة للدراسات السابقة لكل من مارشوند وآخرون (Marchand et al, 2004)، روزينك وآخرون (S. Rusinek

(et al, 2004) المذكورة سابقا والتي تحصلت على نفس النتائج. ويرجع الباحث هذه النتائج لعدم تلقي المجموعة الضابط للبرنامج العلاجي.

8. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الثامنة والدراسات السابقة:

من خلال عرضنا لنتائج الفرضية الثامنة التي تنص أن " البرنامج العلاجي المقترح فعال في التعديل من الأفكار الخوفية لدى المصابين بنوبة الهلع وخواف الأماكن المفتوحة " يظهر لنا أن المتغير المستقل وهو البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الجمعي لديه تأثير وبالتالي فعالية على المتغير المستقل وهو الأفكار الخوفية، حيث أظهر مربع إيتا η^2 وقيمة d لمعرفة قوة تأثير المتغير المستقل على التابع حيث تحصل الباحث على قيمة $\eta^2 = 0.96$ وقيمة $d = 8.81$ ، وبما أن قيمة هذه الأخيرة أكبر من الواحد "1" فإن درجة التأثير قوية جدا ومنه فإن البرنامج العلاج لديه تأثير وفعالية قوية جدا في خفض وكذا التعديل من الأفكار الخوفية، وهذه النتائج مطابقة للدراسات السابقة كدراسة سوكول وبيك وآخرون (Sokol, Beck et al, 1989)، دراسة ريزينك وآخرون (S. Rusinek et al, 2003)، ودراسة بوشار وآخرون (Stéphane Bouchard et al, 2007)، دراسة مارشوند وآخرون (Marchand et al, 2004)، ودراسة روزينك وآخرون (S. Rusinek et al, 2004) ومارشوند وآخرون (Marchand et al, 2004)، روزينك وآخرون (S. Rusinek et al, 2004) المذكورة سابقا نفس النتائج. كل هذه الدراسات أثبتت فعالية العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق عامة ونوبة الهلع وخواف الأماكن المفتوحة خاصة كما أثبتت فعالية هذا البرنامج في التعديل من درجة الأفكار الخوفية، وهذا راجع إلى جودة الأساليب والتقنيات المستخدمة وسهولة تطبيقها وفهم توجيهاتها والتمارين الموجهة فيها للحالات المطبق عليها، وليس فقط على الأفكار الخوفية ولكن حتى على الأعراض والسلوكيات التجنبية مما أدى إلى تحسن وضعية الحالات نهائيا.

9. تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية التاسعة والدراسات السابقة:

من خلال عرضنا للفرضية التاسعة والتي تنص على أن البرنامج المقترح يخفض من درجة نوبات الهلع وخواف الأماكن المفتوحة إثر تراجع درجة الأفكار الخوفية، حيث أثبتت الدراسة أن

كلما تراجعت الأفكار الخوفية تراجعت معها شدة نوبات الهلع وبالتالي تتراجع درجة السلوكيات التجنبية لخوف الأماكن المفتوحة، وهذا ما تم عرضه حيث أظهرت النتائج تراجعاً ملحوظاً لنوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة إثر تراجع الأفكار الخوفية لدى الحالات، في حين بقيت المجموعة الضابطة على حالها، وخاصة في الأفكار الخوفية الجسدية، ويرجع الباحث هذا إلى طبيعة الأفكار الخوفية في الاضطراب، كما يرجع تراجعها الملحوظ إلى طبيعة العلاج الذي يركز على التعديل المعرفي للأفكار الخوفية المتعلقة بالأعراض الجسدية لنوبة الهلع، حيث لاحظ الباحث أثناء إجراء العلاج أن نوبات الهلع تتراجع كلما رصدت الحالات أفكارها التلقائية [الخوفية] - وتم ملاحظة ذلك من خلال جدول الرصد الذاتي الذي طبقه الباحث على الحالات - وقامت بتنفيذها والتحكم بها وذلك من خلال تقنية الرصد الذاتي والتعديل المعرفي للأفكار الخوفية المتعلقة بأعراض نوبة الهلع، كما لا ننسى دور إعادة التأهيل التنفسي والتعريض للأعراض التي هي الأخرى تلعب دوراً أساسياً في تنفيذ هذه الأفكار وتعديلها بأفكار أخرى أكثر تكيفاً وعقلانية، وبالتالي تستطيع الحالات تنفيذ أفكارها المتعلقة بسلوكياتها التجنبية، مما ينتج عنه تلقائياً عدم تجنب المواقف التي كانت تظهر على أنها مخيفة، ومن هنا استنتج الباحث أن نوبات الهلع أو التغيرات الفيزيولوجية لردود الفعل التحذيرية ناجمة عن الأفكار الخوفية المتعلقة بنوبات الهلع حيث تدخل الحالات في شكل حلقة مغلقة تزداد شدة نوبات الهلع لديها كلما ازدادت التأويلات الخاطئة لأعراض نوبة الهلع وهكذا، وهذا ما أكدته كل من بيك وكلاارك (Beck & Clark) في دراستهم السببية لنوبة الهلع حيث يرى كل منهما أن نوبة الهلع ناجمة عن التأويل والفهم الخاطئ والكارثي للأحاسيس الجسدية أو العقلية؛ فكثيراً من الأحيان النتائج الكارثية المرتبطة بالأحاسيس الجسدية كالموت الناجم عن النوبات القلبية، الاختناق، أو ما شابه ذلك، في حين أن الكارثة المتصورة [في نوبات الهلع] قد تحدث فقدان السيطرة الذي يؤدي بدوره إلى الجنون [أي، "سأصبح مجنوناً"]، أو يتصرف الفرد بطريقة محرجة أو مذلة أمام الآخرين؛ علاوة على ذلك، يمكن أن يكون الخوف من نوبات الهلع قويا لدرجة أن تكون الكارثة المحتملة معاودة حادة لنوبة هلع كاملة أخرى. كما يرى كلاارك (DM. Clark) أن التفسير الكارثي للأحاسيس الجسدية هو السبب

الأساسي لحدوث نوبة هلع ويمثل سمة معرفية دائمة [الضعف]، وهذا واضح حتى عند الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهلع وليسوا بقلقين (Beck et Clark, 2010)، كما أثبتت هذا العديد من الدراسات النظرية التي تم عرضها في المتن النظري، كما أستنتج الباحث أن بتعديل هذه الأفكار الخوافية أو التأويلات الخاطئة والكارثية تنخفض درجة نوبات الهلع لدى المصابين بخواف الأماكن المفتوحة، وبالتالي تتكيف الحالات مع المواقف الخوافية للأماكن المفتوحة، فالحالات الأربع وبدون استثناء تراجعت درجة الهلع لديهم مباشرة بعد رصدهم وتفنيدهم لأفكارهم الخوافية، فتقبل الأعراض لديهم وتفنيدها على أنها ذات أصول نفسية وليست جسدية يؤدي إلى إدراك واقع ما يحدث، فكل من تمارين التعريض للأعراض والتعرض للمواقف الخوافية ليست إلا مكملة للعلاج ومدعمة للأفكار التكيفية التي تثبتها هذه التمارين أكثر وبالتالي يتحقق العلاج، وهذا ما أكدته كل من دراسة سوكون وبيك وآخرون (Sokol, Beck et al, 1989) ودراسة ريزينك وآخرون (S. Rusinek et al, 2003)، ودراسة بوشار وآخرون (Stéphane Bouchard et al, 2006)، كل هذه الدراسات أكدت صحة الطرح كما أكدت صحة الاستنتاج الذي وضعه الباحث، وبالتالي فإن تعديل العمليات المعرفية يؤدي بطريقة أوتوماتيكية إلى تعديل كل من الجانب السلوكي والانفعالي للحالات، ولا يتم هذا التعديل المعرفي إلا بالرجوع إلى كل من الجانب الانفعال والسلوكي وتعليل أسبابهما وتفنيد التأويلات الناجمة عنها وكأن العلاج هو الآخر يدور في حلقة مغلقة نهاية الجانب المعرفي بداية كل من الجانب السلوكي والانفعالي ونهاية هذين الأخيرين بداية الجانب المعرفي، لذا يعتبر الباحث العلاج المعرفي السلوكي لنوبة الهلع علاج متكامل يشمل كل من الجانب المعرفي والسلوكي والانفعالي للحالات.

خلاصة عامة للدراسة:

لقد مست هذه الدراسة فئة معينة من المجتمع تتميز بالمعاناة، وهي تملؤ الاستعجالات ظنة منها أنها مصابة بمرض عضو إثر نوباتها المتكررة والمعاناة بشدة، وهذه النوبات الانفعالية الشديدة تؤثر على كل من الجانب السلوكي بظهور سلوكيات تجنبية تعيق حياتهم اليومية، وحتى على الجانب

المعرفي من أفكار وتأويلات خاطئة، فينحصر الفرد في هذا المعاش ظنا منه أنه مريض بمرض عضوي إلا أنه مصابون باضطراب التفت إليه انتباه الباحثين في هذا العصر ألا وهو نوبة الهلع وخواف الأماكن المفتوحة، كما مست هذه الدراسة فئة معينة من المجتمع وهو المجتمع الجامعي الذي يتميز بالتنوع العمري والجنسي والثقافي والاقتصادي من طلبة وعمال، حيث يرى الباحث أن العلاج الموجه للفئة المصابة بنوبات الهلع وخواف الأماكن المفتوحة تمثله هذا المجتمع تمثيلا جيدا، ويتطابق مع درجة التعلم والثقافة لديهم من أجل التطبيق الحسن والفعال، وذلك في محاولة من الباحث للمساهمة في علاج هذه الفئة، ومن هنا تتميز أهمية الدراسة كونها تمثل عملا علاجيا لا مجرد دراسة سببية، حيث أننا بأمس الحاجة إلى الإجابة على السؤال كيف كإضافته لسؤال لماذا كأننا نقول كيف تتم معالجة هذه الفئة؟، حيث أن هذه البرامج العلاجية أكانت فردية أو جماعية منها يمكن أن تقدم مساعدات قيمت لمن هم بحاجة إليها، أكانوا يعانون من اضطراب الهلع وخواف الأماكن المفتوحة أو أي اضطراب آخر يعيق الأفراد في مجرى حياتهم اليومية.

من هنا انحصرت أهداف الدراسة في:

- تكييف كل من مقياس اضطراب الهلع وخواف الأماكن المفتوحة واستبيان الأفكار الخوفية على المجتمع الجزائري والعربي من خلال ترجمته والتحقق من صدقه وثباته.
- الكشف عن مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض نوبات الهلع عند المصابين برهاب الأماكن المفتوحة.
- الكشف عن مدى فعالية البرنامج العلاجي الجماعي المقترح في خفض نوبات الهلع المصابين برهاب الأماكن المفتوحة.
- كيف تظهر فعالية البرنامج المقترح.
- كيف يعدل البرنامج المعرفي السلوكي المقترح من الأفكار الخوفية لدى الحالات.
- مساعدة الأفراد المصابين بنوبات الهلع ورهاب الأماكن المفتوحة على مواجهة مخاوفهم والتعامل معها حين وقوعها.

من خلال هذه الأهداف التي انطلق منها الباحث وبعد تطبيقه للعلاج على العينة المقصودة توصل إلى نتيجة أن العلاج المعرفي السلوكي فعال في خفض من شدة نوبات الهلع لدى المصابين بخوف الأماكن المفتوحة، ومن هذا المنطلق فإن العلاج المقترح جد فعال في خفض من درجة نوبات الهلع لدى المصابين بخوف الأماكن المفتوحة، ليس هذا فقط بل وصل إل نتيجة أن بانخفاض شدة النوبات تتراجع السلوكيات التجنبية وبالتالي الخوف من المواقف التي كانت الحالات تظنها مخيفة، كما توصل الباحث إلى أن العلاج يتم من خلال تعديل الأفكار الخوفية بأفكار أخرى أكثر عقلانية مرتبطة بتأويلات الواقعية في مكان التأويلات الخاطئة والكارثية التي كان تضعها الحالات قبل العلاج، وبتعديل هذه الأفكار تتراجع درجة الهلع وبالتالي السلوكيات التجنبية للمواقف الخوفية حيث لاحظ الباحث أن كلما كانت التأويلات واقعية والأفكار أكثر تكيفا مع المواقف لدى الحالات في مراحل العلاج كلما تقدمت الحالات نحو العلاج في حين بقيت المجموعة الضابطة على حالها.

انطلاقاً من النتائج التي توصل إليها الباحث والتي تبقى دائماً منحصرة في إطار الحدود البشرية والمكانية والزمانية وضع مجموعة من الاقتراحات يلخصها فيما يلي:

- إجراء دراسات أخرى على فئات خارج الجامعة كمحاولة لتعميم العلاج على مختلف فئات المجتمع.

- إدخال تقنيات أخرى أكثر تطوراً على العلاج من أجل الرفع من درجة فعاليته.

- الاهتمام أكثر بالفئة المصابة بنوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة خاصة في الاستعدادات قصد التوجيه ووضع دراسات مسحية حولها.

- إجراء دراسات يتم من خلالها التأكد من فعالية العلاج مقابل أشكال أخرى من العلاج أكانت دوائية أو نفسية.

- استبدال تسمية خوف الأماكن المفتوحة بخوف الأماكن العمومية لأن ذلك أقرب إلى المصطلح اللاتيني أغورافوبيا.

قائمة المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية:

1. إبراهيم، مروان عبد المجيد. (2000). أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية. ط1. عمان: مؤسسة الورق.
2. أبو النيل، محمود السيد. (1987). الإحصاء النفسي والاجتماعي والتربوي. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
3. إجلال مُجَدِّد، سري. (2000). علم النفس العلاجي. القاهرة: عالم الكتاب.
4. الشرقاوي، مُجَدِّد أنور. (2012). التعلم نظريات وتطبيقات. عين شمس: مكتبة الأنجلو المصري.
5. الزراد، فيصل مُجَدِّد خير الدين. (2005). العلاج النفسي السلوكي لحالات القلق والتوتر النفسي والوسواس القهري بطريقة الكف بالنقيض. بيروت: دار العالم للملايين.
6. الزغلول، رافع النصير وعماد عبد الرحيم. (د.ت). علم النفس المعرفي. الإسكندرية: دار الشروق.
7. العتوم، عدنان يوسف. (2012). علم النفس المعرفي النظرية والتطبيقية. ط3. عمان: دار المسير للنشر والتوزيع والطباعة.
8. العليان، ربحي مصطفى وغنيم، عثمان مُجَدِّد. (2000). مناهج وأساليب البحث العلمي النظرية والتطبيق. ط1. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
9. الشريف، مُجَدِّد عبد الله. (1996). مناهج البحث العلمي دليل الطالب في كتابة الأبحاث والرسائل العلمية. الاسكندرية: مكتبة الشعاع للطباعة والنشر والتوزيع.
10. المغربي، مُجَدِّد كمال. (2011). أساليب البحث العلمي في العلوم الإنسانية والاجتماعية. ط4. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
11. الغامدي، حامد أحمد. (محرم 1431 الموافق ليناير 2010). مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق العام عينة من المترددين على عيادة نفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف. مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية. المجلد الثاني. (1)2: 51-11.

12. أحمد، مُحمَّد عبد الخلف. (1987). قلق الموت. الكويت: عالم المعرفة.
13. بارلو، دفيد ه.؛ بيك، آرون ت.؛ براون، تيموثي أ.؛ براونيل، كيللي وآخرون. (2002). مرجع اكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاج تفصيلي. ترجمة صفوت فرج وآخرون (2002). ط1. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
14. بيك، آرون ت. (د.ت). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. ترجمة عادل مصطفى. (2000). مراجعة غسان يعقوب. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
15. بيك، جوديت . (د.ت). العلاج المعرفي الأسس والأبعاد. تقديم آرون، بيك ت.. ترجمة طلعت مطر (2007). مراجعة إيهاب الخراط . القاهرة: الهيئة العامة لشؤون الطباعة الأميركية.
16. بنت عبد المحسن الأشقر، هيفاء. (2004). أثر برنامج علاجي عقلاني-انفعالي-سلوكي جمعي في خفض قلق التحدث أمام الأخرى لدى عينة من طالبات الإقامة الداخلية بجامعة الملك سعود. رسالة ماجستير. جامعة الملك سعود.
17. بشر، حسين هشام بركات. (2007). تحليل البيانات باستخدام البرنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية «15» SPSS version دليل سريع للباحث. دار النشر الالكتروني. <http://www.kotobarabia.com>. المكتبة الالكترونية بالمملكة الأردنية.
18. بلحسيني، وردة. (2010/ 2011). أثر برنامج معرفي -سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة دراسة تجريبية بجامعة قاصدي مرباح بورقلة. رسالة لنيل شهادة الدكتوراه. جامعة قاصدي مرباح ورقلة.
19. جيدير، منيو . (د.ت). منهجية البحث دليل الباحث المبتدئ في موضوعات البحث ورسائل الماجستير والدكتوراه. ترجمة أبيض، مليكة(د.ت). عمان: المطبوعات الملكية.
20. دويدار، عبد الفتاح . (1994). مناهج البحث في علم النفس. ط2. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
21. دليو، فضيل. (ديسمبر 2014). معايير الصدق والثبات في البحوث الكمية والكيفية. مجلة العلوم الاجتماعية العدد 83. جامعة سطيف. Z2015-07-15T09:33-55.

22. هوفمان، أس جي. (د.ت). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية. ترجمة مراد، علي عيسى (2012). القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
23. هيئة التأطير بالمعهد الوطني لتكوين. (2005). منهجية البحث سند تكويني لفائدة المفتشين في مختلف الأطوار التعليمية. الجزائر: المعهد الوطني لتكوين مستخدمي التربية.
24. زغلول، رافع نصر الدين وعماد عبد الرحيم. (دون سنة). علم النفس المعرفي. دار الشروق للنشر والتوزيع. عمان.
25. حسن طه، عبد العظيم . (2007). العلاج النفسي المعرفي (مفاهيم وتطبيقات). ط1. الإسكندرية: دار الوفاء.
26. لويس كمال، مليكة. (1990). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. الكويت: دار القلم للنشر وتوزيع.
27. ماركس، إيزاك م. . (1978). التعايش مع الخوف فهم القلق ومكافحته. ترجمة نجاتي، مُجَّد عثمان (1993). الكويت: دار الشرق.
28. مدن، يوسف . (2006). العلاج النفسي وتعديل السلوك الإنساني بطريقة الأضداد، دراسة تربوية تحليلية في ضوء سيكولوجية الأخلاق ونسق القيم الإسلامية. ط1. بيروت: دار الهادي لطباعة والنشر والتوزيع.
29. عبيدات، مُجَّد ؛ أبو نصار، مُجَّد ومبيضين، عقلة. (1999). منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات. ط2. عمان: دار وائل للطباعة والنشر.
30. مختار، محي الدين. (1999). الاتجاهات النظرية و التطبيقية في منهجية العلوم الاجتماعية. الجزائر: منشورات جامعة الجزائر.
31. سعودي، مُجَّد عبد الغني والخضيري، محسن أحمد. (1992). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
32. عباس، فيصل. (1996). الاختبارات النفسية تقنياتها وإجراءاتها. ط1. بيروت: دار الفكر العربي.
33. عودة، أحمد سليمان والخليلي، نبيل يوسف. (1988). الإحصاء للباحث في التربية والعلوم النفسية والإنسانية. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

قائمة المراجع

34. عوض صابر، فاطمة وعلي خفاجة، مرقت . (2002). أسس ومبادئ البحث العلمي. الطبعة الأولى. الإسكندرية: مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية.
35. عز، عبد السلام. (دون سنة). مقدمة في الإحصاء الوصفي والاستدلالي باستخدام SPSS ت.م: 2015/02/03 م
- http://site.iugaza.edu.ps/mbarbakh/files/2010/02/questionnaire_analyzis.pdf
36. علي القاطعي، عبد الله. (يناير 1993). علاقة صدق المحكمين بالمفهوم الإحصائي لصدق البنود. دراسات نفسية. م³. ع 1.112759:SKU. مصر.
37. شيهان، دفيد د.. (1983). مرض القلق. ترجمة شعلان عزة (د.ت). مراجعة سلامة، أحمد عبد العزيز (1988). الكويت: عالم المعرفة.
38. شروخ، صلاح الدين. (2003). منهجية البحث العلمي للجامعيين. عنابة: دار العلوم للنشر والتوزيع.
39. غانم، محمد حسين. (دون سنة). اتجاهات حديثة في العلاج النفسي. دار النشر الالكتروني <http://www.kotobarabia.com>. المكتبة الالكترونية بالمملكة الأردنية.
40. غراوة، كلاوس؛ دوناتي، روث وبيرناور، فريديركة. (د.ت). مستقبل العلاج النفسي. معالم علاج نفسي عام. ترجمة جميل رضوان (1999). دمشق: منشورات وزارة الثقافة في الجمهورية العربية السورية.

قائمة المراجع باللغات الأجنبية:

41. Afonso, C. ; Devundara, A. ; Jeansonnie, S. et Segbor, E.. (2011/2012). De la Théorie de l'Apprentissage Social à la Théorie Sociocognitive. <http://memorandum-ipfa13.wifeo.com/documents/A.Bandura-synthese.pdf>. Consulté le 06/08/2013 à 13.30.
42. Allard, M.. (2007). L'alliance thérapeutique dans la thérapie cognitivo-comportementale du trouble panique avec agoraphobie par vidéoconférence et en face-à-face. thèse de doctorat. université d'Ottawa.

