

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة وهران 2
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا



مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة

-المساعد نموذجًا-

-عيّنة من جامعة وهران 2-

تحت إشراف الأستاذة:
السيدة: لصقع حسنية

من اعداد الطالبة:
ديب أمال حسنية

لجنة المناقشة:

أ.د. جبار شهيدة	أستاذة محاضرة (أ)	جامعة وهران 2	رئيسا
أ.د. لصقع حسنية	أستاذة التعليم العالي	جامعة وهران 2	مشرفا ومقررا
أ.د. طباس نسيمة	أستاذة محاضرة (أ)	جامعة وهران 2	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2022-2023

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة وهران 2
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا



مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة

-المساعد نموذجًا-

-عيثة من جامعة وهران 2-

تحت اشراف الأستاذة:
السيدة: لصقع حسنية

من اعداد الطالبة:
ديب أمال حسنية

لجنة المناقشة:

أ.د. جبار شهيدة	أستاذة محاضرة (أ)	جامعة وهران 2	رئيسا
أ.د. لصقع حسنية	أستاذة التعليم العالي	جامعة وهران 2	مشرفا ومقررا
أ.د. طباس نسيمة	أستاذة محاضرة (أ)	جامعة وهران 2	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2022-2023



﴿وَإِذْ تَأْتِيَنَّكُمْ رِيبٌ مِنْ رَبِّكُمْ لَنْ يَسْتَنْصِفَ لَكُمْ اللَّهُ بِإِيمَانِكُمْ كَفَرْتُمْ أَنْ تَقُولُوا مَا لَنَا غُيُوبٌ أُنزِلَتْ عَلَيْنَا مِنْ رَبِّكُمْ أَنْزِلْهَا لِنَلِمَ أَجْمَعِينَ﴾

سورة إبراهيم "الآية 7"

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمَ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

نشكر الله سبحانه وتعالى على توفيقه لنا وفضله علينا في إتمام هذه الدراسة فلولا فضل الله لما
اتممناها.

كما نشكر الأستاذة السيّدة لصقح حسنية التي شرفتنا بتأطيرها لنا في دراستنا هذه وعلى
تعاونها و نعانجها لنا وعلى كل المساعدات التي قدمتها لنا ليس فقط في انجاز هذه الدراسة
بل طيلة مشوارنا الدراسي. فقد كانت لنا قدوة حسنة ومثال أعلى نتشرف به، ولم تكن أستاذة
فقط بل كانت أمّا عظيمة.

ونتقدم بشكرنا الى الأساتذة المناقبين الأستاذة السيدة جبار و الأستاذة السيدة طباس الذين
شرفونا بمناقشة هذه الدراسة.

نخص بشكرنا أيضا الأستاذة السيدة فضل الله التي استقبلتنا في عيادتها برحابة صدر
وأخيرا نشكر جميع أساتذة كلية العلوم الاجتماعية لجامعة وهران 2 وكل من قدم لنا يد العون.

وشكرا للجميع.....

شكر

الى الأخت التي لم تلدها أمي، الى رفيقتي وصديقة عمري، الشمس التي رافقتني طيلة الخمس

سنوات بدون أن تكل ولا تمل، اليك جـ يهان يا من كنت سببا فيما أنا عليه الآن

اشكرها من أعماق قلبي وأهديها نجاحي وفرحتي

الى جدِّي العزيز بارك الله لنا في عمره، والى حبيبة عمارة شمعة العائلة ونور وميلود وكل
العائلة

الى أبي العزيز (رحمه الله) الذي تمنيت أن يشهد فرحتي هذه
الى أمي التي رافقتني دعواتها أينما ذهبت أطل الله في عمرها

الى محمد عبد العزيز أخي الحبيب الذي رغم بعده كان قريبا والى كل عائلته

الى اخوتي وأخي حفظهم الله، وأنسابي جميعا وكل العائلة من أكبرهم سنا الى آخر العنقود تاج
الدين

الى عائلتي الثانية رسيوي خصوصا عمّو الشيخ وقتحي وأختاي نريمان وهناء، وعائلة يوسف
خصوصا خالتو سعدة

الى فاروق زميلي الدائم السؤال

الى قمر خاصة وساجي شيماء التي لن أنسى تعاونها، الى كل طلبة دفعة 2018

شكرهم

ملخص الدراسة باللغة العربية:

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة، حيث اعتمدت الباحثة على المنهج العيادي و الشبه تجريبي باستعمال مختلف الوسائل من ملاحظة، مقابلة و دراسة حالة و هذا للقيام بهذه الدراسة كما دعمتها بثلاثة مقاييس (مقياس مسح المخاوف، استبيان نوبة الهلع و خواف الأماكن العمومية و مقياس القلق الصريح لتايلور)، لمعرفة درجة المخاوف و القلق لدى الحالة التي تمّ تحديدها و اختيارها بعدما قامت الباحثة بإجراء مقابلة مع أربع حالات من طلبة كلية العلوم الاجتماعية بجامعة محمد بن احمد بوهرا، حيث تبين من خلال اختبار مسح المخاوف الذي طبّقه الباحثة على الحالات الأربعة، و استنادا الى الدليل التشخيصي الخامس للأمراض العقلية و النفسية DSM-V و المراجعة العاشرة و التصنيف الدولي للاضطرابات النفسية و السلوكية ICD10 أثبتت أنّ الحالة المختارة تعاني من خوف شديد و قلق مرتفع. و بعد قيام الباحثة بمقابلات و جلسات علاجية مع الحالة وذلك باعتمادها على تقنيات العلاج المعرفي السلوكي من استرخاء بالتنفس العميق، الواجبات المنزلية، والتعريض بنوعيه التخيلي والواقعي. و بعد تطبيق القياس البعدي الذي بعدا قارنته الباحثة بالقياس القبلي و بعد تفسير نتائج الدراسة و مناقشة الفرضيات أثبتت النتائج انخفاض ملحوظ في درجات المقاييس، وتحسن واضح وإيجابي على سلوكيات الحالة. و قد خلصت الدراسة الى أنّ للعلاج المعرفي السلوكي فعالية في علاج فوبيا الأماكن المغلقة.

الكلمات المفتاحية: العلاج المعرفي السلوكي، فوبيا الأماكن المغلقة، التعريض.


ملخص الدراسة باللغة الانجليزية

Abstract:

The aim of this study was to assess the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in the treatment of specific phobia of enclosed spaces. The researcher employed a clinical and quasi-experimental approach, using various methods such as observation, interviews, and case study analysis. The study was supported by three measures: the Fear Survey Schedule, Panic Attack Questionnaire, and Agoraphobic Cognitions Questionnaire, as well as Taylor's Manifest Anxiety Scale, to determine the level of fear and anxiety in the selected case. The researcher conducted interviews with four students from the Faculty of Social Sciences at Mohammed Ben Ahmed University in Oran. Through the fear survey administered to the four cases and based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), the Tenth Revision of the International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10), it was confirmed that the selected case experienced severe fear and high levels of anxiety.

Following interviews and therapeutic sessions using cognitive-behavioral techniques, including deep breathing relaxation, homework assignments, and exposure to both imaginary and real situations, the researcher applied a post-measurement compared to a pre-measurement. After interpreting the study's results and discussing the hypotheses, significant reductions in the measurement scores were observed, indicating clear and positive improvements in the case's behaviors. The study concluded that cognitive-behavioral therapy is effective in treating specific phobia of enclosed spaces.

Keywords : Cognitive-Behavioral Therapy, Specific Phobia of Enclosed Spaces, Exposure.



فهرس المحتويات

الصفحة	فهرس المحتويات
أ	كلمة شكر وتقدير
ب	اهـداء
ت	ملخص الدراسة
ج	فهرس المحتويات
ذ	فهرس الجداول
ر	فهرس الأشكال
ز	فهرس الرسوم البيانية
ز	فهرس الملاحق
02	مقدمة
الفصل التمهيدي: مدخل عام للدراسة	
05	1-الإشكالية
06	2-الفرضيات
06	3-أهمية الدراسة
06	4- أهداف الدراسة
06	5-منهجية الدراسة
07	6-دوافع اختيار الموضوع
07	7- تحديد المفاهيم الاجرائية لمتغيرات الدراسة
08	8-حدود الدراسة
الفصل الأول: العلاج المعرفي السلوكي	
11	تمهيد
12	1- مفهوم العلاج المعرفي السلوكي
15	2- خلفية العلاج المعرفي السلوكي التاريخية
27	3-مستويات التدخل في العلاج المعرفي السلوكي
29	4-مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
30	5-مراحل العلاج المعرفي السلوكي
32	6-العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي
34	7-الخطة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي
37	8- مشكلة الدافعية نحو التغيير
40	9- أهم الفنيات العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي
47	10- التحليل الوظيفي في العلاج المعرفي السلوكي
52	11- تقنيات العلاج المعرفي السلوكي في اضطراب الرهاب المحدد
56	خلاصة

الفصل الثاني: فوبيا الأماكن المغلقة

58	تمهيد
59	1-اضطرابات القلق وأشكالها
62	2- ماهية الفوبيا (الرهاب)
65	3- أنواع الفوبيا
69	4-أسباب الفوبيا
72	5- أعراض الفوبيا (الخوف)
73	6- تعريف فوبيا الأماكن المغلقة
75	7- معايير تشخيص فوبيا الأماكن المغلقة حسب DSM-IV و DSM-V و ICD/10
79	8- التشخيص الفارقي لفوبيا الأماكن المغلقة ضمن الرهاب المحدد حسب DSM-V
81	خلاصة

الجانب التطبيقي الفصل الثالث: الدراسة الاستطلاعية

84	تمهيد
85	1-منهج الدراسة
86	2-مكان الدراسة الاستطلاعية
86	3-مدة الدراسة
86	4-عينة الدراسة
88	5-أدوات الدراسة
93	6-التقنيات العلاجية المستعملة
95	7-ملخص المقابلة مع الحالات الأربعة
96	8-الخطّة العلاجية
98	9-ملخص المقابلات والجلسات العلاجية مع الحالة
102	10-صعوبات الدراسة الاستطلاعية

الفصل الرابع: الدراسة الأساسية

104	تمهيد
105	1-دراسة الحالة
108	2-نتيجة الاختبارات القبلية
108	3-التشخيص
109	4-الهدف من العلاج
109	5-العلاقة العلاجية
109	6-ملخص سير المقابلات والجلسات العلاجية
117	خلاصة

الفصل الخامس: عرض وتحليل النتائج

119	1- عرض نتائج الجلسات العلاجية
121	2- عرض نتائج المقاييس والمقارنة بين القياس القبلي والبعدي
124	3- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
127	الخاتمة
129	قائمة المراجع
136	الملاحق

الصفحة	فهرس الجداول
66	1-أسماء أنواع الرهابات الشائعة
67	2-أنواع الرهاب المحدد
87	3-عدد العينة في الدراسة الاستطلاعية
87	4-نتائج اختبار مسح المخاوف على عينة الدراسة الاستطلاعية
90	5-كيفية تصحيح مقياس مسح المخاوف
93	6-طريقة تصحيح مقياس القلق لتايلور
95	7-ملخص المقابلة مع الحالات الأربعة
98	8-ملخص المقابلات والجلسات العلاجية مع الحالة
120	9-نتائج القياس القبلي والبعدي حسب مفتاح التصحيح لمقياس المخاوف
121	10-نتائج القياس القبلي لاستبيان نوبة الهلع وخواف الأماكن العمومية
121	11- نتائج القياس البعدي لاستبيان نوبة الهلع وخواف الأماكن العمومية
123	12-نتائج القياس القبلي والبعدي لمقياس القلق الصريح لتايلور

الصفحة	فهرس الأشكال
19	1- الاشراف الكلاسيكي
21	2- التعلّم الاجرائي (مخطّط SORC)
38	3- نموذج بروكاسكا وديكليمنت
47	4- نموذج SORC
49	5- شبكة سيكا
51	6- نموذج الحلقة الفارغة
54	7- تخطيط لمشكلة العناكب عند الحالة ستيوارت
55	8- كفيّة تداخل استراتيجيات العلاج في مشكلة العناكب للحالة ستيوارت
61	9- تصنيف اضطرابات القلق في DSM-V و DSM-VI

الصفحة	فهرس الرسوم البيانيّة
120	1-مستوى درجة المخاوف قبل وبعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي
122	2-نتائج القياس القبلي والبعدي لاستبيان نوبة الهلع وخواف الأماكن العموميّة
123	3-مستوى القلق في القياس القبلي والبعدي لمقياس القلق الصريح لتابلور

الصفحة	فهرس الملاحق
137	1-اختبار قائمة مسح المخاوف لجوزيف ولبه، بيتر لانج.
143	2-استبيان نوبة الهلع (الرعب) وخواف الأماكن العموميّة لبندلو 1995
150	3-مقياس تابلور للقلق الصريح

المقدمة

يقال أن أعظم شعورين هما الحب والخوف اللذان يشكّلان أساساً للأحاسيس الأخرى، إنّ الخوف مصدر معظم المشاعر الصعبة التي نخبرها لذلك، فإنّ تعلّم السيطرة على الخوف هو من أهم المهارات الحياتيّة التي على المرء تعلّمها. (اوكونور، 2008، ص، 9).

انتشرت مخاوف عديدة في عصرنا هذا، وذلك نتيجة الظروف الحياتيّة التي نعيشها والمواقف التي نتعرض لها يوميا، وإذا ما وضعنا مجتمعنا تحت المجهر فسنرى أن الفوبيا او الخواف صار من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً. وما يجب ان نعلمه أيضا ان الخواف هي من بين اضطرابات القلق والتي تطرح لنا خوف غير طبيعي من مثيرات او مواضيع غير مخيفة في الأصل.

ومن بين هذه الخوافات او الرهابات نشير الى انه هناك نوع منها يسمى برهاب الأماكن المغلقة (الضيقة) حيث يجد الفرد نفسه في حالة خوف شديد في الأماكن الضيقة او المغلقة ، ويكون هذا الخوف من ان ينجس داخل ذلك المكان الضيق او المغلق ولا يستطيع النجاة منه. لذا نجد هذا الفرد يتجنب المواقف التي تثير لديه مشاعر الخوف تلك ، وهذا ما يسبب له معاناة في حياته اليومية والدراسية والمهنية ويؤثر عليه سلباً. ويشعر الفرد إزاء ذلك نفسه ضائعاً امام وضعيّة لا تعتبر مخيفة بالنسبة للمجتمع.

ان الخوف او النزعة الخوافيّة حسب المدرسة السلوكية هو نزعة يتعلمها الفرد من المحيط الذي يعيش وينمو فيه ، وذلك عبر تعرضه واحتكاكه بعوامل ومثيرات ومتغيرات مختلفة حيث تمكنه من ان يكتسب المعلومة ويسجل المدركات الخاطئة عن الموضوع الذي يخيفه. فبذلك يصبح الفرد مدركاً الى أنها خطيرة وتستطيع تهديد حياته رغم انها على عكس ذلك تماماً. فتلك المدركات التي عايشها الفرد نمت من خلال خبرات مؤلمة حدثت له في مرحلة من مراحل الطفولة او المراهقة او من خلال تعرضه لموقف صادم حدث في ظرف معين.

حين نقول اضطراب نفسي نجد في الضفّة الأخرى علاج نفسي الذي يعتبر حلاً للتخلص او التخفيف من هذا الاضطراب ومساعدة الأشخاص على تجاوز معاناتهم. وتختلف اتجاهات العلاج النفسي حسب اختلاف مدارسه وتياراته ، لكن ما لفت انتباهي ما حققه العلاج السلوكي المعرفي من نجاعة في علاجاته لمختلف الاضطرابات النفسية ، فهو تيار علاجي قائم بذاته ، يركز في الأساس على تقنيات تعتمد على نظريات التعلم السلوكي والنظريات المعرفية التي تعمل على معالجة المعلومة وتعديل الوظائف المعرفية. كما يقدّم هذا العلاج دوراً هاماً في مساعدة الافراد في مختلف الاضطرابات النفسيّة من خلال برامج علاجية فردية كانت او جماعيّة ، حسب كل اضطراب واعراضه الخاصة.



الفصل التمهيدي

الإطار العام للدراسة

الإشكالية:

الرهاب المحدد يدخل ضمن اضطرابات القلق وهو الخوف من شيء معين أو موقف معين وخوف غير منطقي من الأفاعي والجراثيم أو الأماكن المغلقة أو من الظلام وبعضهم يكون مصابا بالرهاب المحدد ولكنه يكون طبيعيا في الجوانب الأخرى . وفي الحالات الأكثر خطورة يكون لدى الفرد عدد من المخاوف المرضية تتعارض مع الكثير من جوانب الحياة وربما تتواءم مع اضطراب الهوس. (حسين، 2013، ص، 27).

تم ذكر اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة ضمن رهاب المجال أيضا ، فيعد رهاب المجال النوع الأكثر انتشارا إذ تصل نسبته إلى حوالي 60% من الرهابات بشكل عام ، ويكون أكثر شيوعا بين النساء ، ومع أن المكان الذي يبعث على الخوف قد يكون مغلقا : مصعد ، نفق ، قطار ، حافلة ، أو مفتوحا : ملعب رياضي سوق . فإن ما يجمعهما هو أنها مجالات. (صالح، 2015، ص، 363).

كما أن خواف الأماكن المغلقة يشبه خواف الأماكن المفتوحة أو الواسعة ، لكن باختيارات أقل في استعمال الاجتنابات ، زيادة على كون خواف الأماكن المغلقة يعتبر معرقلا نظرا لكثرة الأماكن المغلقة في حياتنا اليومية (المصعد ، الطائرة ، الغرف الصغيرة ، والممر السفلي... الخ). كذلك يمكن لهذا المرض أن يكون معرقلا في حالات الفحوص الطبية التي تعتمد على الصور والأشعة. (طيب، 2003، ص، 52).

