وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة وهران 2 –محمد بن أحمد–

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والارطوفونيا

تخصص علم النفس العيادي

مذكرة التخرج لنيل شهادة ماستر تحت عنوان:

فعالية العلاج السلوكي المعرفي وتقنية السادو في علاج نوبات الهلع عند الراشد

من إعداد الطالبتين:

فليتي نور الهدى

بلقاسم هاجر

تحت إشراف الأستاذة:

أ. طباس نسيمة

لجنة المناقشة:

الرقم	الأساتذة	الجامعة	الصفة
1	أ. قادري حليمة	جامعة وهران 2	رئيسا
2	أ. طباس نسيمة	جامعة وهران 2	مؤطرا
3	أ. بن قو أمينة	جامعة وهران 2	مناقشا

السنة الجامعية:2025/2024


بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وتقدير

أشكر الله العلي القدير الذي أنعم على بنعمة العقل والدين القائل في محكم التنزيل "وفوق كل ذي علم عليم" سورة يوسف آية 76....

وفاء وتقديرا واعترافا مني بالجميل أتقدم بجزيل الشكر لأولئك المخلصين الذين لم يألوا جهداً في مساعدتنا في هذه الدراسة، وأخص بالذكر الأستاذة الفاضلة طباس نسيمة على هذه الدراسة وصاحبة الفضل في توجيهي ومساعدتي في تجميع المادة البحثية، فجزاها الله كل خير.

وأخيرا أتقدم بجزيل شكري إلى كل من مدوا لي يد العون والمساعدة في إخراج هذه الدراسة على أكمل وجه.

FREE INVITATION TEMPLATES - DREVIQ.COM

إهداء

بسم الله والصلاة والسلام على رسول الله والحمد لله خالق الخلق الذي وفقني في دراستي وإخراج هذا

العمل فقد مرت قاطرة البحث بكثير من العوائق، ومع ذلك حاولت أن أتخطاها بثبات بفضل من الله.

إلى جدي المجاهد والد أبي أطال الله في عمره الذي يهتم بي وكان دائما يباركني بدعائه.

إلى جدتي والدة أمي والذي هي أيضا دائما حاضرة بدعائها أطال الله في عمرها.

أهدي هذا العمل المتواضع إلى مدرسة العطاء والحنان والعطف التي منحتني الحنان والحب أمي

الغالية النعيمة أطال الله في عمرها.

إلى قرة عيني أبي جمال أطال الله عمره الذي سخر لي كل الإمكانيات ووفر لي كل الظروف الملائمة

في مشواري الدراسي.

إلى سندي في الحياة امي الثانية وأغلى ما عندي منذ نعومة اظافري أختي "إكرام".

الى أخواتي الصغيرتين "هيداية" "أميرة"

إلى صديقاتي " إكرام " "نور الهدى" "ملاك" "هند".

إلى كل من دعا لي بالتوفيق وتمنى لي النجاح.



بلقاسم هاجر

2025

إهداء

بسم الله والصلاة على رسول الله والحمد الله خالق الخلق ومدير الأمر الذي وفقني الإخراج هذا العمل وإتمام خطواته القائل في كتابه وقضى ربك أن لا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحسانا."

أهدي هذا العمل المتواضع إلى مدرسة العطاء والحنان

والعطف التي منحتني الحياة والحب أمي الغالية أطال الله في عمرها

إلى قرة عيني أبي ناصر " الذي سخر لي كل الإمكانيات ووفرلي كل الظروف الملائمة طوال مشواري الدراسي

ابي العزيز أطال الله في عمرك

إلى سندي في الحياة، أمي الثانية وأغلى ما عندي في هذه الحياة أختي "نسرين" و "زوجها أمين" "وبناتها نور وجني"

الى إخواتي صغار سخر الله طريقهم "خيرة و مروى"



فليتي نور الهدى

ملخص البحث:

الكلمات المفتاحية: العلاج المعرفي السلوكي، نوبات الهلع، تقنية السادو، الراشد

إشكالية البحث:

عندما نتطرق الى التحدث عن اضطرابات القلق عند الراشد والتي تشكل اختلالفي الوظيف اليومي واختلال علاقاته خارج البيت وفي المناسبات الاجتماعية. فهناك علاجات المختصرة التي اسفرت نجاحات مع هذا الاضطراب ومنها العلاج المعرفي السلوكي، ونحن أردنا إضافة تجربة تقنية السادو لمعرفة إسهاماتها مع هذا العلاج وهل نستطيع تبنيها كتقنية علاجية في العلاج النفسي.

ولهذا خصصنا في دراستنا أخذ حالتين راشدتين، الحالة الأولى ذكر أما الحالة الثانية انثى تتراوح أعمارهم بين 21 و23 سنة يعاينيان من نوبات الهلع.

تساؤل أساسي:

ما هي اسهامات استخدام لوحة السادو كأداة مساعدة في تعزيز فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من عدد نوبات الهلع لدى الراشدين؟

المنهج المعتمد:

اعتمدنا في دراستنا على المنهج العيادي المتمثل في دراسة الحالة القائمة على الملاحظة العيادية والمقابلات العيادية، إضافة إلى اختبار فحص الهيئة العقلية واختبار هاملتون للقلق.

النتائج المتوصل اليها:

اسفرت دراستنا الى النتائج التالية:

أنّ دمج لوحة السادو (Sadhu Board) كأداة مساعدة داخل العلاج المعرفي السلوكي يُساهم بفعالية في التخفيف من أعراض وعدد نوبات الهلع، سواء على المستوى الجسدي أو النفسي. فقد بيّنت النتائج المحصّلة من الحالتين المدروستين تحسنًا واضحًا في درجة الاسترخاء، وانخفاضًا في تكرار النوبات، وتراجعًا ملموسًا في الأعراض الجسدية المصاحبة، بالإضافة إلى انخفاض مستويات القلق العام كما تمّ قياسه باختبار هاميلتون للقلق.

قائمة المحتويات:

شكر و تقدير ..... أ

إهداء ..... ب

ملخص البحث: ..... د

قائمة المحتويات: ..... ه

قائمة الجداول: ..... ح

قائمة الأشكال ..... ح

مقدمة: 1

الجانب النظـــــــري

الفصل الأول: مدخل الى الدراسة

إشكالية البحث: 6

2-فرضيات البحث: 12

3-أهداف الدراسة: 12

4-أهمية الدراسة العيادية: 12

5-التعاريف الإجرائية لمصطلحات البحث: 13

الفصل الثاني: نوبة الهلع، خصائصه العيادية والمعايير التشخيصية

تمهيد 16

1-تعريف مصطلحات القلق : 16

2-تعريف اضطراب الهلع: 17
3-أسباب نوبة الهلع: 18
4-الدراسات السابقة التي تناولت اضطراب الهلع: 19
5-معايير تشخيص نوبة الهلع حسب DSM4 وDSM5 TR: 20
6- معايير تشخيص اضطراب الهلع حسب :DSM5-TR 22
7-معايير تشخيص نوبة الهلعICD-11 : 23
8-التشخيص الفارقي: 23
9-النظريات المفسرة لاضطراب الهلع: 25
10-علاج اضطراب الهلع: 26
الخلاصة: 28

الفصل الثالث: العلاج المعرفي السلوكي

1-تعريف العلاج النفسي: 30
2-تعريف العلاج المعرفي السلوكي: 31
3-تاريخ العلاج المعرفي السلوكي: 32
4-مبادئ العلاج المعرفي السلوكي: 39
5-سيرورة العلاج المعرفي السلوكي: 40
6-تقنيات العلاج المعرفي السلوكي: 46

الفصل الرابع: لوحة السادو

تعريف تقنية السادو Sadhu : 54

فوائد ممارسة لوح Sadhu: 54

سيرورة جلسة السادو: 57

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: منهجية البحث أدواته وإجراءاته

1-تعريف المنهج العيادي : 63

2- دراسة الحالة : 63

3-أدوات المستعملة في البحث : 64

4-دافع الفحص النفسي: 68

5-وصف الحالات العيادية المدروسة: 68

6- مكان الدراسة: 68

الفصل السادس: عرض الحالات العيادية

التقرير السيكولوجي للحالة الأولى: 70

التقرير السيكولوجي للحالة الثانية: 79

الفصل السابع: عرض النتائج ومناقشتها

نص فرضية البحث الأساسية: 88

الاستنتاج العامل للبحث: 89

الخاتمة: 93

قائمة المراجع: 95

قائمة الجداول:

اسم الجدول	الصفحة
جدول أعمدة بيك	**45**
جدول التقنيات المعرفية	**48**
جدول التقنيات السلوكية	**49**
جدول التقنيات العاطفية	**50**

قائمة الأشكال

اسم الشكل	الصفحة
شكل 1 نموذج تفاعلي للمستويات التي يمكن التدخل فيها في العلاج.	**30**
شكل 2 شبكة SECCA	**45**

المقدمـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــة

مقدمة:

تُعد مرحلة الرشد من المراحل الحاسمة في حياة الإنسان، إذ تشكل نقطة تحوّل نحو الاستقلالية وتحمّل المسؤوليات. ففي هذه المرحلة، يعمل الفرد على تطوير مهاراته الحياتية، اتخاذ قراراته بشكل مستقل، وبناء هويته الشخصية، إلى جانب تأسيس علاقات اجتماعية ومهنية مستقرة. غير أن هذا الانتقال من عالم المراهقة، حيث الاعتماد على الوالدين، إلى مواجهة متطلبات الواقع وضغوطه اليومية، قد يُفضي إلى نوع من الصدام الداخلي بين التطلعات الفردية والتحديات البيئية. هذا الصراع قد يُمهّد لظهور مجموعة من الاضطرابات النفسية، وعلى رأسها اضطرابات التوتر، بما فيها نوبات الهلع، التي تُعد استجابة شائعة لضغوط هذه المرحلة الانتقالية. فتوصلت الاحصائيات في عام 2019، كان هناك 301 مليون شخص مصابين باضطراب القلق، منهم 58 مليون طفل ومراهق. وتتميز اضطرابات القلق بمشاعر الخوف المفرط والقلق والاضطرابات السلوكية ذات الصلة، وتكون أعراضها وخيمة بما يكفي لتسبب كرباً شديداً أو قصور جسيم في الأداء. وهناك عدة أنواع مختلفة من اضطرابات القلق، من بينها: اضطراب القلق العام (المميز بالقلق المفرط)، واضطراب الهلع (المميز بنوبات الهلع)، واضطراب القلق المجتمعي (المميز بالخوف المفرط والقلق في المواقف الاجتماعية)، واضطراب القلق الانفصالي (المميز بالخوف أو القلق المفرط بشأن الانفصال عن الأفراد الذين تربطهم بالشخص رابطة عاطفية عميقة)، وغيرها من الأنواع. ويوجد علاج نفسي فعال، وقد يُنظر أيضاً في إعطاء الأدوية رهناً بعمر الفرد ووخامة حالته. (منظمة الصحة العالمية 2022). تتمثل المشكلة الكبيرة لصاحب هذا النوع من الاضطراب في اختلال وظيفه اليومي، اختلال علاقاته خارج البيت وفي المناسبات الاجتماعية فعرف كوترو cottrauxاضطراب الهلع على النحو التالي: تظهر نوبات الهلع غالبًا في شكل سيناريو كارثي تُحرّكه أحداث خارجية أو إدراكات داخلية جسدية. ونادرًا ما تغيب فكرة الموت عن هذا السيناريو. إذ يشعر، نتيجة لما يعيشه من إحساس جسدي قوي بالموت غالبًا ما يصاحبه شعور بالغربة والاغتراب،

وكأنه «انتقل إلى العالم الآخر». ويتجاوز هذا الإحساس الحسي جميع أشكال التفكير المنطقي. ويمنعه الخوف من تكرار تلك التجربة المؤلمة من التغرّب/التبدد (dépérsonnalisation/déréalisation)من مواجهة المواقف.

(J. Cottraux 2011 ,143)

كما أضاف Jean-philippe Boulenger الى ذلك ان: تُعدّ نوبة الهلع تجربةً فجائية وشديدة من الخوف، حيث تقوم نزعة الفعل المرتبطة بالهلع بتنسيق مجمل الاستجابات التعبيرية والحركية والفسيولوجية والسلوكية للفرد، وذلك في مواجهة وضع يُقيَّم – غالبًا بشكل تلقائي – على أنه يشكل تهديدًا للسلامة الجسدية أو الاجتماعية للفرد. وبعيدًا عن كونها مقتصرة على اضطراب الهلع فقط، فإن نوبة الهلع تُختبر في جميع اضطرابات القلق.

(Jean-Philippe Boulenger, 2014, 13)

كما شهد مجال علاج اضطراب الهلع خلال العقدين الأخيرين تطورًا ملحوظًا بفضل تعمّق الفهم في أسبابه وآلياته المختلفة، مما ساهم في تحسين الاستجابات العلاجية. ويُعدّ العلاج المعرفي السلوكي اليوم من بين أنجع الأساليب العلاجية المعتمدة، إذ أصبح بإمكان الأخصائيين النفسيين العياديين تدريب المرضى على استخدام تقنياته بشكل فعّال في التخفيف من الأعراض والسيطرة عليها. ولكن رغم فعاليته مع العديد من المرضى الا انه يحتاج في بعض الأحيان الى تدخل تقنيات أخرى.

فصممنا هذا البحث الحالي من أجل تقديم تقنية جديدة واختبارها في الممارسة العيادية والتي تعرف بتقنية لوحة السادو.

وبناء على ما سبق ولمعالجة موضوعنا وللإجابة عن تساؤلنا يجب الإشارة إلى أن الدراسة تتضمن جزأين: النظري والتطبيقي وكلاهما مكمل للأخر، فالجزء النظري يتضمن الى أربعة فصول وهي:

الفصل الأول ويتمثل في مدخل إلى الدراسة ويتكون من: **إشكالية** البحث، فرضيات البحث، أهداف الدراسة، أهمية الدراسة العيادية **ثم التعاريف** الإجرائية لمصطلحات البحث.

اما الفصل الثاني تمثل في تعريف اضطراب نوبة الهلع، أسباب نوبة الهلع، الدراسات السابقة التي تناولت اضطراب الهلع، معايير تشخيص نوبة الهلع، النظريات المفسرة لنوبة الهلع **و**علاج اضطراب الهلع.

والفصل الثالث تطرقنا الى العلاج المعرفي السلوكي والذي شمل كل من:

تعريف العلاج النفسي، تعريف العلاج المعرفي سلوكي، تاريخ العلاج المعرفي السلوكي، مبادئ العلاج معرفي سلوكي، سيرورة العلاج معرفي السلوكي، تقنيات العلاج المعرفي السلوكي. **وفي الأخير في الفصل الرابع** عرفنا بتقنية السادو وسيرورة الحصة.

اما **الجانب التطبيقي** فيضم هو الاخر ثلاثة فصول هي:

الفصل الخامس والذي يحتوي على المنهج العيادي، أدوات البحث، المقابلة العيادية، ملاحظة العيادية، اختبار فحص الهيئة العقلية، اختبار هاميلتون للقلق Has-p، مكان إجراء الدراسة الميدانية.

ثم الفصل السادس الذي تطرقنا فيه الى عرض الحالات العيادية، تقرير السيكولوجي للحالة الأولى، تقرير السيكولوجي للحالة الثانية.

وآخرا **الفصل السابع** وتكون من: عرض نتائج ومناقشتها، مناقشة النتائج على ضوء فرضية البحث، الاستنتاج العام، خاتمة والتوصيات.

الجانب النظـــــــري

الفصل الأول: مدخل الى الدراسة

- ✓ إشكالية البحث
- ✓ فرضيات البحث
- ✓ أهداف الدراسة
- ✓ أهمية الدراسة العيادية
- ✓ التعاريف الإجرائية للمصطلحات البحث

إشكالية البحث:

تُعتبر نوبات الهلع من الاضطرابات النفسية الشائعة ضمن طيف اضطرابات القلق، حيث تتميز بحدوث نوبات مفاجئة من الخوف الشديد وغير المبرر، يصاحبها أعراض جسدية مثل تسارع ضربات القلب، ضيق التنفس، الدوخة، والتعرق المفرط، ما يؤدي إلى شعور متزايد بفقدان السيطرة والخوف من الموت أو الجنون (American Psychiatric Association, 2013). هذه الأعراض لا تقتصر على الجوانب النفسية فقط، بل تمتد لتؤثر على الأداء اليومي للفرد، سواء في العلاقات الاجتماعية أو العمل، وتؤدي إلى تجنب المواقف التي قد تُثير هذه النوبات، مما يزيد من عزلة المريض وتفاقم حالته (Crask &Barlow , 2007 , 11–12). وفقًا لـ DSM–5 TR، تُعرّف نوبة الهلع على النحو التالي: "نوبة هلع هي فترة مفاجئة ومكثفة من الخوف أو الانزعاج الشديد، تحدث فجأة وتصل إلى ذروتها في غضون دقائق، وتُصاحبها أربعة أعراض على الأقل من قائمة محددة.(DSM–5TR ,300) " تشير الدراسات الوبائية إلى أن معدل انتشار نوبات الهلع مدى الحياة يتراوح بين 1.4% و4.1% بين البالغين في العالم.(عبد الحفيظ يحيى خوجة 2023) .كما يُصاب حوالي 2% إلى 3% من السكان باضطراب الهلع سنويًا، مع زيادة في نسبة الإصابة لدى النساء بمقدار الضعف مقارنةً بالرجال. (John W Barnhill ,2023)

مع هذا اضافت دراسة تايلور وزملائه (1996) فقد هدفت الى فحص العلاقة بين حساسية القلق وكل من الهلع والاكتئاب لدى عينة اكلينيكية قوامها (52) من ذوي اضطراب الهلع ، و(64) من ذوي الاكتئاب، و(37), من ذوي التشخيص المزدوج (هلع واكتئاب) وطبق مقياس بيك للاكتئاب واستبيان حساسية القلق وكذا مقابلات تشخيصية.

اسفرت نتائجها عن وجود ثلاث عوامل لحساسية القلق، وتمثلت في الخوف من الاعراض الملحوظة، الخوف من اختلال التحكم المعرفي، الخوف من الاحساسات البدنية، وقد ارتبط الهلع ارتباطا موجبا بكل من الخوف من الاعراض الملحوظة والخوف من الاحساسات البدنية

كما حصل المرضى ذو التشخيص المزدوج على متوسط درجات حساسية القلق أكبر وبفرق جوهري من ذوي تشخيص اضطراب الهلع دون اكتئاب، (حسين فايد ،2007, 105)

وأيضا تظهر نوبات الهلع غالبا في شكل سيناريو كارثي تحركه أحداث خارجية او إدراكات داخلية جسدية. ونادرا ما تغيب فكرة الموت عن هذا السيناريو. إذ يشعر، نتيجة لما يعيشه من إحساس جسدي قوي بالموت غالبا ما يصاحبه شعور بالغربة والاغتراب، "انتقل إلى العالم الاخر". ويتجاوز هذا الإحساس الحسي جميع أشكال التفكير المنطقي. ويمنعه الخوف من تكرار تلك التجربة المؤلمة من التغرب /التبدد (dépersonnalisation, déréalisation) من مواجهة المواقف.

(J. Cottraux,2011 p143)

يُعد العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) من أكثر العلاجات النفسية فعالية في التعامل مع نوبات الهلع. يعتمد هذا النوع من العلاج على تعديل أنماط التفكير المشوهة والسلوكيات غير التكيفية التي تُسهم في استمرار القلق والخوف، مع التركيز على إعادة بناء التفسيرات الإدراكية للمواقف المثيرة للقلق وتعلم استراتيجيات المواجهة الفعالة (Beck & Clarck , VII). وقد قدم العلماء تعريفات مختلفة لهذا النهج العلاجي، نذكر أبرزها:

آرون بيك (Aaron T. Beck): يعتبر "بيك" الأب المؤسس للعلاج المعرفي، وعرّفه بأنه:

"نظام علاجي منظم وقصير المدى يهدف إلى تحديد الأفكار التلقائية السلبية وتغييرها، والتي تُسهم في اضطرابات المزاج والسلوكيات غير التكيفية." (Beck, 1979,3)

إليس (Albert Ellis): عرّف العلاج المعرفي السلوكي من خلال نظريته المعروفة بالعلاج العقلاني العاطفي السلوكي (REBT) بأنه: "أسلوب علاجي يهدف إلى مساعدة الأفراد

على تحديد الأفكار غير المنطقية التي تؤدي إلى مشاعر وسلوكيات غير صحية، واستبدالها بمعتقدات منطقية ومرنة."