43. American Psychiatric Association. (2012/2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. 5 ed. Washington. DC: American Psychiatric Publishing.
44. American Psychiatric Association. (1992/1993). Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. DSM-4. 4^{eme} edition. Traduit par Guelfi, Julien D. ; Crocq, Marc-Antoine et al. (1993). Paris : HI Masson.
45. Antony, Martin M. & Barlow David H.. (2010). Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders. 2 ed. New York: The Guilford Press.
46. Bandelow, B.; Hajak, G.; Holzrichter, S.; Kunert, H.J. & Rüther, E.. (1995) Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia. Methodological problems. International Clinical Psychopharmacology. ISSN:0268-1315
47. Bandura, A.. (1985). Auto-Efficacité Le Sentiment d'Effacité Personnelle. traduit par Jacques Lecomte (2003). 1éd. Bruxelles : De Boeck université.
48. Bandura, A.. (1989). Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.). Annals of child development. Vol.6. Six theories of child development). Greenwich. CT : JAI Press.
49. Bandura, A.. (2002). Self-Efficacy in Changind Societies. New Yourk : Cambridge University Press.
50. Barlow, David H. & Antony, Martin M.. (2010). Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders. 2 ed. New York : The Guilford Press.
51. Barlow, David H..(2002). Anxiety and Its Disorders : The Nature and Treatment of Anxiety and Panic Second Edition. New York : The Guilford Press.
52. Barlow, David H.. (2008). Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step-by-Step Treatment Manual. 4 ed. New York : The Guilford Press.
53. Beck, Aaron T. & Clark, David A.. (2010). Cognitive Therapy of Anxiety Disorders Science and Practice. New York : The Guilford Press.
54. Beck, Aaron T. ; Freeman A. ; Denise Davis D. and Associates. (2004). Cognitive Therapy of Personality Disorders. 2 ed. New York : The Guilford Press.
55. Beck, Aaron T. ; Rush, John A. ; Shaw, Brian F. & Emery, Gary. (1979) Cognitive Therapy of Depression. New York : The Guilford Press. www.google-livre.com. (Consulté en 2013)

56. Beck, Judith S.. (2011). Foreword by Beck, Aaron T.. Cognitive Behavior Therapy Basics and Beyond. Second Edition. New York : the Guilford Press.
57. Bennett–Levy, J. ; Butler, G. ; Fennell, M. ; Hackmann, A. ; Mueller, M. & Westbrook D.. (2004). Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy. Oxford Cognitive Therapy Center. Oxford : Oxford University Press.
58. Blanc-Sahnoun, P.. (2006). L'Art de Coacher : Méthode. cas pratiques et outils. Préface de Angel, P.. Paris : Inter-Editions-Dunod.
59. Bloch, H. ; Chamama R. ; Depret E. ; Gallo A. et al. (2008). Paris : Larousse de la Psychologie.
60. Bioy, A. & Maquet, A.. (2003). Se former à la relation d'aide Concepts. méthodes. applications. Paris : Dunod.
61. Bouchard, S.; Gauthier, J.; Nouwen, A.; Ivers, H.; Vallières, A.; Simard, S. & Fournier, T.. (2007). Temporal relationship between dysfunctional beliefs, self-efficacy and panic apprehension in the treatment of panic disorder with agoraphobia. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 38: 275–292. Canada: Science Direct Elsevier Masson. DOI:10.1016/j.jbtep.2006.08.002.
62. Bouvard, M. & Cottraux J.. (2010). Protocoles et échelles d'évaluation en psychologie. 5^{eme} édition. Collection Pratiques en Psychothérapie. Paris : Elsevier Masson.
63. Brown, Timothy A. & Barlow, David H.. (2011). Casebook In Abnormal Psychology. 4 ed. U.S.A : Wadsworth Cengage Learning.
64. Butler, Andrew C. ; Chapman, Jason E. ; Forman, Evan M. & Beck, Aaron T.. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. Clinical Psychology Review 26 : 17– 31. Elsevier. Science Direct. doi:10.1016/j.cpr.2005.07.003.
65. Canceil, O. ; Cottraux, J. et al. (2002). Psychothérapie Trois Approches Evaluées. France : Inserm.
66. Cariou-Rognant, A. ; Chaperon, A. & Duchesne, N.. (2007). L'affirmation de soi par le jeu de rôle. en thérapie comportementale et cognitive. Paris : Dunod.
67. Carréet, P. & Fabien, F.. (2009). Traité de psychologie de la motivation. Paris: Dunod.
68. Centre Interdisciplinaire De Formation À La Psychothérapie Relationnelle. (Septembre 2010). Se Former a La Psychothérapie Relationnelle & Multiréférentielle. www.cifp.fr. courriel : cifpr@cifpr.fr. Paris-Marseille.
69. Chambless, Dianne L.; Caputo, Craig G.; Bright, P. & Gallagher R.. (Dec 1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations

- Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol 52(6). 1090-1097.
70. Cottraux, J.. (1993). Les thérapies Comportementales Et Cognitives. 2 ed. Paris: Masson.
71. Cottraux, J.. (2011). Les Psychothérapies Comportementales Et Cognitives. 5^e Edition. Paris: Elsevier Masson.
72. Cottraux, J. Avec Dattilio, F. ; Mehran, F. ; Page, D. ; Philippot, P. ; Pull, C. ; Pull, Marie-Claire. Salamat, A. ; Toth, R. & Vuille, P.. (2007). Thérapies cognitives et émotions La troisième vague. France: Elsevier Masson.
73. D. Provencher, M. ; Ladouceur, R. & Dugas, Michel J.. (février 2006). La comorbidité dans le trouble d'anxiété généralisée :prévalence et évolution suite à une thérapie cognitivo-comportementale. Canada: Rev Can Psychiatrie. vol 51. n° 2 :91-99.
74. Debray, Q. ; Granger, B. ; Azais, F. et al. (2010). Psychopathologie de l'adulte. 4e édition. France: Elsevier Masson.
75. Dobson Keith S.. (2010). Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies. 3rd edition. New York: The Guilford Press.
76. Dryden W. & Branch R.. (2008). The Fundamentals of Rational Emotive Behaviour Therapy A Training Handbook. 2 ed. England: John Wiley & Sons Ltd.
77. El-Baalbaki, Ghassan. (2008). Les comportements de résolution de problèmes et l'engagement émotionnel excessif chez les couples dans la prédiction de la sévérité du trouble panique avec agoraphobie et de son traitement. thèse de doctorat. Université du Québec à Montréal.
78. Freeman, A.; Felgoise, Stephanie H.; Nezu, Arthur M.; Nezu, Christine M. & Reinecke, Mark A.. (2004). Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy. New York: Springer.
79. Freeman, A. ; Pretzer, J. ; Fleming, B. ; Simon, Karen M.. (2004). Clinical Applications of Cognitive Therapy. 2 ed. New York: Springer Science+Business Media. LLC.
80. Friedman, Edward S. & Thase, Michael E.. (December 2007). Cognitive and Behavioral Therapies. <http://www.researchgate.net/publication/225266557>. Chapter. DOI : 10.1007/978-1-59745-252-6_35. considering : 27 July 2015.
81. Gendron Y.. (2011). Agoraphobie Phobie Social Crise de Panique. trois rivières, Québec : Déploie tes ailes.
82. Girault, N. & Péliolo, A.. (2003). DOSSIER : Les Troubles Anxieux En Médecine Générale : L'approche psychologique des troubles anxieux : information. soutien et psychothérapies. Annales Médico Psychologiques

- 161 : 260-264. Paris : Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS.
DOI : 10.1016/S0003-4487(03)00057-X.
83. Goulet, J. ; Chaloult, L. & Ngo Thanh-Lan. (2013). Guide de pratique pour l'évaluation et le traitement cognitive- comportemental de trouble panique avec ou sans agoraphobie (TPA). Cité de la santé de Laval. Polyclinique médicale Concorde. Hôpital du Sacré – cœur de Montréal.
84. Guelfi, Julien-Daniel & Rouillon, F.. (2012). Manuel de psychiatrie. France: Elsevier Masson.
85. Héту, Jean-Luc. (2000). La relation d'aide : éléments de base et guide de perfectionnement. 3 éd. Paris: gaëtanmorin éditeur.
86. <http://www.ahlalhdeeth.com/vb/showthread.php?t=323394> (consulté en 2014)
87. L'alliance thérapeutique UE 4.2 S3 Le 5 septembre 2012 FC ; <http://www.ifsi-ifas-lorient.fr/download/1346914598.pdf>. (Consulté en 2013)
88. Le Manuel du Resident Psychiatrie. (2009). France: Edition Tsunami.
89. Marchand, A. & Dion, Marie-Hélène. (1998). « Comorbidité du TPA : L'impact de différents niveaux d'anxiété sociale sur l'efficacité d'un traitement cognitivo-comportemental du trouble panique avec agoraphobie ». Santé mentale au Québec. vol. 23. n° 2 : 171-196. DOI : 10.7202/032458ar.
90. Marchand, A. ; Germain, V. ; Reinharz, D. ; Mainguy, N. & Landry, P.. (2004). « Analyse des coûts et de l'efficacité d'une psychothérapie pour le Trouble panique avec agoraphobie versus un traitement combinant la pharmacothérapie et la psychothérapie ». Santé mentale au Québec. vol. 29. n° 2 : 201-220. DOI : 10.7202/010837ar.
91. Marchand, A.; Roberge, P.; Primiano, S.; Germain, V. et Arandomized F.. (2009). controlled clinical trial of standard. group and brief cognitivebehavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: A two-year follow-up. Journal of Anxiety Disorders 23: 1139-1147. Canada: Elsevier. DOI:10.1016/j.janxdis.2009.07.019.
92. Marchand, L.. (Août 2008). Le Trouble Panique Avec Paniques Nocturnes: État des Connaissances et Examen de L'efficacité de Deux Modalités d'une Thérapie Cognitivo-Comportementale. Thèse de doctorat. Université du Québec à Montréal.
93. Matlin, Margaret W.. (2000). La Cognition une Introduction à la Psychologie Cognitive. sous la traduction d'Alain Brossard. 4 éd. De Boeck Université.

94. Michel, H.; William S et al. (2002). Encyclopedia of Psychotherapy. 2 ed. New York: A.P Press.
95. Mirabel-Sarron, C. & Plagnol, A.. (2010). Agoraphobie et espace de représentation. une approche comportementale et cognitive. Annales Médico-Psychologiques 168 : 38-43. Elsevier Masson. DOI:10.1016/j.amp.2009.10.001.
96. Mirabel-Sarron, C. & Vera L.. (1995). L'entretien en thérapie comportementale et cognitive. Préface de Bertrand Samuel-La jeunesse. Paris : Dunod.
97. Montel S.. (2009). Cas clinique Quand passer des examens médicaux fait peur Un cas de claustrophobie avec attaques de panique traité par thérapie cognitivo-comportementale. La Revue de médecine interne 30 : 620–624. France : Science Direct Elsevier Masson. DOI : 10.1016/j.revmed.2008.03.008.
98. Ovide et Philippe Fontaine. (2000). Guide Pratique de thérapie comportementale et cognitive. Paris: édition RETZ.
99. Palazzolo, J.. (2007). Dépression et anxiété Mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge. Cedex : Elsevier-Masson.
100. Palazzolo, J.. (2012). Cas Cliniques en thérapies comportementales et cognitives. 3 éd. Paris: Elsevier Masson.
101. Pervin, J.. (2005). adaptation française de Louise Nadeau et Didier Acier et Dave Miranda. La Personnalité de la théorie à la recherche. Bruxelles: De Boeck université.
102. Poirier-Bisson, J. ; Roberge, P. ; Marchand, A. & Grégoire, R.. (2010). « Les études de coûts-efficacité des traitements pharmacologiques et psychologiques des troubles anxieux : une recension des écrits ». Santé mentale au Québec. vol. 35. n° 1 : 129-152. DOI: 10.7202/044801ar.
103. Porot, A.. (1996). Manuel Alphabétique de la Psychiatrie. 7 éd. Paris: Presse Universitaires De France.
104. Roussin, J.. (Décembre 2011). Psychothérapie Selon L'approche Des Schémas De Young Et Analyse Critique D'un Processus Thérapeutique. thèse de doctorat. Université du Québec à Trois-Rivières.
105. Rusinek, S. ; Graziani, P. ; Servant, D. ; Hautekeete, M. et Deregnacourt, I.. (2004). Thérapie cognitive et schémas cognitifs : un aspect du paradoxe. Revue européenne de psychologie appliquée 54 : 173-177. France: Science Direct. Elsevier Masson. DOI : 10.1016/j.erap.2003.10.001.
106. Sánchez-Meca, J. ; Rosa-Alcázar, Ana I. ; Fulgencio, Marín-Martínez & Gómez-Conesa, A.. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A meta-analysis. Clinical Psychology

- Review 30 :37–50. Éditions Elsevier. Science Direct. doi:10.1016/j.cpr.2009.08.011.
107. Schmitt, L. Avec la collaboration de Sagodi, A. ; Rieu, J. ; Velut, N. & Bui, É.. (2010). Premiers pas en psychothérapie Petit manuel du psychothérapeute. Paris: Elsevier Masson.
108. Scott, J. Michael. (2011) effective-group-cognitive-behaviour-therapy : A Guide For Practitioners. New Yourk: First published. Routledge.
109. Servant, D. (2009). La Relaxation :Nouvelles Approches.Nouvelles Pratiques. Collection Pratiques En Psychothérapie. Paris: Elsevier Masson.
110. Sommet, C.. (sans date). Prise en charge d'un trouble panique par thérapie comportementale et cognitive. sous la direction du Dr Mirabel-Sarron. Mémoire de troisième année AFTCC.
111. Strickland, Bonnie R. ; Krapp, K. ; Jeryan, C. ; McDade Melissa C. & al. (2001). Gale Encyclopedia of Psychology. 2 ed. New Yourk: Gale Group.
112. Tiberghien, G.. (2002). Dictionnaire des Sciences cognitives. Paris: Armand Colin.
113. Wells, A.. (1997). Cognitive Therapy of Anxiety Disorders : A Practice Manual and Conceptual Guide. (UK): John Wiley & Sons. Ltd. [E.R].
114. Wise, James B.. (2002). Social Cognitive Theory : A Framework for Therapeutic Recreation Practice. Therapeutic Recreation Journal. Vol. 36. No. 4. Fourth Quarter.
115. Young, Jeffrey.E.. (2006). La Thérapie de Schémas Approche Cognitive de la Personnalité. sous la traduction de Bernard Pascal. préface de Jean Cottraux. Paris: De Boeck Université.

الملاحق

الملحق رقم (1)

استبيان الأفكار الخوافية (QPP)

تأليف وإعداد:

Champless.D.L.(1984)

ترجمة وتكيف وإعادة الصياغة:

بلغالم مُجَدّ

**Questionnaire sur les Cognitions Agoraphobiques
(Chambless, 1984; traduit par Bouvard et coll., 1998)**

Ce questionnaire regroupe différentes pensées ou idées qui peuvent apparaître lorsque vous êtes nerveux-se ou effrayé-e.

- Encerclez le chiffre sur l'échelle fournie, pour indiquer à quel point ces pensées vous passent par la tête lorsque vous êtes anxieux (se).

- Voici ce que signifie chacun des chiffres de l'échelle:

- 1. cette idée n'apparaît jamais.**
- 2. cette idée apparaît rarement.**
- 3. cette idée apparaît parfois.**
- 4. cette idée apparaît fréquemment.**
- 5. cette idée apparaît toujours.**

Question	Réponse
1. Je vais vomir	1 2 3 4 5
2. Je vais mourir	1 2 3 4 5
3. je dois avoir une tumeur cérébrale.	1 2 3 4 5
4. Je vais avoir une crise cardiaque.	1 2 3 4 5
5. Je vais étouffer, suffoquer, manque d'aire.	1 2 3 4 5
6. je vais avoir l'air fou.	1 2 3 4 5
7. je vais devenir aveugle.	1 2 3 4 5
8. je ne serai pas capable de me contrôler.	1 2 3 4 5
9. je vais blesser quelqu'un.	1 2 3 4 5
10. Je vais m'évanouir	1 2 3 4 5
11. je vais devenir fou - folle.	1 2 3 4 5
12. je vais me mettre à crier.	1 2 3 4 5
13. je vais me mettre à marmonner ou dire n'importe quoi.	1 2 3 4 5
14. je vais être paralysé – e de peur.	1 2 3 4 5
15. autres idées (décrivez-les et évaluez-les)	

B. Référez-vous à la liste précédente et encerclez les chiffre correspondant aux trois idées qui apparaissent le plus souvent lorsque vous êtes nerveux-se ou effrayé.

النسخة الأولى من الترجمة:

استبيان الأفكار الخوافية (QPP) ل: Champless.D.L.(1984)

هذا الاستبيان يحتوي على مجموعة من الأفكار التي قد تفكر بها عندما تكون قلقاً أو مرعوباً، حدد درجة الأفكار التي تدور في رأسك:

أ. قيم درجة ظهور كل فكرة من الأفكار التالية عندما تكون متعصباً أو مرعوباً مستخدماً السلم من

1 إلى 5 واضعاً علامة X في الخانة المناسبة:

والسلم الآتي يوضح ذلك:

1- هذه الفكرة لم تراودني أبداً

2- نادراً

3- أحياناً

4- بشكل متكرر

5- دائماً

5	4	3	2	1	الأسئلة
					1. سوف أتقيء.
					2. سوف أموت.
					3. لدي ورم بالدماغ.
					4. سوف تحدث لي نوبة قلبية.
					5. سوف أختنق.
					6. سأظهر كالمجنون.
					7. سأعمى.
					8. سأصبح غير قادر على التحكم في ذاتي.
					9. سأصيب أحدهم بالأذى.
					10. سوف يغمى عليا.
					11. سأصبح مجنون.

					12. سأبدأ بالصراخ.
					13. سأتمم أو أقول أي شيء.
					14. سوف أشل من الخوف.
					15. أفكار أخرى أكتبها وقيمها.....

ب-1- بالرجوع إلى القائمة السابقة ضع دائرة على رقم الأفكار الثلاثة التي تظهر دائما عندما تكون

متعبا أو مرعوبا

عرض الاستبيان على المحكمين:

استبيان الأفكار الخوافية (QPP) ل: Champless.D.L.(1984)

نرجو من الأساتذة الأكارم أن يقيموا درجة صدق هذا الاختبار بوضع علامة X في المكان المناسب كما يمكن للأساتذة تصحيح أي خطأ:

غير مطابق	نوعا ما مطابق	مطابق	هذا الاستبيان يحتوي على مجموعة من الأفكار التي قد تفكر بها عندما تكون قلقا أو مرعوبا.
			أ. قيم درجة ظهور كل فكرة من الأفكار التالية عندما تكون متعصبا أو مرعوبا مستخدما السلم من 1 إلى 5 واضعاً علامة X في الخانة المناسبة:
			1- هذه الفكرة لم تراودني أبدا 2- نادرا - أحيانا 4- بشكل متكرر 5- دائما
			1. سوف أتقيئ 2. سوف أموت 3. لدي ورم بالدماغ 4. سوف تحدث لي نوبة قلبية 5. سوف أختنق 6. سأظهر كالمجنون 7. سأعمى 8. سأصبح غير قادر على التحكم في ذاتي 9. سأصيب أحدهم بالأذى 10. سوف يغمى عليا 11. سأصبح مجنون 12. سأبدأ بالصراخ 13. سأتمتم أو أقول أي شيء
			1. Je vais vomir 2. Je vais mourir 3. je dois avoir une tumeur cérébrale. 4. Je vais avoir une crise cardiaque. 5. Je vais étouffer, suffoquer, manque d'aire. 6. je vais avoir l'air fou. 7. je vais devenir aveugle. 8. je ne serai pas capable de me contrôler. 9. je vais blesser quelqu'un. 10. Je vais m'évanouir 11. je vais devenir fou - folle. 12. je vais me mettre à crier. 13. je vais me mettre à marmonner ou

dire n'importe quoi.				
14. je vais être paralysé – e de peur.				14. سوف أشل من الخوف
15. autres idées (décrivez-les et évaluez-les)				15. أفكار أخرى أكتبها وقيمها.....
B. Référez-vous à la liste précédente et encerclez les chiffre correspondant aux trois idées qui apparaissent le plus souvent lorsque vous êtes nerveux-se ou effrayé.				ب-1- بالرجوع إلى القائمة السابقة ضع دائرة على رقم الأفكار الثلاثة التي تظهر دائما عندما تكون متعصبا أو مرعوبا.

ملاحظة:

.....

.....

.....

الاستبيان بعد التصحيح:

البيانات الأولية:

التاريخ:

الاسم:

السن:

الجنس:

المستوى الدراسي:

المهنة:

* أذكر التخصص إذا كنت طالب جامعي:

الوضعية العائلية: أعزب (عزباء) متزوج(ة)

أب (أم) لأطفال مطلق(ة)

*ملاحظة: المعلومات التي يحتويها هذا الاستبيان (الاختبار) تستخدم لأغراض البحث العلمي وهي في غاية سرية وفي مأمن، نرجو من المشاركين التمعن في الإجابة عن الأسئلة.

استبيان الأفكار الخوافية (QPP) ل: Champless.D.L.(1984)

هذا الاستبيان يحتوي على مجموعة من الأفكار التي قد تفكر بها عندما تكون قلقا أو مرعوبا.
أ. قيم درجة ظهور كل فكرة من الأفكار التالية عندما تكون متعصبا أو مرعوبا مستخدما السلم من
1 إلى 5 واضعا علامة X في الخانة المناسبة:

1- هذه الفكرة لم تراودني أبدا

2. نادرا

3- أحيانا

4- بشكل متكرر

5- دائما

5	4	3	2	1	الأسئلة
					1. سوف أتقيء.
					2. سوف أموت.
					3. لدي ورم بدماع.
					4. سوف تحدث لي نوبة قلبية.
					5. سوف أختنق.
					6. سأظهر كالمجنون.
					7. سأعمى.
					8. سأصبح غير قادر على التحكم في ذاتي.
					9. سأصيب أحدهم بالأذى.
					10. سوف يغمى عليا.
					11. سأصبح مجنونا.
					12. سأبدأ بالصراخ.
					13. سأتمتم أو أقول أي شيء.

						14. سوف أشل من الخوف.
						15. أفكار أخرى أكتبها وحدد درجتها:
					

ب- بالرجوع إلى القائمة السابقة ضع دائرة على رقم الأفكار الثلاثة التي تظهر دائما عندما تكون متعبا أو مرعوبا.