و إذا ما بحثنا في العلاجات النفسية سنجد أن للعلاج السلوكي المعرفي تاريخ في علاج الرهابات ومختلف الاضطرابات النفسية فقد اثبت نجاحه على مر العصور . ومع كل ما يعايشه الفرد المصاب بفوبيا الأماكن المغلقة إلا أنه لا توجد دراسات كافية تخص هذا الاضطراب وهذا ما يجعل دراسة هذا الموضوع مهم لإثراء البحث العلمي ومعرفة فعالية العلاج السلوكي المعرفي في اضطراب الكلوستروفوبيا وعليه نطرح التساؤل التالي:

هل للعلاج السلوكي المعرفي فعالية في اضطراب الأماكن المغلقة ؟

فرضية البحث :

اثبت العلاج السلوكي المعرفي فعاليته في اضطراب الأماكن المغلقة.

ومن الفرضية الرئيسية تتجزأ الفرضيات الجزئية التالية:

- ⇐ تظهر أعراض اضطراب خواف الأماكن المغلقة على الحالة قبل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي.
- ⇐ تكون درجة المخاوف والقلق مرتفعة قبل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي.
- ⇐ للعلاج السلوكي المعرفي أثر في اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة.

أهمية الدراسة :

- فهم المعاناة التي يواجهها المصابين باضطراب فوبيا الأماكن المغلقة.
- القاء الضوء على الحالة النفسية للمصابين باضطراب فوبيا الأماكن المغلقة.
- التعرف على نجاعة تقنيات العلاج السلوكي المعرفي في علاج رهاب الأماكن المغلقة.
- تحديد الأعراض التي تنتج عن اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة.
- لفت نظر الاخصائيين النفسيين الى الاهتمام بعلاج ودراسة هذا الاضطراب.

أهداف الدراسة :

1. الكشف عن فعالية العلاج السلوكي المعرفي في علاج اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة.
2. الكشف عن أعراض رهاب الأماكن المغلقة.
3. لفت الانتباه الى حجم المعاناة التي يعانيها المصابون برهاب الأماكن المغلقة.

منهجية الدراسة :

اعتمدت الباحثة في الإجابة على تساؤلات الدراسة على المنهج العيادي والمنهج الشبه تجريبي، والذي حاولت الكشف من خلاله عن مدى فعالية العلاج السلوكي المعرفي في علاج اضطراب الأماكن المغلقة وهذا باتباع خطوات الفحص النفسي واستخدام الأدوات المتمثلة في دراسة الحالة، الملاحظة، المقابلة والاختبارات النفسية بالإضافة الى الاسترخاء بتقنية التنفس العميق، الواجبات المنزلية والتعريض التدريجي.

دوافع اختيار الموضوع :

كما نعلم أن لكل دراسة أسباب ودوافع تقف خلف ذلك ، وكذلك الحال بالنسبة لموضوع دراستنا هذه فقد كان السبب وراء اختياري لهذا الموضوع هو رؤية معاناة بعض الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب حيث أنهم يشعرون بخوف شديد عند رؤيتهم لأماكن مغلقة او ضيقة او حتى التفكير في الموقف ذاته. لذا أردنا دراسة هذا الاضطراب ومعرفة خباياه علناََ نتمكن من تخفيف معاناتهم بصفتي أخصائيّة نفسانية عيادية مستقبلا.

تحديد المفاهيم الاجرائية لمتغيرات الدراسة :

❖ العلاج المعرفي السلوكي :

اصطلاحا : مصطلح شامل يتضمن عددا من الأساليب العلاجية مثل العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، والتدريب على حل المشكلات، والعلاج المعرفي، والعلاج بالوعي بالمعرفة والعلاج بالقبول والالتزام والعلاج الجدلي السلوكي، والعلاج المعرفي القائم على العقل، وتختلف هذه المناحي العلاجية في التركيز المتباين على المبادئ والتكنيكيات المعرفية في مقابل السلوكية، ولكنها تسعى جميعا الى استبدال السلوكيات والانفعالات والأفكار غير التكيفية بأخرى أكثر تكيفا.(نينيا ، درايدن،ص،13).

اجرائيا : يتحدّد مفهوم العلاج المعرفي السلوكي في هذه الدراسة في التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية المستعملة والتي تتمثل في الاسترخاء بتقنية التنفس العميق، الواجبات المنزلية والتعريض التدريجي.

❖ رهاب الأماكن المغلقة :

اصطلاحا : عرّف Koupernik وآخرون الخوف من الأماكن المغلقة على أنه خوف مشابه للخوفات الأخرى في كل النقاط ، يصيب الأشخاص الذين يغلق عليهم في غرفة ، فهم يطمئنون أنفسهم لما يكونون مصاحبين بأشخاص آخرين يخافون مظهرًا من الموت وكل من الغرفة والحافلة والمصعد يرمزون للقبر.(طيب،2003،ص،52).

اجرائيا: يتمثّل مفهوم رهاب الأماكن المغلقة في دراستنا في الخوف من المصعد الكهربائي وذلك بالدرجة التي تتحصل عليها الحالة من خلال تطبيق الباحثة لمقياس المخاوف و استبيان نوبة الهلع وخوف الأماكن العموميّة.

حدود الدراسة :

➤ الحدود الكيفية : اقتصرت هذه الدراسة على البحث في فعالية العلاج المعرفي السلوكي في اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة.

➤ الحدود الزمنية : تحدت هذه الدراسة ابتداء من 2 فبراير 2023 الى غاية 03 ماي 2023.



الجانب النظري

الفصل الأول

العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد

- 1- مفهوم العلاج المعرفي السلوكي
- 2- خلفية العلاج المعرفي السلوكي التاريخية
- 3- مستويات التدخل في العلاج المعرفي السلوكي
- 4- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
- 5- مراحل العلاج المعرفي السلوكي
- 6- العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي
- 7- مشكلة الدافعية نحو التغيير
- 8- أهم الفنيات العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي
- 9- التحليل الوظيفي في العلاج المعرفي السلوكي
- 10- تقنيات العلاج المعرفي السلوكي في اضطراب الرهاب المحدد

خلاصة

تمهيد:

أصبح العلاج النفسي بشتى أنواعه رائجا في مجتمعاتنا ، رغم أنه في الماضي كان الناس يفكرون ويترددون كثيرا قبل الذهاب للأخصائي النفسي طلبا للمساعدة ، ويقوم العلاج النفسي على تقديم المساعدة للحالات من أجل تخفيف معاناتهم والتحسين من حالتهم النفسية وحل مشاكلهم بشكل جزئي او نهائي ، ومن بين أنواع العلاجات النفسية نسلط الضوء على العلاج السلوكي المعرفي ، الذي اثبت نجاعته وفعاليتة في مختلف الاضطرابات النفسية . فدعونا نكتشف ما هو هذا العلاج السلوكي المعرفي وما هي مبادئه وخطواته وتقنياته المختلفة ؟

I. مفهوم العلاج المعرفي السلوكي:

ظهر مصطلح العلاج المعرفي السلوكي في بداية الثلث الأخير من هذا القرن ، ويهتم هذا النوع من العلاج النفسي بالجانب الوجداني للمريض وبالسياق الاجتماعي من حوله من خلال استخدام استراتيجيات معرفية وسلوكية وانفعالية واجتماعية وبيئية بأحداث التغيير المرغوب فيه.

فالعلاج المعرفي السلوكي استطاع من خلال اهتمامه بالأفكار والمشاعر تضيق الفجوة بين العلاج السلوكي التقليدي وبين العلاجات الديناميكية معتمدا في ذلك على فنيات تستند الى أسس علمية قابلة للتطبيق والتقويم كما أن العلاج المعرفي يتسم بالفاعلية والتنظيم ، كما يتحدد بوقت معين. (الغامدي ، 2013، ص، 143).

العلاج المعرفي السلوكي هو مقارنة علاجية مكثفة ، قصيرة المدّة (من 6 الى 20 حصّة) وموجّهة نحو المشكل . لقد تم تصميمه ليكون سريعا ، عمليا وموجّها نحو الهدف ولتزويد الأشخاص بمهارات تبقيهم في صحة جيدة على المدى الطويل.

العلاج المعرفي السلوكي يركز على "هنا والآن" أي على المشاكل التي تظهر في الحياة اليومية للشخص. العلاج المعرفي السلوكي يساعد الأشخاص على رؤية كيف يقومون بتأويل وتقييم ما يحدث حولهم وتأثير هذه المدركات على حياتهم الانفعالية.

ان خبرات وأحداث الطفولة ، ورغم كونها ليست محل تركيز العلاج المعرفي السلوكي الا أنه يمكن الرجوع اليها . هذا الرجوع قد يساعد الأشخاص على فهم ومعالجة الإحباط العاطفي الذي حدث مبكرا في حياتهم ويساعدهم أيضا على تعلّم كيف يمكن أن تؤثر هذه الخبرات السابقة على استجاباتهم الحالية للأحداث. (Neil rector ، ص، 4، 5).

من وجهة نظر العلاج المعرفي السلوكي ، فان مشاعر الناس مرتبطة بأفكارهم حول وضعيّة معيّنة وليست مرتبطة ببساطة بطبيعة الوضعيّة في حدّ ذاتها . هذه الفكرة تعود أصولها الى الفلسفات الشرقية والغربية القديمة وقد أصبحت جزءا من تيار علاجي كبير في مطلع سنوات الستينات. لقد قام "أرون بيك" وهو أب العلاج المعرفي السلوكي ، بوصف أساليب التفكير السلبي المرتبطة بالاكتئاب (أفكار معيّنة حول الذات والعالم والمستقبل) في مؤلفاته الأولى . وقد حدّد أيضا طرقا لتحديد وتخفيض الأفكار السلبية كوسيلة لتحسين المزاج . وفي عمل لاحق ، قام بيك وزملاؤه بالتركيز على محتوى وشكل الأفكار المرتبطة بالقلق وعلى طرق لعلاج مشاكل القلق . منذ نشأته ، توسع العلاج المعرفي السلوكي ليصبح واحدا من أكثر التيارات العلاجية المستعملة حول العالم. (Neil rector ، ص، 5).

يقوم هذا العلاج على افتراض أن الأشياء التي يقولها الأفراد لأنفسهم تلعب دورا في تحديد السلوكيات التي سيقومون بها وأن السلوك يتأثر بنشاطات عديدة يقوم بها الأفراد تعتم بواسطة الأبنية المعرفية المختلفة ان الحديث الداخلي يخلق الدافعية عند الفرد ويساعده على تعديل سلوكه ، وتوجيه تفكيره للقيام بالمهارة المطلوبة ، فتعديل السلوك يمر بطريق متسلسل في الحدوث يبدأ بالحوار الداخلي والبناء المعرفي والسلوك الناتج.(المرسومي،2011،ص،90).

بعض تعريفات العلاج المعرفي السلوكي :

➤ العلاج المعرفي السلوكي هو أحد أنواع العلاج السلوكي يتم من خلاله تحديد وتقييم وتتبع السلوك ويركز على تطوّر وتكثيف السلوك ، وأيضا نتيجة السلوك الغير تكيفي من خلال هذا المدخل العلاجي ، ويتم تعديل العديد من المشكلات الاكلينيكية مثل القلق والاكتئاب والعدوان وغيرها من الاضطرابات ، ويستخدم في تعديل سلوك كل الأشخاص ويشمل ذلك الأطفال والمراهقين والكبار. وهو استراتيجيّة تصلح لتعديل سلوك الفرد الذي يحمل مشكلات ، ويؤكد على تحليل الفرد والتحكم فيه.(شفيق ،2002،ص،215).

➤ يعرف جلاس و شيا 1986 تعريفا شاملا للعلاج المعرفي السلوكي : بأنه أحد التيارات العلاجية الحديثة ، التي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي ، للاضطرابات الانفعالية ، و يهدف هذا الأسلوب الى اقناع الفرد أن معتقداته غير منطقية ، و توقعاته ، و أفكاره السلبية ، و عباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الفعل الدالة على سوء التكيف ، و ذلك بهدف تعديل الجوانب المعرفية المشوّهة و يعمل على أن يحل محلّها طرق أكثر ملائمة للتفكير ، و ذلك من أجل احداث تغييرات معرفية و سلوكية و انفعالية لدى الفرد.(عشاشة و بلميهوب،2020،ص،172).

➤ يعرف "استيفن وبيك" 1995 العلاج المعرفي السلوكي : بأنه تلك المداخل التي تسعى الى تعديل أو تخفيف الاضطرابات النفسية القائمة عن طريق المفاهيم الذهنية الخاطئة أو العمليات المعرفية.(الغامدي ،2013،ص،144).

➤ العلاج المعرفي السلوكي استراتيجيَّة فعّالة بشكل كبير في التعامل مع العديد من المشكلات النفسيَّة في الحقيقة تتشابه فعاليَّة العلاج المعرفي السلوكي على الأقل مع العلاج الطَّبِّي الدوائي ، علاوة على ذلك فان العلاج المعرفي السلوكي لا تصاحبه أي آثار جانبيَّة ، ويمكن ممارسته بدون أي مخاطر لفترة غير محدودة من الزمن ، ان هدف العلاج المعرفي السلوكي هو تغيير طرائف التفكير والسلوك اللاتكفيَّة من أجل تحسين السعادة النفسيَّة.(ا س جي ،2012،ص،21).

➤ العلاج المعرفي السلوكي اطار نظري علاجي يركّز على دور التفكير في التسبب بالمشكلات واستمرارها . وتحاول التقنيَّات المعرفيَّة السلوكيَّة أن تعدل من أنماط التفكير المرتبطة بمشكلات المريض ، وقد تقوم أيضا بتوظيف مبادئ الاشراف والتعلّم لتعديل السلوكات التي تعدّ مشكلة.(ترول ،2006،ص،673).

خلفية العلاج المعرفي السلوكي التاريخية :

العلاجات المعرفية السلوكية لم تظهر دفعة واحدة ولم تظهر في نفس الوقت .

أولاً ، بما أننا نقول "العلاجات" فمعنى هذا أنه هناك العديد من العلاجات التي تنتمي الى هذا التيار ، العلاجات السلوكية المعرفية هي عبارة عن تجمع منسجم لمجموعة من العلاجات ، التي كانت في السابق متفرقة عن بعضها البعض. (سيريل بوفيه، 2019، ص 17).

فضل (2008) لقد تشكلت أسس العلاج المعرفي السلوكي منذ أيام الاغريق القدماء ، وكانت نظرية أفلاطون المثالية تركز على فكرة أن الحقيقة تتحدّد من خلال الادراك ويتمثّل ذلك في القصة المعروفة. هذه القصة هي أسطورة الكهف ، كهف أفلاطون . فيصف سقراط مجموعة من الناس مكبلين بسلاسل مواجهين للحائط وينظرون الى ظلال تتراقص حول الحائط المقابل لهم . لم يعرف الأفراد المكبلين أن هذه الظلال لا تعدو أن تكون الا ظلال لأفراد يتراقصون أمام شمعة عند مدخل الكهف . وبالنسبة لهؤلاء الأفراد الظلال هي الحقيقة ، وفي أحد الأيام استطاع أحد الأفراد المكبلين النظر خلفه وعرف أن الصورة التي يراها أمامه هي مجموعة من الظلال ، ومن ذلك الوقت حقيقة الظلال لم تعد موجودة.

لذا نرى أن الحقيقة الآن تعرف على أنها ضرورة النظر الى خارج الكهف ، وربما نستطيع القول أن العلاج المعرفي السلوكي هو محاولة فك المريض من القيد وإخراجه من الكهف. وكانت فلسفة أفلاطون بحثاً عن الصيغ أو الطبيعة المثالية. أمّا أرسطو فقد تحدّث عن الهندسة والحب والعدالة أو البناء السياسي . الأفلاطونية أمنت أن الأشكال المثالية قد وجدت في ذهن الانسان ولا يحتاج الآ الى تذكرها واستجلابها من عالم المثل عن طريق التعلّم ، وأسلوب إخراجها من العقل يتم عن طريق الجدل . وقد حاول سقراط إقامة الدليل على تلك الفكرة من خلال محاوراته التي تمثلت في سلسلة أسئلة حول الهندسة في ذهن ذلك الرجل كانت موجودة بشكل فطري ولاستخراجها احتاج الى التساؤلات.

بدأ الاهتمام بالاتجاه المعرفي في العلاج النفسي مع العقد السابع من هذا القرن ، ولم يكن ذلك وليد الصدفة ولكنه كان بمثابة تصديق لفكر الرواقيين الذين ذكروا أن الناس لا يضطربون بسبب الأحداث ولكن بسبب ما يرتبط بهذه الأحداث من أفكار. كما يعد امتدادا لطريقة كل من أدلر ، ودولارد وميلر في عملية العلاج وفي الحقيقة يعد ظهور هذا الاتجاه نتيجة عدّة عوامل أهمّها :

- ← كرد فعل على الانتقادات التي وجّهت الى المدرسة السلوكية فيما يتعلّق بعدم قبولها لضرورة احداث تغييرات مباشرة في الناحية المعرفية للعميل والاهتمام فقط بتغيير السلوك.
- ← تزايد الاهتمام بدراسة العمليات المعرفية وعلاقتها بالجوانب والوظائف النفسية حيث فتحت بعض النظريات مثل نظرية دولارد وميلر ، ونظرية بندورا الباب في هذا الاتجاه.
- ← لعبت جهود علماء ومفكرين مثل بياجيه وغيره دورا أساسيا في دراسة نمو التركيبات المعرفية عند الطفل وخاصة ربطه بين النمو العقلي والنمو الخلقي وشرح ذلك من خلال مفهومين أساسيين هما الامتصاص والموائمة. كما كانت لجهود كيلي دورا بارزا في توضيح دور البيئة في تعديل البنية العقلية والتركيبات الشخصية ومن ثم تغيير السلوك.
- ← لعبت الثورة العلمية الحديثة التي أصبح الكمبيوتر فيها بمثابة السبب والنتيجة معا دورا أيضا حيث يشبه البعض المعالجات في المخ البشري بالمعالجات التي تتم في الحاسب الآلي على شكل مدخلات عمليات ، مخرجات ، تغذية مرتدة وهكذا.(الشناوي وعبد الرحمن، 1998، ص،ص،211،212).