(Ellis, 1962,96)

ميكنبوم (Meichenbaum): وصف العلاج المعرفي السلوكي بأنه: "إطار علاجي يُركز على مساعدة الأفراد في التعرف على العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات، ويهدف إلى تغيير هذه التفاعلات لتحسين الأداء النفسي."(Meichenbaum, 1977, 111)

كلارك (David M. Clark) وبيك (Judith S. Beck): عرّفا CBT بأنه: "علاج نفسي قائم على الأدلة يهدف إلى تعديل أنماط التفكير والسلوك التي تُسهم في استمرار الاضطرابات النفسية، ويعتمد على تعليم المهارات اللازمة للتعامل مع المشكلات النفسية بشكل فعّال".(Clark & Beck, 2010,1)

جمعية علم النفس الأمريكية (APA): عرّفت العلاج المعرفي السلوكي بأنه: "نهج علاجي يستند إلى فكرة أن أنماط التفكير غير المنطقية أو المشوهة تُسهم في ظهور المشاكل النفسية، ويهدف إلى تعديل هذه الأفكار لتحسين الحالة النفسية والسلوكيات اليومية."
(APA, 2017)

كما جاءت في هذا السياق دراسات سابقة نذكر منها:

دراسة مهمل آسيا (فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التقليل من نوبات الهلع سلوك التجنب والأعراض المرضية لدى الإصابة بإضطراب المصحوب برهاب المكان) "جامعة الجزائر-02" سنة (2013-2014)

أوضحت هذه الدراسة النتائج البحث بأن التقليل من التغييرات الخاطئة و المهددة من خلال استعمال تقنية التزويد بالمعلومات حول اضطراب الهلع، استعمال تقنية إعادة البناء المعرض،تقنية الاسترخاء العضلي التدريجي و التعريض الامترات الإستنباهية الداخلية له

تأثير إيجابي مباشر يظهر من خلال انخفاض عدد و شدة نوبات الهلع ، تجنب الوضعيات الرهابية و انخفاض مستوى الأعراض المرضية الثانوية لهذا الداء و تبعا لهذا يمكننا التصريح بفعالية العلاج المعرض السلوكي في التقليل من التغييرات التي يمنحها المصابون للأحاسيس المزعجة المرتبطة بنوبات الهلع لذا و في ضوء نتائج البحث الحالي نقترح أن تقوم بحوث في إطار فحص فعالية كل تقنية علاجية في التقليل من اضطراب الهلع و سلوك التجنب لدى هذه الفئة من المرضى كما يفتح هذا البحث الباب لبحوث في اطار فحص العلاقة بين العوامل المثبتة السلوكية و العوامل المثبتة البيئية واضطراب الهلع الصحوب برهان المكان ،كما يفتح الباب للدراسات حول فعالية العلاج المعرض السلوكي على مدى زمني يفوق السنة كمدة تتبعيه للعلاج.

و دراسة من إعداد بلقاسم محمد نسيم، توشي فلة دنيا (فعالية برنامج علاج سلوكي معرفي في الخفض من قلق الإمتحان لدى تلاميذ السنة الرابعة متوسط)"جامعة الجزائر -2أبو القاسم سعد الله" سنة (2022-2026)

يهدف هذا البحث إلى تطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي بغية خفض قلق الامتحان لدى تلاميذ السنة الرابعة متوسط، يعمل على تدريب عينة البحث على بعض التقنيات المعرفية و السلوكية بهدف حل و تجاوز قلق الإمتحان أو خفض الأعراض المصاحبة له من قلق و إكتئاب و خوف من الرسوب أو الفشل و من ثم إختبار فعالية البرنامج العلاجي، حيث ثم إتباع المنهج الشبه التجريبي و ذلك لسهولة تطبيقه،هذا و قد شملت الأدوات المستخدمة كل من المقابلة العيادية ،التحليل الوظيفي،مقياس قلق الإمتحان وكذا برنامج علاجي معرفي سلوكي .

أسفرت النتائج عن وجود فروق بين نتائج القياس القبلي والقياس البعدي على مستوى مقياس قلق الامتحان ما يدل على فعالية البرنامج العلاجي في خفض قلق الامتحان والأعراض المصاحبة له لدى عينة البحث.

ونضيف أيضا دراسة منتصر صلاح فتحي أحمد –النابغة فتحي محمد سعيد (كفاءة برنامج معرفي –سلوكي وتأثيره في تحسين أعراض حالات نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء)"جامعة أسيوط فرع الوادي الجديد"

هدفت الدراسة الراهنة لتحديد كفاءة أو فعالية العلاج المعرفي –السلوكي في تخفيف أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ،وإبراز قدرة العلاج المعرفي السلوكي على تعديل الأفكار و الاتجاهات السلبية لدى هذه الفئة، و كذا توصل إلى عدد من اختبارات التشخيصية لأعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء، فضلا عن اختبارات تقويمية للأساليب العلاجية ،تتميز بكفاءة قياسية نفسية مرتفعة ،كما هدفت الدراسة لأقرار برنامج علاجي معرفي سلوكي موحد و مفصل، يتميز بدرجة من المرونة، و الكفاءة العلاجية، و ملائم لثقافتنا العربية، و يمكن استخدامه من قبل المعالجين للحالات المشابهة. وحاولت الدراسة الراهنة تقديم نموذج علمي لدراسة علاجية للحالات فردية لنوبات الهلع المصحوب برهاب المكان.

وعلى الرغم من فعاليته، إلا أن بعض الحالات قد تستجيب بشكل جزئي لهذا العلاج أو تحتاج إلى تدخلات تكميلية لتعزيز نتائجه.

في هذا السياق، برزت تدخلات بديلة ومكملة للعلاج النفسي الكلاسيكي، من بينها استخدام لوحة السادو (Sadhu Board)، وهي لوحة خشبية مزودة بمسامير معدنية دقيقة، مستوحاة من ممارسات التأمل واليوغا القديمة. تعتمد هذه الأداة على الوقوف حافي القدمين عليها، ما يُحفّز نقاط الضغط في باطن القدمين، ويُسهم في تنشيط الجهاز العصبي الذاتي، وتحديدًا الجهاز العصبي السمبثاوي، مما قد يساعد في تخفيف التوتر والقلق (Lena L.2024). تشير الدراسات إلى أن تحفيز نقاط الضغط قد يُعزز إفراز الإندورفينات ويُخفف من التوتر العضلي، ما يُساعد الفرد على الوصول إلى حالة من الاسترخاء العميق وتقليل الاستجابة الفسيولوجية للقلق (Field, 2014,225).

بناءً على ذلك، يُمكن افتراض أن دمج لوحة السادو مع العلاج المعرفي السلوكي قد يُنتج تأثيرًا تآزريًا يُحسن من فعالية العلاج التقليدي. إذ قد يُساعد التحفيز الجسدي الناتج عن استخدام لوحة السادو في تخفيف الأعراض الجسدية المرتبطة بنوبات الهلع، مثل التوتر العضلي وتسارع نبضات القلب، وهو ما قد يُعزز قدرة المريض على التفاعل بشكل إيجابي مع تقنيات العلاج المعرفي السلوكي. ومن هنا، تبرز الحاجة إلى استكشاف العلاقة بين هذه الأدوات البديلة والعلاجات النفسية المعيارية لتقديم تدخلات علاجية أكثر شمولية وفعالية.

بناءً على ما سبق، يمكن صياغة التساؤل الرئيسي لإشكالية البحث التالي:

-ما هي اسهامات استخدام لوحة السادو كأداة مساعدة في تعزيز فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من عدد نوبات الهلع لدى الراشدين؟

1-التساؤلات:

1-**التساؤل الرئيسي :**

-ما هي اسهامات استخدام لوحة السادو كأداة مساعدة في تعزيز فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من عدد نوبات الهلع لدى الراشدين؟

2.التساؤلات الفرعية:

-ما تأثير استخدام لوحة السادو على عدد نوبات الهلع ؟

-هل يُمكن أن تُساهم لوحة السادو في تقليل مستويات القلق العام لدى الراشدين المصابين بنوبات الهلع؟

-هل يمكن اعتماد لوحة السادو كأداة تكميلية في الممارسات العلاجية داخل العيادات النفسية لتحسين علاج نوبات الهلع؟

2-فرضيات البحث:

1.الفرضية الرئيسية:

-استخدام لوحة السادو كأداة مساعدة يُساهم في تعزيز فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من عدد نوبات الهلع لدى الراشدين.

2.الفرضيات الفرعية:

- استخدام لوحة السادو يُقلل من الأعراض الجسدية المرتبطة بنوبات الهلع، مثل تسارع ضربات القلب، ضيق التنفس، والتعرق المفرط.
- لوحة السادو تُساهم في خفض مستويات القلق العام لدى الراشدين المصابين بنوبات الهلع.
- يمكن اعتماد لوحة السادو كأداة تكميلية فعّالة داخل العيادات النفسية لتحسين علاج نوبات الهلع.

3-أهداف الدراسة:

- تقييم تأثير استخدام لوحة السادو على الأعراض الجسدية لنوبات الهلع.
- دراسة إمكانية مساهمة لوحة السادو في تقليل عدد نوبات العام لدى الراشدين المصابين بنوبات الهلع.
- تحديد مدى إمكانية اعتماد لوحة السادو كأداة علاجية تكميلية في الممارسات الإكلينيكية
- تحليل الاستجابات الفردية تجاه استخدام لوحة السادو وتأثيرها على التجربة العلاجية.

4-أهمية الدراسة العيادية:

تكتسب هذه الدراسة العيادية أهمية كبيرة نظرًا لارتباطها بتقديم حلول علاجية مبتكرة لاضطراب نفسي شائع وهو نوبات الهلع، خاصة لدى فئة الراشدين. وتتمثل أهمية هذه الدراسة في عدة جوانب:

-تهدف هذه الدراسة إلى تقييم فعالية دمج لوحة السادو مع العلاج المعرفي السلوكي (CBT)، ما قد يسهم في تطوير طرق علاجية تكميلية تعزز من فعالية العلاج التقليدي لنوبات الهلع.

-يمكن أن يوفر هذا الدمج طرق علاجية جديدة تلائم احتياجات المرضى الذين لا يستجيبون بشكل كافٍ للعلاج المعرفي السلوكي وحده.

-افتقار الأبحاث النفسية إلى دراسات عميقة حول فعالية لوحة السادو كأداة تدخل في العلاج النفسي.

-تقدم هذه الدراسة إضافة علمية جديدة من خلال استكشاف تأثير هذه الأداة البديلة على الصحة النفسية، مما يفتح المجال لدراسات مستقبلية حول استخدام وسائل علاجية غير تقليدية.

-قد تُسهم نتائج هذه الدراسة في تطوير برامج علاجية متكاملة داخل العيادات النفسية، تعتمد على المزج بين العلاج النفسي التقليدي وأساليب الاسترخاء البديلة مثل لوحة السادو.

-يمكن أن تساعد هذه البرامج في تدريب الأخصائيين النفسيين على استخدام أدوات غير تقليدية لتوسيع خيارات العلاج.

5-التعاريف الإجرائية لمصطلحات البحث:

1. العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy - CBT): هو برنامج علاجي نفسي قصير المدى يتضمن جلسات منظمة تعتمد على تعديل الأفكار السلبية وأنماط السلوك غير التكيفية المرتبطة بنوبات الهلع. في هذه الدراسة، يخضع

المشاركون لجلسات CBT تهدف إلى تعليمهم كيفية التعرف على الأفكار المشوهة والتعامل مع المثيرات التي تؤدي إلى نوبات الهلع في عدد من الجلسات

2.لوحة المسامير السادو (Sadhu Board) : هي أداة مكونة من لوح خشبي أو معدني مزود بمسامير معدنية دقيقة موزعة بشكل متناسق، يُستخدم للوقوف حافي القدمين عليها لفترات زمنية محددة خلال جلسات العلاج. في هذه الدراسة، سيتم استخدام لوحة السادو كوسيلة لتحفيز نقاط الضغط في القدمين بهدف تقليل مستويات القلق والتوتر لدى المشاركين الذين يعانون من نوبات الهلع.

3.نوبات الهلع (Panic Attacks): هي نوبات مفاجئة من الخوف أو الذعر الشديد تستمر لبضع دقائق، وتُصاحبها أعراض جسدية مثل تسارع ضربات القلب، ضيق التنفس، التعرق، والدوار. في هذه الدراسة، يتم تحديد المشاركين بناءً على تشخيصهم باضطراب الهلع وفقًا للمعايير الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-5TR.

4.الراشد (Adult): يُقصد بالراشد في هذه الدراسة كل فرد يتراوح عمره بين 20 و60 عامًا، وهو في مرحلة من النمو تتميز بالنضج الجسدي والعقلي والاجتماعي. تم اختيار هذه الفئة العمرية نظرًا لارتفاع معدلات الإصابة بنوبات الهلع خلالها.

الفصل الثاني: نوبة الهلع، خصائصه العيادية والمعايير التشخيصية

- ✓ تعريف اضطراب نوبة الهلع
- ✓ أسباب نوبة الهلع
- ✓ الدراسات السابقة التي تناولت اضطراب الهلع
- ✓ معايير تشخيص نوبة الهلع
- ✓ النظريات المفسرة لنوبة الهلع
- ✓ علاج اضطراب الهلع

تمهيد

يعيش الإنسان في عالم متغير يتأثر فيه بأحداث اجتماعية ثقافية اقتصادية وسياسية وبالتالي فهي خليط من التجارب المختلفة وقد يسبب بعض هذه التجارب انفعالات وعواطف قوية ومؤلمة مثل القلق .

ويعد اضطراب الهلع الأكثر انتشارا مقارنة باضطرابات القلق الأخرى، بحيث أنه يعاني ثلث الناس من نوبات الهلع من حين لآخر.

ومن خلال ما سبق سنتطرق في هذا الفصل الى تعريف اضطراب الهلع وأسبابه، وكذا معايير تشخيصه حسب DSM5 وDSM-5 TR ثم التطرق الى التشخيص الفارقي، بالإضافة إلى النظريات المفسرة لاضطراب الهلع ثم العلاج.

1-تعريف مصطلحات القلق:

تعريف القلق:

بوصفه حالة قلق هو خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف او تهديد من شيء دون ان يستطيع تحديده تحديدا واضحا وغالبا ما تصاحب هذه الحالة بعض التغيرات الفسيولوجية كازدياد في عدد ضربات القلب، ارتفاع ضغط الدم، الغثيان، فقدان الشهية ثم ازدياد معدل التنفس، الشعور بالاختناق، عدم القدرة على النوم وقد يصاحب القلق توتر عضلي في ازدياد النشاط الحركي واحساس بتعب عضلي بجانب شعور عام بعدم القدرة على التفكير، التنظيم وفقدان القدرة على السيطرة وعلى ما يقوم به الفرد من عمل.

(الأحمد أمل 2001ص52)

الإجهاد النفسي:

هو مجموعة من الاضطرابات الجسمية المتولدة عن بواعث متنوعة كالبرد والمرض او الانفعال والصدمة الجراحية والظروف المؤدية الى هذه الاضطرابات متولدة عن جهد المعلم

كما أن مفهوم الإجهاد مفهوم غامض بعض الشيء حيث انه حديث النشأة وتطور كما وصفه بعض الباحثين لذلك فقط تعددت تعريفاته التي قدمها الباحثون عن الإجهاد النفسي بحيث ينطلق كل تعريف من رؤية معينة فإن بعض التعريفات تنطلق من المثير المحدد للإستجابة وبعضها الآخر ينطلق من الإستجابة الصادرة اتجاه ذلك المثير وفريق ثالث يجمع بين المثير والإستجابة بالإضافة لمتغيرات وسيطة **(بيومي صلاح 1998، ص128)**.

مفهوم التوتر:

يمكن تعريف التوتر النفسي على النحو التالي:

هو حالة من الإنفعال مصحوبة بعدم التوازن الشخصي للأخصائيين الإجتماعيين ينتج عن الضغوط التي يتعرض لها الأخصائيون الأجتماعيون في بيئات العمل سواء المرتبطة بالميول أو المناخ التنظيمي للمؤسسات أو العوامل المرتبطة بظروف العمل كما ينجم عن التوتر خلل في الجوانب النفسية والعاطفية والفيزيولوجية للأخصائيين الإجتماعيين مما يؤدي الى إنخفاض قدراتهم وتدنيها في العمل. **(تايلور براون وآخرون.1997ص 91)**

2-تعريف اضطراب الهلع:

تعددت تعاريف اضطراب الهلع بإختلاف الباحثين والمختصين، ولكنها إتفقت على أنه نوع من أنواع اضطرابات القلق، وفيما يلي عرض موجز لعدد من هذه التعارف:

1.2 تعريف الهلع لغة:

قيل الهلع من الجزع وقلة الصبر، وقيل: هو أسوأ الجزع وافحشه، هلع يهلع هلعا وهلوعا فهو هلع وهلوع، ومنه قول هشام بن عيد الملك لعشبة بن عقال حيث أراد أن يقبل يده، مثلا ياشبة فإن العرب لا تفعل هذا إلا هلوعا وإن العجم لم تفعله إلا خضوعا، والهلع كالهلوع، ورجل هلع وهالع وهلوع وهلواع وهلواعة، جزوع حريص. والهلع: الحزن، تميمية والهلع الحزين، وشح هالع محزن وفي التنزيل، إن الإنسان خلق هلوعا.

كما يعرف الهلع على أنه يعبر عن تكرار دائم لهجمات الهلع أو القلق التوقعي الذي يمكن أن يكون مصحوبا برهاب الفضاءات. **(لطيفة زروالي 2014ص84)**

2-2 تعريف الهلع اصطلاحا:

أحمد عكاشة: إن اضطراب الهلع يتسم بنوبات متكررة من القلق الشديد، هذه النوبات على موقف محدد أو مجموعة من المواقف وبالتالي لا يمكن التنبؤ بها، وتختلف الأعراض البارزة من شخص إلى آخر، وفي المقابل تشيع البداية المفاجئة للخفقان وآلام الصدر والدوار، بالإضافة إلى وجود لمجموعة من المخاوف مثل الخوف من الموت أو من الجنون.

وحسب الدليل التشخيص الرابع والتشخيصي الخامس :هي نوبات هلع متكررة غير متوقعة . هجمة الهلع هي إندفاع مفاجئ للخوف الشديد أو الإنزعاج الشديد والتي تصل إلى الذروة في غضون ثلاث دقائق. **(أنور الحمادي2015ص،94)**

وفي تعريف معجم علم النفس والطب النفسي :إن اضطراب الهلع حالة من القلق العصابي، تتميز بتكرار للنوبات الهلعية المفاجئ، وتكون إحساسا بالرعب والتوجس الحاد، تصاحبه أعراض مثل الدوار وصعوبة التنفس ومشاعر عدم الواقعية أو الخوف.

(جابر عبد الحميد، علاء الدين الكفافي،1988،ص167).

3-أسباب نوبة الهلع:

يتأثر اضطراب الهلع بالعوامل الخاصة بالإستعداد الوراثية والعوامل النفسية والبيئة المشجعة. فقد أكدت الكثير من الأبحاث على تأثير العوامل الخاصة بتجارب الإنفصال والتخلي والحداد و الخاصة بالحوادث الضاغطة(التهديد بالإنفصال أو بالتخلي...)، في المقابل أظهرت أعمال أخرى أن هاته العوامل ليست بقطيعة.كما أكد إنتشار هذا الإضطراب داخل بعض العائلات على فرضية الوراثة.دعم هذا المنحى بعض الدراسات

التي أجريت على التوائم والتي أظهرت وجود العامل العائلي ، لكن بدون تمكنها من تحديد بدقة المكون الوراثية**(لطيفة زروالي2014ص85،86)**

4-الدراسات السابقة التي تناولت اضطراب الهلع:

تمثلت أهم الدراسات فيما يلي:

دراسة **نعمان سرحان وعلي حيدر عبد المحسن (2006)**,في العراق والتي هدفت إلى معرفة نسبة اضطراب الهلع في أقارب الدرجة الأولى للمرضى والأصحاء كما درست انتشار الهلع بإستخدام التاريخ العائلي، توصلت النتائج إلى أن نسبة اضطراب الهلع كانت مرتفعة عند أقارب الدرجة الأولى للمرضى مقارنة بأقارب الدرجة الأولى للأصحاء ،وكانت نسبة الإصابة عند الإناث ضعف الذكور **(نعمان سرحان،علي حيدر،2006)**.

كما تؤكد دراسات أخرى، على مساهمة النظام السيروتونيني من خلال الإشارة إلى فعالية مضادات الإكتئاب السيروتونينية في الحد من هجمات الهلع ، ومساهمة تناول MCCP في حدوثها **(لطيفة زروالي،،2014 ،86)**.

في مقابل ذلك أرتكزت الكثير من الدراسات العصبية البيولوجية على بعض التجارب الخاصة بهجمة الهلع من خلال إستعمال الكثير من المواد: حقن بمادة الصوديوم وإستنشاق مادة الديوكسين للكربون او تناول مادة4CCK كما أظهرت تقنيات التصوير الدماغي الوظيفي إرتفاعا في السرعة الدموية على مستوى الفصين الصدغيين خلال النوبة الهلعية الناتجة عن مادة اللكتات، على مستوى وهي ملاحظات تم التأكيد على حدوثها من قبل خلال النوبة الشرعية ذات الأعراض الهلعية.