تدوير البيانات بالبرنامج الإحصائي SPSS

حساب التناسق الداخلي بمعامل الثبات ألفا كرونباخ أول تطبيق

Fiabilité

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	38	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	38	100,0

242

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach basé sur des éléments normalisés	Nombre d'éléments
,764	,768	14

Matrice de corrélation inter-items

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010	VAR00011	VAR00012	VAR00013	VAR00014
VAR00001	1,000	,415	,485	,292	,296	,117	,194	,073	,123	,229	,141	,120	,548	,419
VAR00002	,415	1,000	,569	,770	,558	,383	,195	,046	-,170	,238	,238	-,243	,241	,542
VAR00003	,485	,569	1,000	,265	,257	,368	,340	,146	,053	,089	,204	,085	,240	,305
VAR00004	,292	,770	,265	1,000	,696	,359	,061	-,215	-,524	,342	,153	-,436	,054	,515
VAR00005	,296	,558	,257	,696	1,000	,267	,275	-,061	-,513	,492	,050	-,270	,049	,457
VAR00006	,117	,383	,368	,359	,267	1,000	,405	,401	-,008	,378	,696	-,112	,227	,283
VAR00007	,194	,195	,340	,061	,275	,405	1,000	,105	-,141	,184	-,038	,091	,294	,194
VAR00008	,073	,046	,146	-,215	-,061	,401	,105	1,000	,467	,151	,528	,083	,121	,276
VAR00009	,123	-,170	,053	-,524	-,513	-,008	-,141	,467	1,000	-,348	,339	,282	,305	-,043
VAR00010	,229	,238	,089	,342	,492	,378	,184	,151	-,348	1,000	,215	-,262	,063	,344
VAR00011	,141	,238	,204	,153	,050	,696	-,038	,528	,339	,215	1,000	,135	,375	,192
VAR00012	,120	-,243	,085	-,436	-,270	-,112	,091	,083	,282	-,262	,135	1,000	,419	-,270
VAR00013	,548	,241	,240	,054	,049	,227	,294	,121	,305	,063	,375	,419	1,000	,138
VAR00014	,419	,542	,305	,515	,457	,283	,194	,276	-,043	,344	,192	-,270	,138	1,000

Matrice de covariance inter-items

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010	VAR00011	VAR00012	VAR00013	VAR00014
VAR00001	,905	,608	,351	,446	,392	,162	,230	,081	,135	,284	,162	,095	,162	,554
VAR00002	,608	2,371	,667	1,905	1,193	,855	,375	,084	-,302	,477	,442	-,311	,115	1,159
VAR00003	,351	,667	,580	,324	,272	,407	,323	,131	,047	,088	,188	,054	,057	,323
VAR00004	,446	1,905	,324	2,581	1,554	,838	,122	-,405	-,973	,716	,297	-,581	,027	1,149
VAR00005	,392	1,193	,272	1,554	1,930	,538	,476	-,100	-,824	,891	,084	-,311	,021	,881
VAR00006	,162	,855	,407	,838	,538	2,105	,733	,684	-,013	,716	1,219	-,135	,102	,570
VAR00007	,230	,375	,323	,122	,476	,733	1,551	,154	-,203	,298	-,057	,095	,114	,335
VAR00008	,081	,084	,131	-,405	-,100	,684	,154	1,380	,633	,232	,748	,081	,044	,451
VAR00009	,135	-,302	,047	-,973	-,824	-,013	-,203	,633	1,334	-,523	,472	,270	,110	-,068
VAR00010	,284	,477	,088	,716	,891	,716	,298	,232	-,523	1,699	,339	-,284	,026	,622
VAR00011	,162	,442	,188	,297	,084	1,219	-,057	,748	,472	,339	1,457	,135	,141	,321
VAR00012	,095	-,311	,054	-,581	-,311	-,135	,095	,081	,270	-,284	,135	,689	,108	-,311
VAR00013	,162	,115	,057	,027	,021	,102	,114	,044	,110	,026	,141	,108	,097	,060
VAR00014	,554	1,159	,323	1,149	,881	,570	,335	,451	-,068	,622	,321	-,311	,060	1,930

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Carré de la corrélation multiple	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
VAR00001	29,5526	62,686	,486	,599	,743
VAR00002	27,8684	54,009	,642	,801	,718
VAR00003	29,5789	63,872	,531	,581	,744
VAR00004	27,5526	57,497	,445	,896	,744
VAR00005	27,5000	58,851	,476	,643	,739
VAR00006	29,0000	55,459	,618	,799	,722
VAR00007	29,6053	63,381	,302	,620	,758
VAR00008	28,2105	63,900	,300	,600	,757
VAR00009	29,3158	72,060	-,126	,732	,794
VAR00010	28,2895	61,454	,380	,493	,750
VAR00011	29,1053	60,475	,479	,789	,740
VAR00012	29,5526	72,416	-,155	,506	,785
VAR00013	29,9474	68,646	,422	,624	,760
VAR00014	28,6053	56,894	,577	,542	,728

Coefficient de corrélation intra-classe

	Corrélation intra-classe ^b	Intervalle de confiance à 95%		Test F avec valeur réelle 0			
		Borne inférieure	Limite supérieure	Valeur	ddl1	ddl2	Sig.
Mesures uniques	,188 ^a	,111	,306	4,237	37	481	,000
Mesures moyennes	,764 ^c	,637	,861	4,237	37	481	,000

Modèle à effets mixtes à deux facteurs lorsque les effets sur les personnes sont aléatoires et les effets des mesures sont fixes.

a. L'estimateur est identique, que l'effet d'interaction soit présent ou non.

b. Coefficients de corrélation intra-classe de type C utilisant une définition d'homogénéité (la variance entre mesures est exclue de l'écart d'activité).

c. Cette estimation est calculée en supposant que l'effet d'interaction est inexistant, puisqu'il ne peut pas être estimé autrement.

معامل ألفا كرونباخ التطبيق بعد 21 يوم:

Fiabilité

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

245

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	38	100,0
Observations Exclus ^a	0	,0
Total	38	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach basé sur des éléments normalisés	Nombre d'éléments

,762

,762

14

Matrice de corrélation inter-items

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010	VAR00011	VAR00012	VAR00013	VAR00014
VAR00001	1,000	,415	,396	,292	,296	,117	,194	,073	,123	,229	,154	,120	,548	,419
VAR00002	,415	1,000	,536	,770	,558	,383	,195	,046	-,170	,238	,252	-,243	,241	,542
VAR00003	,396	,536	1,000	,254	,247	,280	,278	,191	,007	,042	,119	,038	,191	,295
VAR00004	,292	,770	,254	1,000	,696	,359	,061	-,215	-,524	,342	,176	-,436	,054	,515
VAR00005	,296	,558	,247	,696	1,000	,267	,275	-,061	-,513	,492	,074	-,270	,049	,457
VAR00006	,117	,383	,280	,359	,267	1,000	,405	,401	-,008	,378	,686	-,112	,227	,283
VAR00007	,194	,195	,278	,061	,275	,405	1,000	,105	-,141	,184	-,046	,091	,294	,194
VAR00008	,073	,046	,191	-,215	-,061	,401	,105	1,000	,467	,151	,516	,083	,121	,276
VAR00009	,123	-,170	,007	-,524	-,513	-,008	-,141	,467	1,000	-,348	,327	,282	,305	-,043
VAR00010	,229	,238	,042	,342	,492	,378	,184	,151	-,348	1,000	,238	-,262	,063	,344
VAR00011	,154	,252	,119	,176	,074	,686	-,046	,516	,327	,238	1,000	,122	,371	,219
VAR00012	,120	-,243	,038	-,436	-,270	-,112	,091	,083	,282	-,262	,122	1,000	,419	-,270
VAR00013	,548	,241	,191	,054	,049	,227	,294	,121	,305	,063	,371	,419	1,000	,138
VAR00014	,419	,542	,295	,515	,457	,283	,194	,276	-,043	,344	,219	-,270	,138	1,000

Matrice de covariance inter-items

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010	VAR00011	VAR00012	VAR00013	VAR00014
VAR00001	,905	,608	,351	,446	,392	,162	,230	,081	,135	,284	,162	,095	,162	,554
VAR00002	,608	2,371	,667	1,905	1,193	,855	,375	,084	-,302	,477	,442	-,311	,115	1,159
VAR00003	,351	,667	,580	,324	,272	,407	,323	,131	,047	,088	,188	,054	,057	,323
VAR00004	,446	1,905	,324	2,581	1,554	,838	,122	-,405	-,973	,716	,297	-,581	,027	1,149
VAR00005	,392	1,193	,272	1,554	1,930	,538	,476	-,100	-,824	,891	,084	-,311	,021	,881
VAR00006	,162	,855	,407	,838	,538	2,105	,733	,684	-,013	,716	1,219	-,135	,102	,570
VAR00007	,230	,375	,323	,122	,476	,733	1,551	,154	-,203	,298	-,057	,095	,114	,335
VAR00008	,081	,084	,131	-,405	-,100	,684	,154	1,380	,633	,232	,748	,081	,044	,451
VAR00009	,135	-,302	,047	-,973	-,824	-,013	-,203	,633	1,334	-,523	,472	,270	,110	-,068
VAR00010	,284	,477	,088	,716	,891	,716	,298	,232	-,523	1,699	,339	-,284	,026	,622
VAR00011	,162	,442	,188	,297	,084	1,219	-,057	,748	,472	,339	1,457	,135	,141	,321
VAR00012	,095	-,311	,054	-,581	-,311	-,135	,095	,081	,270	-,284	,135	,689	,108	-,311
VAR00013	,162	,115	,057	,027	,021	,102	,114	,044	,110	,026	,141	,108	,097	,060
VAR00014	,554	1,159	,323	1,149	,881	,570	,335	,451	-,068	,622	,321	-,311	,060	1,930

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Carré de la corrélation multiple	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
VAR00001	29,6316	62,834	,484	,553	,741
VAR00002	27,9474	53,997	,648	,784	,715
VAR00003	29,6053	64,029	,454	,465	,745
VAR00004	27,6316	57,482	,450	,892	,741
VAR00005	27,5789	58,845	,482	,643	,737
VAR00006	29,0789	55,750	,608	,781	,721
VAR00007	29,6842	63,573	,298	,614	,756
VAR00008	28,2895	63,941	,304	,593	,755
VAR00009	29,3947	72,299	-,132	,739	,792
VAR00010	28,3684	61,590	,379	,506	,748
VAR00011	29,1579	60,569	,485	,778	,738
VAR00012	29,6316	72,617	-,160	,500	,784
VAR00013	30,0263	68,783	,418	,598	,758
VAR00014	28,6842	56,871	,584	,542	,725

Coefficient de corrélation intra-classe

	Corrélation intra-classe ^b	Intervalle de confiance à 95%		Test F avec valeur réelle 0			
		Borne inférieure	Limite supérieure	Valeur	ddl1	ddl2	Sig.
Mesures uniques	,186 ^a	,110	,305	4,209	37	481	,000
Mesures moyennes	,762 ^c	,635	,860	4,209	37	481	,000

Modèle à effets mixtes à deux facteurs lorsque les effets sur les personnes sont aléatoires et les effets des mesures sont fixes.

a. L'estimateur est identique, que l'effet d'interaction soit présent ou non.

b. Coefficients de corrélation intra-classe de type C utilisant une définition d'homogénéité (la variance entre mesures est exclue de l'écart d'activité).

c. Cette estimation est calculée en supposant que l'effet d'interaction est inexistant, puisqu'il ne peut pas être estimé autrement.

حساب الثبات عن طريق التطبيق وإعادة التطبيق
من خلال معامل الارتباط بيرسون ومعامل الفرق T التجريبية:

Test-t

Statistiques pour échantillons appariés

	Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Paire 1	VAR00001	38	7,42117	1,36609
	VAR00002	38	6,88165	1,11635

Corrélations pour échantillons appariés

	N	Corrélation	Sig.
Paire 1 VAR00001 & VAR00002	38	,912	,01

Test échantillons appariés

	Différences appariées					t	ddl	Sig. (bilatérale)
	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence				
				Inférieure	Supérieure			
Paire 1 VAR00001 - VAR00002	-3,26316	2,73796	,44416	-3,16310	-2,36321	-1,147	37	,260

الملحق رقم (2)

مقياس الهلع وخواف الأماكن العمومية

تأليف وإعداد:

B.Bandlow(1995)

ترجمة وتكيف وإعادة الصياغة:

بلغالم محمد

ÉCHELLE DE PANIQUE ET D'AGORAPHOBIE

Questionnaire du client

B. Bandelow (1995)

Ce questionnaire est destiné aux gens souffrant d'attaques de panique et d'agoraphobie. Évaluez la sévérité de vos symptômes durant la dernière semaine.

Les attaques de panique sont définies comme étant l'apparition soudaine de l'anxiété, accompagnée par certains des symptômes suivants:

palpitations ou le martèlement du coeur ou accélération du rythme cardiaque
transpiration

tremblements ou secousses

bouche sèche

difficulté de respirer

sensation d'étouffement

douleur à la poitrine ou inconfort

nausée ou détresse abdominale (par exemple, des hauts le coeur)

chanceler, sentiment de vertige, d'évanouissement ou d'étourdissement

sentiment que les objets sont irréels (comme dans un rêve), ou que son esprit est lointain ou «pas

réellement présent»

peur de perdre le contrôle, «de devenir fou», ou de s'évanouir

peur de mourir

des bouffées de chaleur ou des sueurs froides

engourdissements ou des sensations de picotement

Les attaques de panique se développent brusquement et augmentent en intensité à l'intérieur de 10 minutes

environ.

A.1. A quelle fréquence avez-vous des attaques de panique?

(0) Aucune attaque de panique pendant la semaine dernière.

(1) 1 attaque de panique pendant la semaine dernière.

(2) 2 ou 3 attaques de panique pendant la semaine dernière.

(3) 4-6 attaques de panique pendant la semaine dernière.

(4) plus de 6 attaques de panique pendant la semaine dernière.

A.2. De quelle gravité étaient les attaques de panique pendant la semaine dernière?

(0) Aucune attaque de panique.

(1) Les attaques étaient généralement légères.

- (2) Les attaques étaient généralement modérées.
- (3) Les attaques étaient généralement sévères.
- (4) Les attaques étaient généralement d'une extrême sévérité.

A. 3. Combien de temps durait généralement les attaques?

- (0) Aucune attaque de panique.
- (1) 1 à 10 minutes.
- (2) de 10 à 60 minutes.

(3) de 1 à 2 heures.

(4) 2 heures et plus.

Est-ce que la plupart des attaques étaient attendues (dans des situations de peur) ou inattendues

(spontanées)?

- (0) Pas d'attaque de panique.
- (1) Presque inattendue.
- (2) Plus inattendue qu'attendue.
- (3) Entre les deux (un peu inattendue, un peu attendue).
- (4) Plus attendue qu'inattendue.
- (5) Presque attendue.

B.1. Durant la semaine dernière, avez-vous évité certaines situations parce que vous craigniez

d'avoir une attaque de panique ou un sentiment d'inconfort?

- (0) Aucun évitement (ou: mes attaques ne se produisent que dans certaines situations).
- (1) Rare évitement de situations craintes.
- (2) Évitement occasionnel de situations craintes.
- (3) Évitement fréquent de situations craintes.
- (4) Évitement très fréquent de situations craintes.

B.2. Veuillez cocher les situations que vous évitez ou dans lesquelles vous avez développé des

attaques de panique ou un sentiment d'inconfort quand vous n'êtes pas accompagné(e)?

- 1().Avions
- 2().Métros (p. ex. passage souterrain)
- 3().Autobus, trains
- 4().Bateaux
- 5().Théâtres, cinémas
- 6().Supermarchés
- 7().Files d'attente
- 8().Auditoires, stades
- 9().Soirées ou rassemblements sociaux
- 10().Foules
- 11().Restaurants

- 12().Musées
- 13().Ascenseurs
- 14().Espaces fermés (p. ex. tunnels)
- 15().Salles de classe, amphithéâtres
- 16().Conduire ou être en voiture (p. ex. dans un embouteillage)
- 17().Grandes salles (p. ex. couloirs)
- 18().Promenade dans les rues
- 19().Champs, des grandes ruelles, des cours de maison
- 20().Grandes places
- 21.Traversant les ponts
- 22().Voyages
- 23 () Restant seul à la maison
- D'autres situations :
- 24 ().....
- 25 ().....
- 26 ().....

B.3. Les situations évitées étaient-elles importantes pour vous?

- (0) Aucune importance (ou pas d'agoraphobie).
- (1) Pas très importantes.
- (2) Modérément importantes.
- (3) Très importantes.
- (4) Extrêmement importantes.

C.1. Pendant la semaine dernière, avez-vous souffert d'une crainte d'attaque de panique (anxiété d'anticipation ou <peur d'avoir peur>)?

- (0) Pas d'anxiété d'anticipation.
- (1) Peur occasionnelle d'avoir une attaque de panique.
- (2) Peur quelquefois d'avoir une attaque de panique.
- (3) Peur fréquente d'avoir une attaque de panique.
- (4) Peur d'avoir une attaque de panique tout le temps.

C.2. De quelle ampleur était cette «peur d'avoir peur»?

- (0) Nulle
- (1) Légère
- (2) Modérée
- (3) Marquée
- (4) Extrême

D.1. Pendant la semaine dernière, est-ce que vos attaques de panique ou d'agoraphobie ont

conduit à des restrictions (des altérations) dans vos relations familiales (conjoint, enfants, etc.)?

- (0) Pas d'altération
- (1) Légère altération
- (2) Altération modérée

(3) Altération marquée

(4) Altération extrême

D.2. Pendant la semaine dernière, est-ce que vos attaques de panique ou d'agoraphobie ont

conduit à des restrictions (des altérations) dans votre vie sociale et vos activités de loisirs.

Exemple. Étiez-vous capable d'aller au cinéma ou à une soirée?

(0) Pas d'altération

(1) Légère altération

(2) Altération modérée

(3) Altération marquée

(4) Altération extrême

D.3. Pendant la semaine dernière, est-ce que vos attaques de panique ou d'agoraphobie ont

conduit à des restrictions (des altérations) dans vos responsabilités au travail (ou à la maison)?

(0) Pas d'altération

(1) Légère altération

(2) Altération modérée

(3) Altération marquée

(4) Altération extrême

E.1. Pendant la semaine dernière, avez-vous eu peur de souffrir de vos symptômes d'anxiété (ou

d'avoir une crise cardiaque, ou de perdre connaissance et de vous blesser)?

(0) Ce n'est pas vrai

(1) Ce n'est guère vrai

(2) En partie vrai

(3) Presque vrai

(4) Tout à fait vrai

E.1. Pensez-vous parfois, ou croyez-vous que votre médecin a tort, quand il vous dit que vos

symptômes tels que palpitations, étourdissements, sensations de picotement, difficulté

respiratoire ont une cause psychologique? Pensez-vous, en réalité, qu'une cause somatique

(physique, corporelle) qui n'a pas encore été découverte se cache derrière ces symptômes?

(0) Ce n'est pas du tout vrai (maladie plutôt psychique)

(1) Ce n'est guère vrai

(2) En partie vrai

(3) Presque vrai

(4) Tout à fait vrai (maladie plutôt organique)

النسخة الأولى من الترجمة:

B.Bandlow(1995) مقياس الهلع وخوف الأماكن العمومية

هذا الاستبيان موجه إلى الأشخاص الذين يعانون من نوبة الهلع مع خواف الأماكن العمومية. قم بتقييم شدة أعراضك خلال الأسابيع الأخيرة.

تعرف نوبة الهلع على أنها حالة مفاجئة من القلق وتكون مصحوبة بالأعراض التالية:

- (1) زيادة ضربات ودقات القلب أو تسارعها
 - (2) التعرق
 - (3) الارتجاف أو الارتعاش
 - (4) جفاف الفم
 - (5) صعوبة في التنفس
 - (6) الاحساس بالاختناق
 - (7) آلام في الصدر
 - (8) الشعور بالتقيؤ
 - (9) الشعور بالسقوط او الشعور بالدوار
 - (10) الشعور بأن الأشياء غير حقيقية كالحلم أو أن ما يحدث غير واقعي
 - (11) الخوف من فقدان التحكم بالذات أو أن تصبح مجنون أو أن تفقد الوعي
 - (12) الخوف من الموت
 - (13) ارتفاع درجة الحرارة مع عرق بارد
 - (14) تندر - تنمل أو الشعور بالوخز
- نوبة الهلع تتنامى وتظهر فجأة وترتفع شدتها في حدود 10 دقائق.
- أ.1. خلال الأسابيع الأخيرة كم حدثت لك من نوبة؟

- (0) لم تحدث لي أي نوبة في الأسبوع الأخير ()
- (1) نوبة واحدة في الأسبوع الأخير ()
- (2) 2 إلى 3 نوبات في الأسبوع الأخير ()
- (3) 4 إلى 6 نوبات في الأسبوع الأخير ()
- (4) أكثر من 6 نوبات في الأسبوع الأخير ()

أ.2. ماهي درجة أو شدة النوبة خلال الأسبوع الأخير

(0) لا توجد أي نوبة ()

(1) خفيفة ()

(2) متوسطة ()

(3) شديدة أو قوية ()

(4) شديدة جدا أو قوية جدا ()

أ.3. كم هي المدة التي تستغرقها النوبة؟

(0) لا توجد أي نوبة ()

(1) من 1 إلى 10 دقائق ()

(2) من 10 إلى 60 دقيقة ()

(3) من 1- ساعة واحدة إلى ساعتين ()

(4) 2- ساعتان فأكثر ()

أ.3. هل جميع النوبات كنت تتوقع حدوثها (حدثت في مواقف تخيفك) أو غير متوقعة (عفوية)

(0) لا توجد نوبة هلع ()

(1) تقريبا غير متوقع ()

(2) غير متوقع أكثر منها متوقعا ()

(3) متوقع أكثر منه غير متوقع ()

(4) تقريبا متوقع ()

ب.1. خلال الأسبوع الأخير، هل تجنبت بعض المواقف خوفا من وقوع نوبة أخرى أو الشعور بالقلق وعدم الارتياح؟

(0) لا يوجد أي تجنب ()

(1) قليلا ما أتجنب المواقف المخيفة ()

(2) تجنب بالصدفة للمواقف المخيفة ()

(3) تجنب متكرر للمواقف المخيفة ()

(4) تجنب جد متكرر للمواقف المخيفة ()

ب.2. ضع علامة X في الموقف الذي تتجنبه منذ بدء نوبة الهلع أو الاحساس بعدم الراحة والانزعاج خاصة عندما تكون بمفردك وبدون أي مرافق؟

1. () الطائرة

2. () المترو (ممر أرضي)

3. () الحافلة، القطار

4. () الباخرة، السفينة

5. () المسرح، السينما

6. () سوبر ماركت، السوق

7. () في سلسلة الانتظار (طابور الانتظار)

8. () ملعب أو قاعة مغلقة

9. () سهر، (عرس) أو تجمع

10 () الجماهير أو الحشود

11. () مطعم

12. () متحف

13. () المصعد
14. () مجال مغلق (نفق)
15. () قسم، مدرج
16. () قيادة سيارة أو الركوب فيها
17. () قاعة كبيرة أو مسلك
18. () التجول في الشوارع
19. () الحقول، الأزقة الواسعة، ساحات المنازل
20. () الساحات الكبرى
21. () المرور على القناطر أو الجسور
22. () السفر
23. () البقاء بمفردك في المنزل
وضيعات أخرى أذكرها:
- 24.
- 25.
- 26.