وفي اطار هذا المعنى نستطيع القول اذا ، أنها عبارة عن مقارنة دمجية ، وتقديمها عبر سرد قصة اندماجها هو بدون شك الطريقة الأكثر وضوحا لفهمها.

❖ من التعلّم الى السلوكية ::

المقاربة السلوكية تسمى غالبا : الموجة الأولى للعلاجات السلوكية النفسية .المقاربات السلوكية (Behaviorisme) تركز مباشرة على نظريات التعلّم (نظريات الاشرط) التي من أهمّها الاشرط الاستجابي (الكلاسيكي) والاجرائي ، والتي سنقوم حاليا بعرضها . (سيريل بوفيه،2019، ص،17).

1. نظريات التعلّم الكلاسيكي (او الاستجابي او البافلوفي)

نظريات التعلّم الكلاسيكي انبثقت مباشرة من الدراسات العلميّة التي انجزها (Ivan Pavlov 1849-1936). في بداية القرن العشرين ، وأثناء تجاربه المشهورة ، بيّن "بافلوف" بأنه يمكن جعل الكلاب تفرز اللعاب (الذي يعدّ اجسامها لاستقبال الطعام) حين تسمع صوت جرس ليس له علاقة مباشرة بالطعام. هل كانت كلاب " بافلوف " تعاني من تشوّش ذهني حاد الى درجة أنها لم تفرّق بين طبق من اللحم وصوت الجرس ؟

بالتأكيد لا ، ببساطة استجابة سيلان اللعاب تم " تشريطها " من طرف " بافلوف " ، يعني هذا أنه جعلها تنطلق عندما "ترتبط" بصوت الجرس. كيف فعل هذا ؟ بكل بساطة قام بشكل متكرّر بمزامنة تقديم طبق الطعام (الذي يستثير استجابة سيلان اللعاب) مع صوت الجرس (الذي في البداية ، لا يستثير استجابة افراز اللعاب لان لا علاقة له بالطعام). باختصار ، قام " بافلوف " بتقديم الطعام لكلابه وفي نفس الوقت او قبل التقديم بقليل ، يقوم بإصدار صوت الجرس.(سيريل بوفيه،2019،ص،ص17،18).

قام " بافلوف " بتعليم الكلب ، أو بالأحرى جسم الكلب أن يربط بين الصوت وافراز اللعاب. هذا الرابط تم تسجيله في ذاكرة الكلب وبالتالي ينتج استجابة آليّة : صوت = سيلان اللعاب. مما يلفت النظر ، هو أن الرابط كان عشوائياً وغير عقلائي ، فالجرس في حدّ ذاته لا علاقة له بالطعام ، ولكن على الرغم من ذلك فان صوته ارتبط بسيلان اللعاب.

بالإضافة الى ذلك ، قبل اجراء التجربة هذا الرابط لم يكن موجودا عند الكلب ، اذن " بافلوف " هو من علّمه إياه. في النهاية ، الاستجابة المتعلّمة (افراز اللعاب) ليست سلوكا ارادياً (مثل : يأتي الكلب بإرادته عندما نناديه باسمه) ولكنها تنتمي الى الاستجابات الفيزيولوجيّة الآلية وتعتبر استجابة فطريّة أو غريزيّة ولا يمكن التحكم فيها ارادياً.

هذه التجارب بيّنت أنه يمكننا بسهولة ، بواسطة التزامن المتكرّر ، أن ننشأ استجابة عميقة لدى الحيوان ونجعله يتصرّف بطريقة جديدة ، آليّة ومستقلّة عن ارادته ، خاصة فيما يتعلّق بالاستجابات الفيزيولوجيّة.(سيريل بوفيه،2019،ص،ص18،19).

بعد ذلك ، قامت العديد من الدراسات بتحديد شروط هذا النوع من التعلّم الآلي المسمّى أيضا "البافلوفي" او الاستجابي (لأن العضوية تتعلّم الاستجابة بطريقة آلية للمثيرات مثل صوت الجرس) أو الكلاسيكي (لأنه قديم ، و هو الأساس لنظريات التعلم) تبيّن أنّه مهما كان نوع المثير (و ليس فقط الجرس) فإنّه قادر على الارتباط بالعديد من الاستجابات (و ليس فقط استجابة سيلان اللعاب و لكن أيضا الاحساسات و الانفعالات و غيرها ...) و هذا كما بيّن " بافلوف " يكون بالتزامن المتكرّر للمثير مع الاستجابة المنتظرة ، و يستحسن أن يكون المثير ذو معنى بالنسبة للحيوان أو الشخص. هذا التعلم يخص الكائنات الحيّة المعقدة ومنها الانسان. ولكن العديد من الدراسات بيّنت أن هذه الظاهرة مشتركة مع كل الكائنات الحيّة تقريبا ، الحشرات ، النباتات وأيضا البكتيريا . انها عبارة عن مهارة أساسية للبقاء ، حيث تسمح للكائن بالاحتفاظ بآثار تجاربه وتفاعلاته مع المحيط. (سيريل بوفيه، 2019، ص، ص18، 19).

في بداية القرن العشرين تطوّرت فكرة أنه يمكننا تغيير بعض الاستجابات الفيزيولوجية اللاإرادية (الاحساسات ، الانفعالات ، السلوكات...) لدى الانسان وذلك ببساطة بربط بعض السلوكات بمثيرات معيّنة. بواسطة هذه التقنية نستطيع اذن تعديل السلوكات البشرية الى أشكال مرغوبة .

أول رائد للسلوكية هو " جون واطسون " John Watson الذي عاش في الفترة ما بين (1878-1958) الذي طور هذه الفكرة ، وخاصة في جانبها الاجتماعي (كيف نفضل السلوكات الاجتماعية " الجيدة " ونلغي السلوكات الاجتماعية " السيئة "). على سبيل المثال ، السلوك الغير مرغوب مثل العنف يمكن ان يتم ربطه بالألم (بصمة كهربائية أو أي وسيلة مسببة للألم) مما يعني أنه في لحظة ظهور سلوك العنف يظهر الخوف من الألم في نفس الوقت ، وهذا ما يجعل الشخص يتجنّب العنف لتجنّب الإحساس بالألم. وبنفس الطريقة يمكننا أن ندعم السلوكات المرغوبة بربطها بإحساسات اللذة. (سيريل بوفيه، 2019، ص، ص19، 20).

من جهة أخرى ، وهو أمر مهم في المدرسة السلوكية ، اذا كان من الممكن أن يتم تعلم السلوك (في أي فترة من فترات الحياة) فانه من الممكن أيضا إزالة السلوك (إيقاف ، إطفاء ، إزالة التحسس ، بمصطلحات سلوكية) هذه الأفكار والتطبيقات الاجتماعية تم تطويرها بشكل كبير قبل الحرب العالمية الثانية بواسطة المدرسة السلوكية ، التي لم تكن في ذلك الوقت علاجا نفسيا بل كانت منهجا أو أسلوبا للتربية الاجتماعية وقد تعرض هذا المنهج لانتقادات عديدة أخلاقيا واجتماعيا. (سيريل بوفيه، 2019، ص، ص، 19، 20).



الشكل رقم (1) يوضح الاشرط الكلاسيكي

بعد الحرب العالمية الثانية ، تطوّرت العلاجات السلوكية بشكل تدريجي بالاعتماد على نظريات التعلّم الكلاسيكي (الاستجابي) . الفكرة العامة للعلاجات السلوكية هي أن العضوية قد تعلّمت استجابات فيزيولوجية (القلق ، الحزن الشديد ، سلوكات محدّدة ، وغيرها ...) آلية وغير تكيفية ، خلال تفاعلها مع المحيط ، وبعد ذلك تثبتت هذه الاستجابات في عضوية الكائن وأصبحت شديدة ومتكرّرة وتنتج أعراضا . على سبيل المثال : اذا حدثت لي نوبة هلع داخل المصعد فان عضويتي قد تربط (تتعلّم الرابط) المصعد بالهلع والقلق وهو ما قد يفجر فوبيا المصاعد ، هذا الخوف اذن قد تم تعلّمه.

من وجهة نظر سلوكية ، الأعراض هي في أغلب الأحيان " متعلّمة " ويمكن أن يتم " ازلتها " .
Joseph wolpe (1915-1997) معروف بأنه أول معالج سلوكي قام بوضع استراتيجيّة سلوكية دقيقة و فعالة لمعالجة اضطراب خاص و هو الفوبيا . تسمّى هذه الاستراتيجية " إزالة التحسيس المنتظم عبر الكف المتبادل . (سيريل بوفيه، 2019، ص، ص20، 21).

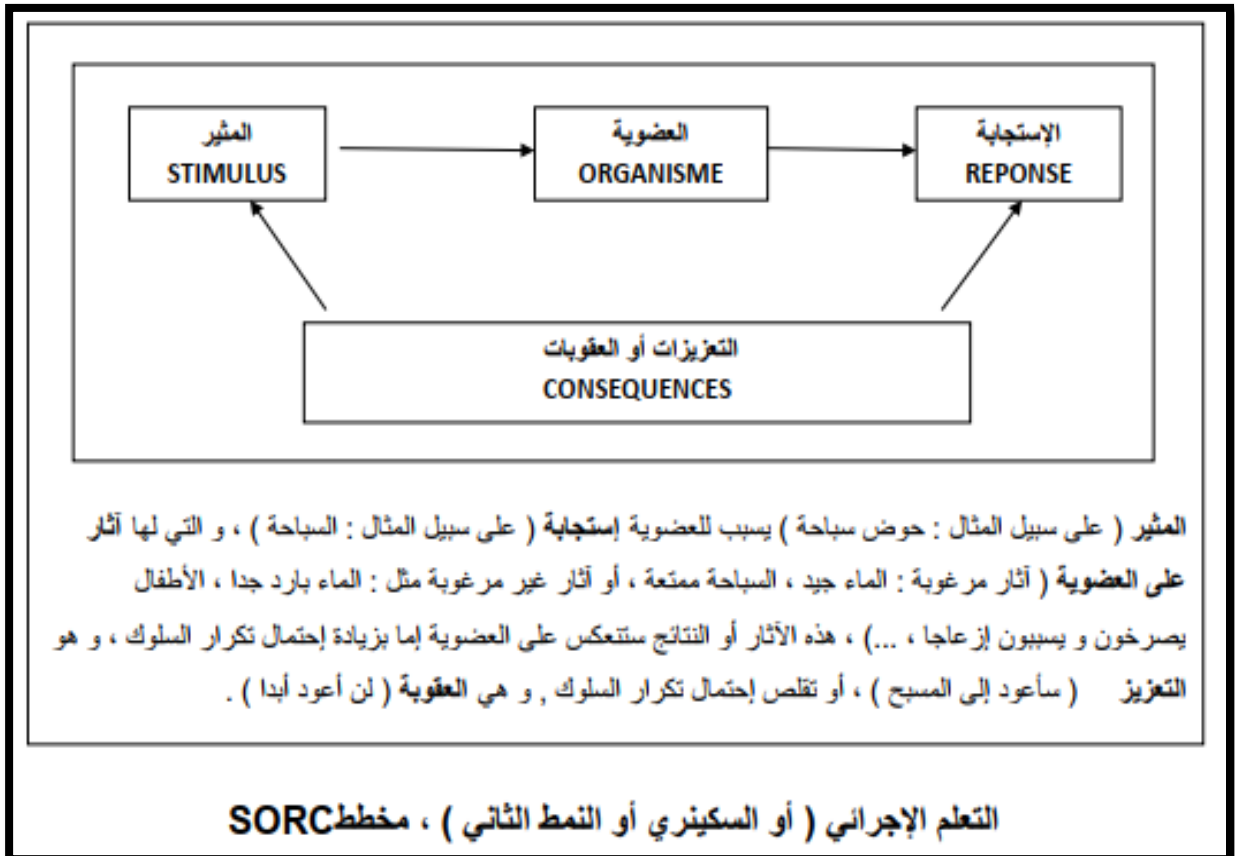
نظريات التعلّم الاستجابي لبافلوف ستتدعم وتتحوّل فيما بعد ، بشكل جزئي ، بواسطة نظريات التعلّم "الاجرائي" التي أتى بها (Skinner (1990-1904 ، هذه النظريات أنت لتكمل نظريات التعلّم الاستجابي لبافلوف حيث ظهر بأن مبدأ (مثير - استجابة) غير كافي لتفسير أغلبية الأعراض والسلوكات والسيرورات النفسية ومرضية للبشر.

العيب الأساسي لنظريات التعلّم الاستجابي لبافلوف هو أنها لا تأخذ في الحسبان الا المثير والاستجابة الفيزيولوجية اللاإرادية للعضوية . بالإضافة الى ذلك ، سلوكية واطسون تقصى تماما الشخص ، معاشه النفسي ، ومسألة المعنى الذي يعطيه للوضعيات (أو المثيرات) . (سيريل بوفيه، 2019، ص23).

2. نظرية سكينر : الاشرط الاجرائي

تطوّر الأمر مع "سكينر" الذي خلال الخمسينات ، بيّن أن مبدأ مثير – استجابة محدود جدًا وغير كافي ولا يأخذ بالحسبان كل سيرورات التعلّم . وانطلاقا من هذا ، فان تجارب "سكينر" قادته الى وضع مفاهيم أكثر تعقيدا ، والتي أصبحت الآن مرجعا مهما في حقل العلاجات السلوكية المعرفية (الجدير بالذكر ، هو أن "سكينر" في وقته لم يكن مهتما بالعلاج النفسي بشكل خاص ، بل بسيرورات التعلّم بشكل عام) .

ما قام "سكينر" بتطويره هو أن تعلّم سلوك ليس مرتبطا فقط بالمثير الذي استثاره في البداية ولكن بآثار هذا السلوك على العضوية . اذا كانت الآثار مرغوبة من طرف العضوية سيكون هناك ميل الى تكرار السلوك وهنا نقول بأن العضوية قد تم "مكافأتها" ، و اذا كانت الآثار غير مرغوبة ، فستميل العضوية الى التوقف عن هذا السلوك وهنا نقول أن العضوية قد تم "معاقبتها" .(سيريل بوفيه،2019،ص23).



الشكل رقم (2) يوضح التعلّم الاجرائي (مخطط SORC)

ان هذا من السهل فهمه ، لأنه عبارة عن مبدأ مكافاة / عقوبة ، المتكرّر جدّا في تربية الأطفال (تناول حساءك وسأعطيك بعدها الحلويات) ، وفي الحياة الاجتماعيّة (اعمل جيّدا وسيرتفع أجرك وتصبح مشهورا) أو (إذا ارتكبت جنحة ستذهب الى السجن). بيّن " سكينر " أن هذا المبدأ يتحكّم بشكل كبير في تعلّم وسلوك البشر. يمكن أن نعزّز (نشجّع) سلوكا معينا سواء بطريقة ايجابية بإعطاء مكافأة (طعام ، تسلية ، ...الخ) أو بطريقة سلبية بسحب بعض العناصر الغير مرغوبة (الألم ، الانزعاج ، وغيرها ، أي نسحب شيئا يسبب للعضويّة الما وانزعاجا) ، في كلتا الحالتين ، يزيد التعزيز من تكرار العضويّة للسلوك. يمكن أن نعاقب سلوكا ، وبالتالي نوقفه أو نحد منه ، سواء بطريقة ايجابية بإضافة آثار أو نتائج غير مرغوبة (العذاب ، الألم ، وغيرها ، انه مبدأ العقوبة الجزائيّة) ، أو بطريقة سلبية بنزع الأثر أو النتيجة المرغوبة (الطعام ، اللذة ، التسلية ، وغيرها) ، انه مبدأ (إذا لم تفعل هذا فلن تحصل على المكافأة). (سيريل بوفيه،2019،ص،ص24،25).

العلاجات السلوكيّة تركز اذن ، على نظريّة التعزيز لمساعدة الشخص على تغيير السلوكات التي تمثل له مشكلة ، بالعمل بشكل أساسي على " المعزّزات " و " العقوبات " . في الواقع ، التعزيزات الايجابية هي الأكثر استخداما في العلاج المعرفي السلوكي . مبدأ " العقاب " في اطار نظريّة التعزيز ، تقريبا لا يستخدم أبدا في العلاج المعرفي السلوكي.

من جهة أخرى ، نلاحظ أنه من وجهة نظر نظريّة وتاريخيّة ، فان نظريّات التعلّم الاجرائي ، مع أخذها بعين الاعتبار استجابات العضويّة في التعلّم ، بدأت في ذلك الوقت بإدماج مبدأ ان استجابات الشخص ليست آليّة بحتة كما افترض التعلّم الاستجابي ، ولكنّها مرتبطة بالنتائج التي عادت على الشخص من وراء سلوكه ظهر اذا هنا لأول مرّة في النظرية السلوكيّة الاعتراف بكيان الشخص ، حيث بدأت هذه النظريّات تنفصل بشكل تدريجي عن مبدأ الغاء كيان الشخص. (سيريل بوفيه،2019،ص ،26).

نظريات التعلّم الاجتماعي كانت هي الرابط بين المقاربات السلوكية والمقاربات المعرفية وذلك لأنها أدخلت بعدا معرفيًا في نظريات التعلّم.