-الدراسات الأجنبية:

أجرى **كوكس وزملائه 1991** دراسة بهدف فحص العلاقة بين حساسية القلق والهلع، وأجريت الدراسة على عينة قوامها 262 طالب جامعي، وأسفرت النتائج على أن 50% من الأشخاص المرتفعين في حساسية القلق قد عانوا من نوبات هلع خلال السنة الماضية **(حسن فايد، 2007ص 105)**

أما دراسة **تايلور وزملائه (1996)** فقد هدفت إلى فحص العلاقة بين حساسية القلق وكل من الهلع والإكتئاب لدى عينة إكلينيكية قوامها (52) من ذوي اضطراب الهلع ، و(64) من ذوي الإكتئاب، (37) و من ذوي التشخيص المزدوج (هلع وإكتئاب) وطبق مقياس بيك للإكتئاب وإستبيان حساسية القلق وكذا مقابلات تشخيصية .

أسفرت نتائجها عن وجود ثلاث عوامل لحساسية القلق، وتمثلت في الخوف من الأعراض الملحوظة، الخوف من إختلال التحكم المعرفي، الخوف من الإحساسات البدنية، وقد إرتبط الهلع إرتباطا موجبا بكل من الخوف من الأعراض الملحوظة والخوف من الإحساسات البدنية كما حصل المرضى ذو التشخيص المزدوج على متوسط درجات حساسية القلق أكبر وبفرق جوهري من ذوي تشخيص اضطراب الهلع دون إكتئاب، **(حسن فايد ،2007, 105)**.

5-معايير تشخيص نوبة الهلع حسب DSM4 وDSM5 TR:

يستخدم مصطلح النوبة للإشارة إلى أحاسيس شديدة ومتسارعة تتم عن ردة فعل جسمية قوية، ويشعر المرضى أثناء النوبة أنهم غير قادرون على التنفس أو ببعض الآلام في الصدر، كما أن فرط الهوية يظهر في غالب الحالات، ويعمل على تسارع الأعراض الجسمية المقلقة كالإحساس بالدوار والغثيان، والآلام العضلية)

حسب الدليل التشخيصي والإحصائي DSM4وDSM5 فإن نوبة الهلع فترة محصورة من الخوف أو الضيق الشديد نشأت فيها أربعة أو أكثر من الأعراض التالية بشكل مفاجئ وبلغت ذروتها خلال عشر دقائق:

1-خفقان أو قوة ضربات القلب أو زيادة سرعتها.

2-التعرق

3-الإرتجاف أو الإرتعاش

4-الإحساس بضيق التنفس أو بالإختناق

5-الإحساس بغصة

6-ألم وضيق بالصدر

7-غثيان وتوعك بالبطن

8-الشعور بالدوخة أو عدم الثبات أو خفة الرأس أو الإغماء.

9-الإحساس بتغير الواقع أو بتغير الذات (إختلاف الأنية) الإحساس بانسلاخ الشخص عن ذاته.

10-الخوف من فقدان السيطرة أو الإصابة بالجنون.

11-الخوف من الموت

(DSM5 TR-DSM4)

ملاحظة: ليست نوبة الهلع اضطرابا يمكن ترميزه، وإنما عليك أن تركز التشخيص المحدد الذي تحدث فيه نوبات الهلع مثل اضطراب الهلع غير المصاحب لرهاب الأماكن المفتوحة **(الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 2001, 2019).**

6- معايير تشخيص اضطراب الهلع حسب :DSM5-TR

تم إدراج اضطرابات الهلع حسب معايير DSM5-TR في باب اضطرابات القلق تحت رمز **(F41.0)** ولتشخيص هذا الإضطراب وردت المعايير التالية:

نوبات هلع متكررة غير متوقعة. هجمة الهلع هي إندفاع مفاجئ للخوف الشديد أو الإنزعاج الشديد والتي تصل الذروة في غضون دقائق، وخلال هذا الوقت تحدث أربعة (أو أكثر) من الأعراض التالية:

ملاحظة: يمكن أن يحدث الإندفاع المفاجئ من حالة هدوء أو حالة قلق.

1- خفقان، دقات القلب الشديدة، أو تزايد سرعة القلب.

2- تعرّق.

3- إرتعاش أو إرتجاف.

4- أحاسيس بقصر النفس أو الاختناق.

5- شعور بالغَصَص.

6- ألم أو إنزعاج صدري.

7-غثيان أو تلبك في البطن.

8-الإحساس بالدوار أو عدم الثبات أو خفة الرأس أو الإغماء.

9- قشعريرة أو أحاسيس بالحرارة.

10- مذل أو تشوش الحس (إحساسات بالتنميل أو بالوخز).

11- تبدد الواقع (إحساسات باللاواقعية) أو تبدد الشخصية (أن يكون الشخص منفصلاً عن ذاته).

12- خوف من فقدان السيطرة أو الجنون.

13- خوف من الموت.

(DSM5-TR)

7-معايير تشخيص نوبة الهلع ICD-11 :

المقاييس التشخيصية المعتمدة على التصنيف الدولي10 لنوبة الهلع تعتبر مماثلة للمعايير الموصوفة في الدليل التشخيصي والإحصائي 5 فيما عادا كون 11 ضمن بندا إضافيا هو جفاف الفم ،حيث أن 10على النقيض من الدليل التشخيصي والإحصائي 5 الذي يؤكد على وجود أعراض تتضمن التعرق ، إرتعاد أو جفاف الفم وكذلك بخلاف الدليل الإحصائي والتشخيصي 5 الذي عرف اضطراب الهلع بأنه يضم نوبات هلع متكررة ،ودالة اكلينيكيا فإن المعايير التشخيصية ل 10 تفرض وجود على الأقل 4 نوبات هلع خلال 4 اسابيع ويستبعد اضطراب الهلع إذا كانت نوبات الهلع تعود إلى فصام أو اضطراب مزاجي.

(وردة بال حسيني 2013ص94)

8-التشخيص الفارقي:

ويقصد بالتشخيص الفارقي المرض أو الإضطراب، تميزه عن غيره من الأمراض الأخرى، والتي قد تتشابه أعراضه مع أعراض المرض أو الإضطراب، وهذه التفرقة بين المرض والإضطراب وما يشابهه من أمراض او اضطرابات أخرى يهدف إلى زيادة كفاءة التشخيص من ناحية، وإلى زيادة كفاءات العلاجات من ناحية أخرى ولابد من التمييز بين نوبات الهلع إذا لم تكن نوبات الهلع مظهرا مرتبطة بأي اضطراب عقلي محدد وكانت رغم ذلك ذات دلالة إكلينيكية فإن التشخيص يكون إما اضطراب التأقلم) إذا نوبات الهلع إستجابة لمسبب ضغط نفسي إجتماعي(أو تشخيصا من الفئة المتبقية) اضطراب محدد آخر اضطراب قلق غير محدد **(فرحات بوزيان،2022، 133).**

أ-الرهاب الإجتماعي:

إن الأفراد الذين يعانون من نوبات الهلع المصحوبة برهاب الأماكن المنعزلة قد يتجنبون المواقف الإجتماعية والأدائية حيث يقومون بأفعال كثيرة خوفا من التعرض لنوبة الهلع ،وليس خوفا من التقييم السلبي، والخزي والإرتباك وعلى الرغم أن كلا من المجموعتين قد تعانيان من

نوبة الهلع ،فإن هذه النوبات لدى مرضى الرهاب الإجتماعي تعد موقفا،يظهر عند التعرض لموقف إجتماعي أو الدخول فيه بالفعل ،وفي المقابل فإنه لتشخيص نوبات الهلع لابد ان يكون هناك تاريخ الحالة–على الأقل نوبة غير متوقعة ونوبات لاحقة لا يقتصر حدوثها على المواقف الإجتماعية ،كما أن محتوى الأفكار الآلية في الرهاب الإجتماعي يدور حول الخوف من الإرتباك والتقييم السلبي ،في حين يدور محتواها في نوبات الهلع حول العواقب الكارثية،مثل الأزمة القلبية، أو الموت أو فقدان السيطرة أو الضبط، أن مرضى الرهاب الإجتماعي شأنهم في ذلك شأن مرضى نوبات الهلع يعانون من أعراض القلق الجسمية ،وعلل الرغم من ذلك وليس مفاجئا فقد وجد أن أعراض الرهاب الإجتماعي أكثر قابلية للملاحظة من قبل الآخرين مثل أحمرار الوجه، والإرتجاف ،وجفاف الحلق ،والعرق وذلك مقارنة بمرضى نوبات الهلع الذين يميلون أن يخيروا أعراضا مثل الدوار، وخفقان القلب وألم في الصدر ومشكلات في التنفس وفقد الإحساس والإغماء.

ب–اضطراب القلق المحدد وغير المحدد: ولابد من التوقف عن وصف نوبات الهلع في هذه الحالة وذلك لعدم إكتمال أعراض نوبات الهلع من حيث أنها تحدث فجأة من غير توقع.

ج–اضطراب القلق بسبب حالة طيبة أخرى:

قد يكون القلق بسبب اضطرابات أو حالات طبية بدنية تعرض لها الفرد مثل عدم إنتظام ضربات القلب أو مرض الربو المزمن، أو مرض الرئة المزمن.

د–نتائج علاج اضطراب القلق:

هناك مجموعة من المنشطات التي تؤثر على الجهاز العصبي لدى مرضى السكر مثل الكوكايين، والكافيين والكحول والمواد البروتينية كلها مواد تتسبب في زيادة القلق والفوضى والإحساس بالذعر ولكن لا بصح أبدا أن نشخصها على أنها نوبات من الهلع.

هـ-الإضطرابات العقلية الأخرى المصحوبة بنوبات الهلع والتي ترتبط بمميزات مثل:

اضطرابات القلق والإضطرابات العقلية الذهانية قد يتصرف الفرد حيال موقف اجتماعي معين بشكل فيه قلق إجتماعي مغلق بعدم القدرة ممزوجة بخوف رهابي أو في حالات الرهاب كرهاب الأماكن المنعزلة، وتكون نوبات الهلع هنا ردّا على الخوف من هذا الرهاب النوعي المحدد.

(المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي الإرشادي 2018ص93)

- أمراض أخرى تشترك مع نوبات الهلع:

ترتبط نوبات الهلع مع اضطرابات وأمراض أخرى كثيرة وبنسبة مرتفعة، ومنها على سبيل المثال نوبات الهلع المصحوبة برهاب الأماكن المنعزلة، والإكتئاب المصحوب بنوبات الهلع، والإضطرابات ثنائية القطب ومرض الهوس، إلخ ويحدث مايسمى بالدوار وعدم الإنتظام في ضربات القلب وأيضا مع مرضى الربو المزمن والقولون العصبي **(صبوة،2013, ص422).**

9-النظريات المفسرة لاضطراب الهلع:

إختلفت العوامل التي ترجع إلى أنها تلعب دورا في حدوث اضطراب الهلع وفيما يلي عرض لأهم ما جاءت به النظريات في هذا الصدد.

1-النظرية البيولوجية:

إن بنيتنا البيولوجية تؤثر على إحتمال تطوير مشاكل نفسية مع الوقت فقد أثبتت مجموعة من الدراسات أن اضطراب الهلع يتأثر بالعوامل الوراثية، حيث أن 25 من المئة من القارب الدرجة الأولى للمريض يصابون بإضطراب الهلع(**مخلوفي سمية2015ص34).**

كما أشارت الأدلة إلى أن للناقلات العصبية دور في ظهور اضطراب الهلع، من بينها **النورايبينيفرين و السيروتونين، و الكوليسيستوكنين** التي تعد أكثر للناقلات العصبية إرتباط بالهلع **(مارك انطوني,راندي ماكا،2008,ص20).**

2-النظرية السلوكية:

تقوم هذه النظرية على أن معظم أشكال المرض النفسي ترتبط بالتعلم السيء، فعندما يختبر الفرد نوبات القلق التلقائية، يكتسب القدرة على أحداث إستجابة القلق، والخوف حتى في غياب النوبة، كما تفيد هذه النظرية أن الإنسان تعلم أن زيادة دقات القلب دليل على الخطر وهذا الشعور بالخطر يؤدي إلى إستجابة سلوكية تتمثل في الهروب أو التفادي**(دافيد شيهان 1988ص13).**

3-النظرية المعرفية:

تفسر هذه النظرية اضطراب الهلع بأنه نتاج لتفسير خاطئ وكارثي للأحاسيس الجسدية، والتصورات التي تأتي بسرعة وعفوية والتي تبدو منطقية في وقتها، كما أن ميل المصابين إلى التنبه للأعراض نتيجة لخوفهم وقلقهم من نتائج النوبة المقبلة يؤدي إلى تفسير أحاسيس من المرجع أنها عادية على أنها تشير إلى مرض خطير وكارثة **(مارتن انطوني، راندي مكاب،2008ص21).**

ويذكر الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (DSM-IV-TR,2000) أن الدراسات الوبائية عبر أنحاء العالم تشير إلى شيوع معدل ظهور اضطراب الهلع بنسبة بين (1,5%) إلى (3,5%). ولقد استأثر النموذج البيولوجي في البداية بتفسير هذا الاضطراب بافتراض وجود متلازمة ذات أسباب مرضية عضوية موروثة، وخواص علاجية كيميائية محددة، إلا أن بروز الثورة المعرفية في نطاق علاج اضطرابات القلق قدمت نماذج نظرية خلاقة اعتبرت كشفا علميا لأنها قدمت تفسيرا قويا وعلاجا فعالا لاضطراب الهلع.

10-علاج اضطراب الهلع:

العلاج السلوكي المعرفي :يعتبر الخيار الأول لعلاج اضطراب الهلع .يركز هذا النوع من العلاج على تعديل الأنماط السلبية في التفكير والسلوك، مما يساعد المرضى على فهم

مشاعرهم وأعراضهم والتعامل معها بشكل أفضل يتضمن ذلك التعرض التدريجي للمواقف التي تثير القلق، مما يساعد على تقليل الخوف المرتبط بها .

العلاج بالتعرض :يهدف إلى تعريض الشخص لمواقف أو أفكار تسبب له القلق بطريقة آمنه ومراقبة مما يساعده على مواجهة مخاوفه بشكل تدريجي.

تقنيات الاسترخاء :مثل تمارين التنفس العميق، التأمل، واليوغا، والتي تساعد في تقليل التوتر والقلق المصاحب لنوبات الهلع.

مبادئ العلاج بالتعرض:

التعرض التدريجي :يعتمد العلاج بالتعرض على مبدأ التعرض التدريجي للمحفزات التي تثير الخوف، يبدأ المعالج بتحديد ما يخشاه المريض ثم يقوم بتصميم خطة تعرض تتضمن التعرض لهذه المحفزات بطريقه متدرجة.

كسر حلقة التجنب :يتمثل الهدف الرئيسي للعلاج في كسر نمط التجنب الذي يحافظ على الخوف .عندما يتجنب الشخص الموقف المثير للخوف، لا تتاح له الفرصة لتعلم أنه قادر على التعامل مع هذا الموقف كما يتضمن العلاج في حالة النوبة غالبا ما يدعم التصرف الهادئ والتفهمي للمختص لدى المريض التخفيف من معاناته ويسمح له بالتعبير لغويا عن قلقه .كما أن العلاج الكيميائي المتمثل في مضادات القلق أثبت في غالبية الحالات فعاليته.

العلاج القاعدي :يهدف هذا العلاج إلى التخفيف من مشاعر القلق ما بين النوبات وكذلك إلى الوقاية منها وغالبا ما يتم الجمع ما بين العلاج المضاد للقلق والعلاج الدعمي الذي يرتكز على الإستماع الإيجابي والتفهمي والذي يسمح للمريض بالتعبير وبنزع الطابع الدرامي على الوضعيات التي تثير لديه القلق.

العلاج السلوكي المعرفي يرتكز أيضا على النموذج من العلاج على تقنيتين :تقنيه إعادة الهيكلة المعرفية وتقنيه التحكم التنفسي

تهدف تقنية إعادة الهيكلة المعرفية إلى تحليل مجموعة الأعراض الخاصة بالهلع ومختلف الإختلالات المعرفية المتدخلة في النوبة من أجل تعويضها بتصورات أكثر عقلانية وكسر بذلك الدائرة المغلقة المسببة للهلع ،اما تقنية التحكم التنفسي فترتكز على التدريب على الإسترخاء وعلى التهوية المفرطة المحدثة لبعض المظاهر الجسدية الخاصة بالقلق حيث يتمكن المريض من خلالها من إعادة تفسيرها بطريقة أقل كارثية كما أنها تمثل الأول تعلم خاص بالتحكم التنفسي الذي يهدف إلى أحداث تخفيض في التنفس المفرط

فيما يخص العلاج التحليلي فلا ينصح به في هذا النموذج من الإضطرابات إلا كانت النوبات تدخل في إطار تنظيم مرضي للشخصية **(لطيفة زروالي،2014ص87،)**.

الخلاصة:

تعد حالة الهلع ظاهرة نفسية معقدة تتطلب فهمت عميقا ودقيقا، نظرا لتأثيراتها القوية على الأفراد والمجتمعات، ويظهر بوضوح أن الهلع ليس مجرد حالة عابرة، بل يمكن أن يؤثر بشكل كبير على جودة حياة الفرد، ويزيد من إحتمالية توسعه إلى اضطرابات نفسية أكثر تعقيدا مثل القلق والإكتئاب.

واحد من أهم رسائل هذا البحث هي الحاجة إلى التعرف المبكر على أعراض الهلع وتوفير الدعم المناسب للمتأثرين، من الضروري أن يتلقى الأفراد الذين يعانون من نوبات الهلع العلاج الازم والفعال، سواء من خلال العلاج النفسي أو الأدوية لضمان تحسين نوعية حياتهم وإعادتهم إلى مسارهم الطبيعي.

الفصل الثالث: العلاج المعرفي السلوكي

- ✓ تعريف العلاج النفسي
- ✓ تعريف العلاج المعرفي سلوكي
- ✓ تاريخ العلاج المعرفي السلوكي
- ✓ مبادئ العلاج معرفي سلوكي
- ✓ سيرورة العلاج معرفي السلوكي
- ✓ تقنيات العلاج المعرفي السلوكي

1-تعريف العلاج النفسي:

يهدف العلاج النفسي لعلاج الاضطرابات النفسية بواسطة طرق نفسية في إطار علاقة بين المختص والمفحوص (Cyrille Bouvet ,2020,13).

إن العلاج النفسي يعمل على التأثير على نفسية الفرد وعلى سلوكه من خلال إجراءات نفسية هدفها تحسير الصحة العقلية والنفسية. ويعرّف على أنه لقاء بين شخصين أو عدة أشخاص، أحدهما يعرّف نفسه على أنه بحاجة إلى المساعدة ويطلب المعالجة أو التغيير، في حين أن الآخر يمتلك أو يعرّف بأنه يملك سمات شخصية محددة ومعارف نظرية وتقنية يستعملها لمساعدة الآخر على إحداث التغيير، ويقوم ببناء علاقة ثقة واحترام للوصول لأفضل النتائج. ويعرّفه "P.B.Schneiderهو طريقة طبية لعلاج الاضطرابات النفسية و الجسدية الناجمة عن صراعات نفسية شعورية و لاشعورية غير محلولة ، ويتطلب العلاج التزام إرادي من المريض، التعاون، والرغبة و القدرة على إعداد علاقة شخصية ذاتية مع المعالج النفسي و هي ما يعرف بالعلاقة النفسية العلاجية " .

إذن لكي نعرّف تفاعل ما على أنه علاج نفسي ينبغي أن تتواجد علاقة تبادل بين شخصين، ذات طبيعة مهنية وتواجد نظرية توجّه تدخلات المعالج والطرق والتقنيات التي يستعملها مع الحالة من أجل مساعدته على التحرر من اضطرابه.