ب.3. هل تجنب هذه المواقف مهم بالنسبة لك؟

- (0) ليست لديها أي أهمية أو لا يوجد لدي خوف ()
- (1) ليست لديها أهمية كبرى ()
- (2) لديها أهمية متوسطة ()
- (3) جد مهمة ()
- (4) ذات أهمية قصوة ()

ج.1. خلال الأسبوع الأخير هل خشيت حدوث نوبة هلع (قلق مسبق أو الخوف من حدوث الخوف)؟

(0) لا يوجد قلق مسبق ()

(1) خوف بالصدفة من وقوع نوبة هلع ()

(2) أحيانا أخاف من وقوع نوبة الهلع ()

(3) خوف متكرر من وقوع نوبة هلع ()

(4) الخوف من وقوع نوبة هلع معظم الوقت ()

ج.2. ما مدى خوفك من أن تخاف؟

(0) لا يوجد ()

(1) خفيف ()

(2) متوسط ()

(3) قوي (شديد أو ملحوظ) ()

(4) شديد القوة أو قوي جدا ()

د.1. في الأسبوع الأخير هل نوبات الهلع لديك أو خوفك من أحد الأماكن العمومية سبب لك مشكلا أو عائقا في علاقتك مع العائلة (الزوجة، الأطفال... إلخ)؟

(0) لا توجد أي مشكلة أو صعوبة ()

(1) مشاكل أو مشكلة بسيطة ()

(2) مشاكل متوسطة ()

(3) مشاكل ملحوظة ()

(4) مشاكل كثيرة وخطيرة ()

د.2. في الأسبوع الأخير هل نوبات الهلع لديك أو خوفك من أحد الأماكن العمومية سبب لك مشكلا أو عائقا أو صعوبة في أداء واجباتك المهنية والأسرية؟

(0) لا توجد أي مشكلة أو صعوبة ()

(1) مشاكل أو مشكلة بسيطة ()

(2) مشاكل متوسطة ()

(3) مشاكل ملحوظة ()

(4) مشاكل كثيرة وخطيرة ()

هـ.1. في الأسبوع الأخير، هل شعرت بالخوف أو المعاناة من أعراض القلق أو من حدوث نوبة قلبية أو فقدان التحكم أو الإغماء أو الإصابة بجروح؟

(0) هذه ليست حقيقة ()

(1) معظمها ليست بحقيقة ()

(2) جزء منها حقيقة ()

(3) معظمها حقيقة ()

(4) هذه حقيقة مطلقة ()

هـ.2. هل تفكر أحيانا أن طبيبك خاطئ في تشخيصه لأعراضك كزيادة ضربات القلب وزيادة

التنفس بأنها ذات سبب نفسي؟

(0) هذه ليست حقيقة (بل بالعكس مرض نفسي) ()

(1) معظمها ليست بحقيقة ()

(2) جزء منها حقيقة ()

(3) معظمها حقيقة ()

(4) هذه حقيقة مطلقة بل بالعكس هو مرض جسدي ()

عرض الاستبيان على المحكمين:

مقياس الهلع وخوف الأماكن العمومية ل B.Bandlow(1995)

هذا الاستبيان يكشف عن شدة نوبة الهلع وخوف الأماكن العمومية أو المفتوحة، تم ترجمة مقياس الهلع وخوف الأماكن العمومية ل: B.Bandlow(1995) من طرف الباحث، فنرجو من الأساتذة الأكارم أن يقيموا درجة صدق هذا الاختبار بوضع علامة X في المكان المناسب كما يمكن للأساتذة تصحيح أي خطأ:

غير مطابق	نوعا ما مطابق	مطابق	هذا الاستبيان موجه إلى الأشخاص الذين يعانون من نوبة الهلع مع خوف الأماكن العمومية. قم بتقييم شدة أعراضك خلال الأسابيع الأخيرة.
Ce questionnaire est destiné aux gens souffrant d'attaques de panique et d'agoraphobie. Évaluez la sévérité de vos symptômes durant la dernière semaine.			تعرف نوبة الهلع على أنها حالة مفاجئة من القلق وتكون مصحوبة بالأعراض التالية:
Les attaques de panique sont définies comme étant l'apparition soudaine de l'anxiété, accompagnée par certains des symptômes suivants:			(1) زيادة ضربات ودقات القلب أو تسارعها
palpitations ou le martèlement du cœur ou accélération du rythme cardiaque			(2) التعرق
transpiration			(3) الارتجاف أو الارتعاش
tremblements ou secousses			(4) جفاف الفم
bouche sèche			(5) صعوبة في التنفس
difficulté de respirer			(6) الاحساس بالاختناق
sensation d'étouffement			(7) آلام في الصدر
douleur à la poitrine ou inconfort			(8) الشعور بالتقيؤ
nausée ou détresse abdominale (par exemple, des hauts le cœur)			(9) الشعور بالسقوط او الشعور بالدوار
chanceler, sentiment de vertige, d'évanouissement ou d'étourdissement			(10) الشعور بأن الأشياء غير حقيقية كالحلم أو أن ما يحدث غير
sentiment que les objets sont irréels (comme dans un rêve), ou que son esprit			

est lointain ou «pas réellement présent»				واقعي
peur de perdre le contrôle, «de devenir fou», ou de s'évanouir				- (11) الخوف من فقدان التحكم بالذات أو أن تصبح مجنون أو أن تفقد الوعي
peur de mourir				- (12) الخوف من الموت
des bouffées de chaleur ou des sueurs froides				- (13) ارتفاع درجة الحرارة مع عرق بارد
engourdissements ou des sensations de picotement				- (14) تحدر - تنمل أو الشعور بالوخز
Les attaques de panique se développent brusquement et augmentent en intensité à l'intérieur de 10 minutes environ.				نوبة الهلع تتنامى وتظهر فجأة وترتفع شدتها في حدود 10 دقائق.
A.1. A quelle fréquence avez-vous des attaques de panique?				أ.1. خلال الأسابيع الأخيرة كم حدثت لك من نوبة؟
(0) Aucune attaque de panique pendant la semaine dernière.				(0) لم تحدث لي أي نوبة في الأسبوع الأخير ()
(1) 1 attaque de panique pendant la semaine dernière.				(1) نوبة واحدة في الأسبوع الأخير ()
(2) 2 ou 3 attaques de panique pendant la semaine dernière.				(2) 2 إلى 3 نوبات في الأسبوع الأخير ()
(3) 4-6 attaques de panique pendant la semaine dernière.				(3) 4 إلى 6 نوبات في الأسبوع الأخير ()
(4) plus de 6 attaques de panique pendant la semaine dernière.				(4) أكثر من 6 نوبات في الأسبوع الأخير ()
A.2. De quelle gravité étaient les attaques de panique pendant la semaine dernière?				أ.2. ماهي درجة أو شدة النوبة خلال الأسبوع الأخير
(0) Aucune attaque de panique.				(0) لا توجد أي نوبة ()
(1) Les attaques étaient généralement				(1) خفيفة ()

légères.				
(2) Les attaques étaient généralement modérées.				(2) متوسطة ()
(3) Les attaques étaient généralement sévères.				(3) شديدة أو قوية ()
(4) Les attaques étaient généralement d'une extrême sévérité.				(4) شديدة جدا أو قوية جدا ()
A. 3. Combien de temps durait généralement les attaques?				أ.3. كم هي المدة التي تستغرقها النوبة؟
(0) Aucune attaque de panique.				(0) لا توجد أي نوبة ()
(1) 1 à 10 minutes.				(1) من 1 إلى 10 دقائق ()
(2) de 10 à 60 minutes.				(2) من 10 إلى 60 دقيقة ()
(3) de 1 à 2 heures.				(3) من 1- ساعة واحدة إلى ساعتين ()
(4) 2 heures et plus.				(4) -2- ساعتان فأكثر ()
Est-ce que la plupart des attaques étaient attendues (dans des situations de peur) ou inattendues (spontanées)?				أ.3. هل جميع النوبات كنت تتوقع حدوثها (حدثت في مواقف تخيفك) أو غير متوقعة (عفوية)
(0) Pas d'attaque de panique.				(0) لا توجد نوبة هلع ()
(1) Presque inattendue.				(1) تقريبا غير متوقع ()
(2) Plus inattendue qu'attendue.				(2) غير متوقع أكثر منها متوقعا ()
(3) Plus attendue qu'inattendue.				(3) متوقع أكثر منه غير متوقع ()
(4) Presque attendue.				(4) تقريبا متوقع ()
B.1. Durant la semaine dernière, avez-vous évité certaines situations parce que vous craigniez d'avoir une attaque de panique ou un sentiment d'inconfort?				ب.1. خلال الأسبوع الأخير، هل تجنبت بعض المواقف خوفا من وقوع نوبة أخرى أو الشعور بالقلق وعدم الارتياح؟
(0) Aucun évitement				(0) لا يوجد أي تجنب ()
(1) Rare évitement de situations				(1) قليلا ما أتجنب المواقف المخيفة ()

craintes.				
(2) Évitement occasionnel de situations craintes.				(2) تجنب بالصدفة للمواقف المخيفة ()
(3) Évitement fréquent de situations craintes.				(3) تجنب متكرر للمواقف المخيفة ()
(4) Évitement très fréquent de situations craintes.				(4) تجنب جد متكرر للمواقف المخيفة ()
B.2. Veuillez cocher les situations que vous évitez ou dans lesquelles vous avez développé des attaques de panique ou un sentiment d'inconfort quand vous n'iétiez pas accompagné(e)?				ب.2. ضع علامة X في الموقف الذي تتجنبه منذ بدء نوبة الهلع أو الاحساس بعدم الراحة والانزعاج خاصة عندما تكون بمفردك وبدون أي مرافق؟
01() Avions				1. () الطائرة
02() Métros (p. ex. passage souterrain)				2. () المترو (ممر أرضي)
03() Autobus, trains				3. () الحافلة، القطار
04() Bateaux				4. () الباخرة، السفينة
05() Théâtres, cinémas				5. () المسرح، السينما
06() Supermarchés				6. () سوبر ماركت، السوق
07() Files d'attente				7. () في سلسلة الانتظار (طابور الانتظار)
08() Auditorios, stades				8. () ملعب أو قاعة مغلقة
09() Soirées ou rassemblements sociaux				9. () سهر، (عرس) أو تجمع
10() Foules				10 () الجماهير أو الحشود
11() Restaurants				11. () مطعم
12() Musées				12. () متحف
13() Ascenseurs				13. () المصعد
14() Espaces fermés (p. ex. tunnels)				14. () مجال مغلق (نفق)
15() Salles de classe, amphithéâtres				15. () قسم، مدرج
16() Conduire ou être en voiture				16. () قيادة سيارة أو الركوب فيها

17() Grandes salles (p. ex. couloirs)				17. () قاعة كبيرة أو مسلك
18() Promenade dans les rues				18. () التجول في الشوارع
19() Champs, des grandes ruelles, des cours de maison				19. () الحقول، الأزقة الواسعة، ساحات المنازل
20() Grandes places				20. () الساحات الكبرى
21() Traversant les ponts				21. () المرور على القناطر أو الجسور
22() Voyages				22. () السفر
23() Restant seul à la maison				23. () البقاء بمفردك في المنزل
D'autres situations :				وضعية أخرى أذكرها:
24.				.24
25.				.25
26.				.26
B.3. Les situations évitées étaient-elles importantes pour vous?				ب.3. هل تجنب هذه المواقف مهم بالنسبة لك؟
(0) Aucune importance (ou pas d'agoraphobie).				(0) ليست لديها أي أهمية أو لا يوجد لدي خوف ()
(1) Pas très importantes.				(1) ليست لديها أهمية كبرى ()
(2) Modérément importantes.				(2) لديها أهمية متوسطة ()
(3) Très importantes.				(3) جد مهمة ()
(4) Extrêmement importantes.				(4) ذات أهمية قصوى ()
C.1. Pendant la semaine dernière, avez-vous souffert d'une crainte d'attaque de panique (anxiété d'anticipation ou «peur d'avoir peur»)?				ج.1. خلال الأسبوع الأخير هل خشيت حدوث نوبة هلع (قلق مسبق أو الخوف من حدوث الخوف)؟
(0) Pas d'anxiété d'anticipation.				(0) لا يوجد قلق مسبق ()
(1) Peur occasionnelle d'avoir une attaque de panique.				(1) خوف بالصدفة من وقوع نوبة هلع ()
(2) Peur quelquefois d'avoir une attaque de panique.				(2) أحيانا أخاف من وقوع نوبة الهلع ()

(3) Peur fréquente d'avoir une attaque de panique.				(3) خوف متكرر من وقوع نوبة هلع ()
(4) Peur d'avoir une attaque de panique tout le temps.				(4) الخوف من وقوع نوبة هلع معظم الوقت ()
C.2. De quelle ampleur était cette «peur d'avoir peur»?				ج.2. ما مدى خوفك من أن تخاف؟
(0) Nulle				(0) لا يوجد ()
(1) Légère				(1) خفيف ()
(2) Modérée				(2) متوسط ()
(3) Marquée				(3) قوي (شديد أو ملحوظ) ()
(4) Extrême				(4) شديد القوة أو قوي جدا ()
D.1. Pendant la semaine dernière, est-ce que vos attaques de panique ou d'agoraphobie ont conduit à des restrictions (des altérations) dans vos relations familiales (conjoint, enfants, etc.)?				د.1. في الأسبوع الأخير هل نوبات الهلع لديك أو خوفك من أحد الأماكن العمومية سبب لك مشكلا أو عائقا في علاقتك مع العائلة (الزوجة، الأطفال... إلخ)؟
(0) Pas d'altération				(0) لا توجد أي مشكلة أو صعوبة ()
(1) Légère altération				(1) مشاكل أو مشكلة بسيطة ()
(2) Altération modérée				(2) مشاكل متوسطة ()
(3) Altération marquée				(3) مشاكل ملحوظة ()
(4) Altération extrême				(4) مشاكل كثيرة وخطيرة ()
D.2. Pendant la semaine dernière, est-ce que vos attaques de panique ou d'agoraphobie ont conduit à des restrictions (des altérations) dans vos responsabilités au travail (ou à la maison)?				د.2. في الأسبوع الأخير هل نوبات الهلع لديك أو خوفك من أحد الأماكن العمومية سبب لك مشكلا أو عائقا أو صعوبة في أداء واجباتك المهنية والأسرية؟

(0) Pas d'altération				(0) لا توجد أي مشكلة أو صعوبة ()
(1) Légère altération				(1) مشاكل أو مشكلة بسيطة ()
(2) Altération modérée				(2) مشاكل متوسطة ()
(3) Altération marquée				(3) مشاكل ملحوظة ()
(4) Altération extrême				(4) مشاكل كثيرة وخطيرة ()
E.I. Pendant la semaine dernière, avez-vous eu peur de souffrir de vos symptômes d'anxiété (ou d'avoir une crise cardiaque, ou de perdre connaissance et de vous blesser)?				هـ.1. في الأسبوع الأخير، هل شعرت بالخوف أو المعاناة من أعراض القلق أو من حدوث نوبة قلبية أو فقدان التحكم أو الإغماء أو الإصابة بجروح؟
(0) Ce n'est pas vrai				(0) هذه ليست حقيقة ()
(1) Ce n'est guère vrai				(1) معظمها ليست بحقيقة ()
(2) En partie vrai				(2) جزء منها حقيقة ()
(3) Presque vrai				(3) معظمها حقيقة ()
(4) Tout à fait vrai				(4) هذه حقيقة مطلقة ()
E.I. Pensez-vous parfois, ou croyez-vous que votre médecin a tort, quand il vous dit que vos symptômes tels que palpitations, étourdissements, sensations de picotement, difficulté respiratoire ont une cause psychologique ?				هـ.2. هل تفكر أحيانا أن طبيبك خاطئ في تشخيصه لأعراضك كزيادة ضربات القلب وزيادة التنفس بأنها ذات سبب نفسي؟
(0) Ce n'est pas du tout vrai (maladie plutôt psychique)				(0) هذه ليست حقيقة (بل بالعكس مرض نفسي) ()
(1) Ce n'est guère vrai				(1) معظمها ليست بحقيقة ()
(2) En partie vrai				(2) جزء منها حقيقة ()
(3) Presque vrai				(3) معظمها حقيقة ()
(4) Tout à fait vrai (maladie plutôt organique)				(4) هذه حقيقة مطلقة بل بالعكس هو مرض جسدي ()

الاستبيان بعد التصحيح:

البيانات الأولية:

التاريخ:

الاسم:

السن:

الجنس:

المستوى الدراسي:

المهنة:

* أذكر التخصص إذا كنت طالب جامعي:

الوضعية العائلية: أعزب (عزباء) متزوج(ة)

أب (أم) لأطفال مطلق(ة)

* ملاحظة: المعلومات التي يحتويها هذا الاستبيان (الاختبار) تستخدم لأغراض البحث العلمي وهي في غاية سرية وفي مأمن، نرجو من المشاركين التمعن في الإجابة عن الأسئلة.

استبيان نوبة الهلع (الرعب) وخواف الأماكن العمومية:

هذا الاستبيان موجه إلى الأشخاص الذين يعانون من نوبة الهلع (الرعب) مع خواف الأماكن العمومية. قم بتقييم شدة أعراضك خلال الأسابيع الأخيرة.

تعرف نوبة الهلع (الرعب) على أنها حالة مفاجئة من القلق والخوف وتكون مصحوبة بالأعراض

التالية: ضع علامة X في الخانة المناسبة:

- () زيادة ضربات ودقات القلب
- () الارتجاف والارتعاش
- () جفاف الفم
- () صعوبة في التنفس
- () الاحساس بالاختناق
- () آلام في الصدر
- () الشعور بالتقيؤ
- () الشعور بالدوار
- () الشعور بأن ما يحدث غير حقيقي
- () الخوف من فقدان التحكم بالذات
- () ارتفاع درجة الحرارة
- () تخدر الأطراف وتنملها

نوبة الهلع (الرعب) تتنامى وتظهر فجأة وترتفع شدتها في حدود 10 دقائق.

أ.1. خلال الأسابيع الأخيرة كم حدث لك من نوبة؟

- (0) لم تحدث لي أي نوبة في الأسبوع الأخير () (1) نوبة واحدة في الأسبوع الأخير ()
- (2) 2 إلى 3 نوبات في الأسبوع الأخير () (3) 4 إلى 6 نوبات في الأسبوع الأخير ()
- ()

(4) أكثر من 6 نوبات في الأسبوع الأخير ()

أ.2. ماهي درجة أو شدة النوبة خلال الأسبوع الأخير

(0) لا توجد أي نوبة ()

(1) خفيفة () (2) متوسطة ()

(3) قوية () (4) قوية جدا ()

أ.3. كم بقيت مدة النوبة؟

(0) لا توجد أي نوبة () (1) من 1 إلى 10 دقائق ()

(2) من 10 إلى 30 دقيقة () (3) من 30 دقيقة إلى -1 ساعة ()

(4) ساعة فأكثر ()

أ.3. هل جميع النوبات كنت تتوقع حدوثها (حدثت في مواقف تخيفك) أو غير متوقعة (عفوية)؟

(0) لا توجد نوبة هلع () (1) تقريبا غير متوقع ()

(2) غير متوقع أكثر منها متوقعا () (3) متوقع أكثر منه غير متوقع ()

(4) تقريبا متوقع ()

ب.1. خلال الأسبوع الأخير، هل تجنبت بعض المواقف خوفا من وقوع نوبة أخرى أو الشعور

بالقلق وعدم الارتياح؟

(0) لا يوجد أي تجنب ()

(1) قليلا ما أتجنب المواقف المخيفة والمقلقة () (2) أجنب بالصدفة للمواقف المخيفة

والمقلقة ()

(3) تجنب متكرر للمواقف المخيفة والمقلقة () (4) تجنب جد متكرر للمواقف المخيفة

والمقلقة ()

ب.2. ضع علامة X في الموقف الذي تتجنبه منذ بدء نوبة الهلع أو الاحساس بعدم الراحة

والانزعاج خاصة عندما تكون بمفردك وبدون أي مرافق؟

1. () الطائرة 2. () مترو 3. () الحافلة

4. () القطار 5. () الباخرة 6. ()

المسرح

7. () السوق
8. () في سلسلة الانتظار
9. () ملعب، قاعة مغلقة
10. () سهر، (عرس)، تجمع
11. () الجماهير
12. () مطعم
13. ()
- متحف
14. () المصعد
15. () مجال مغلق (نفق، ممر أرضي)
16. () قسم، مدرج
17. () قيادة سيارة، الركوب فيها
18. () قاعة كبيرة أو مسلك
19. () التجول في الشوارع
20. () الحقول، الأزقة الواسعة، ساحات المنازل
21. () الساحات الكبرى
22. () المرور على القناطر، الجسور
23. () السفر
24. () البقاء بمفردك في المنزل
- وضعيات أخرى أذكرها:
25.
26.
27.