3. نظريات التعلّم الاجتماعي (أو عن طريق التقليد) :

خطوة اضافية سيتم اتخاذها في هذا الاتجاه المعرفي انطلاقا من سنوات الستينات وذلك من طرف Albert Bandura (1925-.....) ، مع نظرية التعلّم الاجتماعي أو التعلّم عن طريق التقليد انها الخطوة الثالثة والأخيرة لنظريات التعلّم التي تركز عليها المقاربات العلاجية السلوكية . بنفس الطريقة التي تعامل بها " سكينر " مع التعلّم الاستجابي أي بتصحيحه وتكميله وليس بإلغائه أو تعويضه ، أنتت نظرية التعلّم الاجتماعي لتكمل النظريتين السابقتين بدون الغائهما أو تعويضهما. عيب النظريتين السابقتين هو أنهما أغفلتا المميزات الخاصة للتعلّم الإنساني وهذا على مستويين:

1. **النظريات السابقة** تفترض بأن الشخص موجود بشكل مباشر في الوضعية المسببة للتعلّم (على سبيل المثال ، الشخص هو الذي يسلك ويتلقّى نتائج سلوكه).

ولكن في الواقع ، توجد عدّة حالات يمكن أن نتعلّم فيها دون أن نكون موجودين بشكل مباشر في الوضعية ، يكفي أن قراءة كتاب ، سماع شخص يروي تجاربه ، أو ملاحظة شخص آخر في الوضعية بملاحظة سلوكاته ونتائجها ثم نقرّر هل نقلّه أم لا وذلك حسب النتائج . كل هذا يمثل البعد الاجتماعي والمعرفي للتعلّم. (سيريل بوفيه، 2019، ص، ص26، 27).

2. **التعلّم الاجتماعي** يدمج أبعادا معرفية (المعاش النفسي للشخص) في سيرورات التعلّم ، وهذا ما كان جديدا في ذلك الوقت.

في الواقع ، لكي يحدث التعلّم عن طريق التقليد ، يجب أن يلاحظ الشخص الوضعية ، يتذكّر عناصرها ثم يعيد القيام بما لاحظته ، وأن يكون متحقّرا لفعل كل ما سبق ذكره ، ومعنى ذلك ، أن عليه أن يؤمن بأنه قادر على تكرار السلوك الذي لاحظته . كل هذه الخطوات تتطلب سيرورات نفسية ، قدرات معرفية وإحساس ذاتي بالقدرة. (سيريل بوفيه، 2019، ص، ص27).

فانطلاقاً من ملاحظة الآخرين ، نأخذ فكرة عن كيفية حدوث السلوك ثم فيما بعد نستخدم هذه المعلومة في توجيه الحركة ، كما يرى " أفونسو وآخرون " أن التعلّم بالنمذجة هو تعلّم سلوك جديد عن طريق ملاحظة النموذج والنتائج المترتبة عنه ، ويطلق على هذه النظرية أيضاً " التعلّم عن طريق الملاحظة أو البديل " . كانت أول أبحاث بندورا حول العنف والتي ساعدته في تطوير نظريته ، ومن بين هذه الأبحاث المتعلقة بالدمية بوبو Bobo ، هذه التجربة أظهرت أن الأطفال يتعلمون عن طريق تقليد السلوك الذي يلاحظونه عند الراشد. (بلغالم، 2017، ص، 35).

3. النظرية المعرفية :

حيث يرى " كوترو " أنها تقوم على دراسات معالجة المعلومة : سيرورة التفكير الواعي وغير الواعي التي تنظم ادراك الأحداث التي تحدث في محيط الفرد. (بلغالم، 2017، ص، 36).

تركز العمل في مجال علم النفس السريري قبل سبعينيات القرن العشرين ضمن علم النفس التحليلي ونظرية التعلّم ، وكانت الثورة المعرفية لا تزال خلف الأبواب وراء علم النفس السائد في ذلك الوقت . كان التركيز على وظائف الأنا Ego كبير جداً وذلك ردًا على نظرية المثير.

بيّن " هاينز هارتمان " أن الأنا عامل قبل تكيفي Pre Adaptive أي أن معرفة ومعالجة الأنا للوقائع يعتبر عامل أولي ومستقل عن المثير ، وأشار "روي ستشفير " Roy Schafer في عمله ضمن ما يسميه النماذج العصائبيّة Neurotic Styles أن سمات الشخصية المختلفة تختبر الوقائع أو الحقيقة بشكل مختلف عن بعضها البعض ، وكان تركيزه ضمن كتاباته يصف ذاتانية الأشكال المختلفة للتفكير. وبشكل مشابه وصف هورني (1950-1945) Horney وسولفان (1953) Sullivan وظائف أنا المريض من خلال حذف نموذج "فرويد" المبدئي الذي يسميه الطاقة النفسية ، والذي أثر لاحقاً في تفكير "بيك" Beck (فضل، 2008، ص، 14، 15).

4. النظرية العقلانية الانفعالية : العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي :

ورد عند بلغال (2017) أنه قد أنشأ ألبرت اليس هذا العلاج و الذي اطلق عليه اسم العلاج العقلاني و كان ذلك في يناير 1955 ، ثم في 1962 قد قام بتغييره الى العلاج العقلاني الانفعالي ، ليطلق عليه بعد 30 سنة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي سنة 1993. و هذا بعد أن كان يستعمل الطريقة التحليلية في العلاج النفسي، حين اكتشف أن الحالات التي يعالجها لديها مجموعة من الأفكار و المعتقدات غير العقلانية التي تؤدي الى ظهور الاضطراب ، و كان هذا ما أشار اليه الفيلسوف اليوناني الأصل "أبيقريطس" حيث قال "أن الأشخاص لا يضطربون نتيجة الأشياء أو المواقف انما نتيجة ادراكهم للأشياء و المواقف" .

هذا ما دفع "ألبرت ايليس" الى الانتقال من التحليل النفسي الى التفكير العقلاني والمنطقي الذي لديه جذور فلسفية أكثر منها نفسية. وأشار "ايليس" أنه هناك علاقة تفاعلية بين المعرفة ، السلوك والانفعال و الاضطراب يظهر نتيجة الأفكار والمعتقدات الغير عقلانية التي قام الفرد بتشكيلها اتجاه الموقف الذي سبب الاضطراب والتي تنتج عنها ردود أفعال انفعالية وسلوكية غير تكيفية ، فالأفراد يكونون مجموعة من المعتقدات الغير عقلانية الصلبة حول ذاتهم ، و حول الآخرين والعالم الخارجي.

5. العلاج المعرفي السلوكي البنية والتطور :

ذكر محمد (2000) أنه في سنة 1970 أصدر "بيك" كتابا بعنوان " العلاج المعرفي : طبيعته وعلاقته بالعلاج السلوكي " وقد أوضح فيه كيفية تغيير المعارف والأفكار من خلال نماذج اشتراطية ، وهذا ما يعتبر بمثابة استراتيجيات سلوكية ، وأوضح أيضا الدور التوسطي للمعارف في الخبرات الانسانية . و خلال عقد السبعينات تزايد الاهتمام بهذا الاتجاه العلاجي ، حيث تزامن ذلك مع أعمال "ألبرت اليس" و "مايكل هورني" و "مارفين جولد فرايد" و "أرنولد لازاروس" و "دونالد ميتشنيوم" فأصبح اتجاه بيك في العلاج المعرفي السلوكي أحد ثلاثة نماذج أساسية لها الريادة في هذا المجال . و عمل "بيك" و زملاؤه خلال فترة السبعينات على توسيع مجال اهتمامهم المتمثل في دراسة الاضطرابات المختلفة فبدؤوا بدراسة اضطراب القلق ، الذي استمر الى الثمانينات ، أما في سنة 1979 عرض بيك في كتابه "العلاج المعرفي للاكتئاب" التداخل و التفاعل بين الفنيات العلاجية المعرفية و السلوكية و هذا بغرض الوصول الى ما يلي:

➤ ملاحظة وتحديد الأفكار الاوتوماتيكية أو التلقائية السلبية .

➤ التعرف على العلاقة بين المعرفة والانفعال والسلوك.

- التحقق من مدى صحة الأدلة المتاحة حول الأفكار الاوتوماتيكية المشوهة سواء كانت معها او ضدها.
- وضع تفسيرات للمعارف المنحازة التي تتسم بتوجهها نحو الواقع.
- تعليم المريض او الحالة كيف يقوم بتحديد الاعتقادات المختلة وظيفيا والتي تؤدي به الى تشويه الخبرة.

وخلال فترة الثمانينات كثرت البحوث والدراسات التي تناولت هذا الاتجاه بدرجة كبيرة وتناولت مدى أكبر من الاضطرابات ، وكانت النتيجة التي توصلت اليها هذه البحوث أن العلاج المعرفي السلوكي له فاعلية في علاج الاكتئاب سواء كان بسيطا او متوسط. كما وجد "ايفانز و آخرون " (1992) أن العلاج المعرفي السلوكي له آثار طويلة المدى بشكل يفوق العلاج بالعقاقير.

III. مستويات التدخل في العلاج المعرفي السلوكي

1. السلوك:

بمعنى " مقطع سلوكي " وهنا لا يتعلّق بالعرض فقط بل بالاضطراب ككل، فالعرض من العلاج ليس إزالة مقطع معين ولكن تعليم الفرد مقطعا آخر جديد غير مرضي ومختلف عن الاضطراب الأني. فالعلاج المعرفي السلوكي لا يعالج الأعراض بل يبحث في تعديل مقاطع سلوكية أو بمعنى آخر تعديل سيرة الفرد، ونستطيع تعريف السلوك على أنه: " سلسلة منظّمة من الحركات الموجهة للتكيف مع وضعية معينة مثلما تم ادراكها وتأويلها ". فان مصطلح " سلسلة" مرتبط مع مقطع سلوكي معقد يحتوي على عضوية ولديه هدف، فمختلف النشاطات سواء أكانت حركية أو لفظية تكيف الفرد مع مثيرات المحيط والتي تأول عن طريق وظيفة المخططات المعرفية المتعلمة والمخزنة في الذاكرة طويلة المدى.

2. المعرفة:

المعرفة نابعة عن التعرّف، فتشتمل على التعلّم، التنظيم واستخدام المعارف حول الذات والعالم الخارجي فهي تركز على السيرورات العقلية الأكثر تطوّراً مثل التفكير، اتّخاذ القرارات، حل المشكلات، الادراك والذاكرة، وبالخصوص تدرس معالجة المعلومة، فهذه تقوم بوظيفتها بفضل المخطّطات المعرفية اللاواعية، والتي تعتبر وسيطاً منظماً لجميع المعلومات الخاصة بالفرد والعالم، فتوجّه الادراك والانتباه الموجّه لمثيرات المحيط. ويمكن تعريف المخطّطات المعرفية على أنّها: " بنية تنظيمية تم اكتسابها من الخبرات السابقة وتحتوي على ما يعرفه الفرد عن ذاته والمحيط الخارجي، وعلى المعتقدات والانفعالات، كما تقوم بترتيب وتوجيه الادراك تسهّل عملية التذكّر وحل المشكلات وتوجيه الأفعال دون الاهتمام بالأحداث الدقيقة. وفي نفس الوقت تحدث تشوّهات على مستوى الادراك والانتباه وتماتل البنيات المعرفية الجديدة وتجعلها مطابقة للبنيات السابقة، فيؤثّر ماضي الفرد على حاضره. (بلغالم، 2017، ص، 50).

3. الانفعال:

يتميّز بالأحاسيس الجسدية للرضى (الراحة، اللذة) أو عدم الرضى (الانزعاج، الألم) المتعلقة بالمتغيّرات الفيزيولوجية كاستجابة لمثيرات المحيط، تستجيب العضوية حسب شدة المثيرات التي تتعرّض لها، فادراك الأحداث راجع للخبرة السابقة والوضعية الجسدية التي يكون فيها الفرد أثناء ذلك. تحوّل الانفعال (كظاهرة جسدية) الى عاطفة (كظاهرة عقلية) مثلاً: الرضى والحزن، القلق والخوف والغضب، هذه الأحاسيس راجعة الى تأويل الوضعية وليس الى الوضعية في حدّ ذاتها كما أنّ الانفعال تابع للمعرفة. (بلغالم، 2017، ص، 51).

IV.

مبادئ العلاج المعرفي السلوكي

ذكرت "جوديت بيك" J.Beck (2011) أنه للعلاج المعرفي السلوكي عشرة مبادئ أساسية ونعرضها باختصار كالتالي :

❖ **المبدأ الأول :** يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على تقييم مستمر دائم التطور لمشاكل العميل وتصوره الفردي من الناحية المعرفية.

❖ **المبدأ الثاني :** يتطلب العلاج المعرفي السلوكي تحالفا علاجيا سليما.

❖ **المبدأ الثالث :** يركّز العلاج المعرفي السلوكي على أهمية التعاون بين العميل والمعالج والمشاركة الفعالة.

❖ **المبدأ الرابع :** العلاج المعرفي السلوكي ذو هدف موجّه ويتمركز حول المشكل.

❖ **المبدأ الخامس :** يركّز العلاج المعرفي السلوكي على الحاضر.

❖ **المبدأ السادس :** العلاج المعرفي السلوكي يقوم على المبدأ التعليمي ، كما يركّز على أن يصبح العميل معالجا لنفسه ، وعلى الوقاية من الانتكاسة.

❖ **المبدأ السابع :** يهدف العلاج المعرفي السلوكي الى ان يكون محددا بزمن معين.

❖ **المبدأ الثامن :** تكون جلسات العلاج المعرفي السلوكي مبنية بشكل مقنن ومنظمة.

❖ **المبدأ التاسع :** يعلم العلاج المعرفي السلوكي العميل كيفية تحديد وتقييم وتسجيل أفكاره ومعتقداته المختلفة.

❖ **المبدأ العاشر والأخير :** يستخدم العلاج المعرفي السلوكي عدّة تقنيات لتعديل التفكير ، المزاج والسلوك.

V. مراحل العلاج المعرفي السلوكي

يسير العلاج ويطبق في مجموعة حصص من 10 الى 25 حصّة وفق البرنامج المبني أو المقترح وحسب الحالة مع احتمال حصص متابعة خاصّة لمعظم الاضطرابات كالقلق ، المشاكل الجنسيّة أو الاكتئاب.(بلغالم،2017،ص،52).

للعلاج المعرفي السلوكي أربعة مراحل :

❖ التحليل الوظيفي :

وهي المرحلة الأساسية فلا يمكن الحديث على العلاج المعرفي السلوكي دون التحليل الوظيفي فهو نموذج فهم اضطرابات العميل.(يحيياوي،2020/2019،ص،27).

وهو عملية الهدف منها هو جمع المعلومات الخاصة بالعميل، من أجل تحديد الأسباب المؤدية لظهور الاضطراب، والنتائج المترتبة عنه، فالتحليل الوظيفي يسمح بتحديد الأسباب الماضية والحالية، والانفعالات، والأفكار، والعوامل المتأتية عن المحيط، وانطلاقا من التحليل الوظيفي يتم تحديد التقنيات العلاجية الملائمة(Cottraux,2011 :107).

❖ تحديد هدف العلاج :

- يجب على المعالج والحالة أن يتفقا على تحديد الفرضيات المشتركة على الاضطراب، عوامل البدء والتثبيت.
- وضع عقد اتفاق بين المعالج والحالة، وهذا بالاتفاق على أهداف العلاج ، وما تتوقّعه الحالة من العلاج ، ويعرف المشكل المراد علاجه على الصعيد الملموس والتطبيقي بحيث يتفقان على وسائل العلاج .
- ننطلق من الفرضية أن التدخّل يجب أن يكون مبنيا سلفا ، والتعاون العملي مع المعالج يسمحان للحالة بالتخلّص من السلوك المتكرّر الذي تعاني منه.(بلغالم،2017،ص،72).

❖ تطبيق البرنامج العلاجي :

يستخدم البرنامج العلاجي الأسس والتقنيات المحددة مسبقاً مع المريض. لذلك يطور المعالج لدى المريض القدرة على التنظيم الذاتي لسلوكه ، مما يسمح له بتعميم التغييرات التي تم تعلمها هناك خارج الحالة العلاجية. هذا يتجنب الانتكاسات ويفسر عدم وجود "بدائل الأعراض" بقدر ما يتطور سلوك آخر أكثر إرضاءً بعد القضاء على السلوك المشكل.(Cottraux,2011 :6).

❖ تقييم نتائج العلاج :

يتم التقييم من خلال مقارنة القياسات المتكررة التي أجريت قبل وأثناء وبعد العلاج. المتابعة تكون سنة واحدة على الأقل بعد انتهاء العلاج ، وذلك بوضع نقاط التقييم في الشهر الأول ، السادس وبعد سنة.(Cottraux,2011 :6,7).

.VI العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي

العلاج المعرفي السلوكي يعتمد على الأساس على ما يعرف بالعلاقة العلاجية بين المعالج والمتعالج ويشترط في هذه العلاقة العلاجية ان تكون تعاونية، وتشير العلاقة العلاجية الى تلك الارتباطات والتعليقات المعقدة التي تنشأ بين المعالج والمتعالج والفهم المشترك الذي ينشئ بينهما، والأنشطة التي يتم اداؤها من جانب كلا الطرفين، والتي تهدف الى قيام المعالج بتقديم المساعدة للمتعالج حتى يتمكن من مواجهة مشكلاته النفسية وخفض حدتها او التخلص منها.

وتتضمن العلاقة العلاجية ثلاث مكونات أساسية كالتالي:

- **الاتفاقات:** تشير الى الارتباطات التي تنشأ بين الطرفين ويتم عقدها بينهما.

- **الأهداف:** ما يطمح اليه الطرفين وما يرغبان في تحقيقه في إطار العملية العلاجية.

- **المهام:** تشير الى تلك الأنشطة التي يتم اداؤها من جانب كلا الطرفين والتي تعمل على تحقيق الأهداف التي ينبغي ان يحققها من خلال العملية العلاجية.(يحياوي ، 2020/2019، ص، ص،26،27).