العلاج النفسي هو سيرورة تفاعلية شعورية ومخطط لها ترمي إلى التأثير على الاضطرابات السلوكية وحالات المعاناة التي تتطلب علاج بوسائل نفسية غالبا ما تكون شفهية ولكن أيضا غير شفهية بهدف محدّد يتم إعداده باشتراك بين المعالج والمريض (مثلا التخفيف من الأعراض أو تغيير بنيوي للشخصية). وبوسائل تقنية مدروسة على أسس نظرية للسلوك السوي والمرضى، وكل ذلك يتطلّب علاقة انفعالية متينة. (لوشاحي فريدة،2022،ص5)

2-تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

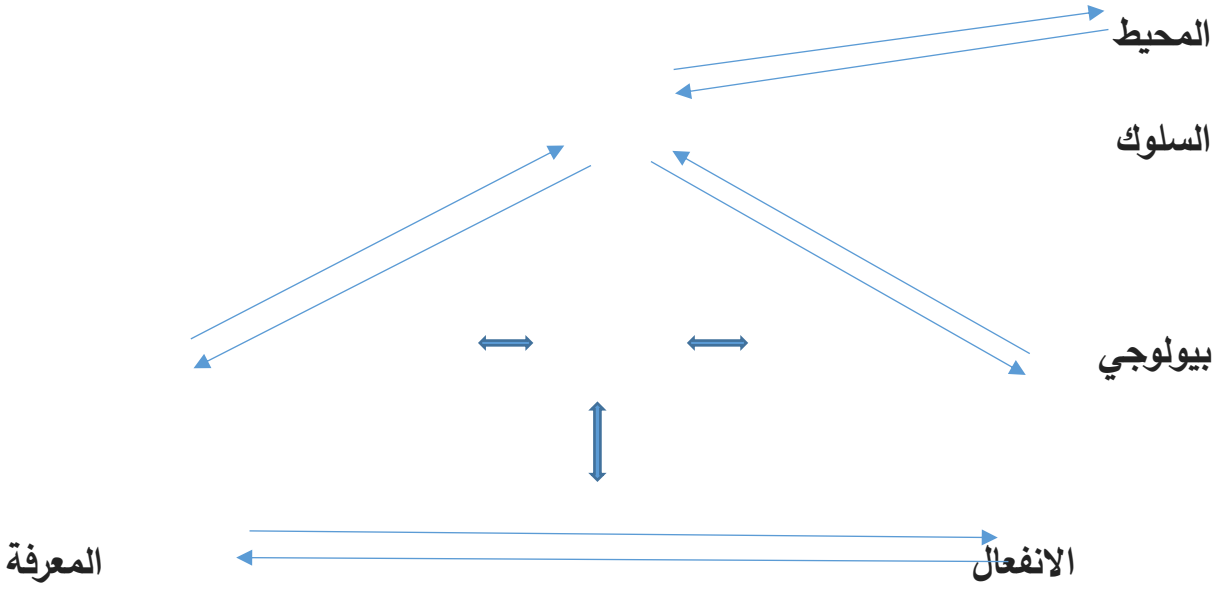
تمثل العلاجات السلوكية والمعرفية تطبيقًا للعلوم النفسية في مجال العلاج النفسي. وهي تركز على استخدام المنهجية التجريبية لفهم الاضطرابات النفسية وتعديلها، تلك التي تعيق حياة المريض وتدفعه إلى طلب المساعدة من مختص في الصحة النفسية.

تشير هذه العلاجات إلى النماذج المستمدة من نظريات التعلم: مثل الإشراط الكلاسيكي والإشراط الإجرائي والتعلم الاجتماعي، والتي تركز على تعديل السلوكيات القابلة للملاحظة، سواء كانت حركية أو لفظية، باعتبارها مؤشّرًا رئيسيًا على فعالية العلاج النفسي.

لكنها تشير أيضًا إلى النماذج المعرفية المبنية على دراسة معالجة المعلومات، أي العمليات الفكرية الواعية وغير الواعية التي تقوم بفلترة وتنظيم إدراك الفرد للأحداث التي تجري في بيئته. ومع ذلك، فإن السلوك والعمليات المعرفية ليسا المجالين الوحيدين للتدخل العلاجي، فهما في تفاعل دائم مع العواطف، التي تُعد انعكاسًا فسيولوجيًا ووجدانيًا لتجارب اللذة والألم.

وتتدخل التقنيات المستخدمة على ثلاثة مستويات: السلوكي، والمعرفي، والانفعالي. وتقوم هذه العلاجات على تصور بيئي، حيث يُنظر إلى البيئة باعتبارها عاملاً يشكّل الاستجابات التي يصدرها الكائن الحي، غير أن العلاقة بين الفرد وبيئته يمكن إعادة تشكيلها بشكل إيجابي بواسطة الفرد ومن أجله. يوضح الشكل (1.1) المستويات المختلفة التي يمكن أن تتدخل فيها العلاجات، كما يُبرز التفاعل القائم بين العاطفة والسلوك والأفكار، إلى جانب علاقتها بالبيئة والعوامل البيولوجية. وتستهدف التدخلات العلاجية كل مستوى من مستويات هذا النظام.

(J.Cottraux,2011,3)



شكل 1: نموذج تفاعلي للمستويات التي يمكن التدخل فيها في العلاج.

(J.Cottraux,2011,3)

3-تاريخ العلاج المعرفي السلوكي:

تعتبر المدرسة المعرفية السلوكية من المدارس الحديثة في مجال علم النفس بصفة عامة وفي مجال العلاج النفسي بصفة خاصة، حيث بدأ الاهتمام بالاتجاه المعرفي السلوكي مع بداية النصف الأخير من القرن العشرين (حامد بن احمد ضيف الله الغامدي ،2013،ص137) .

عرف هذا العلاج عدة موجات في تكوينه:

تُعدُّ الموجة الأولى من العلاج السلوكي موجةً سلوكيةً محضة، وقد ظهرت بين سنوات 1950 و1980. لم يكن الحديث عن العواطف فيها شائعًا، إذ كانت ترتكز على النموذج السلوكي الراديكالي لـ سكينر (Skinner)، والذي يقوم أساسًا على تحليل السلوك من خلال دراسة الاقترانات التعزيزية. فالدوافع، والانفعالات، وردود الفعل الفيزيولوجية، وحتى العمليات

المعرفية، لم تكن تُعتبر سوى نتائج خاضعة للتعزيزات البيئية التي تشكّلها من الخارج. ومن ثم، فإن إعادة ترتيب مناسبة للعالم الخارجي تكفي لتعديل هذه الظواهر بشكل إيجابي عبر استخدام المعززات الملائمة (J.Cottraux2007 ,5)

إلا أن هذا النموذج السلوكي يَظهر محدودًا، إذ يُعاني من دائريةٍ تفسيرية: فالمعززات تفسّر التعزيز، والتعزيز يُبرَّر بالمعززات. كما أنه نموذج ميتافيزيقي اختزالي. ومن منظور علمي أكثر صرامة، كان سكينر يُقلّل باستمرار من أهمية القيود الجينية المفروضة على التعلم، والتي كان يُسلّط عليها الضوء علماء السلوك الحيواني (الإثولوجيون). ولم يُولِ سكينر اهتمامًا يُذكر للعمليات المعرفية المتوسطة بين المنبهات والاستجابات، وهي العمليات التي أبرزها لاحقًا المعالجون المعرفيون وعلوم الأعصاب المعرفية.

وبالمثل، لم يُظهر اهتمامًا جادًا بالعمليات الفطرية التي تقوم عليها اللغة، كما يتضح من عمله (Skinner, 1957)، وهو ما أدى إلى جدل شهير بينه وبين اللغوي نعوم تشومسكي (1970)، الذي دافع عن وجود نظام فطري لاكتساب اللغة وقواعد لغوية عامة، مما شكّل تعارضًا كبيرًا مع التفسير السلوكي البحت.

والأمر المفاجئ أكثر، هو قلة اهتمام سكينر بالعواطف، على الرغم من كونه شاعرًا في بعض الأحيان؛ فقد عالج هذا الموضوع باقتضاب في فصل من كتابه About Behaviorism (1974a) المخصص للعواطف والدوافع. ورغم كل هذه الانتقادات، فقد بقي من النموذج السكينري ما يُستخدم حتى اليوم، كمنهجية تحليل السلوك وفقًا لعواقبه بشكل موثوق وموضوعي، إضافة إلى أساليب التعلم المبرمج التي لا تزال مبادئها صالحة.

(J. Cottraux, 2007,6)

في المقابل، اقترح ألبرت باندورا (Bandura, 1977) نموذجًا بديلاً يُعرف باسم نظرية التعلم الاجتماعي، حيث أدرج فيه العوامل الشخصية مثل القدرة على التحكم الذاتي ووجود بُنى معرفية، ما شكل تقدمًا مهمًا، رغم أن العاطفة لم تكن محورًا مركزيًا في هذا النموذج كذلك.

وفي الواقع، لم يتحقق للعلاج السلوكي صفة العلاج النفسي الحقيقي إلا عندما بدأ يُعنى بالعواطف. فقبل ذلك، كان يُطلق عليه "تعديل السلوك"، تعبيرًا عن الطابع البيئي الراديكالي الذي طغى عليه. وقد تعرّض هذا التوجه السكينري لانتقادات حادة في الأوساط البريطانية المهتمة بالعلاج السلوكي المعرفي، حيث كان يُنظر إليه كرمز لهيمنة النفسانيين الأمريكيين، في ظل التنافس التاريخي بين المدرستين الأمريكية والبريطانية في علم النفس.

في هذا السياق، بدأت أبحاث جوزيف وولب (Wolpe, 1975) في الخمسينيات، تلتها أعمال إسحاق ماركس (Marks, 1987) في الستينيات، بالاعتماد على الشرطية الكلاسيكية البافلوفية، والتي تفسّر ردود الفعل اللا إرادية للجهاز العصبي الذاتي، وبالتالي العواطف. في حين كان الشرط الإجرائي السكينري يركّز أساسًا على الاستجابات الحركية واللفظية.

أما هانز آيزنك (Hans Eysenck)، الذي كان يُدير معهد الطب النفسي بلندن، فقد كان من أتباع بافلوف، وسعى إلى تفسير تشكل الاستجابات العاطفية والفسيولوجية غير الملائمة من خلال تعرض وحيد لمنبه ضار، وأطلق على هذه الظاهرة اسم عملية الاحتضان (incubation process) (Eysenck, 1976).وقد اقترح هؤلاء الباحثون آليات لإزالة الشرطية (déconditionnement) للردود العاطفية، ومقاربة عملية للعلاج النفسي.

وقد قام هذا النموذج العلاجي على ثلاثة أعمدة أساسية:

1. التعرض للمواقف التي يتجنبها المريض،

2. اعتياد الاستجابات الانفعالية (habituation)،

3. إطفاء سلوكيات التجنب (extinction).

هذا النموذج حقق نجاحًا واسعًا، حيث قدّم نموذجًا بسيطًا وفعّالًا يمكن دمجه في الممارسة السريرية اليومية، كما دعم العلاقة بين العلاج السلوكي وعلوم الأعصاب. وتضمنت العديد من تقنيات التعرض مواجهة الشخص للمنبهات المقلقة تخيليًا، من أجل تحرير الانفعالات المكبوتة. من بين هذه التقنيات نذكر العلاج الانفجاري (thérapie implosive)لـ ستانفيل وليفيس (Levis, 1977 & Stampfl)، وعلاج الحِداد لـ رامساي (Ramsay, 1977).

(J.Cottraux,2007,7)

–تتوافق الموجة الثانية من العلاجات السلوكية والمعرفية مع ما يُعرف بـ الثورة المعرفية التي حدثت ما بين 1970 و1990. وقد ركّزت في بدايتها على العمليات المعرفية الواعية، وعلى رأسها الاعتقادات والأفكار التي يُدركها الفرد عن ذاته وعالمه.

من أبرز رموز هذه المرحلة، كان ألبرت إليس (Albert Ellis, 1962)، الذي طوّر العلاج العقلاني–الانفعالي، حيث كان يُحلل أنظمة المعتقدات غير العقلانية سواء كانت واعية أو ما قبل واعية لدى المرضى، بهدف تعديلها. توصّل إليس إلى نتيجة أساسية مفادها أن السلوك "العُصابي" أو "العصبي" ليس ناتجًا عن غباء الشخص، بل هو سلوك مضطرب ناتج عن صورة متضخمة للذات لدى الشخص.8 فالخلل لا يكمن في القدرات، بل في تصوّرات خاطئة للفرد عن ذاته، تجعل من كل فشل تجربة وجودية كارثية.

الهدف الأساسي للعلاج عند إليس هو تحقيق ما يُسمى بـ القبول غير المشروط للذات. يجب على الشخص أن يتوقف عن إصدار أحكام جوهرية على ذاته مثل: "أنا فاشل"، ويكتفي بوصف الحدث في سياقه الزمني مثل: "لقد فشلتُ في هذا الامتحان، في هذا اليوم".

وقد طوّر إليس نموذجًا براغماتيًا لإعادة هيكلة التفكير، عُرف لاحقًا بمنظومة ABCDE، والتي تعني:

• A (Activating event): الحدث المنشّط؛ وهو الموقف أو الحدث الذي يُفعل نظام المعتقدات.

• B (Beliefs): المعتقدات اللاعقلانية التي يحملها الفرد تجاه الحدث.

• C (Consequences): النتائج السلوكية والمعرفية والعاطفية الناتجة عن تلك المعتقدات.

• D (Disputation): دحض أو تعديل هذه المعتقدات بمساعدة المعالج.

• E (Effect): التأثير أو النتيجة النهائية وهي بناء تصور عقلاني ومُرضي أكثر عن الحياة.

ورغم أهمية هذا النموذج، فقد بدأ في التراجع تدريجيًا لصالح نموذج معرفي أكثر تطورًا وتكاملاً، كما أوضح ذلك ماهوني (Mahoney, 1974). يرتكز هذا النموذج الجديد على تحليل معالجة المعلومات بشكل تجريبي، وعلى دراسة منهجية لما يُعرف بـ المخططات المعرفية (schémas cognitives)، سواء في اضطرابات المحور الأول (Axis I) مثل الاكتئاب والقلق، أو في اضطرابات الشخصية. وقد ساهم في تطويره كل من بيك (Beck) وزملاؤه (1979)، إنغرام وهولون (Hollon & Ingram, 1986)، ألفورد وبيك (1997)، بيك وفريمان (Freeman&Beck, 2004) وبدعم من تقارير مؤسسية مثل INSERM (2004) وكوترو (Cottraux, 2006).

منذ السبعينيات، ظهر اهتمام متزايد بالعواطف داخل هذا النموذج، خصوصًا لدى آرون بيك (Beck, 1976). وقد صرّح بيك أن بناء نموذجه العلاجي جاء نتيجة دراسة الأفكار التلقائية (automatic thoughts) المرتبطة بالعواطف السلبية. وقال إن:

"العاطفة هي الطريق الملكي إلى الإدراك".

في علاج الاكتئاب مثلًا، تُخصص الجلسات الأولى لتحديد المشاعر والربط بينها وبين الأفكار والسلوكيات. يُوضح المعالج للمريض ما يُقصد بـ"الفكرة التلقائية"، وهي فكرة أو صورة ذهنية

تنشأ تلقائيًا في الذهن دون وعي مباشر، وتكون في الغالب سلبية. تُستخرج هذه الأفكار عبر أسئلة موجهة، كما تُستخدم تمثيليات الأدوار (role-playing)، أو تقنيات التخيّل (visualisation)لإعادة بناء المواقف المثيرة للعواطف، ومن ثم تحليل الحوار الداخلي الذي يدور في ذهن المريض أثناء استجابة عاطفية حادة (مثل البكاء).

تُعرف هذه التقنية باسم (la sonde cognitive)، وهي وسيلة فعالة لتحديد وتحويل الأفكار التلقائية إلى بدائل عقلانية.

اليوم، تركز العلاجات المعرفية بشكل متزايد على العلاقة بين الإدراك والعاطفة، سواء كانت واعية أو غير واعية (.(Cottraux, 2001وقد ساهمت هذه المقاربة في إنتاج عدد ضخم من الدراسات السريرية في مختلف الاضطرابات النفسية، كما أظهرت مراجعات كبرى مثل تلك التي أعدها (2005) Beckو Butlerوآخرون (2006).

وفي عام 2006، نال آرون تيمكين بيك (Aaron T. Beck)، أحد مؤسسي هذا النموذج، جائزة لاسكر Lasker، وهي أرفع جائزة طبية في الولايات المتحدة، تكريمًا لإسهاماته في تطوير العلاج المعرفي

-بدأت الموجة الثالثة من العلاجات السلوكية والمعرفية في التسعينيات من القرن العشرين. وتُجسّد هذه الموجة تحولًا مهمًا نحو دمج العوامل العاطفية، والوجودية، والعلاقاتية داخل النموذج السلوكي-المعرفي التقليدي، مما أتاح ظهور مقاربات علاجية جديدة أكثر شمولية ومرونة. من أبرز هذه المقاربات:

1. **العلاج السلوكي الديالكتيكي (Dialectical Behavior Therapy – DBT)** الذي طوّرته مارشا لينيهان (Linehan, 2000) .وُجّه هذا العلاج أساسًا لعلاج الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات في تنظيم المشاعر، كاضطراب الشخصية الحدّية. يجمع هذا العلاج

بين المبادئ السلوكية والقبول الجذري للمشاعر والانفعالات، مع إدراج مهارات التأمل الواعي والعلاقات الشخصية الفعالة.

2. **علاج اليقظة الذهنية (Mindfulness Training)** الذي انتشر مع أعمال زيغال وزملائه (Segal et al., 2002). يُركز هذا النموذج على تنمية الوعي باللحظة الحاضرة دون إصدار أحكام، ويُستخدم بكثرة في علاج الانتكاسات الاكتئابية، والقلق، والتوتر المزمن، ويستند إلى تقنيات مستوحاة من التأمل البوذي لكنها مُكيّفة في سياق علمي نفسي حديث.

3. **علاج المخططات (Schema Therapy)** الذي أسسه جيفري يونغ Young et al., (2005)، ويُعد امتدادًا للعلاج المعرفي التقليدي، لكنه يُركّز على المشاعر الطفولية غير المُلبّاة وما يُعرف بـ "المخططات المبكرة غير المتكيفة". يُعالج هذا النموذج خاصةً اضطرابات الشخصية، ويهتم بالكشف عن خلل التنظيم العاطفي المرتبط بهذه المخططات، مع استهداف التغيير على المدى الطويل من خلال علاقة علاجية "إصلاحية" وداعمة.

4. **علاج القبول والالتزام (Acceptance and Commitment Therapy – ACT)**، وهو نموذج علاجي طوّره ستيفن هايز وزملاؤه (Hayes et al., 1999). ويُعد من أبرز تمثيلات الموجة الثالثة، حيث يدمج بين عناصر من العلاج السلوكي التقليدي، والمدارس الإنسانية الوجودية، والتأمل الذهني. يقوم هذا العلاج على تعزيز القبول النفسي للتجارب الداخلية المؤلمة، والالتزام بقيم شخصية واضحة رغم وجود المعاناة. هدفه ليس القضاء على الأعراض، بل توسيع مرونة الفرد النفسية، وقدرته على عيش حياة ذات مغزى.

تشترك هذه النماذج الأربعة في نقلة نوعية نحو فهم أعمق لتجربة الإنسان النفسية، حيث لا يقتصر التركيز على المحتوى المعرفي كما في الموجة الثانية، بل يشمل أيضًا العلاقة مع هذا المحتوى، وكيفية التعامل مع الأفكار والمشاعر بدلًا من مقاومتها أو تغييرها بشكل مباشر.

4-مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

ركز العلاج المعرفي السلوكي في علاجه للإفراد طالبي العلاج على عدة مبادئ هي:

-هذا النوع من العلاج يركز على التغيير المعرفي الذي يجعل الفرد نشطا مما يؤدي الى نجاح العلاج.

-التركيز على فهم الفرد للجانب من الشخصية المراد تعديله

-التأكد على العلاج الذاتي الذي يعتمد على قدرة الفرد على رؤية و تنظيم و تقرير السلوك المكتسب.

-التركيز على التفاعل مع بيئة الفرد.

مبدأ الاساس و المركزي للعلاج المعرفي السلوكي ، هو ان الافكار والوجدان والسلوك و الجوانب الفسيولوجية هي كلها مكونات لنظام موحد فالتغيرات الحادثة في أي مكون منها يكون مصحوبا بتغيير في المكونات الاخرى.

يركز على نموذج المعرفي السلوكي للاضطرابات الانفعالية " مثال : الافكار تؤثر في المشاعر و السلوك. يتطلب علاقة علاجية متينة وجهدا موحدا بين المعالج النفسي المؤهل والعميل طالب العلاج.

توجيه العميل الى اكتشاف جوانب جديدة من التفكير في نفسه من خلال طرح اسئلة محددة

يشدد على اهمية التعاون والمشاركة النشطة بين المعالج والمريض في وضع جداول عمل للجلسات وفي اعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات

يركز المعالج بصورة عامة على التعامل مع اعراض الاضطراب النفسي الذي يعاني منه المريض أكثر من تركيزه على العوامل التي تؤدي اليها هذه الاعراض.