ب.3. هل تجنب هذه المواقف مهم بالنسبة لك؟

(0) ليست لديها أي أهمية أو لا يوجد لدي خوف ()

(1) ليست لديها أهمية ()

(2) نوعا ما مهمة ()

(3) مهمة ()

(4) مهمة جدا ()

ج.1. خلال الأسبوع الأخير هل خشيت حدوث نوبة هلع (الخوف من بشعور بالرعب)؟

(0) لا يوجد خوف ()

(1) خوف بالصدفة من وقوع نوبة هلع ()

(2) أحيانا أخاف من وقوع نوبة الهلع ()

(3) خوف متكرر من وقوع نوبة هلع () (4) الخوف من وقوع نوبة هلع معظم الوقت ()

ج.2. ما مدى خوفك من أن تشعر بالرعب؟

(0) لا يوجد () (1) خفيف ()

(2) متوسط () (3) قوي ()

(4) قوي جدا ()

د.1. في الأسبوع الأخير هل نوبات الهلع لديك أو خوفك من أحد الأماكن العمومية سبب لك

مشكلا أو عائقا في علاقتك مع العائلة (الزوجة، الأطفال... إلخ)؟

(0) لا توجد أي مشكلة أو صعوبة () (1) مشاكل بسيطة ()

(2) مشاكل متوسطة () (3) مشاكل ظاهرة ()

(4) مشاكل كثيرة وخطيرة ()

د.2. في الأسبوع الأخير هل نوبات الهلع لديك أو خوفك من أحد الأماكن العمومية سبب لك

مشكلا أو عائقا أو صعوبة في أداء واجباتك المهنية والأسرية؟

(0) لا توجد أي مشكلة أو صعوبة () (1) مشاكل بسيطة ()

(2) مشاكل متوسطة () (3) مشاكل ظاهرة ()

(4) مشاكل كثيرة وخطيرة ()

هـ.1. في الأسبوع الأخير، هل شعرت بالخوف أو المعاناة من أعراض القلق أو من حدوث نوبة قلبية

أو فقدان التحكم أو الإغماء أو الإصابة بجروح؟

(0) هذه ليست حقيقة () (1) معظمها ليست بحقيقة ()

(2) جزء منها حقيقة () (3) معظمها حقيقة ()

(4) هذه حقيقة مطلقة ()

هـ.2. هل تفكر أحيانا أن طبيبك خاطئ في تشخيصه لأعراضك كزيادة ضربات القلب وزيادة

التنفس بأنها ذات سبب نفسي؟

(0) هذه ليست حقيقة () (1) معظمها ليست بحقيقة ()

(2) جزء منها حقيقة () (3) معظمها حقيقة ()

(4) هذه حقيقة مطلقة بل بالعكس هو مرض جسدي ()

تدوير البيانات بالبرنامج الإحصائي SPSS

حساب التناسق الداخلي بمعامل الثبات ألفا كرونباخ أول تطبيق

Fiabilité

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	38	100,0
Observations Exclus ^a	0	,0
Total	38	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach basé sur des éléments normalisés	Nombre d'éléments
,895	,926	14

Matrice de corrélation inter-items

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010	VAR00011	VAR00012	VAR00013	VAR00014
VAR00001	1,000	,518	,642	,435	,100	,350	,075	,350	,479	,532	,398	,435	,570	,609
VAR00002	,518	1,000	,667	,510	,526	,568	,207	,394	,478	,609	,460	,621	,603	,633
VAR00003	,642	,667	1,000	,692	,438	,615	,297	,503	,482	,775	,587	,602	,788	,673
VAR00004	,435	,510	,692	1,000	,464	,332	,156	,441	,512	,701	,623	,576	,757	,610
VAR00005	,100	,526	,438	,464	1,000	,595	,273	,524	,263	,596	,285	,468	,606	,245
VAR00006	,350	,568	,615	,332	,595	1,000	,219	,416	,418	,597	,336	,539	,673	,381
VAR00007	,075	,207	,297	,156	,273	,219	1,000	,148	,234	,282	,060	,241	,167	-,019
VAR00008	,350	,394	,503	,441	,524	,416	,148	1,000	,173	,498	,225	,370	,493	,381
VAR00009	,479	,478	,482	,512	,263	,418	,234	,173	1,000	,601	,563	,490	,470	,513
VAR00010	,532	,609	,775	,701	,596	,597	,282	,498	,601	1,000	,572	,666	,704	,592
VAR00011	,398	,460	,587	,623	,285	,336	,060	,225	,563	,572	1,000	,703	,646	,514
VAR00012	,435	,621	,602	,576	,468	,539	,241	,370	,490	,666	,703	1,000	,688	,416
VAR00013	,570	,603	,788	,757	,606	,673	,167	,493	,470	,704	,646	,688	1,000	,627
VAR00014	,609	,633	,673	,610	,245	,381	-,019	,381	,513	,592	,514	,416	,627	1,000

Matrice de covariance inter-items

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010	VAR00011	VAR00012	VAR00013	VAR00014
VAR00001	2,808	,626	1,138	,465	,165	,744	,266	,518	,735	,929	,609	,728	,982	1,027
VAR00002	,626	,521	,509	,235	,374	,519	,317	,250	,316	,458	,303	,448	,447	,459
VAR00003	1,138	,509	1,119	,467	,457	,824	,666	,469	,467	,855	,567	,637	,856	,716
VAR00004	,465	,235	,467	,408	,292	,269	,211	,248	,299	,467	,363	,368	,496	,392
VAR00005	,165	,374	,457	,292	,970	,743	,572	,455	,238	,612	,256	,461	,613	,243
VAR00006	,744	,519	,824	,269	,743	1,605	,589	,465	,485	,788	,388	,683	,876	,486
VAR00007	,266	,317	,666	,211	,572	,589	4,507	,277	,454	,623	,116	,511	,364	-,041
VAR00008	,518	,250	,469	,248	,455	,465	,277	,777	,140	,458	,181	,326	,447	,338
VAR00009	,735	,316	,467	,299	,238	,485	,454	,140	,840	,575	,472	,449	,442	,473
VAR00010	,929	,458	,855	,467	,612	,788	,623	,458	,575	1,087	,545	,694	,754	,622
VAR00011	,609	,303	,567	,363	,256	,388	,116	,181	,472	,545	,834	,642	,606	,473
VAR00012	,728	,448	,637	,368	,461	,683	,511	,326	,449	,694	,642	,999	,707	,419
VAR00013	,982	,447	,856	,496	,613	,876	,364	,447	,442	,754	,606	,707	1,055	,649
VAR00014	1,027	,459	,716	,392	,243	,486	-,041	,338	,473	,622	,473	,419	,649	1,014

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Carré de la corrélation multiple	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
VAR00001	32,7368	89,118	,565	,655	,892
VAR00002	38,1053	98,745	,734	,703	,886
VAR00003	37,1316	91,415	,853	,829	,877
VAR00004	38,0789	100,237	,715	,767	,887
VAR00005	37,6316	97,861	,562	,739	,889
VAR00006	37,4211	92,467	,645	,718	,885
VAR00007	33,7632	95,429	,238	,300	,924
VAR00008	36,6053	99,867	,519	,445	,891
VAR00009	37,0789	97,858	,612	,593	,887
VAR00010	37,0000	91,946	,838	,796	,878
VAR00011	37,9211	97,913	,611	,692	,887
VAR00012	37,7105	94,644	,727	,721	,883
VAR00013	37,5263	92,256	,835	,877	,878
VAR00014	37,1842	96,262	,633	,690	,886

Coefficient de corrélation intra-classe

	Corrélation intra-classe ^b	Intervalle de confiance à 95%		Test F avec valeur réelle 0			
		Borne inférieure	Limite supérieure	Valeur	ddl1	ddl2	Sig.
Mesures uniques	,379 ^a	,271	,520	9,527	37	481	,000
Mesures moyennes	,895 ^c	,839	,938	9,527	37	481	,000

Modèle à effets mixtes à deux facteurs lorsque les effets sur les personnes sont aléatoires et les effets des mesures sont fixes.

a. L'estimateur est identique, que l'effet d'interaction soit présent ou non.

b. Coefficients de corrélation intra-classe de type C utilisant une définition d'homogénéité (la variance entre mesures est exclue de l'écart d'activité).

c. Cette estimation est calculée en supposant que l'effet d'interaction est inexistant, puisqu'il ne peut pas être estimé autrement.

معامل ألفا كرونباخ التطبيق بعد 21 يوم:

Fiabilité

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	38	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	38	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach basé sur des éléments normalisés	Nombre d'éléments
,914	,942	14

Matrice de corrélation inter-items

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010	VAR00011	VAR00012	VAR00013	VAR00014
VAR00001	1,000	,614	,658	,547	,343	,648	,061	,366	,493	,563	,487	,530	,616	,613
VAR00002	,614	1,000	,709	,824	,526	,725	-,062	,491	,584	,553	,509	,669	,540	,732
VAR00003	,658	,709	1,000	,676	,612	,815	,215	,685	,564	,730	,604	,697	,784	,706
VAR00004	,547	,824	,676	1,000	,535	,720	,063	,543	,641	,667	,541	,699	,609	,730
VAR00005	,343	,526	,612	,535	1,000	,554	,131	,454	,455	,672	,369	,616	,616	,543
VAR00006	,648	,725	,815	,720	,554	1,000	,060	,702	,593	,733	,528	,742	,772	,743
VAR00007	,061	-,062	,215	,063	,131	,060	1,000	,176	,252	,165	-,007	,176	,218	-,037
VAR00008	,366	,491	,685	,543	,454	,702	,176	1,000	,355	,551	,387	,597	,559	,596
VAR00009	,493	,584	,564	,641	,455	,593	,252	,355	1,000	,659	,562	,596	,628	,641
VAR00010	,563	,553	,730	,667	,672	,733	,165	,551	,659	1,000	,489	,659	,746	,615
VAR00011	,487	,509	,604	,541	,369	,528	-,007	,387	,562	,489	1,000	,620	,650	,594
VAR00012	,530	,669	,697	,699	,616	,742	,176	,597	,596	,659	,620	1,000	,752	,608
VAR00013	,616	,540	,784	,609	,616	,772	,218	,559	,628	,746	,650	,752	1,000	,723
VAR00014	,613	,732	,706	,730	,543	,743	-,037	,596	,641	,615	,594	,608	,723	1,000

Matrice de covariance inter-items

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010	VAR00011	VAR00012	VAR00013	VAR00014
VAR00001	2,808	1,154	1,091	,882	,514	1,038	,213	,469	,741	,935	,770	,828	,963	1,031
VAR00002	1,154	1,258	,787	,889	,527	,777	-,144	,422	,588	,615	,538	,700	,565	,824
VAR00003	1,091	,787	,979	,643	,541	,771	,442	,519	,501	,716	,563	,643	,724	,701
VAR00004	,882	,889	,643	,925	,459	,661	,125	,400	,553	,636	,491	,627	,546	,704
VAR00005	,514	,527	,541	,459	,797	,473	,243	,311	,365	,595	,311	,514	,514	,486
VAR00006	1,038	,777	,771	,661	,473	,914	,119	,514	,509	,694	,476	,661	,688	,713
VAR00007	,213	-,144	,442	,125	,243	,119	4,321	,280	,471	,340	-,014	,341	,422	-,077
VAR00008	,469	,422	,519	,400	,311	,514	,280	,587	,244	,418	,280	,427	,400	,458
VAR00009	,741	,588	,501	,553	,365	,509	,471	,244	,806	,586	,476	,499	,526	,578
VAR00010	,935	,615	,716	,636	,595	,694	,340	,418	,586	,982	,457	,609	,690	,612
VAR00011	,770	,538	,563	,491	,311	,476	-,014	,280	,476	,457	,888	,545	,572	,562
VAR00012	,828	,700	,643	,627	,514	,661	,341	,427	,499	,609	,545	,871	,654	,569
VAR00013	,963	,565	,724	,546	,514	,688	,422	,400	,526	,690	,572	,654	,871	,677
VAR00014	1,031	,824	,701	,704	,486	,713	-,077	,458	,578	,612	,562	,569	,677	1,007

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Carré de la corrélation multiple	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
VAR00001	36,6316	94,888	,651	,583	,910
VAR00002	41,2368	101,213	,730	,829	,904
VAR00003	40,8947	100,691	,871	,834	,900
VAR00004	41,2632	102,794	,781	,778	,903
VAR00005	41,0789	106,453	,635	,592	,908
VAR00006	40,8684	101,847	,839	,826	,901
VAR00007	37,6316	109,104	,127	,402	,947

VAR00008	40,3947	108,083	,646	,652	,909
VAR00009	40,8684	104,874	,722	,669	,906
VAR00010	40,7895	102,171	,789	,760	,903
VAR00011	41,3421	106,015	,621	,596	,908
VAR00012	41,2632	102,848	,805	,757	,903
VAR00013	41,2632	102,199	,842	,831	,902
VAR00014	41,0000	102,270	,772	,785	,903

Coefficient de corrélation intra-classe

	Corrélation intra-classe ^b	Intervalle de confiance à 95%		Test F avec valeur réelle 0			
		Borne inférieure	Limite supérieure	Valeur	ddl1	ddl2	Sig.
Mesures uniques	,431 ^a	,319	,572	11,607	37	481	,000
Mesures moyennes	,914 ^c	,868	,949	11,607	37	481	,000

Modèle à effets mixtes à deux facteurs lorsque les effets sur les personnes sont aléatoires et les effets des mesures sont fixes.

a. L'estimateur est identique, que l'effet d'interaction soit présent ou non.

b. Coefficients de corrélation intra-classe de type C utilisant une définition d'homogénéité (la variance entre mesures est exclue de l'écart d'activité).

c. Cette estimation est calculée en supposant que l'effet d'interaction est inexistant, puisqu'il ne peut pas être estimé autrement.

حساب الثبات عن طريق التطبيق وإعادة التطبيق
من خلال معامل الارتباط بيرسون ومعامل الفرق T التجريبية:

Test-t

Statistiques pour échantillons appariés

	Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Paire 1 VAR00001	29,8158	38	8,67695	1,40759
VAR00002	32,2632	38	8,09299	1,31286

Corrélations pour échantillons appariés

	N	Corrélation	Sig.
Paire 1 VAR00001 & VAR00002	38	,840	,010

Test échantillons appariés

	Différences appariées					t	ddl	Sig. (bilatérale)
	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence				
				Inférieure	Supérieure			
Paire 1 VAR00001 - VAR00002	-,31579	,77478	,12569	-,57045	-,06113	-2.581	37	,110

الملحق (3)

البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لنوبة الهلع وخوف الأماكن العمومية

المأخوذ كلياً من البرنامج التطبيقي لجون غوليت وآخرون (Jean Goulet et al, 2013) المطبق

بمستشفى لافال (Laval) في كندا والمترجم من طرف الباحث:

1. النموذج المعرفي السلوكي لنوبة الهلع وخوف الأماكن العمومية:

هذا النموذج يركز أساساً على الفهم الجيد للأسباب والتفاعل المتبادل ما بينها، مثل باقي

الاضطرابات النفسية يمكن تقسيم الأسباب إلى ثلاث مجموعات:

أ. عامل القابلية .

ب. عامل التراكم.

ج. عامل التثبيت.

من أجل التبسيط نلاحظ الشكل V5.

أ. عامل القابلية: هناك ثلاثة عوامل أساسية هي:

. عامل المشاشة البيولوجية: يتعلق بالمشاشة الوراثية التي تسمح للفرد أن يصبح أكثر عرضاً لبدء ردة

الفعل الفيزيولوجية التحذيرية. هذه العوامل الوراثية تلعب دوراً مهماً في الدراسة السببية لنوبات الهلع

وفوبيا الأماكن العمومية. أثبتت الدراسات القائمة على التوائم تطابقاً وراثياً هاماً، كما أن الآباء ينقلون

اضطراباتهم لأطفالهم بدرجة ملحوظة.

. عامل تأثير المحيط: هنا تتدخل عدة عوامل كالتربية، الخبرة السابقة، الحماية الزائدة للآباء.

. العوامل النفسية: التضخيم في التأويلات والفهم يلعبان دورا مهما، سمات الشخصية المرضية خاصة السلبية منها والتبعية قد تحدث خوفاً الأماكن العمومية الثانوي لنوبة الهلع.

ب. عامل التراكم:

راجع أساساً إلى الضغط النفسي الحاد وما يبنى عليه (وفاة، حادث، اعتداء، مرض عضوي، فقدان متعدد أو خبرات أخرى متعددة) أو مزمن (خلاف بين الزوجين، الأهل، العمل، مرض مزمن الخ..).

يلعب سن عامل مهما في عامل التراكم دون معرفة السبب الحقيقي إلا أن نوبات الهلع وفوييا الأماكن العمومية لديها ميل للبدء في العشرينيات إلى بداية الثلاثينيات، إلا أن ظهورها عند الأشخاص الأكثر من 40 سنة تضعنا في موقف شك لا سيم اشتراكها مع اضطرابات جسمية، اضطراب القلق، تسمم عن طريق مادة معينة أو وجود حلقة انهيار.

عندما يعيش الفرد ما يكفي من الضغط النفسي حاد أو مزمن، وتعددت عوامل التراكم لديه في سن العشرين، يصبح قابل للوقوع في أول نوبة هلع. إذا نوبة الهلع تظهر على شكل مجموعة من الأعراض تتجمع تحت خمسة أصناف:

. أعراض القلب الشريانية، خاصة سرعة الخفقان وآلام الصدر.

. أعراض تنفسية، خاصة الشعور بالاختناق المصحوبة بزيادة في الرتم التنفسي (زيادة النشاط التنفسي المفرط).

. أعراض التوازن، خاصة الشعور بالدوران أو الدوخة والشعور بالغثيان.

. أعراض ناجمة عن زيادة النشاط التنفسي المفرط، والمتعلقة بالإحساس غير الواقعي المتمثل بنفي الذات والواقع.

. أعراض ناجمة عن الشد العضلي، مثل الاهتزاز الرجفان التصلب و التشنج.

المجموعات الخمس من الأعراض ليس بالضروري ظهورها بشكل كلي عند حدوث النوبة ولكن قد تظهر بشكل جزئي. نوبة الهلع في الحقيقة هي عبارة عن ردة فعل تحذيرية فيزيولوجيا، التي تكيف الفرد مع حضور الخطر الشديد والمباغت في واقعه وحياته اليومية إذا واجهه خطر مع وجود حل إيجابي، تكون لديه ردة فعل إما للمواجهة أو للهروب (fight or flight). جراء ذلك تنشُد العضلات وتزداد نسبة تدفق الدم من أجل إعطاء حركة أكثر، زيادة ضربات القلب، زيادة الحاجة إلى الأوكسجين مما يؤدي إلى الإحساس بالاختناق لرفع رتم التنفس، التقلص العضلي على مستوى البطن والصدر تساهم أيضا في تفعيل الإحساس بالاختناق. تتراجع وظيفة الجهاز الهضمي مثل جفاف الفم، تزداد حرارة الجسم المحررة من طرف العضلات مما يؤدي إلى التعرق، الشعور بالحرارة والارتعاش، وعندما لا تصبح لدى الفرد أي فرصة للخروج ينتقل إلى المرحلة الثالثة لردات الفعل فيقترب من فقدان الوعي (fight, flight or faint)، يشع إذا بالدوران، بضعف في الرجلين وإحساس بفقدان الرابط الواقعي مع الأحداث.

نضيف أيضا أن نوبات الهلع لا تسبب غالبا فقدان الوعي، في كل الحالات الفرد يصبح ضعيفا إلى درجة البحث عن الجلوس أو الاستلقاء ولكن لديه ما يكفي من الوقت لعدم الإصابة بجروح أثناء الوقوع و سياقة السيارة، في حالة فقدان الوعي أ، الإصابة بجروح أثناء السقوط نستدعي الشك في أمراض عضوية.

الجدول V1

التغيرات الفيزيولوجية أثناء ردة الفعل التحذيرية:

- زيادة ضربات القلب.
- زيادة الضغط في الأوردة.
- الأوعية الدموية تتمدد ويزداد التدفق الدموي في العضلات.
- التدفق الدموي ينخفض على مستوى المعدة والأمعاء والكلية.
- شدة ومدى التنفس يزداد (تتضخم).
- تقلص الألياف العضلية وتتضخم البنية العضلية.
- يحدث انقباض للعروق على مستوى الجلد مصحوبة بقشعريرة، نقص المقاومة الكهربائية، زيادة في افراز العرق.
- يرتفع الأيض الخلوي على مستوى العضوية.
- تحويل الغلوكوجين إلى غلوكوز على مستوى الكبد والعضلات.
- زيادة النشاط العصبي.
- زيادة تخثر الدم.

ردة الفعل الفيزيولوجي هو أمر طبيعي وعادي إلا أن الأمر غير العادي هو حدوثها بشكل مفاجئ وغير موافق والمنتكيف مع الوضعية. فهذا الاستهلاك المفرط للأكسجين والاستخراج المفرط لغاز ثاني أكسيد الكربون لتكيف مع هذه الوضعية أين يقوم الفرد بنشاط فيزيولوجي عنيف في حالة وقوع نوبة هلع، التي تحدث فيها مجموعة من تظاهرات زيادة النشاط الفيزيولوجي المفرط مثل زيادة النشاط التنفسي المفرط قد تكون متبوعة بتفعيل العرضية المرضية بحدوث انشغال بال وقلق الحالة.