1. الاتفاقات :

يتركز الاهتمام من جانب المعالج خلال هذا المكوّن على التعهّد بإقامة علاقة علاجية مشتركة تشجّع المريض على تحقيق المهام العلاجية الموجهة بالأهداف ، و جدير بالذكر أنّه لا يوجد صيغة معيّنة لعلاقة علاجية واحدة يمكن أن تنشأ بين المعالج و المريض ، لكن ما يحدث بينهما يعدّ بمثابة تعهّد و اتفاق على أن يقوم كل طرف منهما بأداء دوره الذي يتم تحديده و الاتفاق عليه في سبيل تحقيق الهدف النهائي من العملية العلاجية و قد تختلف الاتفاقات من مريض الى آخر ، و من معالج الى آخر ، لكنّها جميعا في النهاية تعمل على تحقيق الهدف العلاجي العام و الخاص وفقا لظروف كلا الطرفين .(الغامدي ،2013،ص،165).

2. الأهداف :

يتعلّق هذا المكوّن بما ينبغي أن يتم التوصل اليه من خلال العملية العلاجية و الذي يتمثّل بشكل عام في التغيير الذي ينتظر أن يحدث نتيجة للعلاج ، و يتطلّب تحقيق ذلك فهما مشتركا لتلك المشكلات التي يفصح عنها المريض على أن يكون ذلك الفهم قائم على أساس منطقي يعتمد على التأكّد و عدم الانحياز ، و أن تتسم العملية العلاجية بالصراحة و الوضوح يدعمها ما يحدث بينهما من مناقشات مستمرة يفصح المريض خلالها عن أهدافه التي تمّ تحديدها كأهداف مبدئية يرغب في تحقيقها دون إخفاء أي جانب منها ، أو من تلك الأمور الأخرى التي تتعلّق بها عن المعالج ، و هي أمور تعتمد في الجانب الأكبر منها على تلك العلاقات التي يقيمها المريض مع الآخرين ، و على المعالج مراجعة تلك الأهداف المبدئية بشكل جيّد على أن يشترك المريض معه في مراجعتها ، و على أساس من الصراحة و الوضوح و الحوار المفتوح بينهما بحيث يتم تحديد أهداف أكثر واقعية بحيث تخدم المريض بشكل فعّال ، فتساعده على التقليل من حدّة ما يعانیه من مشكلات أو التخلّص منها على المدى البعيد ، و تجعله يتوقّف عن تلك الأفكار المشوّمة و الاعتقادات اللاعقلانية ، و أنّ يتخلّص من الانفعالات غير الصحية و يستبدلها بانفعالات صحية. (الغامدي ،2013،ص،166).

3. المهام :

بعد أن تتم الموافقة على الاشتراك في العلاج يقوم المعالج بتحديد العملية العلاجية للمريض بما تقوم عليه من أسس وأهداف ، وما تسير في ضوئه من استراتيجيات ويبدأ المعالج بتقييم تلك المشكلات التي يعاني منها المريض ويساعده على القيام بتقييمها في ضوء الاطار الذي يسير عليه العلاج ثم يتم تحديد الأهداف بناء على ذلك التقييم . ويترتب عليه تحديد الاستراتيجيات والفنيات العلاجية التي تحقق التغيير المنشود ، كما يتم تحديد وتحليل تلك العقبات التي قد تحول دون تحقيق الهدف العلاجي ، والتي يأمل المعالج والمريض التغلب عليها . حتى يتم في النهاية تحقيق ما تم تحديده من أهداف. (الغامدي ، 2013، ص، 167).

.VII الخطة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي

قال محمّد (2000) أنّ العلاج المعرفي السلوكي يعدّ اتجاهاً علاجياً مقنّناً يستغرق وقتاً محدّداً في علاج المشكلات والاضطرابات المختلفة التي يعاني منها الفرد ، ويعتبر من هذا المنطلق ذو ثلاثة أهداف تتمثّل في :

⇐ العمل على تقليل ما يشعر به ذلك الفرد من كرب وعجز يرجع في الواقع الى الاضطراب الذي يعاني منه.

⇐ التقليل من حدّة الاضطراب الانفعالي الذي يعتريه.

⇐ تدعيم مشاركته الفعّالة في المواقف الاجتماعية المختلفة والعمل على منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي.

ويعمل في سبيل ذلك بقوة ثلاثية تضم:

✓ استراتيجيات معرفية.

✓ وأخرى سلوكية.

✓ وثالثة انفعالية.

حيث أنّه يضم ثلاث مكونات يتم في ضوئها اختيار تلك الاستراتيجيات هي: المكونات المعرفية والسلوكية والانفعالية.

ورد أيضا في محمد (2000) يتوقف عدد الجلسات العلاجية والوقت الذي يستغرقه البرنامج على حسب حدة وتعقد المشكلة أو الاضطراب الذي يعاني الفرد منه ، ومدى رغبة ذلك الفرد في إقامة علاقة علاجية تعاونية مع المعالج . وعادة ما يبدأ البرنامج العلاجي بجلسات تمهيدية يتم خلالها إرساء دعائم تلك العلاقة والتي تعد ذات أهمية كبرى في تطور العلاج وفي تحقيقه لما يخطط له من أهداف . ويتم خلال هذه المرحلة استخدام المقابلات التشخيصية وذلك لتقييم المشكلة التي يعاني الفرد منها ، وتقييم تلك العوامل التي تسهم في تطور هذه المشكلة وتعمل على استمرارها . كما يتم خلال هذه المرحلة أيضا تقديم المساعدة للفرد ليستطيع القيام بالتحديد الدقيق للمشكلات التي يعاني منها.

كما يمكن في هذا الصدد أن يتم اللجوء الى التقييم السيكو متري لتلك المشكلة التي يعاني منها الفرد وما قد يرتبط بها من توترات ومشكلات ثانوية.

ثم ذكر محمد (2000) أنه بعد ذلك يتم الانتقال الى المرحلة الموالية من العلاج والتي تضم تقديم النصيحة من المعالج وتدريب الحالة على استخدام مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات المعرفية السلوكية ، التي يمكن أن تساعد على مواجهة خبراته التي تسبب ازعاجا له ، وردود فعل انفعالية حادة أو ما قد يصدر عنه من أفعال اندفاعية.

والهدف من هذه المرحلة هو تعزيز سلوكه وذلك بالسيطرة على تلك المشاعر والقدرة على ضبطها ، وضبط النفس ، وزرع الأمل فيه حول امكانية التغيير . وقد تتكامل مثل هذه الاستراتيجيات منذ البداية اذا كانت هناك رغبة وحاجة ملحة لتقديم مساعدة منظمة ومقننة للحالة منذ المراحل المبكرة في عملية العلاج.

فيما يخص المرحلة الثالثة يقوم المعالج بعرض منظور جديد لطبيعة خبرات الحالة والاحداث الحياتية التي تترك بصماتها عليها (أي على الخبرات) بشكل عام . ويعتمد هذا المنظور الجديد على الصياغات المعرفية للأعراض المرضية التي تشعر الحالة بها ، والتي يتسم بها الاضطراب الذي يعاني منه. وتبذل محاولات عديدة خلال هذه المرحلة بغرض اجراء المناقشات التي تدور حول مدى اسهام ذلك المنظور في حدوث خبرات معينة من جانب الحالة أو العميل. وهو الأمر الذي يجعل المرحلة الموالية من العلاج تتركز حول تناول الأعراض المرضية ومحاولة التصدي لها ومواجهتها. ومن ثم التوصل الى منظورات بديلة تتعلق بطبيعة تلك الخبرات على أن تستند تلك المنظورات الى تفسيرات تستند الى الواقع.

كما أنه ورد أيضا في محمد (2000) يتم خلالها أيضا التعامل مع نسق اعتقادات الحالة بهدف الحد من الكرب والضيق والتوتر الذي تشعر الحالة به ، وتعزيز محاولاته التي تهدف الى تحقيق التوافق الذي يتم من خلال إعادة البناء المعرفي عن طريق التخلص من تلك الأفكار والاعتقادات اللاعقلانية أو الأفكار الاوتوماتيكية أو التلقائية السلبية ، ثم استبدالها بأفكار واعتقادات أخرى عقلانية أكثر. وذلك يمثل بطبيعة الحال جوهر الخطوة التالية والتي يتم خلالها التعامل مع الافتراضات المختلة وظيفيا سواء تعلق ذلك بالذات أو بالآخرين. ومثال ذلك عن هذه الافتراضات تلك التي تشعر الحالة بعدم القيمة والتفاهة ، وهو الأمر الذي يستدعي اللجوء الى استراتيجيات معينة كذلك التي يمكن استخدامها مع الاكتئاب أو مع اضطرابات الشخصية الى جانب استخدام استراتيجيات المواجهة والتي تلعب دورا هاما في مواجهة تلك المشكلة أو الاضطراب الذي تعاني الحالة منه.

وتتمثل المرحلة الأخيرة من العلاج تضم إقامة وتعزيز منظور جديد لمشكلة الحالة او العميل مع التأكيد بوضوح تام على بعض دلائل معينة تتعلق بالتنظيم الذاتي . كما يمكن خلالها أيضا التأكيد على استراتيجيات المواجهة المعرفية السلوكية وإعادة تدريب الحالة عليها من جديد ، بحيث أن القيام بذلك في هذه المرحلة يقي ويفيد منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي. كما تسمى هذه المرحلة الأخيرة من العلاج بمرحلة الاقفال أو الانتهاء من البرنامج. ونظرا لما كشفت عنه دراسات عديدة تناولت مختلف الاضطرابات مستخدمة هذا الأسلوب العلاجي أنه يعد هو الأفضل والانجع على المدى البعيد ، وأن أثره يمتد لفترة طويلة بعد انتهاء البرنامج العلاجي ، فانه من المتوقع أن يتم اجراء القياس التنبعي خلال فترة لا تقل عن ثلاثة اشهر وذلك حسب طبيعة الاضطراب.

مشكلة الدافعية نحو التغيير

ذكر بلغالم (2017) أنه لا يوجد تغيير دون دافعية ، بمعنى توقع النتيجة أو انتظار فعالية العلاج المستخدم حيث أنه اذا لم تكن هناك دافعية نحو العلاج أو انتظار الهدف من هذا العلاج لن يكون هناك تغيير ، لذا فان فعالية العلاج المعرفي السلوكي يتطلب مستوى معين من الدافعية ، ومن المستحسن اعلام الحالة مسبقا بذلك. فالتغيير أساسا يتطلب عملية التعلم والتعلم المضاد مهما كان نوع العلاج ، بحيث أن الإدراك أو الوعي بـ " الصدمة المسببة للاضطراب" والوضعية الشرطية الأولية غالبا ما يكونان كافيين لإحداث التغيير في السلوك المضطرب . لذا فان الأشخاص في العلاج المعرفي السلوكي يتعلمون أن يلاحظوا و يقيموا ذواتهم وأن يستخدموا تقنيات من أجل حل مشاكل أخرى مشابهة . فمهما كانت بنية الشخصية فإحداث التغيير في جزء من هذه البنية يدخل التعديل على باقي الأجزاء او العناصر المكونة لها. وذلك عن طريق إعادة تنظيمها والتغيير من جهة أخرى يحدث التعديل على المجموعة أو البنية ككل ، وهذا راجع الى اختيار السلوكيات والانفعالات والمعارف المختصة في التعديل الذي يحدث بدوره ردود فعل متسلسلة او متتالية وأساسية داخل البنية . لذا فهناك أشخاص يستفيدون من خبراتهم السابقة في المقابل هناك البعض الآخر الذين يتعلمون من ظروف معاشهم ، وهذا ما يتطلب طرح السؤال التالي : ما هي السيورورات المختلفة المثبتة للسلوكيات التثاؤمية وما هي سيورورات التغيير ؟

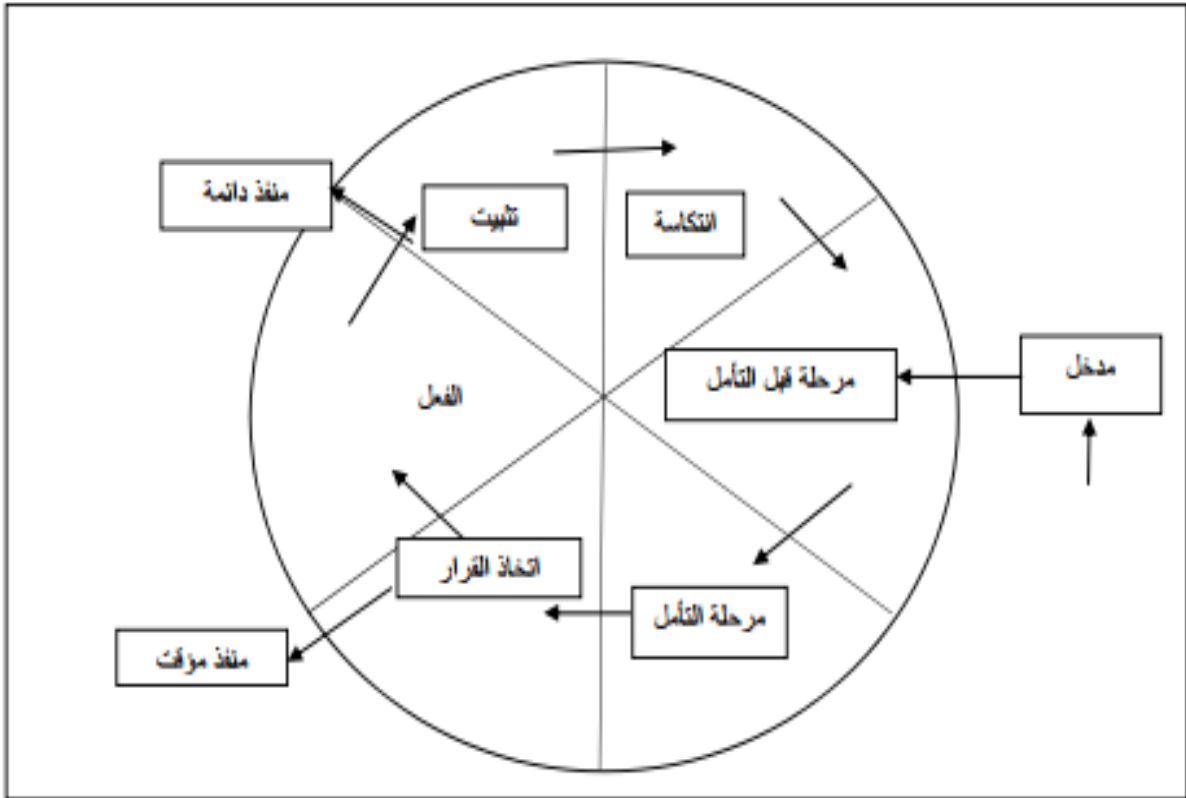
ان تكرار السلوك نفسه يعرقل عملية التغيير فيصبح الشخص حبيس معاشه . حيث يعيد ويكرّر نفس السلوكيات غير المجدية راجيا أن تتغير حياته.

نستنتج أنه المقاومة تعتبر جزءا من سيورورة التغيير ، فمن الطبيعي أن يقاوم أي فرد كان سويا أو لا التغييرات السريعة ، الا أنه سرعة الاستجابة للتغيير عائدة الى مساحة مركز التأمين لدى كل شخص من السرير الى الغرفة الى المنزل وصولا الى الشارع ثم البلد او الإقليم ، فالدخول في مركز التأمين يعني تنشيط ردود أفعال وقائية لأنه أصبح مدركا للخطأ.

نماذج التغيير:

❖ نموذج بروكاسكا وديكليمنت Prochaska et Diclemante :

تم انشاء هذا النموذج لمدمني الكحول والتدخين ، والمستوحى بشكل مباشر من أعمال "باندورا" Bandura 2003 حول الكفاءة الذاتية المدركة والتي استخدمت في جميع عمليات التغيير سواء كانت علاجية أو لا. والنموذج موضح أكثر أدناه في الشكل رقم (3) :



الشكل رقم (3) يوضح نموذج بروكاسكا وديكليمنت

- الأشخاص الذين لا يفكرون في تغيير سلوكهم يوصفون بأنهم Pré-contemplateurs مفكرون أو متأملين مسبقاً. في هذه المرحلة، تنتج عمليات التغيير من دوافع خارجية، فالاضطراب ومراحل الحياة وتغيرها جسدياً أو اجتماعياً يمكن أن تشكل ضغوطاً على الفرد لدرجة تدفعه الى تأمل التغيير.
- تبدأ مرحلة التأمل عندما يقر الفرد بأن لديه مشكلة ويريد اكتشاف الامكانيات (النفسية والمالية) للتغيير. يخطط للتغيير في الأشهر الستة المقبلة ويستعد للتغيير. عمليات التغيير في هذه المرحلة تعتمد على مراقبة الآخرين، والبحث عن المعلومات، والوعي بالحالة، ومواجهة المشاكل عن طريق الآخرين، وأحياناً الدخول في العلاج. (cottraux,2011 :08,09).

- في هذه المرحلة سيتقدم الأشخاص وسيصلون إلى مرحلة اتخاذ القرار حيث سينظرون في الإجراءات اللازمة للتغيير. في مرحلة القرار هذه، سيطور الأشخاص عزماً حازماً لاتخاذ الإجراءات اللازمة. يتأثر الحل بالتجارب السابقة ومحاولات التغيير السابقة. يحتاج الأفراد الذين قاموا بالعديد من المحاولات الفاشلة للتغيير إلى التشجيع ليقروا استئناف دورة التغيير.
- بمجرد أن يبدأ الأشخاص في تغيير السلوك المشكل، يكونون في مرحلة الفعل التي تستمر عادة لمدة من ثلاثة إلى ستة أشهر. في هذه المرحلة، عمليات أو سيرورات التغيير هي في الأساس ضبط النفس. يمكن تعريف ضبط النفس على أنه الدرجة الشخصية لتقرير المصير الذاتي، أي القدرة على التصرف والقيام بالأشياء دون التأثر بمتغيرات المحيط.
- بعد اجتياز مرحلة الإجراء أو الفعل بنجاح، سينتقل الأشخاص بعد ذلك إلى مرحلة التثبيت، أي دعم التغيير.
- إذا فشلت كل هذه الجهود أو المحاولات، ندخل إلى مرحلة الانتكاس ويمكن للفرد أن يدخل دورة جديدة، ويبدأ مرة أخرى من البداية أي من المرحلة الأولى.