5-سيرورة العلاج المعرفي السلوكي:

تُعدّ هذه العلاجات منظمة وتتم على مدى عشر إلى خمس وعشرين جلسة، مع إمكانيّة إجراء جلسات تذكير لاحقة، خصوصًا في حالات اضطرابات القلق، والمشكلات الجنسية، أو الاكتئاب. أمّا فيما يخص رعاية المرضى المصابين بالفصام وإعادة تأهيلهم، فإن الأمر يتطلّب غالبًا الحفاظ على "بيئة تعويضية" أكثر أو أقل تنظيمًا، بحسب درجة التراجع أو تطوّر حالة المريض، وذلك لفترة تمتد لعدة سنوات. وقد تستدعي اضطرابات الشخصية علاجًا يمتد من سنة إلى ثلاث سنوات.

(J. Cottraux,2011,6)

من اجل ممارسة العلاج المعرفي السلوكي، يجب الفهم الجيد للمشكلة المراد علاجها أولا فتتضمن هذه المقاربة مسارا منظمًا يشمل بالضرورة، قبل تطبيق أي تقنيات، فهماً شاملاً للوضعية وتحليلاً دقيقًا للعوامل التي تُعدّل المشكلات التي تُعيق الفرد.

ومع ذلك، ورغم تنوع المصطلحات واختلاف التفاصيل، فإن المسار العلاجي في إطار العلاج السلوكي المعرفي يتّسم بتماسك منطقي وهيكلية واضحة تتكون من أربع مراحل:

1-جمع المعلومات: ويشمل المعطيات السوسيوديموغرافية، والسيرة المرضية (الأنامنيز)، والتشخيصات (سواء كانت تصنيفية أو بُعدية أو عابرة للتصنيفات)، بالإضافة إلى المعطيات النفسية والسلوكية.

2- انطلاقًا من هذه المعطيات، يتم بناء فرضية شاملة تهدف إلى فهم الوضعية وتحليلها بعمق، وتحديد المشكلات الجوهرية المؤثرة (وهو ما يُعرف بتصور الحالة أو (conceptualisation du cas)

3-التحليل الوظيفي

4- وضع استراتيجية علاجية شاملة: تُبنى على أساس الفرضية المفهومية من أجل تصميم تدخل علاجي منظم، يستجيب بفعالية للمشكلات المحددة (Cyrille Buvet,2023,32)

1.2 جمع المعطيات:

يتم هذا الجمع أساسًا خلال المقابلات الأولى، إلا أنه يستمر ويتعمق على مدار العملية العلاجية (انظر الشكل 2.1).

الهدف من جمع المعطيات هو البحث عن المعلومات الملائمة لفهم المشكلة، تاريخها، نشأتها، والعوامل التي تسهم في استمرارها. ولهذا، من الضروري استكشاف المشكلة في حد ذاتها، بالإضافة إلى سياقها (الاجتماعي، والنفسي، والجسدي...).

كل وسيلة لجمع المعلومات تعتبر صالحة، مثل: المقابلات، الاستبيانات الذاتية أو الموجهة، الاختبارات، المقابلات المُنظَّمة، الملاحظة، المراقبة الذاتية من طرف المريض باستخدام Cyrille) المفكرات أو الجداول، المعلومات المقدمة من أفراد العائلة أو المحيطين، إلخ. (Buvette,2023,33/34)

2.2 تطبيق تصور الحالة

عندما تكون المعطيات المختلفة متوفرة (كقطع الأحجية)، يأتي دور ربطها ضمن تصور متكامل ومتناسق، وهو ما يُسمى بـ"تصور الحالة".

فهم مشكلة ما يقتضي إدراكها ضمن السياق الذي تظهر فيه، وكذلك ضمن تطورها التاريخي. ولهذا، يقوم المعالج ببناء نموذج تفسيري يُعرف بتصور الحالة، يهدف إلى شرح هذه المشكلة تحديدًا في هذه الحالة الفردية، باستخدام المعطيات المتوفرة، وليس ضمن تفسير عام ينطبق على جميع المرضى.

يمكن أن يُصاغ هذا التصور شفهيًا أو كتابيًا، ومن المفيد غالبًا رسمه في شكل مخطط (عناصر مرتبطة بأسهم توجيهية) لمشاركته مع المريض (انظر الشكل 2.1).

الهدف من التصور هو صياغة فرضيات تفسيرية حول المشكلة أو المشكلات المحددة في المرحلة الاستكشافية. لذا، يجب أن يتضمن التصور هذه المشكلات، إضافة إلى العوامل المرتبطة بها سواء باعتبارها أسبابًا أو نتائج.(Cyrille Buvette, 2023, 37)

3. التحليل الوظيفي لمشكلة (النهج الدقيق)

يركز التحليل الوظيفي على مشكلة معينة (مثل: "أشعر بالقلق عندما أكون وسط الناس"، أو "أخاف من الحمام"، أو "لم أعد أمارس أنشطة"، أو "أُفرط في شرب الكحول"، أو "أعاني من خلل في الانتصاب" ...).

لا يُجرى التحليل الوظيفي على الوضعية العامة للمريض، فهذا من اختصاص تصور الحالة.

يركز التحليل الوظيفي على مشكلة محددة، ويُعاد تطبيقه لكل مشكلة تُعالج خلال المسار العلاجي. فمثلًا، قد يُجرى التحليل الوظيفي لنوبات الهلع، ثم (بعد تحسن هذه النوبات) للرهاب، ثم (بعد تحسنه) لمشكلة أخرى مستقلة مثل مشكلة جنسية.

الهدف هو فهم ما يُثير المشكلة (التكيف غير المناسب و/أو المعاناة). النموذج في العادة بسيط: محفز معين (stimulus) يُثير رد فعل من المعاناة، يحاول المريض تفاديها بسلوكيات تجنبية (غالبًا غير ملائمة)، مما يؤدي إلى استمرار المشكلة (عبر العواقب).

لكن هذا التبسيط يخفي طبقات أعمق من التحليل، حيث يسعى المعالج لفهم المستويات الخفية والديناميات العميقة التي تتجاوز المظاهر السطحية.(Cyrille Buvette ,2023,43)

4. الاستراتيجية العلاجية ووسائل التنفيذ:

تكمن الفكرة الضمنية هنا في أن هذا النوع من العلاج جامد ويتطلب تطبيقًا حرفيًا لما تنص عليه البروتوكولات العلاجية، لكن الواقع أكثر تعقيدًا، فالدراسات تُظهر أن المعالج الفعّال هو ذاك الذي يتمحور حول مريضه، وحول حاجاته، ومشكلاته، وطلبه، وليس حول نهجه النظري. كما تُظهر أبحاث أخرى أن المعالج الجيد هو معالج "تكاملي"، قادر على تكييف نهجه وتقنياته بحسب خصائص كل مريض.

وأخيرًا، بينت العديد من الدراسات أن العامل الأساسي في نجاح العلاج ليس النهج بحد ذاته، بل "التحالف العلاجي" القائم بين المعالج والمريض، وهو عامل مشترك بين جميع أشكال العلاج. في العلاج المعرفي السلوكي، نجد أنفسنا بين أمرين:

من جهة، نتائج علمية تُشدد على أهمية التحالف العلاجي والتكيّف مع المريض، ومن جهة أخرى، نتائج تُبرز فعالية البرامج المعرفية السلوكية بالمقارنة مع مقاربات أخرى.

فما العمل؟

الجواب هو الموازنة بين الأمرين:

التكيف مع المريض من جهة، والالتزام قدر الإمكان بالتقنيات العلاجية المدعومة علميًا من جهة أخرى.

- المعالج السلوكي المعرفي هو أولًا وقبل كل شيء معالج نفسي هدفه تحسين حياة مرضاه النفسية.
- كلما أمكن، يجب عليه استعمال الوسائل العلاجية المعرفية السلوكية المثبتة علميًا.
- أحيانًا، عليه أن يُعدّل هذه الوسائل لتتناسب مع الحالة الفردية.

- وأحيانًا، يمكنه ابتكار وسائل جديدة أو حتى اللجوء إلى مقاربات أخرى (مثل EMDR، التأمل، التنويم الإيحائي، الدعم النفسي...).

لكن هذه الحرية والإبداع لا تكون فعالة إلا إذا توفرت الشروط التالية:

1. أن يكون المعالج متمكنًا من التقنيات والأساليب التي يستعملها.
2. أن يكون واعيًا تمامًا بما يقوم به أثناء الجلسة.
3. ألا يخلط بين الوسائل (مثلاً، لا يخلط بين دعم نفسي وبين تقنية معرفية، أو بين التأمل والاسترخاء...
4. . أن يكون واضحًا بشأن الهدف الذي يسعى إلى تحقيقه عند استخدامه لهذه التقنية أو تلك، أو لهذا النهج أو ذاك.(Cyrille Buvette ,2023,52)

وحسب جون كوترو Cottraux.Jفتشمل هذه العلاجات عادةً أربع مراحل أساسية:

1. التحليل الوظيفي:

يرتكز على مراقبة السلوك بطرق مباشرة أو غير مباشرة قابلة للقياس الكمي. ويهدف إلى تحديد الشروط التي تُسهم في استمرار السلوك أو تؤدي إلى ظهوره. لا يقتصر التحليل الوظيفي على الجوانب السطحية، بل يسعى إلى عزل المشكلة أو المشكلات الأساسية التي من شأن حلّها أن يؤدي إلى تعديل جوهري ودائم في السلوك. كما تُدرس البُعد التاريخي لاكتساب الاضطرابات، ويقوم المعالج أيضًا بتحليل الأفكار والصور الذهنية، والحوار الداخلي الذي غالبًا ما يرافق أو يسبق السلوكيات الإشكالية. وأخيرًا، يُحدد المعالج السلوكيات الحركية أو اللفظية بدقة قدر الإمكان.(J.Cottraux ,2011,6)

2. تحديد أهداف العلاج:

يتعاون المعالج والمريض تدريجيًا على صياغة فرضيات مشتركة حول الاضطرابات المعنية، والعوامل التي تؤدي إلى ظهورها واستمرارها. ثم تُوضع "عقود" بين المعالج والمريض، تحدد أهداف العلاج: أي المشكلات المستهدفة المحددة بعبارات ملموسة وعملية، وكذلك الوسائل المُعتمدة في العلاج. ويُبنى ذلك على افتراض مفاده أن التدخّل المنظّم والتعاون القائم على المنهج العلمي مع المعالج، سيمكن المريض من التحرر من السلوكيات التكرارية المؤلمة التي يعاني منها.

3. تنفيذ برنامج علاجي:

يستخدم البرنامج العلاجي المبادئ والتقنيات التي تم الاتفاق عليها مسبقًا مع المريض. ويعمل المعالج على تطوير قدرة المريض على التنظيم الذاتي لسلوكياته، مما يسمح بتعميم التغييرات المكتسبة خلال الجلسات العلاجية إلى المواقف الحياتية خارج إطار العلاج. وهذا بدوره يقلل من احتمالية الانتكاسات، ويُفسر غياب "استبدال الأعراض"، حيث يتم اعتماد سلوك بديل أكثر تكيّفًا

4. تقييم نتائج العلاج:

يتم التقييم من خلال مقارنة القياسات المتكررة التي تُجرى قبل العلاج، وأثناءه، وبعد انتهائه. ويُعتبر المتابعة ضرورية، وتُجرى عادةً لمدة لا تقل عن سنة بعد نهاية العلاج، مع نقاط تقييم محددة غالبًا بعد شهر، وستة أشهر، وسنة من انتهاء العلاج.

كما أن غياب "استبدال الأعراض" يُعزى إلى تطوير سلوك بديل أكثر إشباعًا وفعالية بعد القضاء على السلوك المُشكل، مما يُعزز من ثبات التغييرات العلاجية واستمراريتها.

(J .Cottraux ,2011,6)

6-تقنيات العلاج المعرفي السلوكي:

التحالف العلاجي:

تعتمد على ثلاثة جوانب:

1-الثقة والاحترام المتبادل: أساس علاقة علاجية فعالة.

2-الاتفاق على الأهداف العلاجية: تحديد ما يسعى المريض والمعالج الى تحقيقه.

3-التعاون في تنفيذ المهام العلاجية: العمل المشترك على استراتيجيات التغيير.

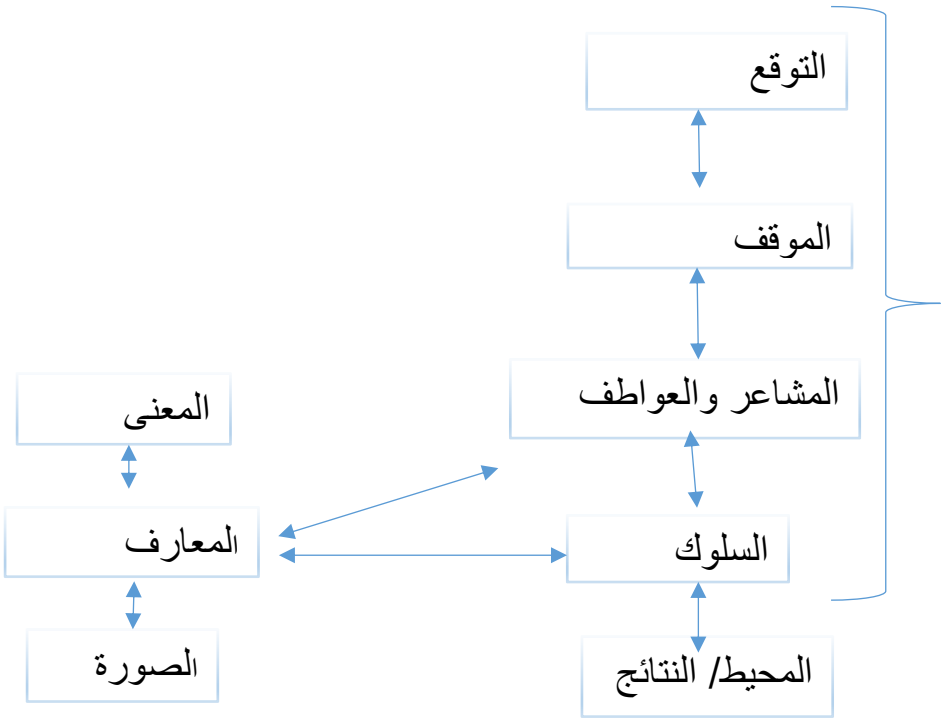
لتقوية هذه العلاقة يمكننا استخدام 4R de Cungi لكونغي :

تقوية Renforcer، تلخيصRésumer، إعادة المضمون Recontextualiser، إعادة الصياغة Reformuler.

التحليل الوظيفي :

شبكة SECCA: تتكون شبكة SECCAمن خمسة عناصر:

الموقفsituation ، العواطفémotions ، المعارفcognitions، السلوك comportement، التوقع.anticipation تمكن هذه الشبكة من اجراء تحليل وظيفي معمق للمواقف الضاغطة. فمن خلال تحديد الأفكار التلقائية والمشاعر المرافقة، السلوكات المتبعة، والتوقعات السلبية المرتبطة بموقف معين، توفر هذه الشبكة فهما دقيقا للأنماط الفكرية وردود الفعل العاطفية لدى الافراد.



شكل 2 : شبكة SECCA

أعمدة بيك Beck:

في أعمدة بيك يمثل كل عمود مرحلة من مراحل تحليل موقف ضاغط: الموقف نفسه، المشاعر المرافقة، والأفكار التلقائية ثم الأفكار الأكثر عقلانية وأخيرا تأثير هذه المراجعة على المشاعر بعد إعادة التقييم. تساعد هذه الطريقة الافراد على فهم كيف تؤثر أفكارهم في مشاعرهم مما يسهم في تعديل أنماط التفكير السلبي.

جدول 1 : أعمدة بيك

الموقف	المشاعر	الأفكار التلقائية	الأفكار العقلانية	النتائج

الاختبارات السيكومترية:

هي أدوات مقننة تستخدم لقياس خصائص نفسية محددة للأفراد. نستعملها قبل العلاج لمساعدة التشخيص. في طور العلاج لمساعدتنا لمعرفة تطور الحالة واعطاءه ثقة بانه يتقدم. في نهاية العلاج من اجل التأكد من فعالية العلاج، وتوفر معلومات قابلة للقياس الكمي لها استخدامات متعددة منها:

-تقييم القدرات المعرفية.

-تقييم الشخصية.

-التشخيص والتقييم الاكلينيكي.

التثقيف النفسي:

يهدف فيه الاخصائي الى تخفيف شعور المفحوص بالذنب ومساعدته على فهم الصعوبات التي يواجهها بشكل موضوعي، ويشمل ما يلي:

- تقديم معلومات حول الاضطراب الذي يعاني منه.
- الاعراض، عوامل الخطر، العواقب المحتملة، المعطيات الإحصائية.
- يجب الانتباه للبعد التربوي أي معرفة كيفية إيصال المعلومة باستخدام مصطلحات بسيطة.
- مراعاة خصوصية المفحوص والانتباه الى الاثار المحتملة للمعلومة عليه.

المقابلة التحفيزية:

هي مقاربة تواصلية تتمحور حول المفحوص تهدف الى استكشاف وتقوية الدافع الداخلي له لإحداث تغيير في سلوكه.

مبادئها:

- بناء علاقة تشاركية.
- الاستماع بانتباه.
- اكتشاف الأهداف.
- تجنب المواجهة المباشرة.
- تعزيز ثقة المفحوص بقدرته على التغيير.
- استكشاف التردد الداخلي.
- تلخيص وتوضيح ما تمت مناقشته.
- تشجيع الاستقلالية في اتخاذ القرار.
- وضع خطة ملموسة للتغيير.
- تعزيز التزام المريض المستمر بالتغيير.

(Anis Gherras, 2024)

جدول التقنيات المعرفية:

البعد	اسم التقنية	المشاكل/الأعراض	العمليات المستهدفة
التقنيات المعرفية	المقابلة السقراطية	الأفكار التلقائية المختلّة، المعتقدات غير الوظيفية	الانحيازات المعرفية، التماهي مع الأفكار
	تقسيم أو تقاسم المسؤوليات (camambert)	الشعور بالذنب غيرمتكيف	الانحيازات المعرفية التي تولّد هذا الشعور بالذنب
	السهم التنازلي	السيناريو الكارثي والمخططات المعرفية	الكشف عن أوتوماتيكية هذه السيناريوهات وجعلها أكثر وعياً ومتاحة للعمل العلاجي
	أعمدة بيك	الأفكار التلقائية المختلّة، توليد أفكار بديلة	المرونة المعرفية (تبنّي وجهات نظر مختلفة)، الانحيازات المعرفية
	التعرض للسيناريوهات الكارثية	السيناريوهات الكارثية	التماهي مع السيناريوهات، التركيز، التهويل، التعود التدريجي
	معارضة الأفكار أو اختبارها (اختبار الواقع)	الأفكار والمعتقدات المختلة، السيناريوهات الكارثية، المخططات المعرفية	الانحيازات المعرفية، العقلنة، المرونة
	علم النفس الإيجابي	الأفكار الإيجابية (عن الذات، الآخرين، العالم...)	توليد أفكار إيجابية تقلل من السلبية، المرونة النفسية

جدول التقنيات السلوكية :

البعد	اسم التقنية	المشاكل/الأعراض	العمليات المستهدفة
التقنيات السلوكية	التعرض	كل محفّز يثير انفعالاً غير مناسب	التعود، إزالة التحسس، القبول، فك الارتباط، تجنّب التجنّب
	التحكم في التنفس	فرط التهوية في اضطراب الهلع	الجانب الفسيولوجي :فرط التهوية؛ الجانب النفسي : التحكم، تغيير التركيز
	تنمية المهارات الاجتماعية وتأكيد الذات	صعوبات في الاندماج بالعلاقات الاجتماعية	التعلّم، المعارف الاجتماعية)التعاطف، نظرية العقل(...
	إعادة التفعيل السلوكي	الانعدام الإرادي للحركة، فقدان الإرادة...	التعزيز الإيجابي، الوظائف التنفيذية، تقدير الذات، الشعور بالكفاءة
	الأنشطة الممتعة	المزاج المنخفض، عدم الرضا	إعادة تنشيط المتعة، الشعور بالازدهار) الوعي، القبول(...
	أنشطة النظافة النفسية والبدنية	إهمال الذات، عدم تلبية الاحتياجات الأساسية	التعرف على الاحتياجات، الرضا، تحفيز دائرة إيجابية
	حل المشكلات	صعوبة في التعامل مع المشكلات، سوء التكيّف	الوظائف التنفيذية، الفعل

جدول التقنيات العاطفية:

	اسم التقنية	المشكلات/الأعراض	العمليات المستهدفة
التقنيات العاطفية	التعرض للعواطف	مشاعر مزعجة	التجنب، التعود، القبول
	الاسترخاء	التوتر، القلق	العمليات الفسيولوجية : توتر العضلات
	الوعي الكامل (اليقظة الذهنية)	أفكار و/أو مشاعر مزعجة – أحاسيس مشوشة	عمليات متعددة : الانتباه، القبول، التعود، فك الارتباط الذهني...
	التركيز/فك التركيز (Focusing/Défocusing)	صعوبة في الانفصال عن الأفكار/المشاعر	العمليات الانتباهية
	مكان آمن	اجتياح متكرر من القلق	عمليات مرتبطة بالخيال، التصور الذهني، والاسترخاء
	أنشطة مريحة خارج إطار العلاج	التوتر، الضغط اليومي	استرخاء عضلي، فك التركيز، الانخراط في النشاط
	التعرّف(Repérage)	صعوبة في تحديد المشاعر	عمليات التعرّف، المعالجة المعرفية للمشاعر

(Cyrille Buvette, 2023 , 59-61)

الفصل الرابع: لوحة السادو

- ✓ تعريف تقنية السادو
- ✓ فوائد لوحة السادو
- ✓ سيرورة جلسة السادو

لوحة المسامير (السادو)

تعريف تقنية السادو Sadhu :

لوحة Sadhu هي ممارسة الوقوف على لوح يتم فيه تثبيت مسامير خاصة على ابعاد منتظمة.