الجدول V2

التظاهرات التي تحدثها زيادة النشاط التنفسي المفرط:

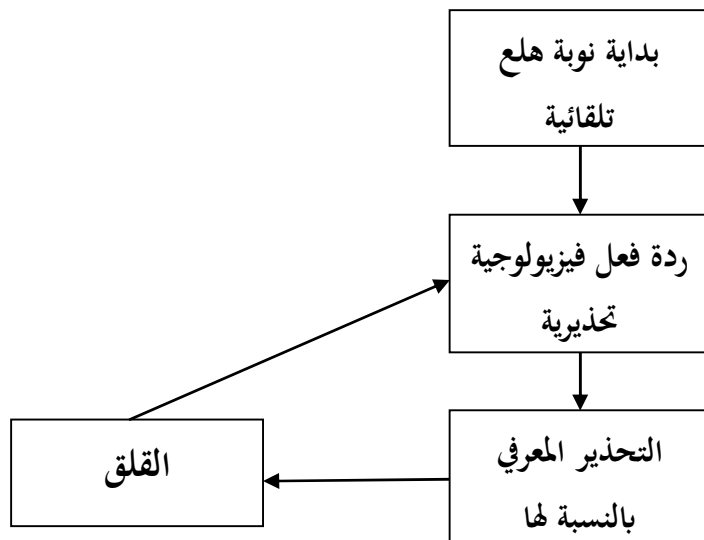
- صعوبة في التنفس مع الشعور بنقص الهواء.
- الشعور بخفة في الرأس (خال)، مع شعور بالدوخة.
- ألم في الرأس.
- الشعور بالدوار، نظرة ضبابية.
- الشعور باللاواقعية أو الإحساس بنفي الذات.
- رطوبة في اليد، زيادة بدرجة الحرارة.
- وغز بالأطراف مع الشعور بالتخدر.
- تقلص عضلي، تشنج.
- آلام في الصدر.
- زيادة في ضربات القلب مع تعثر القلب.

ج. عامل التثبيت:

إن التأويلات التي يضعها الفرد حول أعراضه تصبح إذا عامل مستمر ومهم (أنظر العوامل المعرفية المثبتة) ولذي يستطيع عن طريقها التفريق بين ردة الفعل التحذيرية سريعة الحل وبين نوبة الهلع الشديدة التي تمتد من 15 إلى 15 دقيقة.

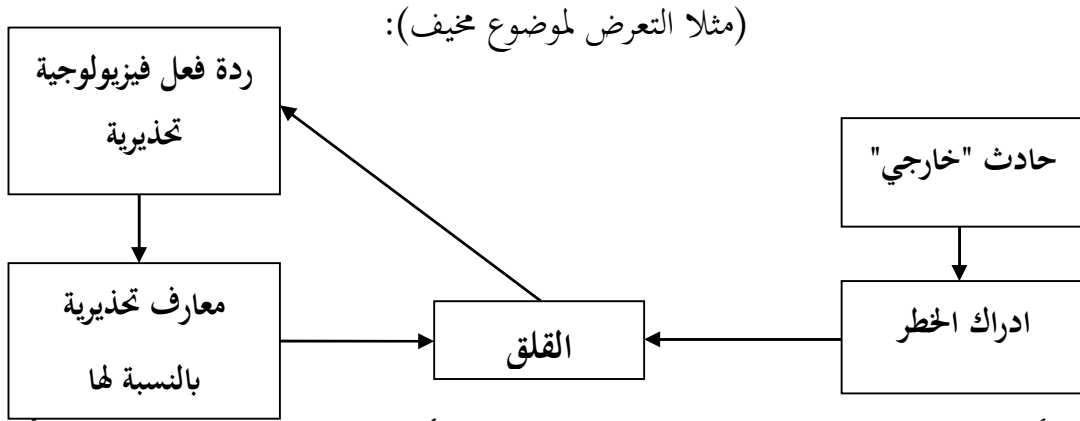
التمثيل V1

ردة فعل تحذيرية تلقائية تتطور إلى حد نوبة هلع:



التمثيل V2

تطور ردة الفعل التحذيرية على شكل حلقة وصولاً إلى نوبة الهلع التابعة لحدث مثير



ابتداءً من أول نوبة تبنى وتتأزر مجموعة كاملة من العوامل من أجل تثبيت وزيادة شدة المرض، وأهم هذه العوامل:

– العوامل الفيزيولوجية: الإحساس بالاختناق يحدث تسارع في رتم التنفس المسؤول هو الآخر عن حدوث زيادة النشاط التنفسي المفرط الذي يتسبب بدوره بالدوخة والدوران والاحساس باللاواقعية الأحداث.

– العوامل المعرفية: الشخص الذي يشعر بجميع هذه الأعراض الفيزيولوجية وليس لديه أي معلومة متعلقة بسببها في معظم الحالات، مما يؤدي إلى انشغال البال والقلق البالغ في خطورتها.

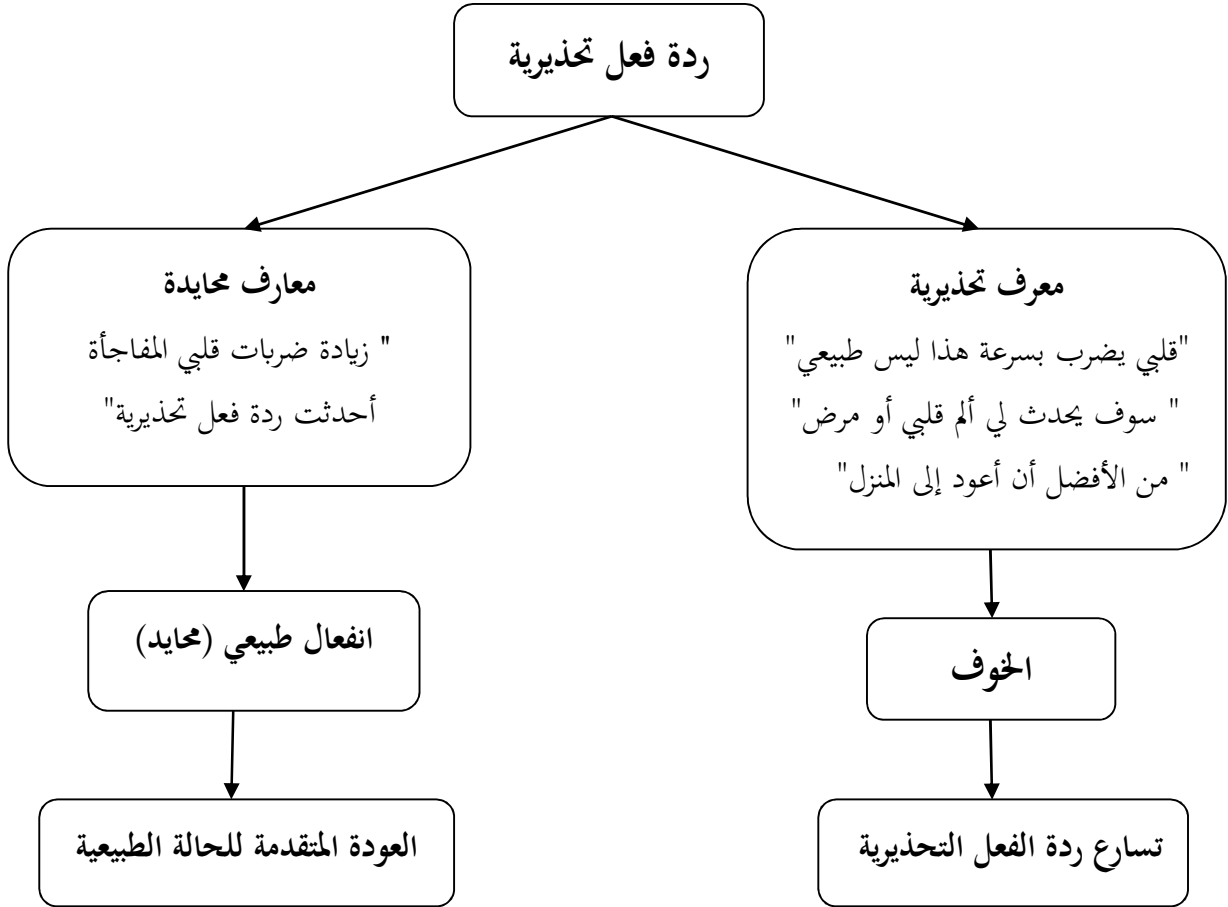
تُكون العوامل المعرفية الأساسية نوعين من الأعراض لتثبيت الاضطراب:

أ. انشغال بال غير مبررة عند حدوث نوبة الهلع: الخوف من معاناة جراء نوبة قلبية، الاغماء، الموت، الاختناق، فقدان التحكم، الجنون... إلخ، هذه الانشغالات المشتركة تزيد في شدة الأعراض وحتى في الأعراض الفيزيولوجية التي أحدثتها.

ب.

التمثيل V3

النتائج المعرفية لردة الفعل الفيزيولوجية:



الجدول V3

الأفكار الأوتوماتيكية:

"ستحدث لي نوبة" " سأفقد القدرة على التحكم " " سأفقد الوعي "	كرة البلور
" هناك شيء لا يرام بي "	الصاق البطاقة
" القلق شيء إحساس مؤلم ومروع " " إنه الجحيم، سأموت "	التحويل في الحدث
" أنا الوحيد الذي أعاني من هذا المشكل "	التقمص

قراءة الأفكار	" يدرك الآخرون أنني أهلع " " إنهم يعلمون أنني عصبي "
الفكرة المجزأة	" القلق سيء " " أهلع دائما بدون حدود "

ب. هذه الانشغالات تحدث بدورها خوف مبالغ فيه متعلق بحدوث نوبات هلع أخرى بالوضعيات التي حدثت فيها نوبات سابقة، في الأصل هي عبارة عن قلق والمعرفة المسبقة " الخوف من الخوف " والتي تجعل الشخص هشاً وضعيفاً قبل أن يواجه الموقف بذاته.

- العوامل السلوكية: القلق أحياناً يكون قويا أثناء حدوث نوبة الهلع إلى درجة الهروب من الوضعية الخوافية والتي يجعلها مسؤولة على النوبة، هذا الهروب أثناء حدوث النوبة يدعى "التجنب"، والتجنب عبارة عن سلوك التفادي أو التخلي على مواجهة الوضعية الخوافية، اختيار التجنب من أجل حل مشكل القلق أو "الخوف من الخوف"، حيث أن الشخص قد يجد نفسه معاقاً أمام الوضعية.

هكذا يتنام خواف الأماكن العمومية، فيجد نفسه مجرداً في وضعية ما أمام نوبة هلع، هذا السبب هو الذي يؤدي بالخوف إلى تجنب الوضعيات المختلفة مثل السير بمفرده على الطريق أو في وسط الحشود.

- التعزيز السلبي: " تعزيز الانسحاب من المثير المقلق " عندما يفر أو يتجنب الفرد الوضعية الخوافية، يشعر براحة راجعة إلى انخفاض القلق، هذه الراحة تصبح عبارة عن تعزيز سلبي، والتي تساعد على تثبيت وتفعيل سلوك التجنب.

- سلوكيات آمنة أخرى: (سلوكيات التأمين): قد تأخذ عدة أشكال، تأخذ أشكال جزئية للتجنب (مثلا الذهاب إلى السينما ولكن البقاء أمام بوابة الخروج)، كذلك نلاحظ استخدام الشخص أو الشيء المؤمن (عضو من العائلة، هاتف خلوي، قارورة ماء...). سلوكيات حيادية أو التعديل هي أيضا سلوكيات تأمينية مهمة، مثلا سماع الموسيقى، غلق العينين، أو التخيل اللاواقعي لوضعيات ايجابية " كل شيء على ما يرام لا توجد أي مشكلة "

- المنفعة الثانوية: بعض الأشخاص يجدون فائدة ثانوية من خوفهم، مثلاً أنهم يرتاحون من عمل بعض الأعمال غير المرغوبة لديهم أو الاهتمام من بعض الأقارب أو الأصدقاء، هذه الفوائد عبارة عن معززات تثبت وتوطد العرضية المرضية.

- العوامل الشخصية: في هذا المستوى مثلاً استغلال الفوائد الثانوية ، مثلاً الأشخاص الذين يعانون من قبل من صعوبة في تكوين علاقات اجتماعية، أو لديهم اشكالية في سمات الشخصي، أو صعوبة في إثبات الذات قبل ظهور نوبة الهلع و خواف الأماكن العمومية، لديهم قابلية أكثر لتنمية خواف الأماكن العمومية ذا شدة عالية وذا صعوبة كبيرة.

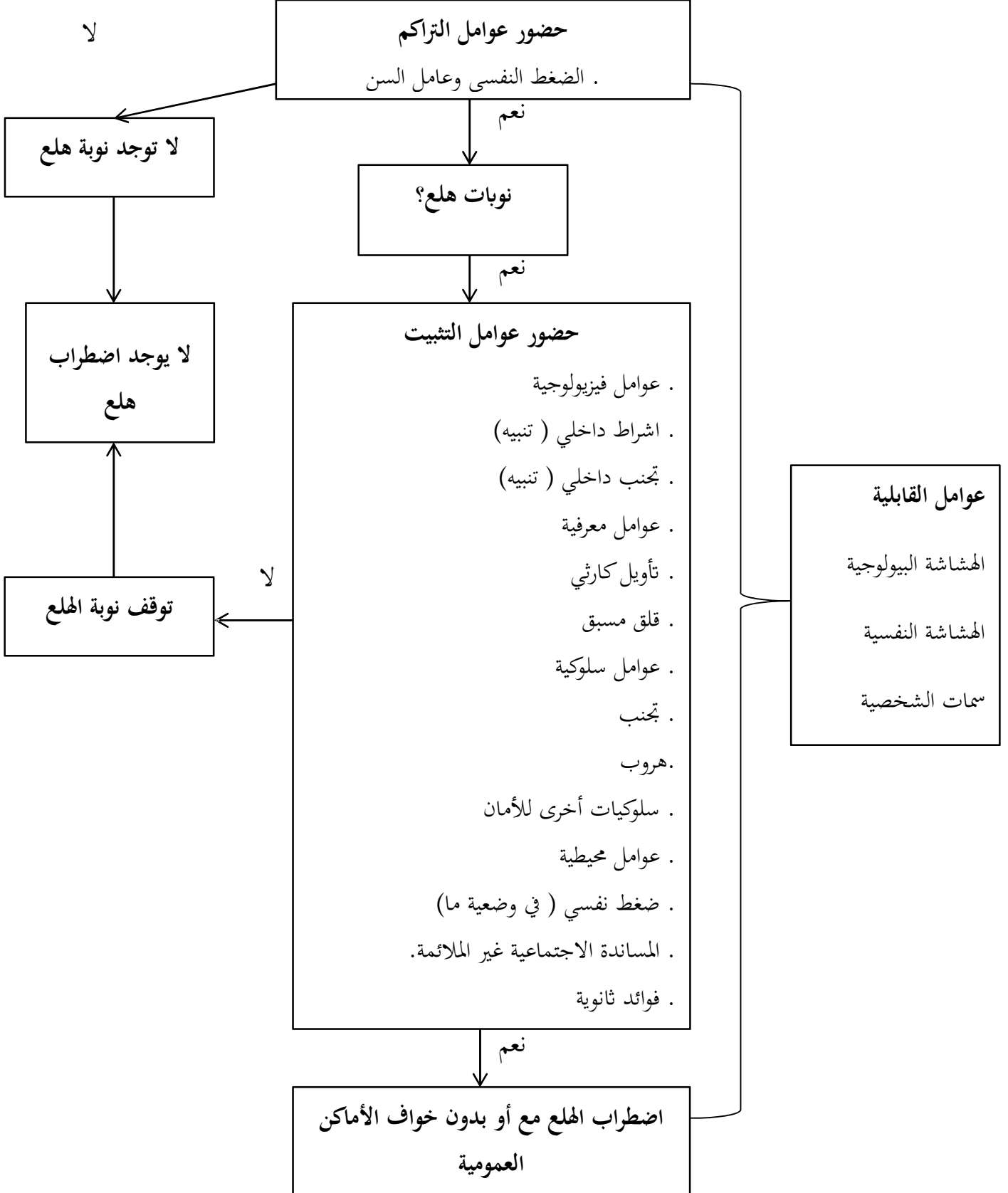
التمثيل V4

حلقة العوامل المثبتة لاضطراب الهلع مع خواف الأماكن العمومية:



التمثيل V5

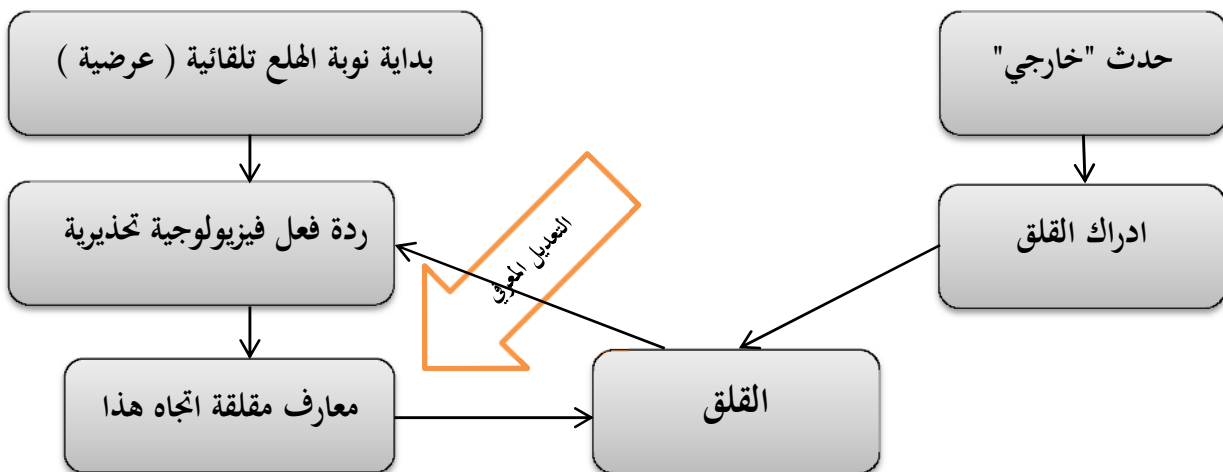
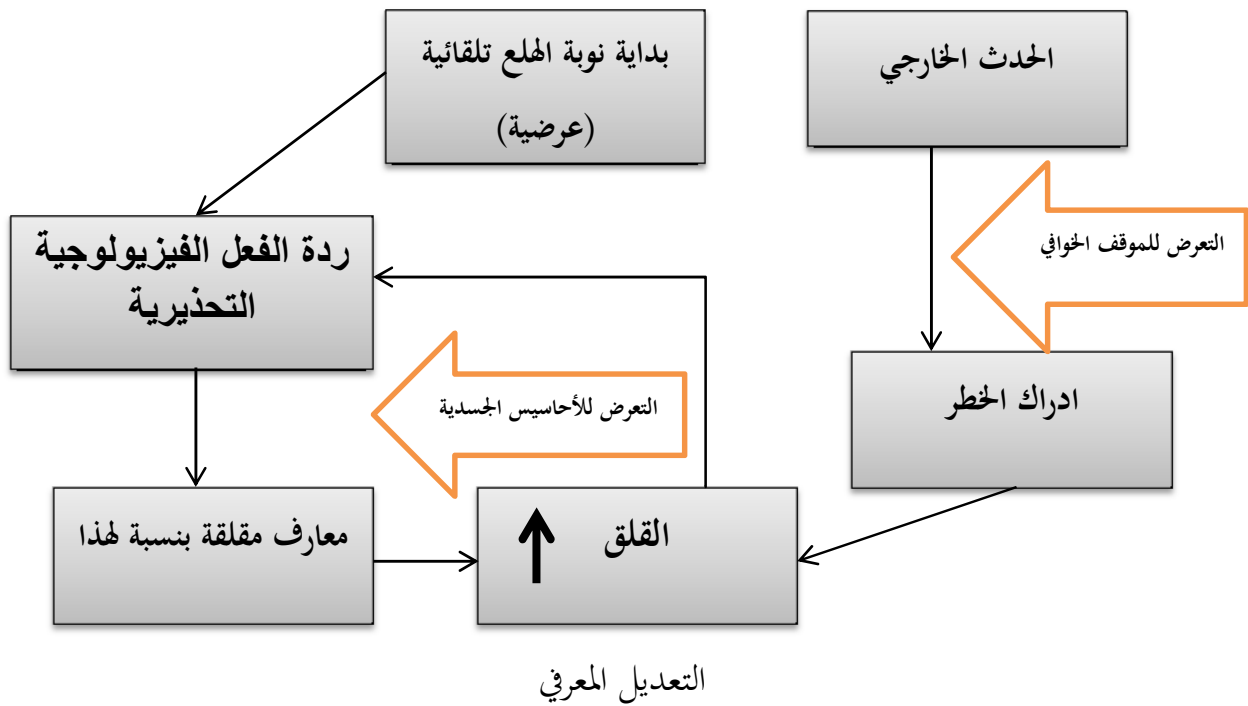
مقطع من تطور اضطراب الهلع مع خواف الأماكن العمومية:



بشكل مماثل، التعرض إلى الأحاسيس الجسدية تسمح بأن تصبح الحالة أقل حساسية لإحساسات الجسدية المنبهة والتي تؤدي إلى انغلاق الحلقة، ومن جهة أخرى فإن التعديل المعرفي يسمح بتخفيض من حدة ادراك الخطر في وضعيات الخوف للأماكن العمومية والمعارف المقلقة التي يواجه بها الإحساس الفيزيولوجي المنبه.

التمثيل V6

فعالية التقنيات المستخدمة على العوامل المثبتة التحصين التدريجي والتعرض للأحاسيس الجسدية



الخطوات الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي لنوبة الهلع وخوف الأماكن العمومية:

دليل الاستعمال: يمكن استعمال هذا الدليل في العلاج الفردي كما يمكن استعماله في العلاج الجماعي

هذه الخطوات الاحد عشر للعلاج الذي نقدمه:

1. التقييم والملاحظة الذاتية؛

2. اعلام العميل؛

3. تحديد الأهداف؛

4. العلاج الدوائي؛

5. صحة الحياة اليومية؛

6. اعادة تأهيل التنفس والاسترخاء؛

7. التعديل المعرفي؛

8. التعريض للإحساسات الفزيائية لنوبة الهلع؛

9. التعريض للمواقف الخوافية أو التحصين التدريجي؛

10. مصطلحات تكميلية؛

11. تثبيت والتدخل عند النكسة؛

العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الهلع مع أو بدون خواف الأماكن العمومية يأخذ أبعاده في هذا العلاج المقدم، يحتوي على 11 خطوة أساسية من بينها ما بين الخطوة 6 و9 التي تكون لنا قلب العلاج المعرفي السلوكي ل TPA. أما الخطوات الأخرى فهي أيضا ذات أهمية ولكن هي معممة في العلاج المعرفي السلوكي مهما كانت المشكلة الموجه ايها العلاج.