❖ نموذج فريمان ونولان Freeman et Nolan:

- حاولا ربط نماذج التطور الفردي بنماذج Prochaska و Diclemente ومراجعة هذا النموذج من منظور عام للعلاج النفسي. وفقاً لهذين المعالجين المعرفيين ، يوجد عشرة مراحل للتغيير وهي كالتالي :
1. عدم التأمل، أو المرحلة اللاتأملية. لا يفكر أساساً في العلاج.
 2. ضد التأملية. يكون معارض للتغيير.
 3. ما قبل التأمل: النظر في الأسباب ، والاحتمال والعواقب.
 4. مرحلة التأمل
 5. التخطيط للفعل. مع اتخاذ القرار التغيير مع المعالج.
 6. القيام بالفعل : التغيير التدريجي في السلوك.
 7. الفشل المسبق: ظهور أفكار سلبية والرجوع إلى السلوكيات القديمة.
 8. الفشل: انخفاض في الإنجازات.
 9. الانتكاس: العودة إلى الوضعية الأولية.
 10. التثبيت: الحفاظ على التغيير وتحسينه. (cottraux,2011 :09,10).

أهم الفنيات العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي

ورد في الغامدي (2013) أنّ العلاج المعرفي السلوكي أحد الأساليب العلاجية الحديثة حيث أنها تهتم بصورة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية ويهدف هذا الأسلوب الى إزالة الألم النفسي وما يشعر به الفرد من ضيق وكرب ومعاناة خلال التعرّف على المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة وتحديدها والعمل على تصحيحها ومن ثم تعديلها.

ويتطلب تحقيق هذا الهدف على وجود علاقة علاجية دافئة بين المعالج والمريض ، الذي يجب أن يتّصف بالقبول والتقبّل والود والدفء والتعاون والمشاركة الوجدانية ، كما يجب على المعالج أن يقوم بتدريب المريض وتعليمه على كيفية التعرّف على المشكلات وحلّها وعلى مكوّناتها الأساسية وأسبابها وعلاقتها بالاضطراب.

ويوجد العديد من الأساليب العلاجية التي تستخدم في الاتجاه المعرفي السلوكي نذكر منها ما يلي:

➤ فنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها :

الأفكار التلقائية هي تلك الأفكار التي تسبق مباشرة أي انفعال سلبي أو غير سار ، وهذه الأفكار تأتي بسرعة كبيرة وبصورة تلقائية وتحدث أحيانا دون أن يلاحظها الشخص ، وهي أفكار غير معقولة وتكون سببا في الانفعال غير الصحيح لحدث معيّن ، وهذه الأفكار التلقائية دائما ما تكون ذات صفة سلبية لحدث أو حالة معيّن ، وبالتالي تؤدي الى توقّع نتيجة غير سارة في النهاية. وتهدف هذه الفنية أو التقنية الى محاولة التعرّف على تلك الأفكار ومن ثم تبديلها بأفكار ايجابية تؤدي الى نهاية حسنة ، ولذلك يطلب من المريض أن يسجّل الواجبات اليومية على ورقة ويدوّن فيها كل الأفكار التلقائية التي مرّت بذهنه في كل يوم يمر به وتعتبر هذه الواجبات اليومية جزء من العلاج.

➤ فنية المتّصل المعرفي :

يقصد بهذه الفنية أن يطلب من المريض أو العميل أن يوضح كيف يرى نفسه بالمقارنة مع الآخرين ومثال ذلك كأن يطلب من العميل الذي لديه هذا الاعتقاد (مثلا كأن يقول أنا شخص عديم الفائدة) أن يعرف معنى عديم الفائدة ثم يطلب منه أن يشير أين سيكون بعض الناس من معارفه على معيار متدرّج يبدأ بصفر (أي عديم الفائدة تماما) لهذه الصفة و100% (أي فعّال جدًا). وهذه التقنية مفيدة لاستبدال الأفكار التلقائية وكذلك الاعتقادات الأساسية كما تفيد في التعامل مع التفكير الثنائي كل شيء أو لا شيء.

➤ فنيّة الجدل المباشر :

كما ذكر الغامدي (2013) أيضا أن هذه التقنيّة احدى التقنيّات المعرفيّة ، بالرغم أن العلاج المعرفي يؤيد التوجيه نحو الاكتشاف الموجّه أكثر من المواجهة المباشرة لآراء العميل ، إلا أنّه أحيانا يجب على المعالج من المواجهة المباشرة ، ويستعمل هذا الأسلوب عندما يكون للعميل شعور بالانتحار ، وبالتالي يجب على المعالج أن يعمل سريعا وبشكل مباشر على مواجهة هذا الشعور باليأس. كما تكون هذه المواجهة المباشرة مفيدة في المواقف التي يتدخّل المعالج فيها للعلاج السريع في الوقت الذي لا يكون للعميل فيه الرغبة أو القدرة على المشاركة الفعّالة في السيرورة العلاجيّة. فالتنفيذ وحدّة النقاش يعتبر في جوهره من الأدوات الخطيرة. وذلك لأنه من الصعب أن تقدّم جدلا مقنعا دون أن تتسبب للعميل نوعا من الشعور بالدونيّة والهزيمة والضيق . كما أنها بدون نقاش سوف تتحوّل بكل بساطة الى نزاع معرفي وبشكل عام فان فكرة تأكيد المعلومات بأكبر قدر ممكن من التعاون أحسن من مجرد ارسال مبادئ منطقية مجردة أو فلسفيّة، ثم يتم بعد ذلك تحوّل الى أسلوب التوجيه نحو الاكتشاف بمجرد أن يكون هذا ممكنا.

➤ فنيّة التعريض :

في العلاج المعرفي السلوكي التعريض مكوّن رئيسي وهو كذلك في العلاج السلوكي لاضطرابات القلق ويتضمّن تعريض الفرد أو العميل للمواقف التي تسبّب القلق له. ففي هذا المجال وجد الباحثون أن التعريض المستمر الى المثيرات المسبّبة للقلق ينتج عنه تشنّت في استجابة القلق لدى الفرد الذي يعاني من القلق. وللتعريض أشكال عدّة منها :

✓ التعريض التخيلي.

✓ التعريض المتدرّج.

✓ التعريض الحي او في الواقع (وهذا النوع يكون بدون تدرّج) ولا بدّ من توقّر شروط لهذا النوع من أهمّها موافقة العميل او الحالة .

✓ التعريض بمساعدة المعالج للموقف الذي يسبّب القلق بطريقة مباشرة.

هدف هذه التقنيّة التأثير على الأعراض السلبيّة للقلق واطفائها وذلك بمواجهة المثيرات من ناحية ومواجهة سلوك التجنّب الذي يكون معرّز للقلق .

تختلف طريقة التعرّض باختلاف مكان المواجهة وأسلوب المواجهة كما هو مذكور في الغامدي (2013).
ووضّح ذلك كالتالي :

❖ أولاً : التعرّض من حيث مكان المواجهة :

⇐ التعريض الميداني : In Vivo Exposure

في هذا النوع من التعريض يتم تصوّر الموقف المقلق عن طريق التخيل بدلاً من مواجهته في الواقع وتكرار ذلك حتى التعود عليه واضعاف القلق. و اذا ما تم استخدام التعرض الميداني و التعرض التخيلي معا في الجلسات العلاجية من الأحسن البدء بالتعرض التخيلي ثم التعرض الميداني او الواقعي. كما يفضل استخدام التعرض التخيلي في بعض الحالات الخاصة منها :

✓ عندما يعجز العميل على تحديد الأفكار التي تثير قلقه.

✓ عندما يعاني العميل من اضطرابات في القدرة على التخيل أو التذكّر.

فيلاحظ أنه عند تعرضه الى المثيرات الواقعية يكون من الطبيعي ظهور أعراض فيزيولوجية دالة على القلق والخوف . بينما في التعرض التخيلي قد لا تظهر هذه الأعراض و اذا ظهرت تكون بدرجة أقل. وهنا تظهر أهمية البدء بالتعرض التخيلي قبل التعرض الواقعي.

❖ ثانيا : التعريض من حيث أسلوب المواجهة :

⇐ التعريض دفعة واحدة :

هنا يتم مواجهة المثيرات دفعة واحدة بدون تدرّج ، ولهذا النوع شروط قبل تطبيقه أهمها :

✓ اقناع العميل به وبطبيعة المثير.

✓ لا يستخدم هذا الأسلوب مع العميل الذي لديه استثارة عصبية شديدة ، لأنه يعرضهم الى

أزمات شديدة أقوى من الاثارة السلبية للعميل نفسه.

⇐ التعريض المتدرّج :

يتم تعريض العميل للمثيرات على مراحل متدرّجة ، والذي يكون على شكل خطوات تبدأ من مواجهة المثير الأقل شدة الى المثير الأكثر شدة ، ويمكن استخدام الاسترخاء مرافقا لهذا النوع. كما يمكن تقديم المثير الواحد لأكثر من مرّة ، ويستحسن عدم الانتقال الى مواجهة مثير آخر إلا بعد التأكد من معايشة العميل للمثير المواجه.

➤ فنيّة الواجبات المنزليّة :

هناك مشكلات ذات طبيعة تتطلب واجبات ومهمات على العميل ان يقوم بها خارج اطار الجلسة العلاجية ، فمثلا الافراد المكتئبين لديهم صفة المبالغة في المتطلبات الخارجية والمشكلات والضغوطات .ان مثل هؤلاء الناس يشعرون بان لديهم أشياء كثيرة يجب انجازها ولا يستطيعون القيام بها ، وفي مثل هذه الحالة يطلب منهم المعالج واجب بيتي يتضمن وضع قائمة بالأشياء التي يرغبون القيام بها ووضع الاولويات ، وتجزئة المشكلات الخارجية الى وحدات يمكن القيام بها (أبوزعيزع،2010،ص،89).

كما أنه هناك فنيّات أخرى تم ذكرها في الغامدي (2013) نذكر أهمّها :

➤ تقنيّة الأسئلة السقراطية والاكتشاف الموجه :

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي عملية تجريبية تعاونية، بحيث يشترك فيها المعالج والعميل في وضع أهداف العلاج وجدول أعمال كل جلسة ، وجمع الأدلة المنظم لصالح أو ضد اعتقادات العميل. ويشبه هذا الطريقة العلمية لاختبار صحة الفروض وفحصها. فنتم هذه الأخيرة باستخدام الأسئلة السقراطية (نسبة الى سقراط) من قبل المعالج بدلا من التحدي المباشر لأفكار العميل واعتقاداته. بالإضافة الى الفنيّات المعرفية السلوكية الأخرى.

يستخدم المعالج هذه التقنيّة مع بداية العلاج مستمرا في ذلك حتى نهايته. الى جانب ذلك يقوم المعالج بطرح أسئلة مباشرة كي يجمع المعلومات التي تخص مدى تكرار وشدة وديمومة المشكلة وتدخّلات أخرى مثل العكس والايضاح والتغذية الراجعة. وتثقيف العميل حول النموذج المعرفي وما يفيد في التغلب على مشكلته ، من ثم يعود الى استخدام الأسئلة السقراطية .

بالإضافة الى ما سبق هناك تقنيات أخرى وردت في الغامدي (2013) وهي كالتالي :

➤ **تقنية الحوار الذاتي :**

هو عبارة عن الأفكار الأساسية في النظرية المعرفية بحيث الانسان يسلك بحسب ما يفكر ، و في ميدان ممارسة العلاج الذاتي يظهر جزء من دور المعالج في تدريب الأفراد على تعديل مستوى أفكارهم التي تنثير القلق و الاكتئاب و عدم الثقة .فالحوار مع الذات عند أي نشاط معين ينبّه الفرد بتأثير أفكاره السلبية على سلوكه ، كما أن هذا الحوار الداخلي و ما يحويه من انطباعات و توقّعات عن المواقف التي تواجهه يكون سببا في تفاعله المضطرب ، لهذا يعتمد المعالج المعرفي السلوكي على محاولة تحديد مضمون مثل هذا الحوار و العمل على تعديله كخطوة أساسية لمساعدة الفرد للتغلب على اضطرابه ، بالخصوص في المواقف التي تستثير القلق و الاكتئاب.

➤ **تقنية التدريب على الاسترخاء :**

يعرف عن الضغوط النفسية أنها آفة عصرنا ، وهي في زيادة مستمرة ممّا جعلها تمثّل حجر الزاوية لنشوء الاضطرابات النفسية ، خاصة عند ازدياد مطالب الحياة وتشابك ظروفها في عالمنا المعاصر. هذا ما دفع بتقنية الاسترخاء لان تكون أمر مطلوب لمواجهة الضغوط النفسية ، وما ينشأ عنها من قلق وخوف وتشتت في الأفكار ، وما تنتجه من اضطرابات نفسية فيزيولوجية مثل قرحة المعدة وأمراض القلب. حتى أن بعض العلماء ينسبون مرض السرطان الى هذه الضغوط النفسية، لهذا يحتاج المعالج أن يستخدم أسلوب الاسترخاء مع الحالات في مرحلة مبكرة جدًا لأنه يعمل على تهدئتهم. ومن أكثر طرق الاسترخاء شيوعا هي برامج العلاج التي طوّرها جاكوبسون. فيعتبر هذا الأخير من أوائل العلماء الذين بحثوا في تدريبات الاسترخاء وتطبيقاتها في مجال العلاج النفسي.

وسنذكر فيما يلي بعض من أهم أنواع الاسترخاء :

← الاسترخاء العضلي التدريجي :

يعرف هذا الأسلوب بطريقة جاك تيرنز ، و قد يعد أول من استخدمه هو ادموند جاكبسون و يحتوي على بعض الأساليب ضد القلق و التوتر ، و هناك الكثير من طرق الاسترخاء التي عرفتھا معظم الشعوب منذ زمن طويل ، حيث تقوم أساليب الاسترخاء الحديثة على مجموعة من التمارين البسيطة التي تهدف الى راحة الجسم و ذلك باستخدام التنفس العميق و تمارين الجسم كله على الارتقاء و زوال الشد العضلي ، كما صممت أساليب الاسترخاء العضلي التدريجي لتكون مفيدة في علاج العديد من المشاكل فعلى سبيل المثال قد تستخدم في علاج صعوبات النوم و الصداع و التوتر الزائد و ضغط الدم المرتفع و قلق الاختبار و كذا قلق الحديث و التحكم في الغضب و الصعوبات الجسمية المتنوعة .

قد يرجع تاريخ تدريب الاسترخاء الى عام 1930 عندما نشر ادموند جاكبسون كتابا بعنوان التدريب التدريجي التصاعدي. ويتضمن بعض الأساليب لخفض التوتُّرات العضلية الزائدة لدى الأفراد والتي تؤثر على أدائهم في حياتهم اليومية العادية بصورة سلبية.

وقد ابتكر الطبيب والاختصاصي النفسي ادموند جاكبسون في عام 1920 أسلوب الاسترخاء التدريجي كأسلوب لخفض التوتر لدى الافراد ، وفي هذا الأسلوب يتعلّم الأفراد أن يقوموا بشد مجموعة من عضلاتهم ، ثم يقومون بإرخائها مرة أخرى ، ويضاف الى هذه التمارين التي وجدت في الغرب تمارين من الشرق الأقصى مثل اليوغا التي تمارس منذ وقت طويل وتؤدي الى تنظيم إيقاع نبضات القلب وحركة التنفس التي تؤدي الى شعور عميق بالاسترخاء لا يبلغ حد النعاس أو النوم. وتعتمد هذه الطريقة على سلسلة من التطبيقات العضلية يتبعها استرخاء ، والغرض من ذلك مساعدة الفرد في التعرف على الفرق بين الإحساس بالتوتر عند الانقباض العضلي والإحساس بالاسترخاء عند الاسترخاء العضلي. ويمكن تقسيم التدريب الاسترخائي التدريجي الى نوعين :

▪ **التدريب الاسترخائي التدريجي الإيجابي :** ويتضمن قيام الفرد بعملية قبض ثم استرخاء للعضلات.

▪ **التدريب الاسترخائي التدريجي السلبي :** ويتضمن استرخاء للعضلات دون الحاجة الى انقباضها أولاً ويتأسس على اتقان النوع الأول. (خلفة، 2023، ص،ص،75،76).

← الاسترخاء التخيلي :

يتطلب تصوّر الاسترخاء Relaxation Imagery أن يتصوّر الفرد نفسه في بيئة أو مكان سبق له الإحساس بمشاعر الاسترخاء والراحة في هذه البيئة او في ذلك المكان ، وقد تكون هذه البيئة أو المكان في منزله أو في غرفته الخاصة أو في الحديقة او في أي مكان ارتبط بالنسبة له بالهدوء والسعادة والراحة النفسية والاسترخاء العضلي والعقلي.

ويعرف بالتخيّل الاسترخائي كما عرف بطريقة ديفيد كايوس للاسترخاء ، في هذا الأسلوب يتخيل الفرد أنه في مكان هادئ يرتبط به الشعور بالراحة والاسترخاء ثم يمارس الاسترخاء لتحقيق أهدافه وفق مبادئ محدّدة.