ضغط المسامير بسبب وزن الشخص على نقاط الوخز بالإبر الموجودة على باطن القدمين يؤدي إلى عمليات تطهير وتجديد جسم الإنسان. من خلال الممارسة بانتظام، فإنه يساعد على التغلب على الأمراض المزمنة على المدى الطويل.

استنادا إلى نتائج العديد من الدراسات، خلصت منظمة الصحة العالمية إلى أن التأثير على نقاط الوخز بالإبر يمكن أن يكون فعالا في 28 مرضا مختلفا على الأقل، بدءا من الصداع والاكتئاب إلى الحساسية والسكتات الدماغية وآلام العمود الفقري.

فوائد ممارسة لوح Sadhu:

كيف يتحول الألم إلى موارد مفيدة لنا:

1-الصحة البدنية:

وفقا للفلسفة الشرقية، تم العثور على ان إسقاط أعضائنا الداخلية يكون على مستوى باطن أقدامنا التي تحتوي على أكثر من 70000 نهاية عصبية. عندما نقف على المسامير، فإننا نحفز نقاط الوخز بالإبر. تسمح الممارسة بما يلي:

- تحسين الصحة البدنية
- تقوية المناعة
- تحفيز عمليات التطهير (إزالة السموم من الجسم ، وتطهير تدفق الدم) والانتعاش
- تحسين وظيفة الأمعاء

- تحفيز جميع أجهزة الجسم
- تحسين أداء الجهاز الهرموني
- تحفيز عملية التمثيل الغذائي
- إزالة التوتر عن طريق تحفيز نقاط الوخز بالإبر

2-الصحة النفسية:

تتيح لك الممارسة المنتظمة للوحة المسامير ما يلي:

- توجيه الطاقة المنبعثة أثناء الممارسة للشفاء من الصدمات القديمة
- الافراج عن العواطف المدفونة
- تحرير النفس من التجارب المؤلمة ، والحد من المعتقدات
- تطوير مقاومة الإجهاد والتركيز وقوة الإرادة والصفات الشخصية الأخرى
- تهدئة العقل والسيطرة عليه واستعادة ضبط النفس
- زيادة وتوسيع مستوى الوعي.
- زيادة القوة النفسية
- تعلم أن تكون في الوقت الحاضر
- بناء الثقة بالنفس
- زيادة القدرة على التحمل
- الاتصال بمحيطك الداخلي
- زيادة القدرة على التغلب على الصعوبات في الحياة

3-مسار الطاقة:

تتيح لك ممارسة لوح المسمار ما يلي:

- تحسين وتنسيق تدفق الطاقة في الجسم

- القضاء على "انسداد" الطاقة في القنوات وتزويد الشخص بجزء إضافي من الطاقة والحيوية والقوة
- تنشيط مراكز الطاقة في الجسم – الشاكرات

4-الجانب الروحي:

تتيح لك ممارسة لوح المسمار ما يلي:

- يسمح بالصحوة الروحية للشخص والتطور الشخصي والروحي
- يسمح للشخص بالاتصال بداخله الحقيقي "أنا" ، إلى روحه
- يسمح للعيش الكرمة السلبية: هضمها شيئا فشيئا وبالتالي تجنب العواقب غير السارة في الحياة اليومية
- يسمح بأن يصبح مدركا لمصير المرء ، ومهمة حياته
- يسمح لك بالعمل مع نيتك ورغباتك الحقيقية وتوجيه الطاقة المنبعثة أثناء الممارسة لتحقيق هذه الرغبات ، هذه النوايا.
- يسمح لك باستعادة توازنك ، تمركزك

تنقسم ألواح Sadhu إلى ثلاثة مستويات من الصعوبة حسب المسافة بين المسامير:

- 8 مم للمبتدئين
- 10 مم للمبتدئين / المتوسطين (كلاسيكي)
- 13 مم للمستوى المتقدم

يمكن أن تكون المسامير مجلفنة (للمبتدئين / المتوسطين) والنحاس (للمستوى المتقدم)

من يمكنه الممارسة على لوحة المسامير؟

يمكن للجميع ممارسة الصعود :Sadhu الأطفال والمراهقين والبالغين وكبار السن.

ومع ذلك، هناك بعض موانع لهذه الممارسة:

- الأمراض العقلية
- أمراض القلب والأوعية الدموية
- الحمل
- سرطان
- العمليات والإصابات الأخيرة
- التهابات مختلفة في الجسم
- الأزمات الالتهابية وغيرها
- جروح على باطن القدمين

سيرورة جلسة السادو:

من المهم أن يتم تعريفك بهذه الممارسة من قبل الشخص المرافق المعتمد.

لماذا من المهم أن يتم تعريفك بهذه الممارسة من قبل الشخص المرافق المعتمد وكذلك ممارسة الوقوف على المسامير مع الشخص المرافق؟

- سيكون الشخص قادرا على متابعة العملية بأفضل طريقة له، دون أن يضع نفسه في صعوبات وخطر
- يساعد الرفيق الممارس على المرور بالألم والمخاوف بأكثر الطرق وعيا وحكمة
- ستتم الممارسة في أفضل الظروف لأن الشخص سيكون في مجال الطاقة القوية للدعم
- سيتم تجربة العملية بمزيد من العمق
- يساعد الشخص المرافق الممارس على إدارة العواطف والألم والإفراج عنهما

أسئلة وأجوبة للحصول على أفضل فهم للممارسة:

لمن هذه الممارسة؟

ممارسة لوح المسامير مناسبة للجميع تقريبا (من الأطفال إلى المتقاعدين) ، ولكن هناك بعض موانع هذه الممارسة.

متى يكون التسمير مفيدا؟

- لرغبة في تحسين الصحة وتقوية جهاز المناعة .
- مع الممارسة طويلة الأمد ، فإنه يساعد على التغلب على الأمراض المزمنة (لا تمارس أثناء الأزمات)
- الزخم للعمل، وإطلاق المشاريع
- الحاجة إلى الخروج من حالة الأزمة
- فقدان بهجة الحياة واللامبالاة
- الرغبة في التخلي عن الموقف أو العواطف التي تزعج
- الرغبة في الدخول في حالة من الهدوء والسكينة
- الرغبة في بدء مرحلة جديدة من التنمية الشخصية
- البحث عن الغرض / الرغبة في معرفة مهمة حياتك

كيف تتنفس عند الوقوف على المسامير– من خلال أنفك أو فمك؟

لأن هذا هو أكثر راحة بالنسبة لك. إذا كنت تتنفس من خلال فمك، فإنه يهدئ العقل جيدا ويساعدك خلال هذه العملية .

التنفس عن طريق الأنف سهل التحكم. سيختار الجميع الطريقة الأنسب لهم.

هل أخاف من الألم الذي قد أشعر به أثناء الممارسة؟

عليك أن تفهم أن الخوف هو إسقاط للعقل، الخوف من حدوث شيء سيء. هذه هي آلية الدفاع في الجسم. من خلال امتلاك الشجاعة للوقوف على المسامير للتغلب على الخوف، يمكنك تغيير حياتك، والدخول في جودتها الجديدة. التغلب على الخوف ممكن من خلال النهج الصحيح والتحضير للممارسة.

في ممارسة الوقوف على المسامير، من المهم قبول الألم كمشاعرك / عواطفك المجمدة التي كانت مشلولة أو مسدودة. تتيح هذه الممارسة الكشف عن هذه المشاعر وعيشها وتدريب القدرة على تحويل الألم إلى مصدر قوة (والذي سيتم تطبيقه أيضا في الحياة اليومية). بفضل مرور الألم من خلال الذات، يصبح الجسم خفيفا وحرا وغير مقيد ، وتأتي فرحة تجاوز الذات وتظهر الثقة بالنفس.

كم دقيقة يستغرق الوقوف للحصول على تأثير الممارسة؟

من المهم أن تظل صادقا مع مشاعرك، وأن تستمع إلى نفسك. حتى بعد الوقوف لبضع دقائق، تبدأ العملية بالفعل، تم تنشيط النية الصادرة لهذه الممارسة بالفعل. تدريجيا، يمكن / سيزداد وقت الممارسة، وبعد 30–40 دقيقة ستغمر الطبقات العميقة من الوعي والبرامج، وسيكون هناك اتصال عميق بقلبك وتوسع في الوعي.

ماذا لو لم أستطع الوقوف حتى لمدة دقيقة – الألم والتوتر لا يختفيان، لا يمكنني الاسترخاء؟

من المهم الوقوف على المسامير بطريقة خفيفة وواسعة الحيلة. تذكر لماذا أردت القيام بهذه الممارسة. من المهم قبول الألم، والاستسلام له، والاستسلام للعملية. عليك أن تغير انتباهك، والتركيز على التنفس .

لماذا أشعر أحيانا بالبرد في جميع أنحاء جسدي واقفا على المسامير؟

هذه علامة على أن طاقة الكونداليني تعمل. ينظف الانسدادات عن طريق العمل بلطف حيث تشعر بالبرد. من خلال العمل من خلال البرد، يحيد الكونداليني ويشفي. يتم إطلاق الطاقة الراكدة المجمدة.

لماذا أشعر بالألم عندما أنزل من على اللوحة؟

لا يزال الألم موجودا، ولكن بمرور الوقت يصبح الجسم أنظف وأخف وزنا. عندما تبدأ تدفقات الطاقة بالمرور بسهولة عبر أجسامنا، نتوقف عن الشعور بالألم الحاد. راقبه، لا تعامله على أنه ألم، ولكن كطاقة، كمصدر.

(د. كنزاري هاجر ، 2024)

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: منهجية البحث أدواته وإجراءاته

- ✓ المنهج العيادي
- ✓ أدوات البحث
- ✓ المقابلة العيادية
- ✓ ملاحظة العيادية
- ✓ اختبار فحص الهيئة العقلية
- ✓ اختبار هاميلتون للقلق Has-p
- ✓ مكان إجراء الدراسة الميدانية

1-تعريف المنهج العيادي :

يستخدم المنهج الاكلينيكي في دراسة حالة فردية بعينها. فهو يستخدم أساسا لأغراض عملية من أجل تشخيص وعلاج مظاهر الاختلال التي تحمل الشخص الذهاب إلى الاكلينيكي.

يعني اليوم الدراسة العميقة للحالات الفردية، يصرف النظر عن انتسابها إلى السوية أو المرضية. (محمد الطيب وآخرون، 179، 2005)

ولقد وقع اختيارنا على المنهج العيادي من أجل الدراسة التفصيلية للفرد وحياته علاقاته وتنشئته من خلال مقابلته أو مقابلة عائلته أو أفراد من محيطه، ويساعد أيضا على ملاحظة الفرد لفترات الطويلة مما يمكن من الكشف عن الظروف التي أثرت في شخصيته التي لا يمكن الكشف عنها إلا من خلال هذه الطريقة.

2- دراسة الحالة :

هي كل المعلومات التي تجمع عن الحالة، وهي دراسة ترتكز على الفرد عن طريق الملاحظة والفحوص الطبية والاختبارات السيكولوجية كما أنها أداة قيمة تكشف للأخصائي عن التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة وتشمل دراسة مفصلة للفرد في حاضره وماضيه. (زينب محمود الشقير، 2002، 14)

ولقد قمنا باختيار استعمال دراسة الحالة في بحثنا هذا بكونها تعطينا فكرة شاملة وواضحة ومتكاملة حول شخصيات الفرد وفهم أسلوب حياته وخصائص سلوكه وهذا يساعدنا في دمج المعطيات المتحصلة عليها وربطها بفهم سلوكيات المفحوص.

1. أدوات المستعملة في البحث:

3-1 المقابلة العيادية:

تعتبر المقابلة أداة بارزة من أدوات البحث العلمي، حيث يؤكد المختصون النفسانيون على أنها يجب التركيز فيها على الجانب التقني والثقة المتبادلة بين المختص والعميل ويسودها روح الصدق والأمانة والمودة، ومن هنا تكون المقابلة ذات غاية عظيمة يتم من ضمنها جمع البيانات وفهم المشاكل التي يعاني منها المبحوث أيا كان هدفها تشخيصيا أو ارشاديا علاجيا أو استطلاعيا. (محمد يزيد لرينونة 2015،50)

3-2 الملاحظة :

يهتم الملاحظ العيادي بنفسية الفرد والسياقات النفسية التي لا يمكن ملاحظتها بذاتها، فهي ملاحظة بالمنظور التحليلي، فمنها الملاحظة التي تخص الفرد بعينه، مثال على ذلك ملاحظة المولود الجديد في سلوكه حالة اليقظة وحالة النوم وعلاقته مع أمه في حالة الرضاعة.

وكذلك الأمر في الملاحظة العيادية أثناء الفحص النفسي للفرد وذلك بملاحظته وهو يستجيب للمقابلة التشخيصية أو عند الاستجابة للروائز النفسية ومن ذلك ملاحظة سلوكه فيما يتعلق بالحياة العاطفية والعقلية. (محمد يزيد لريتونة ،2015، 47)

3-3 فحص الهيئة العقلية :

يركز هذا الفحص على ملاحظة الاستجابات السلوكية التلقائية اللفظية منها والحركية، بما في ذلك من معلومات حول محيط الفرد، عندما يتعلق الأمر بعرض المفحوص لمشكلته، بحيث يعطي شرحا مزودا بتعاليم لضبط الهيئة العقلية وهو يتكون من عنصر:

- الاستعداد والسلوك العام.
- اللغة والاتصال.
- المزاج والعاطفة.

- محتوى التفكير.
- القدرة العقلية.
- التوجه الزماني والمكاني.
- الحكم والاستفسار.

(د. جبار شهيدة ، 155،2016)

3-4 اختبار القلق هاميلتون: وضع هذا المقياس الطبيب النفسي ماكس هاملتون عام 1995م لاستخدامه مع المرضى الذين سبق تشخيصهم على أنهم يعانون من القلق، بحيث يعطى درجة كمية معتمدة على وجود بعض الأعراض الجسمية والنفسية، وإذا استخدم استخداماً سليماً فإن الدرجات تكون مؤشراً يوثق به لتسجيل مدى تحسن المريض.

- ويعتمد تطبيق المقياس على براعة الفاحص وإدراكه لوجود الأعراض المتنوعة عن طريق استجواب المريض وتقديره لشدة تلك الأعراض وفق الأحاسيس الذاتية للمريض.
- ويشمل المقياس ١٤ عرضاً مركباً يكون مجموع درجاتها مقياساً كمياً لدرجة القلق، وعادة ما يطبق قبل بدء العلاج ثم يطبق دورياً بعد ذلك لمعرفة مدى التحسن.
- يقيس هذا المقياس – كما سبق وأن ذكرنا – مدى شدة الأعراض النفسية والجسمية للقلق فيضع الفاحص درجة لاستجابة المريض وفقا لخمسة مستويات هي:

0. لا توجد اعراض
1. أعراض طفيفة
2. أعراض متوسطة
3. أعراض شديدة
4. أعراض شديدة جداً

5. تفسير الدرجات: هناك طريقتان

6. الطريقة الأولى: تتبع عرض واحد ومقارنة الدرجات الخام عبر فترات من الزمن. فالمريض الذي ينال على درجة 3 في فقرة المزاج الاكتئابي وبعد أسبوع ينال على واحد فهناك تحسن.

الطريقة الثانية: هي مقارنة المجموع الكلي لدرجات الفقرات الأربعة عشر، فالمريض الذي ينال في أول تطبيق درجة كلية ٣٠ وبعد أربعة أسابيع يحصل على ١٥ يكون قد تحسن بنسبة 50%.

الدرجات:

صفر = لا توجد أعراض

1.أعراض طفيفة

2.أعراض متوسطة

3.أعراض شديدة

4.أعراض شديدة جدا (تعجز المريض)

(د. لطفي فطيم)

	الفقرة	لا توجد أعراض	أعراض طفيفة	أعراض متوسطة	أعراض شديدة	شديدة جدا
1-عسر المزاج	التوجس والشك، توقع الأسوأ أو الأشياء المخيفة، سهولة الاستثارة.					
2-التوتر	مشاعر عدم الارتياح ،سهولة الاجهاد، الفزع، سهولة البكاء، الارتجاف، لا يستقر على حال، لا يستطيع أن يترك فسه على سجيتها.					
3-الخوف	من الظالم، والغرباء والوحدة والحيوانات وزحمة المرور والحشود.					
4-الارق	صعوبة الاستسلام للنوم، النوم المتقطع، نوم غير مشبع والإحساس بالتعب عند الاستيقاظ، أحلام وكوابيس ومخاوف ليلية.					
5- الذاكرة	صعوبة التذكر وضعف الذاكرة.					
6-المزاج الاكتئابي	اللامبالاة، لا يستمتع بالهوايات، الحزن، الاستيقاظ المبكر، انتقال الانفعالات من النقيض إلى النقيض في اليوم الواحد.					
7- السلوك خلال المقابلة	تململ، لا يستقر في مكانه، اهتزاز الأيدي، تقطيب الحاجبين، وجه مشدود، تنهيدات أو تلاحق الأنفاس، اصفرار الوجه، ابتلاع الريق، التجشوء، حركات مفاجئة في المفاصل، اتساع حدقة العين وجحوظ العينين.					
8-المشاعر الجسمية (الحسية)	طنين في الأذن ، زغللة البصر، نوبات من السخونة والبرودة، إحساس بالضعف.					
9- المشاعر الجسمية (العضلية)	آلام وأوجاع، التواء العضلات أو تيبسها، انتفاخ العضلات، صرير الأسنان، حشرجة الصوت، ازدياد الشد العضلي.					
10-أعراض القلب والاوعية الدموية.	اختلال ضربات القلب، آلام الصدر، خفقان القلب، انتفاض العروق، مشاعر الدوار.					
11-أعراض تنفسية	ضيق الصدر أو اختناقه، مشاعر بالاختناق، التنهد، عسر التنفس					
12-الاعراض المعوية المعدية	صعوبة البلع، أرياح، آلام في البطن، حرقان المعدة، لين البراز، الشعور بامتلاء المعدة، الغثيان، القيء ، نقص الوزن، الإمساك، أصوات البطن والأمعاء.					
13-أعراض المسالك البولية والتناسلية	زيادة عدد مرات التبول، ضغط البول في المثانة، انقطاع العادة الشهرية، البرودة الجنسية، سرعة القذف، فقدان الرغبة الجنسية، العنة.					
14-أعراض خاصة بالجهاز العصبي المستقبل	جفاف الفم، احمرار الوجه، شحوب اللون، العرق، الدوار، صداع التوتر، وقوف الشعر.					

4-دافع الفحص النفسي:

انجاز مذكرة لنيل شهادة ماستر علم النفس العيادي.

5-وصف الحالات العيادية المدروسة:

اشتملت الدراسة على حالتين مصابين بنوبات الهلع: ذكر وانثى تتراوح أعمارها بين 21 و23 سنة يعانون من نوبات الهلع.

6- مكان الدراسة:

عند اخصائية نفسية في قطاعها الخاص في وهران

7- الحدود الزمانية:

من مارس 2025 الى جوان 2025

الفصل السادس: عرض الحالات العيادية

- ✓ تقرير السيكولوجي للحالة الأولى
- ✓ تقرير السيكولوجي للحالة الثانية

التقرير السيكولوجي للحالة الأولى:

الاسم: ا

اللقب: ك

السن: 23

الجنس: ذكر

الحالة المدنية: أعزب

مكان الإقامة: وهران

المستوى الدراسي: جامعي

عدد الاخوة: 3

الرتبة بين الاخوة: الاول

حالة الوالدين: متزوجين

صاحب الطلب: موجه من طرف طبيب نفسي

اختبار فحص الهيئة العقلية:

الاستعداد العام والسلوك:

الحالة (ك) ذو جسد متناسق، وقامة طويلة، لباس مرتب ونظيف، تظهر عليه ملامح الحزن والضيعان، لديه تردد في الكلام ولا يحبذ التعبير. بدا عليه التوتر والقلق، كثير الحركة في الجلسة، يمسك يديه ويغير وضعيته باستمرار. تجاوبه مع الفاحص كان متعاونًا رغم بعض التردد في بداية الجلسة.