وكل هذه الخطوات نقوم بتطبيقها في ما بين 12 و15 حصة، حصة إلى حصتين في الأسبوع، متبوعة أو مسبقة بحصة أو حصتين من أجل مقابلة الدعم.

الخطوة الأولى: التقييم والملاحظة الذاتية:

كأي اضطراب نفسي آخر نقوم بتقييم دقيق وضروري قبل بدأ العلاج بالإضافة إلى تاريخ الحالة، نستخدم أو نكمل تقييم TPA من خلال استخدام مجموعة من الاستبيانات مثل استبيان الحركة، الأفكار الخوافية والأحاسيس الجسدية.

كما يلعب دور مهم في الملاحظة الذاتية لهذه النهاية بملاً العميل مقياس الحركة لخواف الأماكن العمومية (IMA) والذي نقوم بتكراره بصفة مرحلية ويكتب كل نوبة من نوبات الهلع في جدول الملاحظة الذاتية لنوبات الهلع (GAAP) على طول مدة العلاج.

الخطوة الثانية: اعلام العميل:

علم النفس التربوي دائما حاضر في المقاربة المعرفية السلوكية، ولكن لديها أهمية كبيرة في علاج TPA وذلك لما تلعبه في شرح والإفهام الجيد، والذي يوجد في قاعدة العلاج الفعال. لتذكر أخطاء التأويل المتعلقة بالأعراض الفزيائية (الجسدية) لنوبة الهلع والتي تعتبر قاعدة للحلقة المغلقة التي تذبذب هذا الاضطراب.

ولذا يجب شرح المفاهيم التالية:

1. شرح النموذج المعرفي السلوكي ل TPA التي نطبقها على أعراض العميل؛
2. شرح مختلف خطوات العلاج؛
3. تقديم وإيعاز مجموعة من القراءات البسيطة المختصرة والتكميلية للعلاج:

- المعلومات الأساسية والقاعدية ل TPA؛

- المعلومات الأساسية والقاعدية للعلاج المعرفي السلوكي؛

4. اعلام العميل وتوجيهه لمراكز التدخل الموجودة بقرب مكان اقامته إن كانت موجودة أو متاحة.

الخطوة الثالثة: تحديد الأهداف:

بعد ضمان فهم وتأقلم الحالة مع المعلومات، نقيم مع الحالة دافعيته بتحديد الأهداف بشكل واضح ودقيق و محدود، نحدد أيضا الخطوات اللازمة من أجل الوصول إليها. بهدف التحديد الدقيق للأهداف كما لدينا مصلحة أساسية بالتعبير عنها على شكل سلوكيات، انفعالات ووضعيات أو مواقف من أجل تعديلها. وهذه الخطوات موحات عادة من خطوات العلاج المعرفي السلوكي ل TPA، ولكن يجب أن تكون كيفية حسب كل حالة.

الخطوة الرابعة: العلاج الدوائي:

نشرح للعميل مختلف الأدوية المستعملة في علاج نوبات الهلع ودورها في خفض القلق لدى الحالة، واشتراكها مع العلاج المعرفي السلوكي ل TPA ، كما نذكر الأعراض الجانبية للأدوية وما ينجم عنها من ادمان وفطام.

الخطوة الخامسة: صحة الحياة اليومية:

في هذه الخطوة نشجع العميل على التقليل من المواد المثيرة (الأدوية) والكحول، وذلك من خلال اعلامه أن الرتم الدموي المنظم قد يساعد الشخص القلق، كما نشجع العميل على القيام بالنشاط الجسدي (الرياضة)، والذي يكون صعب أحيانا في هذه المرحلة إذا كان هذا الأخير يعتمد على موقف تجنبي ثانوي.

الخطوة السادسة: إعادة تأهيل التنفسي والاسترخاء:

كما لاحظنا فإن زيادة النشاط التنفسي المفرط غالبا مسؤول على مجموعة لا بأس بها من أعراض TPA عند حدوث نوبة الهلع، يتسارع الرتم التنفسي ويصبح سطحيا ومفعلا عن طريق عضلات الضلوع وليس الحجاب الحاجز. العلاج المعرفي السلوكي يبدأ من خلال إعادة التأهيل التنفسي بهدف توعية وإفهام الحالة لعاداتها السيئة في عملية التنفس من أجل تصحيحها، وهذا يعني استعمال الحجاب الحاجز بدلا من عضلات الأضلاع فيستنتجون تراجع زيادة النشاط التنفسي المفرط، هذا ليس لإيقاف أو التحكم في نوبة الهلع ولكن لاستحسانها لتقبلها ولتقليل من شأنها.

يمكن اضافة الاسترخاء إلى إعادة التأهيل التنفسي لأن الاسترخاء فعال في خفض القلق من خلال التقنيات الأكثر تجريبا، تأخذ مدة في تعلمها كما أن النتائج المتحصل عليها ليست دائما ذات نسبة مرتفعة لهذا الغرض فإن البروتوكولات TCC لاضطرابات القلق هي أكثر فأكثر تميل إلى ادراج تقنيات استرخاء بسيطة مع تقنيات معرفية سلوكية أخرى. كما أن إعادة التأهيل التنفسي والاسترخاء المستعملة أثناء نوبة الهلع قد تصبح تقنيات تسلية أو سلوكيات تأمينية وقد تكون مضادة للعلاج، لذا فإن النماذج المعرفية الحديثة لبروتوكولات TCC لنوبة الهلع لا تهتم كثيرا بهذه التقنيات.

من أجل التقليل من هذا الخطر، يجب تعليم التركيز حول التنفس والذي يعطي الأولوية لتركيز حول التقبل والتركيز حول اللحظة الآنية والتي تكون سهلة التعلم، وأكثر من هذا فإن التركيز يخفض عموما القلق وأكثر فعالية من الاسترخاء وإعادة التأهيل التنفسي، يمكن استخدام تسجيل صوتي يستخدمه العميل لبضع دقائق من أجل تطبيقه في المنزل بعد المحاولة معك في الحصة كما نستطيع الاستعانة بأفلام وثائقية تشرح العملية.

الخطوة السابعة: التعديل المعرفي:

من بين العوامل المسببة لتفاقم نوبات الهلع وخواف الأماكن العمومية، نجد لأول وهلة الخوف لا العقلاني الذي يحدث أثناء نوبة الهلع والذي يبدأ جراء الأعراض الفيزيولوجية: الخوف من المعاناة جراء نوبة قلبية، يغمى عليه يفقد الوعي، الموت، الاختناق، أو فقدان التحكم بالذات أو أعراض أخرى،

في ثاني وهلة عند مواجهة الفرد من جديد لوضعيات خوافية تظهر خوف هذا الخوف يظهر بدوره قلق وحصر مسبق والذي يجعل هذا الفرد أكثر ضعفا في مواجهة نوبات الهلع أو المواقف المخيفة.

التعديل المعرفي يهدف إلى أخذ الفرد إلى الوعي التام بمخاوفه أو التعرف على حديثه اللاعقلاني أثناء حدوث نوبات الهلع وأثناء مواجهة الوضعيات الخوافية، مع مساعدة المختص سوف يتعلم من بعد كيفية إعادة بنائها، بمعنى أ، يبدلها بأفكار أكثر عقلانية، والتي تكون أكثر نجاعة وموافقة للوضعية.

فمثلا الأفكار لا العقلانية ك: " كل شيء على ما يرام" قد تكون لديهم سلوكيات تأمينية والتي تعتبر كعوامل مستمرة، وبصفة عامة فإن العمل المعرفي يقوم على المساعدة بالأسئلة السقراطية، وهذه بضع منها:

ما هو الجزء العقلاني في هذه الفكرة؟

ماهي الأدلة التي تبرهن بها على صحة هذه الفكرة؟

ماهي الأدلة التي تبرهن بها على خطأ هذه الفكرة؟

هل تستطيع رأيتها بطريقة أخرى؟ أو من زاوية أخرى؟

هل هذا خطير جدا؟

ما هو أسوء شيء تتوقع حدوثه؟

ما هو الأفضل لديك؟

ما هو الأكثر احتمالا للوقوع لديك؟

العمل المعرفي على المستوى السطحي يقدم أساسا على ثلاث مستويات:

- من أجل مواجهة نوبات الهلع؛

- أثناء التعرض للأحاسيس الفيزيولوجية؛

- أثناء تقديم التحصين التدريجي لخوف الأماكن العمومية.

أ. التعديل المعرفي: من أجل مواجهة نوبات الهلع:

يستعمل التعديل المعرفي من أجل التعرف وتصحيح المعارف (المدركات) التي تشكل وتثبت ردة الفعل الهلعية، فتمسح للتعديل بإيجاد جملة مفاتيحية التي قد يلاحظها في ورقة علاجية (coping card) والتي تستعمل في حالة نوبة الهلع أو تنبؤ بحالة هلع.

تجدون بعض المعلومات المقترحة في الجدول V.4

الجدول V.4

التعليم أو التدريب الذاتي للحالة التي تعاني من اضطراب الهلع وخوف الأماكن العمومية

اضبط وسوي قلقك	ابعاد الخطر	ضع أفكارك السلبية في الشك	تعلم من الماضي	جهاز تقبلك
- القلق أمر عادي	- القلق يثير الانتباه	- هذا تنبيه خاطئ	- لدينا عدة تنبؤات سلبية في الماضي والتي كانت خاطئة	- استطيع الرجوع إلى الخلف وملاحظة ردة الفعل التلقائية
- كل العالم لديه قلق	- قد مررت بهذا من قبل ولم يحدث لي أي ضرر	- لن أصبح مجنوناً ولن أفقد السيطرة	- لم أجن قط في الماضي ولم تحدث لي نوبة قلبية ولم أمت جراء القلق	- أستطيع تقبل هذه ردة الفعل التحذيرية التي ترتفع وتنخفض.
- القلق عبارة عن برنامج (قلقي ردة فعل حساسة ولكن في وقت غير مناسب لأن في الواقع لا يوجد أي خطر يستدعي الهروب)	- القلق ينتهي وسرعان ما يعبر	- هذه الأحاسيس مزعجة ولكن ليست خطيرة	- يجب دائماً أن أتذكر أن عليا تعديل نفسي لأن ذلك يساعدني.	- استطيع ملاحظة احساساتي التي تصعد وتنزل
		- الآخرين يمكنهم رأيت ما أشعر به		- أستطيع تقبل ردة فعلي التحذيرية وملاحظة أفكار السلبية.
		- ليس من الضروري أن تكون لدي رقابة كاملة		

D'après Leahy et Coll 2013.

ب. التعديل المعرفي أثناء التعريض للأحاسيس الفيزيولوجية:

الغرض منها هي خفض الانشغالات أثناء مواجهة الأحاسيس الجسدية ومن أجل تسهيل التعديل المعرفي على هذا المستوى.

الجدول V5

قلق الاختناق

أفكار هلعة	الواقع
" سوف أختنق "	تقلصات عضلية لحركة التنفس الطبيعية، تتعلق ببساطة بصعوبة تنفسي، في أي وقت لا يوجد نقص للأوكسجين
" هذا المكان ينقص فيه الهواء "	الضغط الجوي مرتفع، إذا الهواء ينتشر في كل مكان، لا توجد نسبة هواء مرتفعة في الشارع على حساب الحافلة ولكن الحرارة والرائحة هي المختلفة.
" سوف تنقطع عملية التنفس لدي "	كالقلب، الحجاب الحاجز يتقلص بشكل آلي ويؤمن الآلية التنفسية في كل لحظة كما يحدث أثناء النوم، فمن الصعب انقطاع الآلية التنفسية.

الجدول V6

أداء الجهاز الدموي

- شدة ضربات القلب في حالة إجهاد شديد حوالي 240 نطرح منه السن مثلا في سن 20، هي 20-240 والتي تساوي 220 دقة في الدقيقة.
- القلب يستطيع الخفقان عدة ساعات وبأعلى درجة له دون التعب.
- يستطيع القلب ضخ الدم أكثر من 300 إلى 400 ضعف من الذي تطلبه العضوية
- في حالة الراحة يضخ 4 غلى 5 لترات في الدقيقة في حالة نشاط زائد يضخ 4 إلى 7 أضعاف هذا الحجم.
- الاثارة السمبتاوية للجهاز النباتي (ردة الفعل التحذيرية) تضاعف بدأ خفقان القلب من 2 إلى 3 أضعافها.

- النشاط العضلي المرتفع جدا والذي تكون فيه الوضعية أكر ضغطا، يتضاعف بدأ الخفقان القلبي من 4 إلى 5 وحتى 7 أضعاف عند العداء المملطوني.

الجدول V7

القلق المتعلق بالقلب

الأفكار الهلعة	الواقع
" قلبي سوف يتوقف "	القلب لا يتوقف عن الخفقان بشكل عنيف أثناء ردة الفعل التحذيرية، فقط نقص الأكسجين مثلا أثناء توقف التنفس العميق لعدة دقائق يحدث توقف القلب.
" قلبي سينفجر "	القلب ليس كرة من الجلد الرهيف بل هو غلاف عضلي سميك الذي يتقلص على ذاته من أجل اخراج الدم الموجود في تجويفه، ولكن لا يتقلص إلى الخارج فهو يتقلص مثلما تمسك قبضة يدك.
" حدث لي انسداد قلبي (ذبحة صدرية) "	ألم السداد يرتفع أثناء الإجهاد، آلام الصدرية لنوبة الهلع تنخفض أثناء الإجهاد.

Emery 2000

الجدول V8

قلق السقوط

الواقع	الأفكار الهلعة
أنا قلق، جسدي أصبح في حالة دفاعية (تحذيرية)، عضلات رجلي امتلأتا بالدم ... رجلي مستعدتان للقيام بنشاط عنيف.	"قدمي تشنجتا" "تقطعتا" "فشلتا" "لا تقدران علي" "حملي"

Emery 2000

جدول V9

القلق المرتبط بفرط النشاط التنفسي الزائد

الواقع	الأفكار الهلعة
- فرط النشاط التنفسي الزائد يحدث نقص الأكسجين في العينين، يجب التنفس ببطء من أجل تعديل التوازن - يجب أن أتحكم في تنفسي من أجل الشعور بأحاسيس طبيعية.	"سوف أتشوش، سوف يغمى عليا" "سوف أتشوش، سوف أصبح أعمى" "فقدت السيطرة، سوف أقوم بأي شيء" "سوف أجن"

الجدول V10

قلق الإجهاد

الأفكار الهلعة	الواقع
"كل نوبة تعفني أكثر، هذا ليس طبيعي، يوما سوف أتجاوزها"	الانعكاس التحذيري ينشط جميع القدرات الفزيائية، ضياع الطاقة المعتبر يضاف إلى المجهود الذي أبذله من أجل مقاومة نوبة الهلع، الاعياء الذي حدث لي يضاهي المجهود البدني

Emery 2000

الجدول V11

الخشية من الإغماء (فقدان الوعي)

● إنه من النادر أن يغمى على أحدهم عند حدوث نوبة هلع.
نوبة الهلع مرتبطة بالنشاط الزائد للجهاز العصبي السمبتاوي، في حين أن الإغماء مرتبط بالنشاط الزائد للجهاز العصبي البار سمبتاوي، وهذا متناقض.

عندما يحضر المعالج العميل من أجل تعريضه للأحاسيس الفزيائية يبحث عن التعرف على الأفكار الآلية الأساسية لهذا الأخيرة لأصل هذه الأحاسيس غير المريحة من أجل استبدالها بأفكار أخرى أكثر أداءا وعقلانية، يمكن أن يعرض على الشخص أن يكتب أفكاره في ورقة التمرين ، هذا يسهل استحضاره عندما يمين الوقت للتمرين (أنظر إلى الجدول رقم ... الخاص بملاحظة ردة الفعل عند القيام بالتمارين الخاصة بالتعرض للأحاسيس الفزيائية الذي يوجد بالملحق)

ج. التعديل المعرفي عند تطبيق التحصين التدريجي (التعريض للوضعيات الخوافية):

نستعمل نفس طريقة التعليم الذاتي والتعديل المعرفي الذي ينميها من أجل مواجهة نوبة الهلع، فهذا النوع من التعريض يعيد عيش الفرد الخوف من نوبة جديدة، لذا قليلا من التعديل يكون فعال من

أجل خفض مخاوف لمواجهة الفكرة التي ترى أنه سوف يبقى حبيس الوضعية أو أنه لا يجد منفذ سهل للنجدة.

بنفس الطريقة التي سبقه، نستطيع تشجيع العميل على كتابة التعديلات المعرفية الأكثر فعالية بطريقة مختصرة في أعلى ورقة جدول الملاحظة الذاتية للوضعية المشكلة (خوف الأماكن العمومية) الموجودة في الملحق.

في مثل ما سبق نستطيع وضع بطاقة علاجية.

المرحلة الثامنة: التعريض للأحاسيس الفزيائية (الجسدية):

نذكر أن هناك خمس مجموعات أساسية للأعراض الفيزيولوجية التي قد تحدث أثناء نوبة الهلع:

1. أعراض القلب الشريانية: هجمة قلبية (زيادة ضربات القلب)، عثرة قلب وآلام في الصدر؛
2. أعراض تنفسية: الشعور بالاختناق وزيادة الرتم التنفسي المسؤول عن فرط النشاط التنفسي الزائد (فرط التهوية)؛
3. أعراض التوازن: دوران، دوخة، الشعور بالغثيان؛
4. أعراض تابعة لتوسع عروق الدماغ والتي تحدث بسبب فرط التهوية الزائد: احساس بلا واقعية والتي تظهر في نفي الذات ونفي الواقع؛
5. احساس مرتبطة بالتقلص العضلي (انشداد): الانقباض الصدري، التشنج العضلي والارتجاف.

التعريض للأحاسيس الفزيائية يستدعي إعادة إنتاج مختلف هذه الأعراض لدى الحالة عن طريق التمارين الخاصة المتعلقة بهذه الأعراض، يصبح الفرد تدريجياً أكثر تأقلماً مع هذه الأحاسيس بعدم الراحة فيستنتج تبسيط الأعراض عندما يعلم أنها ليست في الواقع خطيرة. يصل بذلك إلى التفكير والقيام بسلوكيات أكثر مواءمة عند ظهور الأعراض بمعنى عند حدوث نوبة الهلع.

نشير أن التحصين التدريجي لديه تأثير نفسي كبير فنلاحظ تراجع ملموس لدرجة الحساسية لهذه الأحاسيس الفزيائية. نعرض هذا التمرين تحت ثمانية خطوات كلاسيكية:

1. رفع ووضع الرأس بين الرجلين لمدة 30 ثانية، الهدف: التعريض للدوران؛
 2. إدارة الرأس من اليمين إلى اليسار لمدة 30 ثانية، الهدف: التعريض للدوران؛
 3. الصعود والنزول في السلم لمدة دقيقة واحدة والهدف: التعريض للهجمة القلبية (زيادة ضربات القلب) [إذا لم يكن هناك سلم نستخدم أي تمرين يسرع ضربات القلب]؛
 4. امسك النفس لمدة 30 ثانية، الهدف: التعريض للإحساس بالاختناق؛
 5. قبض كل عضلات الجسد لمدة دقيقة واحدة، الهدف: التعرض للانقباض العضلي أو الارتخاف الناجم عن القلق؛
 6. الجلوس على كرسي ذي محور وتدويره لمدة دقيقة، الهدف: التعريض للدوران والدوخة (أو الدوران على نفسه)؛
 7. التنفس في أنبوب ضيق مع سد الأنف وعدم السماح للهواء بالمرور على الجوانب وإنما فقط على مستوى الأنبوب لأمدة دقيقة واحدة والهدف: التعريض بالإحساس بالاختناق؛
 8. الإفراط في النشاط التنفسي أو زيادة التهوية بشكر زائد لمدة دقيقة واحدة، الهدف: التعريض لنتائج فرط التهوية الزائد وبالخصوص الشعور بالدوران، نفي الذات والواقع.
- بعض العياديين يجدون التمارين المستعملة فقط في 7، 6، 3، و8، يرون أنهم الأكثر فعالية؛ المقاربة التي نوصي بها تستدعي الأخذ بحصة واحدة من أجل تطبيق التمرين 8 مع العميل وتقييم درجة القلق المحدثة من كل تمرين منها؛ كما نستعمل الجدول للتعرف على التمارين الموائمة الموجود في الملحق، كما نضع جانبا للتمارين التي لا تحدث أي قلق، ثم ننظم التمارين الأخرى بشكل تنازلي للنظام المتزايد للقلق، بإضافة بعض التمارين من أجل تدريج الصعوبة عندما يكون التمرين التالي صعب، مثلا في قلق الاختناق يمكننا اقتراح عن طريق الفم مفتوح والأنف مسدود، ثم عندما يتم هذا التمرين نطلب (تدرجيا) من الحالة أن تتنفس الأنف مسدود واليد على الفم، ثم بعد إنهاء هذا التمرين نطلب من الحالة التنفس عن طريق أنبوب (صغير جدا) في الفم والأنف مسدود، يمكن أيضا إضافة تمارين أخرى من أجل إنتاج أحاسيس أخرى فنستطيع مثلا تعريض الحالة التي لديها نوبة مصحوبة بالإحساس

بارتفاع الحرارة تعريضها للصونة أو لمرشات ساخنة، اقترح كل من مارشاند و لوترت (Marchand et Letarte 2004) خمس تمارين إضافية:

1. ثبت نظرك بالحائط لمدة دقيقتين؛
 2. ابلع ريقك أربع مرات بسرعة؛
 3. تصور أفضع إحساس لمدة دقيقتين؛
 4. ثبت يدك لمدة دقيقتين؛
 5. الضغط على الساعد بهدف التنمل لمدة دقيقة واحدة.
- يمكن بدء التطبيق التمارين في المنزل وذلك من السهل إلى الصعب ويطبق العميل تمرينين بالمرّة، يعادان كل تمرينين ثلاث مرات متتالية، مرة إلى مرتين باليوم، عندما يحصن تدريجياً التمرين نطبق مكانه التالي في السلم بنفس الطريقة ونواصل ذلك إلى نهاية السلم. أخيراً يمكن تطبيق التمارين في مواقف أو أماكن تذكر الحالة بنوبتها.