خطوات الاسترخاء وفق هذا الأسلوب :

- إيجاد مكان هادئ.
- اتخاذ وضع مريح ،اليقظة ، وعدم التأثر بالأحداث السابقة .
- تكوين اتجاه إيجابي وصريح نحو الاسترخاء.
- غلق العينين ، والتفكير في تخيل أفضل مكان للاسترخاء ، سواء هذا المكان حقيقي أي واقعي أم مبتكر وفق ما يحقق الفرد المزيد من الاسترخاء ، من خلال إعطاء الوقت الكافي والشهيق العميق والزفير البطيء.
- تركيز الانتباه على الإحساس الجسدي مع ابعاد الأفكار السلبية عن الذهن.
- تستمر هذه الممارسة لمدة 05-10 ثواني.
- يصاحب ذلك التخيّل للمكان الهادئ التدريب على الاسترخاء في مواقف الحياة اليومية ، ثم في المواقف الضاغطة قبل الاحماء ،التدريب والمنافسة وقبل المنافسة في حالة زيادة توتر الفرد.
- يستغرق أداء التمرين على الاسترخاء وفق هذه الطريقة تتراوح بين 15-20 ثانية.
- ومما يجب ملاحظته أن الاستجابات المصاحبة لحالات الاستثارة والقلق تحدث دون وعي من الفرد بينما الاسترخاء باتباع الفرد إجراءات محدّدة بوعي كامل.(خلفة،2023،ص،ص،78،79).

X. التحليل الوظيفي في العلاج المعرفي السلوكي

يضيف "ناصر ميزاب أن التحليل الوظيفي الجيد يقوم بالإجابة عن الأسئلة التالية: أين؟ متى؟ بأي تكرار؟ بأي كثافة؟ بحضور من؟ بأي أثر على العميل وعلى المحيط؟

والتحليل الوظيفي يمر بأربعة مراحل وهي:

- ملاحظة السلوكيات التي يصدرها العميل لجمع المعلومات الكافية حول السلوك المضطرب.
- يبني المعالج بعد ذلك فرضيات استنادا على المعلومات التي حصل عليها من خلال ملاحظاته.
- يختبر المعالج بعد ذلك صحة فرضياته، من خلال تطبيق برنامج علاجي يحتوي على تقنيات علاجية تستهدف الاضطراب.

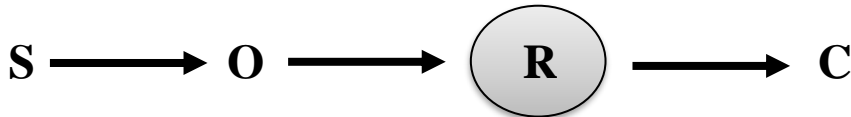
➤ تفسير النتائج، بناء على ما يقيسه المعالج من أثر التدخل العلاجي. (عباس، ص، 1).

تعددت النماذج في التحليل الوظيفي، وذلك بتعدد الأساليب السلوكية المعرفية، إلا أنها لاقت اهتماما وتركيزا كبيرا على التحليل الوظيفي لدى الراشدين، أما لدى الأطفال فقد طبقت عليهم نماذج مكيفة مبنية على النماذج المستخدمة لدى الراشدين فقط، ومن النماذج الأكثر اعتمادا :

1. نموذج كانفر وساسلو (1969) Kanfer et Saslow:

يعدّ أول نموذج مقترح في العلاج المعرفي السلوكي وهو كالتالي :

يمثل نموذج SORC (1969) Kanfer et Saslow (107 : Cottraux, 2011)



الشكل رقم (4) يمثل نموذج SORC

S : stimulation	المثيرات
O : organisme	العضوية و ما يتم فيها من (انفعالات، معارف ، و أفكار ، استجابات فيسيولوجية)
R : réponse	الاستجابات
C : conséquences	النتائج

2. نموذج Basic IDEA :

طوره Lazarus (1976) واستكماله Cottraux سنة (1985) ، ويشير كل حرف الى ميزة معينة خاصة بسلوك المشكل ، كما أشار اليه Verra و Mirabel-Saron (2014) نقدّمها فيما يلي : (سائل،2020،ص،16)

B : Behavior أو السلوك ، نجمع من خلاله المعلومات التاريخية حول السلوك المشكل و المفجرة له

A : Affect أو الانفعال المصاحب لسلوك المشكل

S : Sensations physiques أو الأحاسيس الجسدية المرتبطة به

I : Imagery الصورة الذهنية التي لها علاقة بالسلوك

C : Cognitions المعارف التابعة لأفكار و اعتقادات الفرد و المتعلقة بسلوكه

I : Interpersonal تتعلق بالعلاقات الداخليّة الذاتيّة التي في اتصال مع السلوك المضطرب

D : Drugs تأثير الأدوية و المخدّرات على الحالة الفيزيائية

وأضاف Cottraux حرفين آخرين وهما E,A ومعناهما:

E : Expectation و هو ما ينتظره المريض من المعالج أو من العمليّة العلاجيّة

A : Attitudes (عباس،ص،2) ما يراه المعالج حول المريض سلبي كان أو إيجابي

3. نموذج SECCA لكوتر (1985) :

يستعمل هذا النموذج مع حالة الفوبيا ، نوبات الهلع ، الاكتئاب والمشاكل الجنسية ، ويضم العناصر التالية:

S : المثير

E : الانفعال

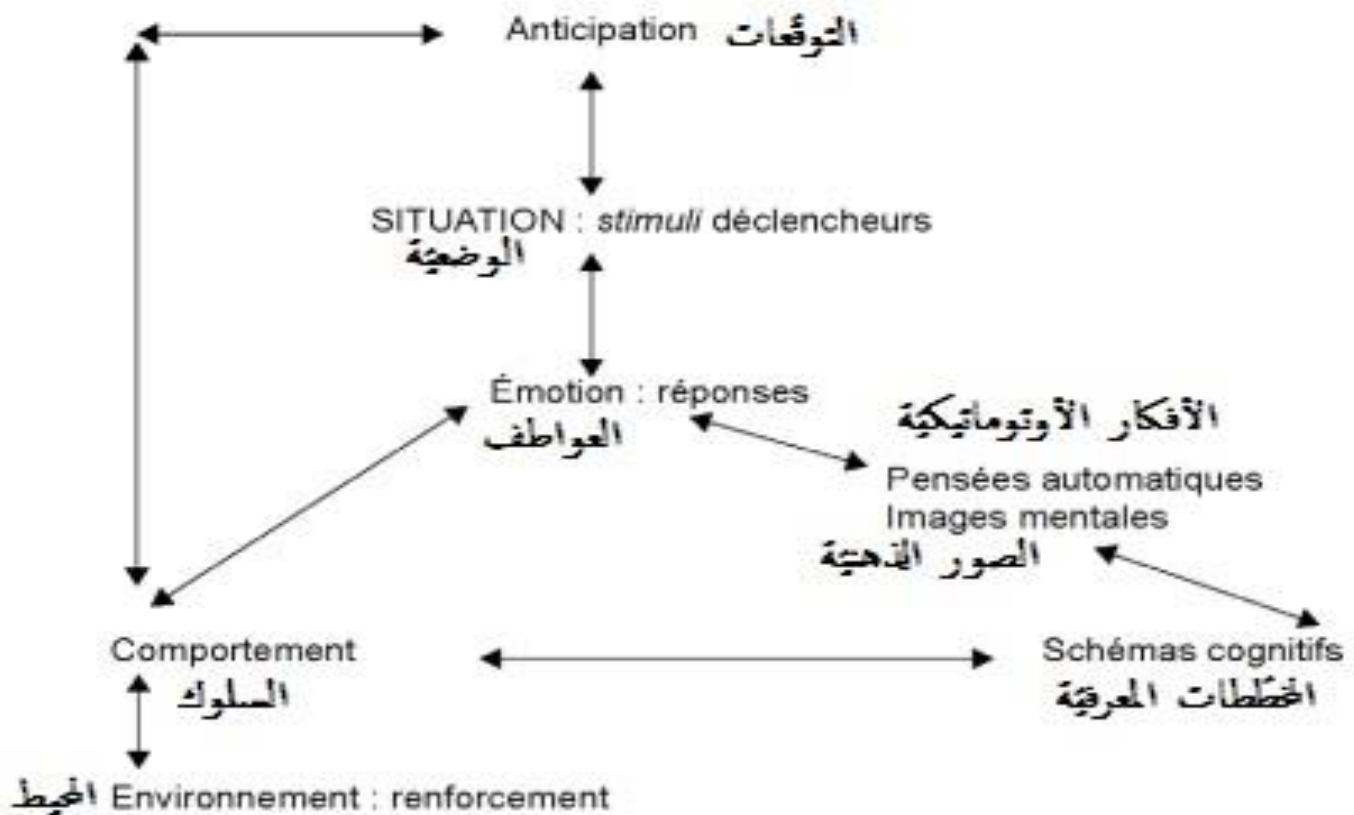
C : الوظائف المعرفية (الأفكار ، التصورات الذهنية ، نظام المعتقدات و علاقته مع المخططات المعرفية)

C : السلوك

A : الاستباق

يحتوي هذا النموذج على جزء يحلّل الوضعية الآنية من المثير -الانفعال-الوظائف المعرفية-السلوك-السوابق وعلاقتها مع المحيط الاجتماعي. يحتوي أيضا على جزء يبحث في تاريخ الحالة وتحليل علاقته مع السلوك المشكل.(بلغالم، 2017، ص،60). كما هو موضح في الشكل رقم (5) : (Cottraux,2011: 113)

Grille SECCA synchrone



الشكل رقم (5) يوضح شبكة سيكا

التحليل التاريخي Diachronique :

يتم التعرّف من خلاله على المعطيات التالية :

- الوراثية
- المرضية
- المعطيات التي تخص الشخصية ونوعها
- تحديد العوامل التاريخية المحافظة على المرض
- تحديد العوامل المفجرة للاضطراب
- تحديد المواقف التي تسبق الاضطراب
- وضع السوابق العلاجية
- تحديد المرض الجسمي. (عشاشة وبلميهورب، 2020، ص، 174)

4. نموذج فونتان وايليف 1984 Fontaine et Ylieff :

يشكّل هذا النموذج التفاعلات بين السوابق التاريخية والسلوكات الحالية وعواقبها على الفرد والمحيط:

← الخلفية التاريخية : الفطرية منها والمكتسبة : البيولوجية ، الاجتماعية والثقافية ، الأسرية ، الرزنامة السلوكية والمعرفية الخاصة بالمشكل.

← السوابق الحالية (الآنية) : ويقصد بها المثبرات الداخلية والخارجية (الجسدية الاجتماعية المحيطية) التي تدخّلت في تطوّر الاضطراب أو المشكل.

← السلوك المشكل : الطوبوغرافيا ، الشدة ، المدة ، وما مدى تأثيرها على المستوى السلوكي ، المعرفي والانفعالي.

← نتائجها على المحيط : السلوكية ، المعرفية والمعرّزات الايجابية والسلبية.

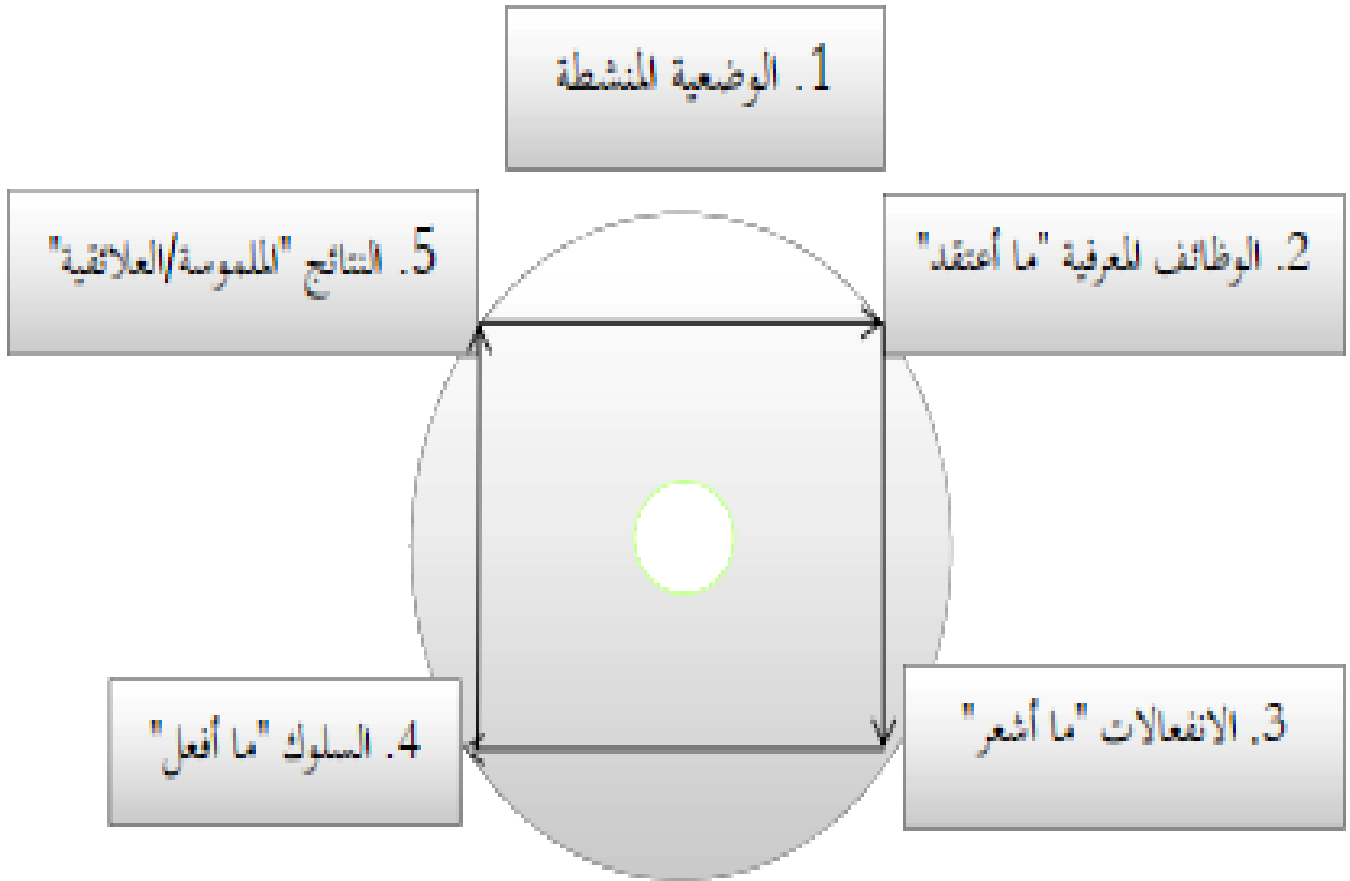
← نتائجها على الفرد : السلوكية ، المعرفية ، الجسدية والمعرّزات الايجابية والسلبية (cottraux,2011 :111,112).

5. نموذج الحلقة المفرغة (1996) Cungi :

ميزة هذا النموذج في بساطتها وحقيقة أنه يمكن تطبيقها من قبل كل من الحالة والمعالج أثناء العلاج. (cottraux,2011 :113).

ذكر بلغالم (2017) أن هذا النموذج يأخذ شكل حلقة ويعزل فقط العناصر التالية :

- ✓ الموقف المنشط
- ✓ الوظائف المعرفية (فيما أفكر؟)
- ✓ الانفعال (بما أشعر؟)
- ✓ السلوك (ماذا أفعل؟)
- ✓ النتائج (الملموسة والعقلانية)



الشكل رقم (6) يوضح نموذج الحلقة المفرغة

تقنيات العلاج المعرفي السلوكي في مواجهة الرهاب المحدد

الرهاب المحدد هو خوف من شيء معين أو موقف معين وخوف غير منطقي من الأفاعي والجراثيم أو الأماكن المغلقة أو من الظلام وبعضهم يكون مصابا بالرهاب المحدد ولكنه يكون طبيعياً في الجوانب الأخرى .

وفي الحالات الأكثر خطورة يكون لدى الفرد عدد من المخاوف المرضية تتعارض مع الكثير من جوانب الحياة وربما تتواءم مع اضطراب الهوس.(حسين،2013،ص،27).

يتمثل الملمح المركزي في الرهاب المحدد في التحيز التأويلي والذي يكون متعلقاً بتهديد مثيرات الرهاب. ومع ذلك فإن العلاج المعرفي السلوكي للرهاب المحدد لم يتضمن محاولات مباشرة لتعديل مثل هذه التحيزات والاعتقادات المختلفة وظيفياً الأخرى.

وقد كان تعرّض الجسم الحي Vivo Exposure هو شكل العلاج الأكثر شيوعاً للرهاب المحدد لسنوات كثيرة ، ووجد أنه فعال بصفة عامة . على سبيل المثال قرّر أوست (Ost 1988) مستوى مرتفع جداً من النجاح بعلاج جلسة واحدة لرهابات محدّدة تقوم على عرض الجسم الحي(فايد،2005،ص،ص،382،383) وسنقدم مثالا عن استراتيجية علاج حالة تعاني من الخوف الشديد(الفوبيا) من العناكب وتفاصيل المثال كالتالي:

ورد في اس جي(2012) أن اسم الحالة هو ستيوارت شاب يبلغ من العمر 25 عاما ، وهو خريج أحد الجامعات الخاصة في الشرق الشمالي، صحته في الاطار العام جيّدة . ولا يعاني من أمراض مزمنة خطيرة ما عدا مستوى غير مفرط من ضغط الدم ، ومستويات مرتفعة نوعاً ما من الكوليسترول ، على الرغم من أن ستيوارت لا يقوم بأي تدريبات رياضية إلا أنّ وزنه عند المدى الطبيعي لطوله ، كما أنه لا يتناول أي أدوية . والمشكلة الصحية الوحيدة عند ستيوارت تتمثل في خوفه من العنكبوت. فكلما تذكر هذا الأخير شعر بخوف شديد ، بل يتجنّب الذهاب الى الأماكن التي يتوقّع أن يرى فيها العناكب. خصوصا الأدوار السفلى والأماكن الواقعة تحت سطح المنزل مباشرة وحظائر الماشية أو مخازن الحبوب وأماكن خارجية معينة. كما أنه لا يشعر بالراحة عندما يرى صورة عنكبوت أو حتى يراه في مسلسل تليفزيوني ، وليضمن ستيوارت عدم وجود عنكبوت في غرفة نومه يكتسها ويغلقها كل ليلة قبل النوم بالإضافة الى ذلك يترك الغرفة مضاءة ، لأنه يفترض أن العناكب تتجنّب الضوء ، أو يقوم بإغلاق النوافذ والأبواب ليلا . ويتمثل خوفه من أن العنكبوت سوف يزحف اليه ويقفز فوقه ويعضّه .