اللغة والاتصال:

لغة سليمة وواضحة، التعبير سليم من الناحية اللغوية. يتكلم بالفرنسية والعربية في نفس الوقت. نغمة الصوت منخفضة وهادئة لكن هناك نوع من الاندفاعية في التكلم عن العائلة، يتميز بعدم الالتزام بالمواعيد والقدوم للمقابلات.

المزاج والعاطفة:

كانت الحالة تتميز بالحزن والقلق، الاندفاعية عندما يتكلم عن عائلته ووضعه المعيشي وسطهم. أفاد المريض بأنه يشعر بالحزن المستمر، فقدان المتعة في الأنشطة اليومية، والإرهاق العام، مع نوبات من الخوف المفاجئ دون مبرر ظاهر. لا يوجد تبلد عاطفي، لكن هناك محدودية في التفاعل العاطفي.

محتوى التفكير:

يعاني من أفكار متكررة حول العجز، وعدم الجدوى، وصعوبة الشعور بالأمان داخل البيت. عبّر عن شعوره بالخوف من الموت أثناء نوبات الهلع، مع إحساس بفقدان السيطرة.

القدرة العقلية:

لديه قدرة عقلية سليمة. قادر على التركيز لكن يتشتت انتباهه بسهولة.

التوجه الزماني والمكاني:

يدرك المريض الزمن والمكان بدقة. عرف التاريخ الحالي واسم المكان وسبب وجوده في الجلسة. لا توجد دلائل على اضطراب في التوجه.

الحكم والبصيرة:

بدا الحكم على الأمور محدودًا، إذ يتخذ قرارات تحت تأثير القلق والخوف. أما البصيرة، فهي جزئية؛ إذ يُدرك أنه يعاني من مشكلات نفسية، يربطها فقط بالضغوط العائلية.

أهم جوانب التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

يبلغ الحالة 23 سنة، مستواه الدراسي جامعي. يحتل المرتبة الأولى في العائلة. ظروفه الاجتماعية جيدة. بدأت الأعراض النفسية منذ حوالي سنتين، حيث بدأ المريض يشعر بنوبات من الخوف المفاجئ دون مبرر، مصحوبة بتسارع ضربات القلب، ضيق في التنفس، ورغبة في الهروب، بالإضافة إلى أعراض اكتئابية مثل الحزن المستمر، انخفاض الطاقة، فقدان الاهتمام، وصعوبات في التركيز.

بعد مرور سنة من بداية الأعراض، وبسبب اضطراب واضح في النوم وعدم القدرة على الاسترخاء، توجه المريض إلى طبيب نفسي. تم إجراء فحص عقلي شخص حالته باضطراب الهلع مصحوب بنوتة كآبة. بدأ العلاج الكيميائي فورًا بعد التشخيص، وتم وصف مضادات اكتئاب، بالإضافة إلى مهدئ للسيطرة على نوبات القلق والهلع.

ورغم الالتزام بالعلاج بانتظام، لم يلاحظ المريض تحسنًا ملموسًا في حالته، ما دفع الطبيب المعالج إلى إحالته لمتابعة نفسية منتظمة تهدف إلى دعم العلاج الدوائي بالعلاج النفسي

صرّح المريض بشكل واضح بأنه لم يتعاطَ المخدرات مطلقًا، ولا يدخن، ولا يظهر عليه أي سلوك إدماني.

يشير المريض إلى أن والدته تتبع علاجًا نفسيًا بسبب اضطراب اكتئابي متكرر. أما والده، فهو يعاني من إدمان مزمن على الكحول، مما يخلق مناخًا عائليًا مضطربًا ويزيد من شعور المريض بعدم الأمان والضغط النفسي داخل المنزل.

عرض نتائج الاختبار:

تم الحصول على درجة 39 في اختبار القلق لهاميلتون HAS-Pالتي تدل على ان الشخص يعاني من قلق حاد. كما يعاني من 2-3 نوبات في اليوم.

عرض جدول بيك:

الموقف	المشاعر	الأفكار التلقائية	الأفكار العقلانية	النتائج
دخلت للدار واصوات عالية جاية من الصالون بين بابا وماما	-توتر 10/9 -خوف 10/8 -حزن 10/7 -احباط 10/7,5	-'ماغاديش نتهنى كي نرجع للدار' -'انا السبب في كل المشاكل ' -'غادي تجيني نوبة هلع ' -'ما نقدرش نعيش هاكا'	-'عندي الحق نكون مرتاح فالدار ونلقى حلول تدريجية' -'ماشي ضروري نكون انا السبب عندهم بزاف خلافات شخصية.' -'حتى و جاتني نوبة هلع راني نعرفلها دروك ، متخوفنيش '	بعد الأسئلة المطروحة واستخراج الأفكار العقلانية نقصت شدة التوتر الى 10/7 لا يزال خائفا لكن يشعر بأن في المرة القادمة سيمر الموقف اقل توترا . قرر التعبير عن توتره وخوفه عبر الرسم .

شرح حصة السادو:

تمّ شرح آلية العمل على لوحة السادو للمريض، وتوضيح أهداف التجربة في سياق التدخل العلاجي. أبدى المريض موافقة مبدئية على خوض التجربة، رغم توتره الواضح قبيل الصعود الأول.

تفاصيل الصعود:

-الصعود الأول:

المدة: 14 ثانية

الانطباعات: أشار المريض إلى شعور بالألم الجسدي الحاد في أسفل القدمين مباشرة بعد الصعود. عبّر عن توتره بصمت وتقلصات وجه واضحة.

الملاحظات السريرية: لم يُظهر مقاومة للصعود لكنه كان مركزًا فقط على الألم الجسدي.

-الصعود الثاني:

المدة: 15 ثانية

الانطباعات: أظهر انزعاجًا ذهنيًا أكثر من الجسدي. صرّح بعد النزول أنه "كانت هناك أفكار جاتني، وما حبيتش نتفكرها"، ورفض التوسع فيها. بدا عليه الانسحاب الذهني والتشتت.

الملاحظات السريرية: بداية تداخل للألم النفسي مع التجربة الجسدية، مما يفتح مجالًا للعمل على المكونات المعرفية والانفعالية في الجلسات المقبلة.

الصعود الثالث:

المدة: 8 ثوانٍ

الانطباعات: أبدى المريض رفضًا واضحًا بعد النزول، وقال إنه "ما يقدّرش يكمل" ورفض أي محاولة لإعادة التجربة.

الملاحظات السريرية: بدا عليه الإرهاق الذهني والانسحاب الدفاعي. وُصفت الجلسة بأنها "ثقيلة" من الناحية النفسية بالنسبة له.

التحليل والملاحظات العيادية:

- أظهر المريض قدرة على المواجهة الجسدية المحدودة، لكن التفاعل النفسي مع التجربة بدا أكثر تحديًا.
- استُحضرت مشاعر وأفكار داخلية مرتبطة بالألم النفسي أثناء الصعود الثاني، لكن المريض لم يكن مستعدًا لمواجهتها.
- يمكن العمل لاحقًا على الربط بين الألم الجسدي والوجدان المقموع، وتحويل التجربة إلى لحظة تأمل واستبصار تدريجي، مع تدعيم بالأمان العلاجي.

في نهاية الجلسة الأولى، تم تزويد الحالة بتوصيات علاجية واضحة، تمحورت حول الانتباه لأي أعراض جسدية أو نفسية لاحقة قد تظهر كرد فعل للتجربة، خصوصًا تلك المرتبطة بالتعرض الجسدي والذهني أثناء الوقوف على لوحة السادو.

تم التأكيد على إمكانية التواصل مع الفريق العلاجي في أي وقت، في حال ظهور أعراض ثانوية.

الجلسة الثانية: مواجهة الأفكار وإعادة التجربة

- بدأ المريض الجلسة بموقف أكثر انفتاحًا واستعدادًا، حيث تمكن من التعبير عن الأفكار التلقائية التي راودته خلال الصعود الثاني، والتي كانت تتمحور حول:
  - الإحساس بالذنب تجاه العائلة.
  - شعور بالعجز أمام مشاكل البيت.
  - خوف من الانهيار أو "الجنون".

- تم العمل على هذه الأفكار من خلال إعادة البناء المعرفي (restructuration cognitive) ومقارنتها بأفكار واقعية أكثر توازنًا.
- بعد ذلك، تم إجراء تجربة جديدة على لوحة السادو:
  - أبدى المريض قدرة أكبر على التحمل الجسدي والاسترخاء التدريجي. بحيث انه وقف فوقها لمدة دقيقتين
  - وصف التجربة بأنها "أقل ألمًا" و" أكثر تقبّلاً"، مع ملاحظات عن الشعور بالهدوء
  - عبّر عن نوع من الرضا الذاتي لكونه لم ينسحب ولم يتجنب.

التحليل العيادي:

هذه الجلسة شكلت نقطة تحول معرفية، حيث بدأ المريض يربط بين المشاعر الجسدية والانفعالات النفسية، وظهرت مؤشرات أولية لتقبل الواقع والمشاكل الآنية (acceptation des problèmes actuels)، بدلًا من الإنكار أو الهروب.

الجلسة الثالثة: الاختبار البعدي وتقييم التقدم

إجراء الاختبار البعدي لمتابعة مدى تحسن الحالة باستخدام مقياس هاميلتون للقلق

النتيجة:

النتيجة الحالية: 20 من 39

- النتيجة (20) على سلم هاميلتون يشير إلى انخفاض معتبر في مستوى القلق. كما تدل هذه الدرجة في السلم على انها درجة متوسطة من القلق.

- هناك تقدم نوعي ملحوظ من حيث الاستبصار، الدافعية الذاتية، والقبول التدريجي للمشكلات العاطفية والبيئية، يظهر في السلوك العلاجي.
- تراجع عدد النوبات من 2-3 نوبات في اليوم الى مرة في الأسبوع.

ملخص الحالة:

من خلال اختبار فحص الهيئة العقلية للحالة ومن خلال المقابلات والملاحظة العيادية، واختبار القلق لهاميلتون نستنتج ان للحالة أعراض نوبة الهلع التي تمثلت في:

-نبضات القلب السريعة.

-اضطراب النوم.

-الاختناق وصعوبة في التنفس.

-الإحساس القوي للموت.

-الارتجاف الجسدي.

-نوبات الهلع 2-3 مرات في اليوم لمدة سنتين.

طبقنا عليه العلاج المعرفي السلوكي من اجل إعادة هيكلة الأفكار.

ولوحة السادو من أجل تعريضه الخيالي للأفكار السلبية.

بعد خضوعها لعدة جلسات علاجية نفسية تكاملت فيها المقاربة المعرفية السلوكية مع تقنية "لوحة السادو"، نتائج إيجابية من حيث التقدم النفسي والاستجابات السلوكية والانفعالية، رغم بقاء بعض الأعراض. وقد تمّ رصد المؤشرات التالية:

بدأ المريض في تطوير استبصار نفسي معتبر، حيث أصبح أكثر وعيًا بعلاقته بين ما يشعر به جسديًا وما يختلج داخله من أفكار سلبية تلقائية، خصوصًا تلك المتعلقة بالذنب والعجز المرتبط بوضعه العائلي. كما لوحظ تطوّر في الدافعية الذاتية، تمثل في عودته الطوعية للمركز بعد الجلسة الأولى رغم الأعراض الجسدية المزعجة التي عايشها (دوخة، تقيؤ)، مما يعكس تحسنًا في القدرة على المواجهة وتحمّل الألم.

فيما يخص التجربة الجسدية على لوحة السادو، فقد تحوّل موقف المريض من الرفض والانسحاب إلى المواجهة التدريجية وتحمّل الألم الواعي، وقد أتاحت هذه التجربة استحضار أفكار دفينة تم التعامل معها لاحقًا في جلسة آمنة. عكست هذه الاستجابة تطوّرًا في تقبّل المشاعر والمشاكل الآنية، وهو ما ساهم في إضعاف بعض آليات الدفاع كالإنكار والتجنب.

كما تراجعت عدد نوباته من 2–3 في اليوم الى واحدة في الأسبوع.

وعليه، يمكن القول إن الحالة أظهرت مؤشرات أولية لتحسّن تدريجي، شمل الوعي، تراجع عدد النوبات، المواجهة، وتحمل الانفعال، مما يُبشر بإمكانية تعزيز هذا التقدّم في حال استمرار العمل العلاجي ضمن إطار داعم ومنظم.

التقرير السيكولوجي للحالة الثانية:

الاسم: ت

اللقب: ر

السن: 21

الجنس: انثى

الحالة المدنية: عزباء

مكان الإقامة: وهران

المستوى الدراسي: السنة أولى ثانوي

عدد الاخوة: 4

الرتبة بين الاخوة: 2

حالة الوالدين: متزوجين

صاحب الطلب: الام

اختبار فحص الهيئة العقلية للحالة:

الاستعداد العام والسلوك:

تبدو الحالة في جسم متناسق ونظيف، متوسطة القامة. تظهر عليها ملامح الحزن والتيهان. تجلس بطريقة متقوقعة، نظراتها مشتتة لكنها لا ترفض التواصل.

اللغة والاتصال:

الكلام واضح لا وجود لاضطراب في اللغة. تتكلم بطلاقة لكن خافتة النبرة.

المزاج والعاطفة:

مزاج متقلب، تتخلله لحظات من القلق والانفعال، العاطفة متأرجحة بين البكاء والكتمان.

محتوى التفكير:

أفكار مرتبطة بالذنب، الظلم، وأحيانًا نبرة انتقامية. تركيز واضح على الماضي وأحداثه، دون توجّه للحاضر أو المستقبل.

القدرة العقلية:

انتباهها جيد نسبيًا، القدرة على التركيز متوسطة. تتميز الحالة بلغة مفهومة ونوع من الخطاب العفوي وإجابات مطلقة، كما لاحظت أثناء الحديث عدوانية ذاتية خاصة أثناء سؤالها عن نفسها فهي متذمرة من عدم معرفتها ماذا تريد في الحياة.

التوجه الزماني والمكاني:

مدركة للوقت والمكان بشكل جيد. تعرف تاريخ اليوم وسبب حضورها.

الحكم والاستبصار:

الاستبصار محدود في البداية، لكنها بدأت تُظهر فهمًا تدريجيًا لعلاقة سلوكها بتجاربها الماضية خلال الحصص العلاجية.

اهم الجوانب التاريخية والاجتماعية للحالة:

الفتاة تبلغ من العمر 21 سنة، الثانية في ترتيب إخوتها. عانت منذ المرحلة المتوسطة من تنمر متكرر من زملائها، بلغ حدّ الاتهام بالحمل غير الشرعي، مما أدى إلى فقدانها ثقتها بنفسها وتعرضها لمضايقات حتى من بعض الأساتذة.

أعادت السنة الدراسية الأولى ثانوي لكنها لم تتحمل الضغوط النفسية وانقطعت نهائيًا عن الدراسة. في المنزل أصبحت منعزلة داخل غرفتها، ترفض التفاعل مع العائلة. بدأت تظهر عليها لاحقًا سلوكيات عدوانية فجائية كالجري في أرجاء البيت وتكسير الأغراض، والاندفاعية في ردود الأفعال، ما دفع والدتها لعرضها على المتابعة النفسية.

كانت الحالة تعاني من نوبات هلع منذ سنة ونصف التي تمثلت في ضيق التنفس والإحساس المريب بالموت، فقدان التوازن. كما عانت من التبول الكثير وأعراض جلدية من حبوب واحمرار.

كما تمتلك الحالة سمات الشخصية الحدية كالشعور المزمن بالفراغ، التقلبات المزاجية، الميل للعزلة والانسحاب وعدم الرغبة في إقامة علاقات صداقة. اضطراب الهوية وصورة الذات.

لا توجد معلومات عن تعاطي المخدرات أو أدوية. لا تاريخ عائلي واضح للاضطرابات النفسية.

عرض نتائج الاختبار:

تم الحصول على درجة40 في اختبار القلق لهاميلتون HAS-Pالتي تدل على ان الشخص يعاني من قلق حاد.

كما تعاني من 4-3 نوبات في اليوم.

عرض جدول بيك:

الموقف	المشاعر	الأفكار التلقائية	الأفكار العقلانية	النتائج
كانو ضياف فالدار و ناس نبغيهم بصح مقديتش نطول مريحة معاهم	-غضب 10/9 -توتر 10/8 - حزن10/8	-'الناس تكرهني ' -'غادي تجيني هاديك la crise ونحشم روحي قدامهم' -'ما عندي حتى قيمة ومنزيد والو فالقعدة'	-'ماشي كامل الناس كيما لي تنمرو عليا، كاين ناس تبغيني ' -' ماشي ضروري تجيني وحتى اذا جات كاين ماما معايا وان شاء الله يتفهموني ' -'حتى وحسيت اني ماشي مهمة هاد الإحساس ما يعنيش بلي راني بلا قيمة والناس ماراهاش حابة الوجود تاعي'	بعد الأسئلة المطروحة واستخراج الأفكار العقلانية نقصت شدة الغضب الى 10/6 لا يزال التوتر في مواجهة الناس لكن تشعر بأن في المرة القادمة سيمر الموقف اقل توترا. الحزن 10/5

-قمنا في البداية بالتطرق للعلاج المعرفي السلوكي باستخدام التعريض الذهني والواقعي مع الاسترخاء وبعد عدة حصص قدمنا لها لوحة السادو.

شرح حصة السادو:

تمّ شرح آلية العمل على لوحة السادو للمريض، وتوضيح أهداف التجربة في سياق التدخل العلاجي. أبدت المفحوصة موافقة على خوض التجربة،

تفاصيل الصعود:

-الصعود الأول:

-المدة: دقيقة و24 ثانية

استرجعت ذكرى وفاة صديقتها المقربة، دون ظهور انفعالات واضحة، وكأنها في حالة إنكار عاطفي. لكن تعرفت على انها لم تعش مشاعر الحزن وقت موتها او إقامة أي ردة فعل محزنة من أجلها ' عرفت علاه تفكرتها هي اللولة خاطرش مامديتش لروحي قاع الوقت باه ندير ردة فعل وقعدت ماشي مأمنة ونكرت الموت تاعها وصاي انا أصلا مكنتش نخرج ولا نتلاقا بيهم سما ما حسيتش بالفراق' وقامت بالبكاء.

الصعود الثاني:

المدة: دقيقتين ونصف.

- استرجعت وجوه المتنمرين، أسماءهم، مشاهد مفصلة من العنف اللفظي والنفسي.
- ظهرت عليها علامات انفعالية كشد اليدين بقوة واغلاق العينين بشدة. بعد جلوسها اقرت انا شعرت بالاسترخاء وصفاء الافكار "كلشي ولالي في راسي... حسّيت كيما كنت نشوف كابوس وبغيت نشوفهم هاكا مالفوق خاطرش ملي حبست قرايا وانا نهرب من هاد الأفكار ودروك عاودت عشتها".

الصعود الثالث:

المدة: دقيقة و45 ثانية.

- عبّرت بعدها عن فهم جديد: "أنا مازلت متعلقة بالماضي... ما كنتش نعرف باللي كل تصرفاتي اليوم نابعة منو وكنت ناكرة بلي هادوك صوالح اترو فيا كنت نقول نسيتهم وفوتهم وصاي".
- أقرت لأول مرة أنها بحاجة لتغيير طريقة استجابتها الحالية للأحداث، وبدأت تتقبل فكرة مواجهة الواقع لا الهروب منه.

بعد انتهاء الحصة اعطيناها موعد بعد أسبوع.

الملاحظات العيادية:

كشفت هذه الجلسة على:

صمدت المريضة لمدة دقيقة و20 ثانية، وهو وقت معتبر في أول تعرض مباشر للألم الجسدي من خلال لوحة السادو. بالرغم من استرجاعها لحدث مؤلم (وفاة صديقتها)، لم تُظهر أي تفريغ انفعالي واضح. هذا يُشير إلى:

- وجود آلية المقاومة لمعايشة الألم
- نمط "التحمّل العاطفي المُفرط"، الذي غالبًا ما يُلاحظ عند الناجين من تجارب نفسية طويلة الأمد دون دعم

في المرة الثانية، ظهرت انفعالات داخلية واضحة. استرجعت خلالها وجوه المتنمرين ومواقف مهينة تعرضت لها. هذا يشير إلى:

- فتح تدريجي لذاكرة الصدمة.

- ارتفاع قدرة المفحوصة على الدخول في استحضار ذاتي منظم.

في هذه الجلسة، عبّرت عن فهم جديد لارتباط سلوكها العدواني في الحاضر بتجارب الماضي المكبوتة، حيث قالت أنها باتت "مربوطة بالماضي وترد الفعل على كل شيء". هذه اللحظة تعبّر عن:

- بداية تشكُّل الاستبصار العلاجي.
- قدرة على الربط السببي بين الاضطراب السلوكي والمصدر الانفعالي.