المرحلة التاسعة: التعريض للوضعيات الأغورافوبيا (التحصين التدريجي):

بعد أن تعلمت الحالة التنفس بشكل مختلف، التفكير بشكل مختلف وقام بعقلنة الأحاسيس الفزيائية التي كانت تقلقه، أُن يجب أن يواجه الوضعيات التي تحدث فيها نوبة الهلع، هذه المرحلة التي نسميها بالتعريض أو مواجهة الوضعيات الخوفية أو التحصين التدريجي للأغورافوبيا؛ وتأخذ الخطوات التالية:

1. شرح أساسيات التعريض بشكل جيد للعميل، خاصة أهمية تعريض طويل المدى بهدف الوصول إلى مرحلة العادية أو الاعتيادية.
2. انطلاقاً من استبيان الحركة للأغورافوبيا (I.M.A)، نقوم بتسلسل للوضعيات الخوفية الأساسية انطلاقاً من السهل إلى الصعب، نقتر المراحل التي تقع بين 4 و12. عندما لا يكون عدد كافي من المراحل التدريجية درجة الصعوبة قد تصعد بسرعة والذي يصبح صعب أو غير واقعي التحقيق بالنسبة

لبعض الحالات، في حين إذا كان عدد المراحل التدريجية كبيراً قد يحدث طول مدة العلاج وفقدان الدافعية عند العميل.

3. إذا كان العميل لا يتجنب أي وضعية، نقترح البحث بعناية إذا كان لديه مؤشرات أو سلوكيات تأمينية، في هذه الحالة التسلسل المعمول به يكون حسب وظيفة القلق الذي يحدثه التعريض بدون الوصول إلى السلوكيات التأمينية. إذا كانت جميع الوضعيات تجاوزتها دون أي سلوك تأميني، التعريض أو التحصين التدريجي للأغورافوبيا ستخفيه ويمكننا المرور للمرحلة القادمة.

4. التحليل بعناية لكل الوضعية وذلك عن طريق البحث بوضع العوامل الفيزيولوجية، المعرفية والسلوكية التي كانت تأتي من قبل، أثناء وبعد كل وضعية. التعرف والكشف على السلوكيات التأمينية.

5. الوصول بالشخص للمواجهة التدريجية في الواقع لكل وضعية من الوضعيات وذلك ابتداءً من السهل، ويجب وصف تمارين التعريض بشكل دقيق (المكان، المدة، الشدة، السلوكيات التأمينية، الاجتناب...).

6. التعرف على ما يخشاه العميل أكثر في الوضعية، وذلك عن طريق الاستبيان السقراطي وتقنيات معرفية أخرى، مساعدة العميل على إيجاد طريقة للتفكير بأكثر واقعية أو بطريقة ناجحة. ضع هذا التصحيح المعرفي في الخانتين العلويتين لجدول الملاحظات الذاتية للوضعيات المشككة (GAAP) الموجودة في الملحق. أحياناً يظهر العميل صعوبة في الاقتناع بالأفكار العقلانية خاصة في بداية التمارين التعريضية، هذه الأفكار قد تساعد العميل على إيجاد الشجاعة للمواجهة ومن بعد التجربة التحصينية سوف تؤكد هذه الفكرة.

7. تكليف العميل بالقيام بتمرين يوميًا. لا ننهي التعريض لمواجهة الوضعيات الخوفية إذا لم ينخفض القلق إلى 50%. التمرين المثالي يحدث قلق خفيف مع التحكم طويل المدى، في حالة إيجاد صعوبة من الأجدد القيام بتمرين نوعاً ما سهل، ولكن إذا مدة أقل من أجل أن يحدث الاعتيادية. عند إجراء التمرين يحرص العميل على البقاء في مكانه، الكلام بشكل عقلائي وتقبل الأحاسيس. نلخصها في:

التمارين تمتد، تتكرر، تتقارب ولكن العميل يبقى في مكانه، يتكلم ويتقبل الأحاسيس ولكن لا يجتنب ولا يهرب ولا يعدل.

يقترح البعض أن نضع حدا للتمرين عندما يشعر العميل بعدم الرغبة في هجر الوضعية ويرى أن القلق محتمل وأن عدم الراحة لا تحدث أي شيء.

8. لكل تمرين يجب اكمال جدول الملاحظة الذاتية للوضعية المشكلة للأغورافوبيا والموجودة في الملحق.

9. لا تعمل كثيرا في مرحلة أو مرحلتين بالمرة، ولا تقم بالانتقال إلى المرحلة الموالية دون تحكم العميل في التي سبقتها.

10. عندما يطبق بشكل منتظم العميل تمارين التعريض الممددة ولا يظهر أي تدني لمستوى القلق، نبحت ونتصدى للاستراتيجيات التحكم وباقي السلوكيات التأمينية. عندما تكزن هذه الاستراتيجيات صعبة وتعرقل التقدم، نستطيع إضافة خانة في جدول الملاحظة الذاتية للوضعية المشكلة من أجل السماح للعميل بالكتابة والتعرف على الاستراتيجيات التحكم لديه.

المرحلة العاشرة: المصطلحات التكميلية:

هناك مصطلحات أخرى يجب أن توضح في المراحل السبعة الأولى أو بعدها: الفوائد الثانوية المنتظرة، المشاكل الزوجية... الخ. فعلى هذا المستوى نستطيع المرور إلى علاج الاضطرابات الأخرى المصاحبة أو المباشرة بعلاج أكثر استبطانا إذا كان يخدم الغرض. كما أن يجب علاج الاكتئاب المصاحب للهلع أكان شديدا أو متوسط قبل المباشرة في علاج الهلع.

المرحلة الحادية عشر: تثبيت او التدخل من أجل عدم حدوث انتكاسة:

هناك العديد من الأدوات البسيطة التي تسمح بتثبيت المتعلم من العلاج لمدة طويلة:

أ. مقابلة تدعيمية: حصة أو حصتان تدعيمية في الشهر 3 أو 6 أو حتى 12 شهر بعد نهاية العلاج، تسمح للعميل لإبقاء العادات المتعلمة.

ب. ملخص العلاج: قد ندعو العميل إلى إعطاء ملخص لما كان قد مفيد في العلاج والتي يستطيع الرجوع إليها في حالة مواجهة صعوبة ما.

ج. البطاقة العلاجية لتدخل أثناء النكسة: يستطيع العميل أيضا أن يضر ورقة صغيرة تحت عنوان: "هل سوف تحدث لي نكسة؟" تنقسم لقسمين: القسم الأول يتمثل في قائمة من الأعراض التي تحدد خطر النكسة؛ وثانية تحصي أساسيات التحكم والفخاخ التي يجب تجنبها في حالة النكسة.

د. تقنيات العلاج الذاتي: العلاج المعرفي السلوكي ينمي المبادرة والاستقلالية للعميل. الأدوات العلاجية تشرح وتوضح للعميل وهو يقوم بتطبيقها بشكر متقدم. يمكنه الاستعانة ببطاقة يختار فيها مجموعة من التمارين الموضوعية من طرفه أين يتمكن التعرف على أهدافه، التمارين المقترحة التي توصله إليها، التقدم لإتمامها...إلخ. تقترح جوديت بيك (Judith Beck 1995) جدول عام لتمارين العلاج الذاتي.

الملحق (4):

جداول الضبط الذاتي

الملحق (6)

المادة الخام لعينة الدراسة الاستطلاعية

مقياس الهلع وخوف الأماكن العمومية قبل 21 يوم:

الحالات	البنود	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1		7	1	4	2	2	3	8	4	3	4	2	2	3	3
2		7	2	3	2	2	4	5	3	4	4	2	2	2	4
3		7	2	2	1	2	3	5	3	3	3	1	4	2	2
4		8	2	3	1	2	3	7	3	3	3	1	1	1	2
5		9	2	3	1	2	3	9	4	3	3	2	2	2	3
6		9	2	3	2	1	1	6	2	3	3	2	2	2	4
7		9	2	3	2	1	1	8	2	3	3	2	2	2	4
8		8	1	3	2	1	0	2	3	2	2	3	2	2	3
9		9	1	3	2	2	3	8	2	4	4	3	3	3	1
10		7	1	1	1	1	0	6	4	3	2	1	1	0	2
11		9	2	4	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3
12		4	2	2	1	1	1	7	1	3	2	2	2	1	3
13		5	1	1	1	1	0	2	4	1	1	0	0	1	2
14		8	3	3	3	4	4	7	4	4	4	3	3	4	4
15		6	1	2	1	2	3	4	3	2	2	2	2	2	2
16		9	2	3	2	3	3	6	4	3	3	1	3	3	3
17		7	3	4	2	3	4	9	4	1	4	2	4	3	2
1		8	1	2	1	1	2	4	2	2	1	0	0	2	2
8		9	2	3	3	2	0	5	4	3	4	3	3	3	3
19		7	1	4	2	2	3	8	4	3	4	2	2	3	3
20		7	1	2	1	2	2	6	3	2	2	1	1	2	2
21		9	3	4	2	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4
22		8	1	2	1	2	2	8	3	2	2	1	2	2	2
23		6	2	4	2	4	3	6	4	2	4	2	2	3	3
24		8	2	3	2	3	4	5	4	3	3	3	3	4	4
25		7	2	4	3	3	4	5	4	4	4	3	3	4	4
26		8	2	3	2	2	3	4	3	3	3	1	1	2	3
27		7	2	3	2	3	3	6	3	3	3	1	2	3	3
28		8	2	3	1	2	3	7	4	3	3	2	2	2	3
29		7	2	2	1	2	3	4	3	1	2	1	1	2	2
30		5	0	1	1	1	1	4	2	0	1	1	1	1	2
31		4	0	0	1	1	1	6	2	2	2	1	1	1	1
32		6	2	3	2	3	2	12	3	3	2	2	2	3	2
33		4	1	2	2	3	2	9	4	2	2	1	2	1	1
35		4	1	1	1	1	1	4	2	2	1	2	1	1	1
36		4	1	1	1	4	1	4	2	2	3	1	1	1	1
37		5	1	1	1	1	2	4	2	3	1	2	2	1	1
38		5	1	2	1	1	1	7	2	2	1	1	1	1	1

مقياس الهلع وخوف الأماكن العمومية بعد 21 يوم:

الحالات	البنود	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1		7	2	3	3	3	2	8	3	4	4	3	3	3	3
2		7	4	3	4	3	4	5	3	4	4	3	2	2	4
3		7	3	3	2	3	3	5	3	3	3	2	3	2	2
4		8	3	3	3	3	3	7	4	3	3	2	3	2	3
5		9	2	3	3	2	3	9	4	3	3	2	2	2	3
6		9	4	3	3	3	3	6	3	4	3	3	3	3	4
7		9	4	4	4	3	3	8	3	4	4	3	3	3	4
8		8	3	3	2	3	2	2	3	2	2	4	2	2	3
9		9	1	3	2	2	3	8	2	3	4	3	2	3	1
10		7	3	2	3	3	3	6	3	3	3	1	3	2	3
11		9	4	4	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	3
12		4	3	3	3	2	3	7	4	3	3	4	3	3	3
13		5	2	2	2	1	2	3	4	2	2	1	1	1	2
14		8	4	3	4	4	4	7	4	4	4	3	4	4	4
15		6	3	3	3	3	3	4	3	2	2	3	3	2	3
16		9	4	4	4	3	4	6	4	3	3	3	3	3	3
17		7	3	4	2	3	4	9	4	2	4	2	4	3	2
1		8	3	2	2	2	2	4	2	2	2	1	2	2	2
8		9	3	3	3	2	3	5	4	3	4	3	3	3	3
19		7	3	3	2	2	3	8	3	3	2	2	2	2	3
20		7	2	2	2	2	2	6	3	2	2	2	2	2	2
21		9	3	4	3	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4
22		8	1	2	1	2	2	8	3	2	2	3	2	2	2
23		6	2	4	2	4	3	6	4	2	4	2	2	3	3
24		8	2	3	2	3	4	5	4	3	3	3	3	4	4
25		7	2	4	3	3	4	5	4	4	4	3	3	4	4
26		8	3	3	2	2	3	4	3	3	3	2	1	2	3
27		7	2	3	2	3	3	6	3	3	3	1	2	3	3
28		8	2	3	1	2	3	7	4	3	3	2	2	2	3
29		7	2	2	2	2	3	4	3	1	2	1	1	2	2
30		5	0	1	1	1	1	4	2	0	1	1	1	1	2
31		4	0	0	1	1	1	6	2	2	2	1	1	1	1
32		6	2	3	2	3	2	12	3	3	2	2	2	3	2
33		4	1	2	2	3	2	9	4	2	2	1	2	1	1
35		4	1	1	1	1	1	4	2	2	1	2	1	1	1
36		4	1	1	1	4	1	4	2	2	3	1	1	1	1
37		5	1	1	1	1	2	4	2	3	1	2	2	1	1
38		5	1	2	1	1	1	7	2	2	1	1	1	1	1

استبيان الأفكار الخوافية قبل 21 يوما:

الحالات	البنود	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1		1	4	1	4	4	2	1	1	1	1	1	1	1	2
2		2	4	1	5	4	1	1	3	1	3	1	1	1	4
3		1	3	1	5	4	4	1	3	1	5	3	1	1	1
4		2	4	2	5	5	1	1	1	1	3	1	1	1	4
5		2	4	1	5	5	1	1	2	1	4	1	1	1	4
6		1	5	1	5	5	1	1	3	1	4	1	1	1	3
7		1	5	3	4	5	6	7	3	1	4	1	1	1	4
8		3	5	3	2	3	2	2	4	5	2	3	4	2	2
9		1	5	2	4	5	1	1	3	1	3	2	1	1	2
10		1	1	1	1	3	1	1	3	1	3	1	3	1	1
11		1	5	2	5	3	5	1	5	1	3	3	1	1	5
12		1	1	1	3	5	1	1	1	1	3	1	1	1	2
13		1	3	1	4	3	2	1	1	1	2	2	1	1	2
14		3	4	2	5	5	3	2	4	1	5	2	1	1	4
15		1	3	1	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16		4	4	2	4	5	3	1	4	2	5	3	1	1	5
17		1	5	1	5	4	2	1	2	1	5	2	1	1	2
1		1	3	1	4	4	3	1	3	2	2	3	2	1	2
8		2	4	2	2	2	1	1	5	5	1	3	1	1	5
19		1	4	2	5	4	1	1	2	1	1	1	1	1	2
20		1	1	1	4	4	2	1	3	2	2	2	2	1	4
21		3	4	1	5	5	3	5	3	1	4	3	2	2	4
22		1	4	1	4	3	5	1	5	4	1	5	1	1	2
23		5	5	3	5	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2
24		2	5	4	5	4	3	2	2	1	3	3	2	1	3
25		1	4	1	4	4	1	1	1	1	1	1	2	1	1
26		1	4	2	4	4	1	1	4	1	2	1	1	1	3
27		1	3	2	4	5	5	1	4	1	5	5	1	1	1
28		2	4	1	5	5	1	1	2	1	4	1	1	1	4
29		1	3	1	3	3	4	1	4	3	4	5	2	2	4
30		1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	1	1	1	1
31		1	1	1	1	1	1	1	3	4	2	1	1	1	1
32		1	1	1	1	4	1	4	4	1	2	1	2	1	1
33		1	1	1	1	4	1	1	4	3	2	1	2	1	1
35		1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	2	4	1	1
36		1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	1	1	1	1
37		1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	3	1	1
38		1	1	1	1	1	1	1	3	2	3	1	1	1	1

استبيان الأفكار الخوافية بعد 21 يوما:

الحالات	البنود	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1		1	4	1	4	4	2	1	1	1	1	1	1	1	2
2		2	4	1	5	4	1	1	3	1	3	1	1	1	4
3		1	3	1	5	4	4	1	3	1	5	3	1	1	1
4		2	4	2	5	5	1	1	1	1	3	1	1	1	4
5		2	4	1	5	5	1	1	2	1	4	1	1	1	4
6		1	5	1	5	5	1	1	3	1	4	1	1	1	3
7		1	5	3	4	5	6	7	3	1	4	1	1	1	4
8		3	5	3	2	3	2	2	4	5	2	3	4	2	2
9		1	5	2	4	5	1	1	3	1	3	2	1	1	2
10		1	1	1	1	3	1	1	3	1	3	1	3	1	1
11		1	5	2	5	3	5	1	5	1	3	3	1	1	5
12		1	1	1	3	5	1	1	1	1	3	1	1	1	2
13		1	3	1	4	3	2	1	1	1	2	2	1	1	2
14		3	4	2	5	5	3	2	4	1	5	2	1	1	4
15		1	3	1	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16		4	4	2	4	5	3	1	4	2	5	3	1	1	5
17		1	5	1	5	4	2	1	2	1	5	2	1	1	2
1		1	3	1	4	4	3	1	3	2	2	3	2	1	2
8		2	4	2	2	2	1	1	5	5	1	3	1	1	5
19		1	4	2	5	4	1	1	2	1	1	1	1	1	2
20		1	1	1	4	4	2	1	3	2	2	2	2	1	4
21		3	4	1	5	5	3	5	3	1	4	3	2	2	4
22		1	4	1	4	3	5	1	5	4	1	5	1	1	2
23		5	5	3	5	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2
24		2	5	4	5	4	3	2	2	1	3	3	2	1	3
25		1	4	1	4	4	1	1	1	1	1	1	2	1	1
26		1	4	4	4	4	1	1	4	1	2	1	1	1	3
27		1	3	2	4	5	5	1	4	1	5	5	1	1	1
28		2	4	1	5	5	1	1	2	1	4	2	1	1	4
29		1	3	1	3	3	4	1	4	3	4	5	2	2	4
30		1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	1	1	1	1
31		1	1	1	1	1	1	1	3	4	2	1	1	1	1
32		1	1	1	1	4	1	4	4	1	2	1	2	1	1
33		1	1	1	1	4	1	1	4	3	2	1	2	1	1
35		1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	2	4	1	1
36		1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	1	1	1	1
37		1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	3	1	1
38		1	1	1	1	1	1	1	3	2	3	1	1	1	1

قائمة الأساتذة المحكمين

الرتبة	جامعة	الأستاذ(ة)	
أستاذ محاضر "أ"	وهران	منصوري عبد الحق	1
أستاذ محاضر "أ"	سعيدة	لكحل مصطفى	2
أستاذة محاضرة "أ"	تلمسان	برحيل بن عصمان جويذة	3
أستاذة محاضرة "ب"	تلمسان	براشد رشيدة	4
أستاذة محاضرة "ب"	تلمسان	طاشمة راضية	5

الملخص:

يهدف هذا البحث إلى التعرف على مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجمعي في خفض من شدة نوبات الهلع والتعديل من الأفكار الخوفية لدى عينة تعاني من خواف الأماكن العمومية، حيث تكونت عينة الدراسة من (08) ثمانية حالات تعاني من اضطراب الهلع المصحوبه بخواف الأماكن العمومية تم الكشف عنها بواسطة استخدام الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس DSM 5، وباستخدام مقياس اضطراب الهلع وخواف الأماكن العمومية "الباندلو" (1995) B.Bandelow واستبيان الأفكار الخوفية لشامبلس (1984) Champless.D.L. (QPP) المترجمان والمكيفان من طرف الباحث، تم تطبيق العلاج على (04) أربع حالات في حين بقيت الحالات الأربعة (04) الأخرى في الانتظار إلى حين انتهاء العلاج. في النهاية أثبتت العلاج فعالية جد مرتفعة في خفض من شدة أعراض نوبات الهلع والخفض من حدة الأفكار الخوفية ليس هذا فقط بل وصلت الحالات إلى تجاوز مخاوفها والتكيف معها مع اختفاء معظم الأعراض الخوفية لدى أفراد العينة.

الكلمات المفتاحية:

العلاج المعرفي السلوكي الجمعي/ نوبات الهلع/ خواف الأماكن العمومية/ والأفكار الخوفية.

Résume :

L'objectif de cette recherche vise à identifier l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale de groupe dans la réduction de la sévérité des attaques de panique et la modification des idées phobiques auprès de 08 cas qui souffre du trouble de panique avec agoraphobie, ils ont été diagnostiqué par le DSM V et l'usage de l'échelle de panique et l'agoraphobie de B. Bandelow (1995) et le questionnaire d'idées phobiques de Champless. D.L. (QPP) (1984) traduits et adaptés par le chercheur. Cette thérapie a été pratiquée sur 04 cas, les 04 autre cas restent comme témoin. La thérapie est non seulement efficace dans la réduction de la sévérité des symptômes d'attaques de panique, et a modifié les idées phobique, mais les cas ont surmonté les craintes et adapter avec la plupart des symptômes phobiques.

Mots clé : thérapie cognitivo-comportementale de groupe/ attaques de panique/ agoraphobie/ idées phobiques.

Abstract :

The objective of this research is to identify the effectiveness of cognitive behavioral group therapy in reducing the severity of panic attacks and changing phobic ideas with a sample of 08 cases suffering of panic disorder with agoraphobia, that was the diagnosis by DSM V and the use of the scale panic disorder and agoraphobia of B.Bandelow (1995) and phobic questionnaire use ideas Champless. DL (PQI) (1984), that was translated and adapted by the researcher, this therapy was performed on 04 cases when the 04 other cases they remain in waiting. At the end of therapy says it is very effective in reducing the severity of symptoms of panic attacks and reducing and changing phobic ideas, but it is not only reached the level of the anxiety and adapt with most phobic symptoms.

key word : cognitive behavioral group therapy/ panic attacks/ agoraphobia/ phobic idea