الجلسة الموالية: الاختبار البعدي وتقييم التقدم

إجراء الاختبار البعدي لمتابعة مدى تحسن الحالة باستخدام مقياس هاميلتون للقلق

النتيجة:

النتيجة الحالية: 10 من 40

- النتيجة (10) على سلم هاميلتون يشير إلى انخفاض قوي في مستوى القلق. كما تدل هذه الدرجة في السلم على انها درجة منخفضة من القلق.
- هناك تقدم نوعي ملحوظ من حيث الاستبصار، اتخاذ الثقة بالنفس) قرارها في استئناف الدراسة عن بعد'
- تراجع عدد النوبات من 4-3 نوبات في اليوم الى مرة في الشهر.

ملخص الحالة:

من خلال اختبار فحص الهيئة العقلية للحالة ومن خلال المقابلات والملاحظة العيادية، واختبار القلق لهاميلتون نستنتج ان للحالة أعراض نوبة الهلع التي تمثلت في:

-نبضات القلب السريعة.

-الإحساس بالموت.

-الاختناق وصعوبة في التنفس.

-نوبات الهلع 4-3 مرات في اليوم لمدة سنة ونصف.

-اعراض جلدية.

-التبول الشديد وعدم التحكم فيه.

كما تواجدت عندها أعراض شخصية حدية:

- الشعور المزمن بالفراغ.

- التقلبات المزاجية وعدم الاستقرار الانفعالي.

- الميل للعزلة والانسحاب وعدم الرغبة في إقامة علاقات صداقة.

- اضطراب الهوية وصورة الذات.

طبقنا عليها العلاج المعرفي السلوكي بالتعريض الذهني الواقعي مع الاسترخاء، ولوحة السادو من أجل تعريضها الخيالي للأفكار السلبية.

بعد خضوعها لعدة جلسات علاجية نفسية تكاملت فيها المقاربة المعرفية السلوكية مع تقنية "لوحة السادو"، نتائج إيجابية من حيث التقدم النفسي والاستجابات السلوكية والانفعالية، رغم بقاء بعض الأعراض. وقد تمّ رصد المؤشرات التالية:

- تراجع كبير في عدد نوبات الهلع.
- اختفاء الاعراض الجلدية.
- ارتفاع تقدير الذات.
- التمكن من اتخاذ قرارات حياتية كاستئناف الدراس

الفصل السابع: عرض النتائج ومناقشتها

مناقشة النتائج على ضوء فرضية البحث

الاستنتاج العام

نص فرضية البحث الأساسية:

استخدام لوحة السادو كأداة مساعدة يساهم في تعزيز فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من اعراض نوبة الهلع لدى الراشدين.

من خلال اتباعنا للمنهج العيادي وباستعمال الملاحظات والمقابلات العيادية وفحص الهيئة العقلية الذي قمنا به توصلنا الى النتائج التالية:

في دراسة الحالتين (ك) و (ت) قد أسفرت النتائج المحصّلة من الحالتين المدروستين عن مؤشرات داعمة لهذه الفرضية؛ إذ لوحظ انخفاض واضح في تكرار نوبات الهلع، بالإضافة إلى تراجع ملحوظ في شدة الأعراض الجسدية المصاحبة، مثل ضيق التنفّس والتعرّق المفرط، وهو ما يعكس تحقيق درجة من الاسترخاء الداخلي لدى المفحوصين، مما يدعم فعالية هذا التكامل العلاجي.

أما الفرضية الفرعية الأولى، التي افترضت أنّ استخدام لوحة السادو يساهم في تقليل الأعراض الجسدية المرتبطة بنوبات الهلع، فقد تم تأكيدها من خلال المعطيات السريرية المستخلصة. فعقب الخضوع لجلسات السادو، لوحظ تراجع في الشكاوى الجسدية المرتبطة بالنوبات، ما يدل على أثر محتمل لهذه الأداة في تنظيم الاستثارة الفيزيولوجية المرتبطة بالقلق الحاد.

كما دعمت النتائج الفرضية الفرعية الثانية التي مفادها أنّ لوحة السادو تساهم في خفض مستويات القلق العام. وقد تمّ التحقق من ذلك باستخدام مقياس هاميلتون للقلق، حيث أظهرت النتائج تحسنًا في مؤشرات القلق لدى المفحوصين فقد تحصل الحالة (ك) على الدرجة 20 في الاختبار البعدي بينما كان في اول الحصص متحصل على درجة 39. كما تحصلت الحالة(ت) على تراجع ملحوظ في درجة الاختبار من 40 الى 10 درجات. وهذا ما أكد لنا اعتبار لوحة السادو أداة نفسية مساعدة ذات فعالية كمية.

وبهذا يمكننا الموافقة على الفرضية الفرعية الثالثة التي نصت على اعتماد لوحة السادو كأداة تكميلية فعالة تُدمَج ضمن الخطة العلاجية، لا بوصفها تقنية استرخاء فحسب، بل أيضًا كوسيلة لاسترجاع الذكريات الصادمة والأفكار المشوّهة التي تُعدّ محورًا أساسيًا في البناء المعرفي للمريض، مما يفتح المجال لإعادة هيكلة هذه الأفكار ضمن الجلسات المعرفية.

وبناءً على ما سبق، يمكن القول إنّ النتائج المتحصَّل عليها جاءت منسجمة مع الفرضيات المُقترحة، وداعمة لاستخدام لوحة السادو كوسيلة مبتكرة تُثري المنظومة العلاجية المعرفية السلوكية، لاسيما في التعامل مع اضطرابات الهلع والقلق.

الاستنتاج العامل للبحث:

من خلال عرض النتائج ودراستها ومناقشتها، يمكن القول ان بدراسة الحالتين اللذان يعانيان من نوبات الهلع والتي تمثلت اعراض الاضطراب كالتالي:

-نبضات القلب السريعة.

-اضطراب النوم.

-الاختناق وصعوبة في التنفس.

-الإحساس القوي للموت.

-الارتجاف الجسدي.

-نوبات الهلع 2-3 مرات في اليوم لمدة سنتين للحلة الاولى

-نوبات الهلع 4-3 مرات في اليوم لمدة سنة ونصف للحالة الثانية.

وبالإضافة الى ذلك عانت الحالة الثانية من اعراض جلدية والتبول الشديد وعدم التحكم فيه.

وبعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي ولوحة السادو معا على الحالتين توصلنا الى:

أنّ دمج لوحة السادو (Sadhu Board) كأداة مساعدة داخل العلاج المعرفي السلوكي يُساهم بفعالية في التخفيف من أعراض نوبات الهلع، سواء على المستوى الجسدي أو النفسي. فقد بيّنت النتائج المحصّلة من الحالتين المدروستين تحسنًا واضحًا في درجة الاسترخاء، وانخفاضًا في تكرار النوبات، وتراجعًا ملموسًا في الأعراض الجسدية المصاحبة، بالإضافة إلى انخفاض مستويات القلق العام كما تمّ قياسه باختبار هاميلتون للقلق.

وتُشير هذه المعطيات إلى أنّ لوحة السادو ليست مجرّد أداة استرخاء جسدي، بل تمثل وسيلة علاجية نفسية تُحفّز على استرجاع الذكريات الصادمة والأفكار السلبية، مما يُسهم في إعادة بنائها داخل العملية العلاجية المعرفية السلوكية. عليه، يمكن اعتبار لوحة السادو أداة علاجية فعّالة، تفتح آفاقًا جديدة في تدعيم البروتوكولات النفسية التقليدية الموجّهة لعلاج اضطرابات الهلع والقلق.

التوصيات والاقتراحات:

- يجب على الاخصائي النفسي دائما الانفتاح على التقنيات الجديدة وتجربتها ولا الانغلاق على ما هو تقليدي.

-أخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية يُوصى بألا يتم تعميم استخدام هذه الأداة إلا بعد التقييم الدقيق لمدى جاهزية الحالة النفسية والجسدية للفرد، خاصةً في حالات الصدمات أو الحساسية الجسدية.

-مراقبة الاستجابة طويلة المدى بتتبع المرضى بعد انتهاء البروتوكول العلاجي، لمعرفة مدى ثبات التحسن واستمراريته على المدى الطويل.

-إجراء دراسة مقارنة بين أدوات مختلفة لتحفيز الجسد والانتباه الذهني مثلاً مقارنة بين فعالية لوحة السادو، واليوغا، أو التأمل الحسي في تخفيف نوبات الهلع.

-اختبار اللوحة على اضطرابات أخرى غير نوبات الهلع مثل اضطراب ما بعد الصدمة ، أو اضطرابات الشخصية الحدية، لرؤية مدى فعالية الأداة عبر طيف أوسع من الاضطرابات.

-دراسة تأثير عدد الجلسات وتكرارها على النتائج تحليل العلاقة بين عدد مرات استخدام اللوحة وتحسن الأعراض، لتحديد ما إذا كانت هناك جرعة مثالية.

-مقارنة فعالية العلاج المعرفي السلوكي وحده، ومع لوحة السادو للتأكد.

-البحث في آليات التحول داخل الجلسة أي دراسة كيفية ظهور الاستبصار والتغيّر العاطفي عند المريض أثناء استعمال اللوحة، وهل له علاقة بتحفيز الجهاز العصبي أو استرجاع الصدمات.

-محاولة تقنين وإقامة بروتوكول واضح لتقنية السادو ليستقل كعلاج لوحده.

الخاتمـــــــــة

الخاتمة:

في ختام هذا البحث، الذي سعى إلى دراسة فعالية لوحة السادو كأداة مساعدة في إطار العلاج المعرفي السلوكي للتخفيف من عدد نوبات الهلع، المعتمدة على دراسة ميدانية تكونت من حالتين يعانيان من نوبات الهلع على مستوى قطاع خاص في وهران ، باستخدام المقابلات العيادية . يمكن القول إن النتائج المتوصّل إليها أظهرت أثرًا إيجابيًا لهذه الممارسة الجسدية غير التقليدية على الحالة النفسية للحالات. كما تبين أن إدماج لوحة السادو ضمن البروتوكول العلاجي ساهم في تحسين مستوى تحمّل الانزعاج الجسدي، وتقوية القدرة على المواجهة، كما ساهمت عن تحفيز استبصار نفسي.

لقد أظهرت الحالات المدروسة استجابات متفاوتة، لكن بعضها سجل تحوّلًا لافتًا من حيث الوعي بالماضي الصادم، ومرونة التعامل مع القلق الحاد. هذا ما أكد فرضياتنا.

وعليه، نأمل أن يُمهّد هذا العمل الطريق أمام مزيد من الدراسات التجريبية التي تستكشف فعالية أدوات حسية–جسدية في السياق العلاجي، خاصة في ظل تطور مقاربات العلاج المعرفي السلوكي نحو دمج البعد الجسدي والعاطفي بشكل أعمق.

قائمة المراجع

قائمة المصادر والمراجع:

-المراجع باللغة العربية:

1. **الأحمد، أ. (2001). *مشكلات وقضايا نفسية* (ط1). مؤسسة الرسالة.**
2. **أنور، ا. (2015). *خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للإضطرابات العقلية*. بيروت: دار العربية للعلوم، ناشرون.**
3. **أنور، ا. (2021). *الاضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض ICD11 ط11.**
4. **بلحسيني، و. (2014). *اضطراب الهلع وثورة العلاج المعرفي السلوكي* (ط1). رام الله.**
5. **بيومي، ص. (1998). *المهارات النفسية*. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.**
6. **جابر، ع. ع.، & الكفافي، غ. د. (1998). *معجم علم النفس والطب النفسي* (ط1). القاهرة: دار النهضة العربية.**
7. **زروالي، ل. (2014). *علم النفس المرضي للراشد*. مخبر تطبيقات علوم النفس وعلوم التربية، وهران.**
8. **الشقير، ز. م. (2002). *علم النفس العيادي: التشخيص النفسي، العلاج النفسي، الإرشاد النفسي* (ط2). مكتبة النهضة المصرية.**
9. **صبوة، م. (2015). *كفاءة برنامج معرفي سلوكي وتأثيره على تحسين أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء*. القاهرة.**
10. **شيهان، د. (1999). *مرض القلق* (ط1). الكويت.**
11. **الغامدي، ح. ب. أ. ض. (2013). *فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق* (ط1). الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.**
12. **فايد، ح. (2004). *علم النفس المرضي*. الإسكندرية: حورس الدولية.**

13. لوشاحي، ف. (2022). *محاضرات في العلاجات النفسية*. جامعة سكيكدة – 20 أوت 1955.

14. مخلوفي، س. (2015). *سمة التفاؤل وعلاقتها باضطراب الهلع غير المصاحب لرهاب الأماكن المفتوحة لدى عينة من طلبة الجامعة*. ورقلة.

15. محمد، س. ب.، & آخرون. (2005). *مناهج البحث في العلوم التربوية والنفسية* (ط3). الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

16. محمد، ي. ل. (2015). *أسس علم النفس* (ط1). المحمدية–الجزائر: جسور للنشر والتوزيع.

17. نعمان، س.، & حيدر، ع. (2006). دراسة عائلية لاضطراب الهلع في العراق. *المجلة العربية للطب النفسي*، 17، عمان.

18. وردة، ج. ش. (2016). *الزمن الذاتي لدى المكتئب الحصري: إسهامات اختبار الرورشاخ والـ TATمقاربة سيكوديناميكية* (أطروحة دكتوراه غير منشورة). جامعة وهران 2.

19. بوزيان، ف. (مترجم). (2022). *الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للتشخيص الفارقي*. الجزائر العاصمة.

-المراجع باللغة الأجنبية:

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. American Psychological Association. (2017). *What is Cognitive Behavioral Therapy?* https://www.apa.org

3. Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
4. Bouvet, C. (2020). *Introduction aux thérapies comportementales et cognitives* (2e éd.). Paris: Dunod.
5. Boulenger, J.-P., & Lépine, J.-P. (2014). *Les troubles anxieux* (1re éd.). Paris: Lavoisier.
6. Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *The anxiety and worry workbook: The cognitive behavioral solution*. Guilford Press.
7. Clark, D. M., & Beck, J. S. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.
8. Cottraux, J. (2007). *Thérapies cognitives et émotions: La troisième vague* (1re éd.). Paris: Elsevier Masson.
9. Cottraux, J. (2011). *Les psychothérapies comportementales et cognitives* (5e éd.). Paris: Elsevier Masson.
10. Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2007). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide* (4th ed.). Oxford University Press.
11. Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.

12. Field, T. (2014). Massage therapy research review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 4.

13. Gherras, A. (2024). *Formation en TCC*.

14. Lena, L. (2024). *Sadhu board practice, short history and benefits*. Goji Yoga.

15. Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. Springer.

16. Taylor-Brown, S., Johnson, K., Hunter, K., & Rackowitz, R. (1981). Stress identification for social workers in health care: A preventive approach to burnout. *Social Work in Health Care*, 7

-المذكرات والاطروحات:

1-جبار شهيدة (2016)، الزمن الذاتي لدى المكتب الحصري، اسهامات اختبار الرورشاخ وال TAT مقاربة سيكوديناميكية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه، جامعة وهران2.

-المواقع والجرائد الالكترونية:

1. Manuel MSD. (2023) .نوباتُ الهلع واضطراب الهلع.
https://www.msdmanuals.com/ar/

2. خوجة، ع. ح. (2023). نوبات واضطرابات الهلع... الأعراض والعلاج. جريدة الشرق الأوسط.

الملاحق

المصطلحات العيادية المستعملة:

-نوبة الهلع Attaques de panique

-القلق Anxieté

- اضطراب القلق Trouble Anxieux

-اضطراب القلق العام troubles d'anxiété généraliser

- العلاج المعرفي السلوكي Thérapies cognitive et comportementale

- الحصر Angoisse

- الخوف Peur

- التوتر stresse

- العزلة الاجتماعية Isolement social

- السلوك العدواني Comportement agressif

اختبار هاملتون للقلق:

	الفقرة	لا توجد أعراض	أعراض طفيفة	أعراض متوسطة	أعراض شديدة	شديدة جدا
1-عسر المزاج	التوجس والشك، توقع الأسوأ أو الأشياء المخيفة، سهولة الاستثارة.					
2-التوتر	مشاعر عدم الارتياح ،سهولة الاجهاد، الفزع، سهولة البكاء، الارتجاف، لا يستقر على حال، لا يستطيع أن يترك فسه على سجيتها.					
3-الخوف	من الظالم، والغرباء والوحدة والحيوانات وزحمة المرور والحشود.					
4-الارق	صعوبة الاستسلام للنوم، النوم المتقطع، نوم غير مشبع والإحساس بالتعب عند الاستيقاظ، أحلام وكوابيس ومخاوف ليلية.					
5- الذاكرة	صعوبة التذكر وضعف الذاكرة.					
6-المزاج الاكتئابي	اللامبالاة، لا يستمتع بالهوايات، الحزن، الاستيقاظ المبكر، انتقال الانفعالات من النقيض إلى النقيض في اليوم الواحد.					
7- السلوك خلال المقابلة	تململ، لا يستقر في مكانه، اهتزاز الأيدي، تقطيب الحاجبين، وجه مشدود، تنهيدات أو تلاحق الأنفاس، اصفرار الوجه، ابتلاع الريق، التجشوء، حركات مفاجئة في المفاصل، اتساع حدقة العين وجحوظ العينين.					
8-المشاعر الجسمية (الحسية)	طنين في الأذن ، زغللة البصر، نوبات من السخونة والبرودة، إحساس بالضعف.					
9- المشاعر الجسمية (العضلية)	آلام وأوجاع، التواء العضلات أو تيبسها، انتفاخ العضلات، صرير الأسنان، حشرجة الصوت، ازدياد الشد العضلي.					
10-أعراض القلب والاوعية الدموية.	اختلال ضربات القلب، آلام الصدر، خفقان القلب، انتفاض العروق، مشاعر الدوار.					
11-أعراض تنفسية	ضيق الصدر أو اختناقه، مشاعر بالاختناق، التنهد، عسر التنفس					
12-الاعراض المعوية المعدية	صعوبة البلع، أرياح، آلام في البطن، حرقان المعدة، لين البراز، الشعور بامتلاء المعدة، الغثيان، القيء ، نقص الوزن، الإمساك، أصوات البطن والأمعاء.					
13-أعراض المسالك البولية والتناسلية	زيادة عدد مرات التبول، ضغط البول في المثانة، انقطاع العادة الشهرية، البرودة الجنسية، سرعة القذف، فقدان الرغبة الجنسية، العنة.					
14-أعراض خاصة بالجهاز العصبي المستقبل	جفاف الفم، احمرار الوجه، شحوب اللون، العرق، الدوار، صداع التوتر، وقوف الشعر.					

لوحة السادو:



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
The People's Democratic Republic of Algeria
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
Ministry of Higher Education and Scientific Research
جامعة وهران 2 محمد بن أحمد
University of Oran 2 "Mohamed Ben Ahmed"
كلية العلوم الاجتماعية
جامعة وهران 2

قسم علم النفس والأرطفونيا

شعبة:علم النفس

الرقم : /ق ع ن أ/ك ع إ/ج و 2025/2 وهران في :.....مارس 2025.....

إلى السيد : ..المختصة النفسية.....

.....فضل الله.....

الموضوع: طلب إجراء تربص تطبيقي لنهاية الدراسة لنيل "شهادة ماستر"

سيدي،

تحية طيبة وبعد، بهدف تحضير الطلبة الآتية أسماؤهم:

1) الطالب (ة): ..خلفي نور الهدى.....

2) الطالب (ة): ..بلقاسم صابر.....

والمسجلين في السنة الثانية ماستر (ل م د) تخصص: ..علم النفس العيادي.....

يشرفنا أن نطلب خدمتكم بقبول إجراء التربص التطبيقي في هيئتكم، استكمالا

للمسار البيداغوجي للتكوين في طور الماستر، والذي يمكن الطالب من التأقلم مع الجوانب العملية والميدانية وتطبيق معارفه النظرية.

وفي الأخير فإننا نبقى مستعدين لتقديم كل معلومة إضافية ضرورية ونشكركم مسبقاً على تعاونكم.

رئيس القسم

د. محمد [illegible]

نائب رئيس القسم للبيداغوجيا

قسم علم النفس والأرطوفونيا

كلية العلوم الاجتماعية

رأي الهيئة المستقبلة

Cabinet Mental Health Office
Cabinet de Psychologie et de Psychothérapie
Dr. FADLALLAH T. M
57, Rue Djebbour Maamar Oran

د. فضل الله تاج محمد
طبيبة نفسانية
مختصة في العلاجات النفسية

Adresse : B.P.1015 El M'naouer Oran 31000 Algérie العنوان: ص.ب.1015 المنور وهران 31000 الجزائر