وذكر ستيوارت أنه في العاشرة من عمره كان في معسكر مع والديه ولذغه عنكبوت. كما أنه يدرك أن خوفه هذا مفرد فيه وأنه ينغص عليه حياته وتحاورت خطيبته أليس معه بهذا الشأن ، وكانت ترجوه أن يفعل شيئاً بخصوص هذا الموضوع ، والذي أصبح حاداً لدرجة أنه يضع عراقيل أمام استمرار علاقتهما. ذكر أيضا اس جي(2012) أن الدليل الاحصائي يميّز بين خمس أنواع من المخاوف المرضية :

- نوع الحيوانات (الخوف من الكلاب ، والعناكب ، والثعابين).
- نوع من الطبيعة (الخوف من المرتفعات ، العواصف ، والخوف من القرب من الماء).
- نوع الخوف من الدم والحقن (الخوف من الحقن ، رؤية الدم ، اجراء عملية جراحية).
- النوع الموقفي (الخوف من ركوب الطائرة ، الخوف من الأماكن المغلقة ، الخوف من ركوب السيارة).
- وأنواع أخرى (الشخصيات المألوفة مثل المهرج ، القبي).

يمكن وصف الفوبيا التي لدى ستيوارت بأنها من نوع الحيوانات ولقد بدأ ستيوارت يشعر بهذا الخوف المرضي منذ أن كان طفلاً. فالمخاوف المرضية هي الشكل المعتاد لاضطراب القلق لدى الناس ومعدل انتشارها خلال فترة الحياة يمثل 12.5 % ، و اذا لم يتم علاجها تصبح مزمنة .

نموذج العلاج:

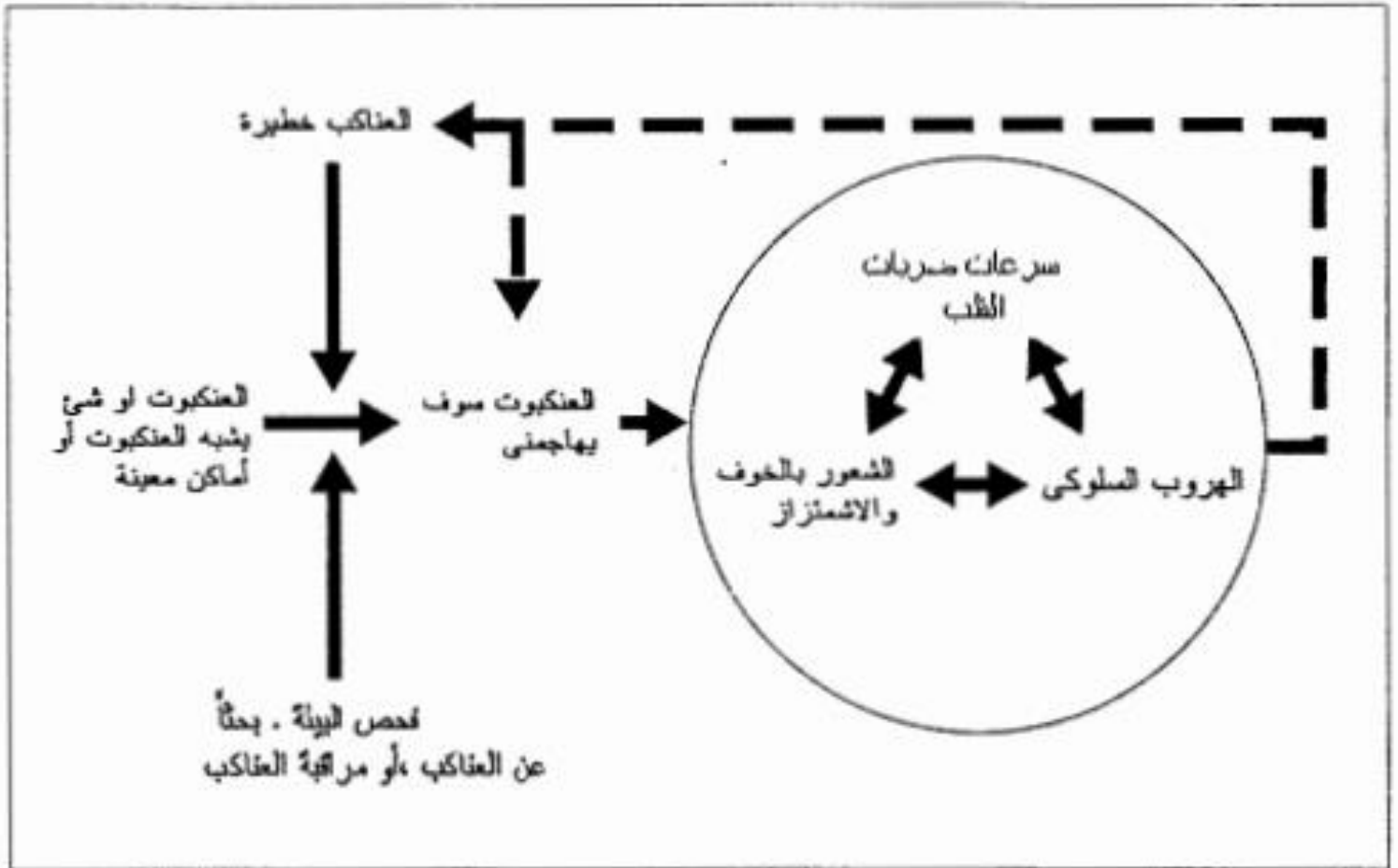
في ضوء مراجعة الأدبيات التي تخص الحيوان والانسان ، يمكن تلخيص ذلك الى أن العمليات المعرفية مظاهر ضرورية في اكتساب انطفاء الخوف والمخاوف المرضية .فمن الواضح والمحدد أن العمليتين المعرفيتين ذات الترتيب الأعلى هامتين في اكتساب المخاوف :

- توقع الضرر
- ادراك التنبؤية والتحكمية .

فيما يبدو أن هذه العمليات المعرفية تلعب دورا هاما في كل أشكال تعلم الخوف حتى الاشتراط البافلوفي الأساسي. أظهر ستيوارت تحيزا انتباهيا مرتبط بالعناكب . هناك أشياء مثل العناكب والثعابين ترتبط على وجه الخصوص مع هذا التحيز الانتباهي بسبب صلتها الارتقائية.

وشرح لنا اس جي (2012) أنه تم التعبير عن التحيز الانتباهي للحالة من خلال فحص البيئة من اجل العناكب وأحيانا من خلال الافتراض الخاطيء أو الادراك الخاطيء لوجود العناكب وهذا بدوره يؤدي الى رد الفعل المعبر عن الخوف الذي يتسم ب :

- سرعة ضربات القلب .
- شعور الفرد بالخوف .
- الرغبة الشديدة في مغادرة المكان .



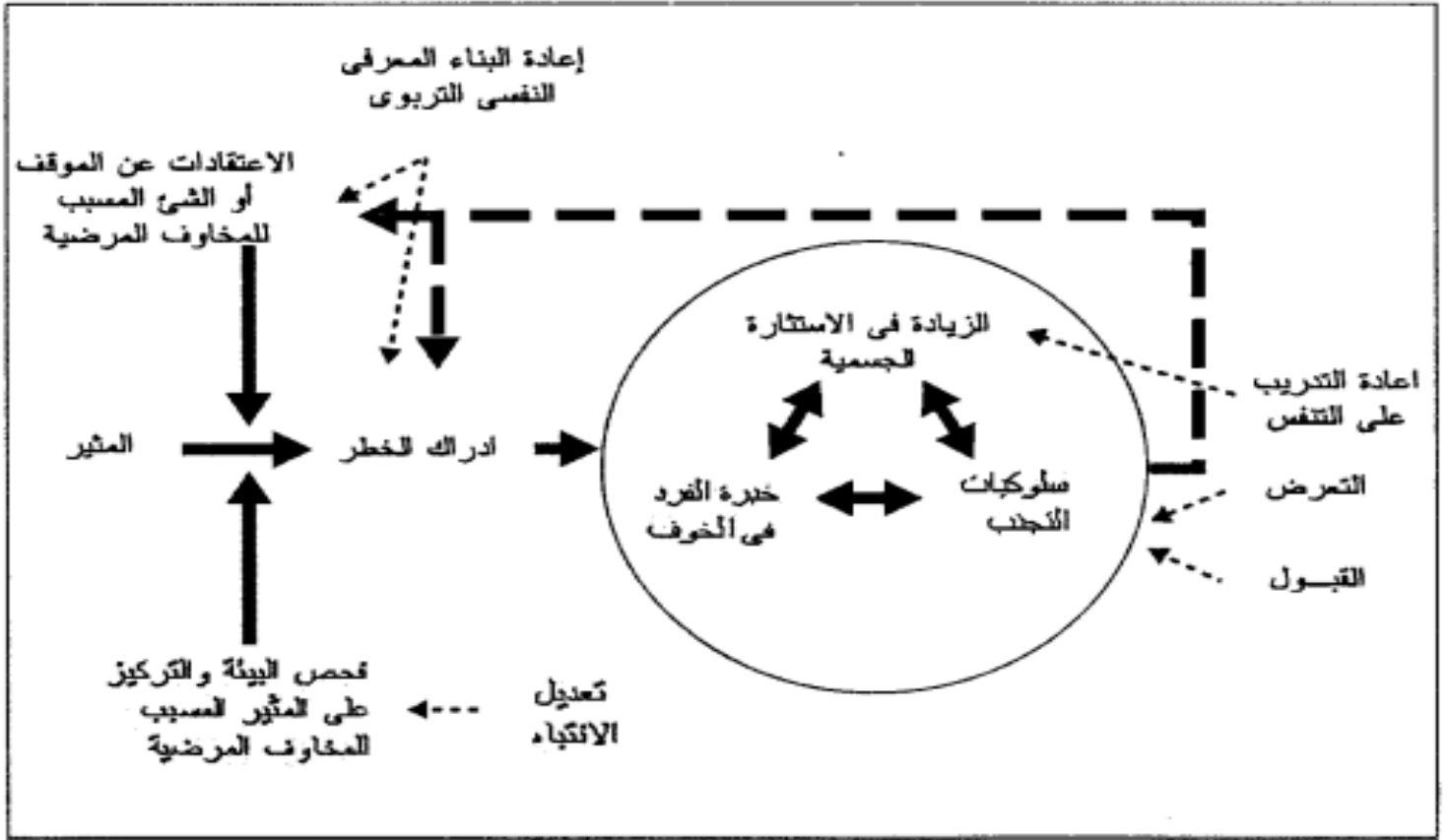
الشكل رقم (7) يوضح تخطيط لمشكلة العناكب عند الحالة ستيوارت

استراتيجيات العلاج :

ذكر لنا اس جي(2012) أنّ المشكلة الرئيسيّة في المخاوف المرضيّة هي الخوف المفرط واللاعقلاني من الأشياء أو المواقف ، ومن هنا فان الاستراتيجيّة الأكثر فعاليّة التي تستهدف المخاوف المرضيّة هي من خلال التعرّض المتكرّر والمطوّل ، وتنشيط استخدام أي استراتيجيّة من استراتيجيات التجنّب. كما يمكن لتعليمات التقبّل تثبيط التجنّب الخبراتي وتشجيع الحالة على المرور بخبرة الانفعال.

كما أنه هناك استراتيجيّة فعّالة أخرى تتمثّل في تصويب المعلومات الخطأ لدى الحالة عن الخطر المتوقع للموقف المخيف ، ويتم ذلك من خلال إعادة البناء المعرفي والنفسي – تربوي. كما يمكن أن يكون إعادة التدريب على الانتباه نحو المثيرات غير المخيفة وليس المثيرات المخيفة. كجزء مفيد في العلاج .

أخيرا تدريبات إعادة التدريب على التنفّس يمكن أن تكون مفيدة في تنظيم الاثارة المفرطة المصاحبة لاستجابة الخوف المرضي ، مع افتراض أن هذه التدريبات على التنفّس لا تستخدم كاستراتيجيّة تجنب.



الشكل رقم (8) يوضّح كيفية تداخل استراتيجيات العلاج في مشكلة العناكب للحالة ستيوارت.

خلاصة :

كاستنتاج لما عرضناه ان العلاج المعرفي السلوكي يعدّ شكلا حديثا من أشكال العلاج النفسي مستخدما استراتيجيات وتقنيات عديدة أساسها علمي ومنهجي مدروس ، وهذا العلاج لم يقتصر على علاج اضطراب واحد أو اثنين بل هو موجّه لعلاج كل الاضطرابات ، بحيث يتم علاج كل اضطراب على حدى. ومن أكثر ميزات هذا العلاج والتي دفعت معظم المعالجين الى استخدامه هي قصر مدّة العلاج فيه خاصة في اضطرابات القلق ، ومن الضروري أيضا استخدام المنهج التجريبي في السيرورة العلاجية لتأكيد نجاح العلاج ونجاعته وهذا طبعا بتوظيف المقاييس والاستبيانات الضرورية لكل اضطراب ، من أجل الوصول الى الهدف المطلوب وهو تحقيق الصّحة النفسيّة الجيدة للحالات أو مساعدتهم على التخفيف من معاناتهم اليومية.

الفصل الثاني

فوبيا الأماكن المغلقة

تمهيد

1- اضطرابات القلق وتصنيفها حسب (DSM V)

2- ماهية الفوبيا (الرهاب)

3- أنواع الفوبيا

4- أسباب الفوبيا

5- أعراض الفوبيا (الخوف)

6- تعريف فوبيا الأماكن المغلقة

7- معايير تشخيص فوبيا الأماكن المغلقة حسب DSM-IV و DSM-V و ICD/10

8- التشخيص التفريقي لاضطراب فوبيا الأماكن المغلقة حسب DSM-V

خلاصة

تمهيد:

يعرف الرهاب من بين اضطرابات القلق التي يصدر عن أعراضها ألما نفسيًا شديدًا ، فالحالات تعاني من خوف شديد نتيجة تعرّضها لمواقف خوافية ،ومن بين هذه الرهابات يوجد رهاب الأماكن المغلقة وفي فصلنا هذا ستعرفنا الباحثة على هذا الاضطراب أكثر وعلى تشخيصه ومختلف جوانبه.

اضطرابات القلق وأشكالها :

.I

معظمنا يشعر باضطرابات القلق في مواجهة الأحداث التي تهددنا أو تسبب لنا التوتر وهذه المشاعر هي رد فعل طبيعي للتوتر ، اذ يعتبر القلق غير طبيعي عندما نصاب به في مواجهة أحداث يسهل على معظم الناس التعامل معها بصعوبة قليلة وتشمل مجموعة من الاضطرابات التي يكون فيها القلق من الأعراض الرئيسية وهي القلق العام أو الذعر أو نشعر بها عندما يحاول الفرد أن يسيطر على سلوك سيئ التكيف مثل الخوف المرضي (الفوبيا) أو الهوس. (حسين، 2013، ص، 25).

كل من القلق والخوف يلعب دورا مهما في هذه الاضطرابات وبالتالي فمن الأهمية بعض أوجه التشابه والاختلاف بين هذين الانفعالين.

يُعرف القلق Anxiety بأنه توجس من مشكلة متوقعة ، ويُعرف الخوف Fear في المقابل بأنه رد فعل لخطر حالي . ويركز الأخصائيون النفسيون على "الراهن" في الخوف في مقابل "التوقع" في القلق. فالخوف يتعلّق بخطر واقع في هذه اللحظة ، أما القلق فعادة ما يتعلّق بخطر في المستقبل ، وبالتالي فان الفرد الذي يواجه أحد الدبة يشعر بالخوف ، أما الطالب الجامعي الذي ينشغل تفكيره باحتمال أن يكون راتبه متدنيا بعد التخرّج فيعاني القلق.

والقلق والخوف ليسا سلبيين بالضرورة فكلاهما في حقيقة الأمر يساعد على التكيف. فالخوف عنصر أساسي في الاستجابة التالية : الهروب أو العراك. أي أن الخوف يسبب تغييرات سريعة في الجهاز العصبي السيمبثاوي تهَيئ الجسد للهروب أو العراك. أمّا القلق يساعد على التوافق حيث أنه يساعدنا على الانتباه الى المخاطر المستقبلية والتخطيط لها ، أي أنه يزيد من قدرتنا على الاستعداد ويساعد في تفادي المواقف الخطرة المحتملة. (Kring وآخرون ، 2016، ص، 344، 345) .

بعض الأشكال الفرعية من اضطرابات القلق :

ضمن الفئة التصنيفية لاضطرابات القلق يتم التفريق بين الأشكال الفرعية التالية :

⇐ **اضطرابات الهلع** : هو اضطراب حديث التصنيف كفئة مرضية مستقلة . والسمة المميزة لهذا الاضطراب كما تشير التسمية هي تكرار نوبات الهلع . والمقصود بنوبات الهلع الظهور المكثف والمفاجئ للقلق ، غير الناجم عن موقف معيّن. (Kass، 2009، ص، 39).

فخلال دقائق عدّة ترتفع حدّة القلق لتصل ذروتها والى جانب العلامات النفسيّة تظهر كذلك أعراض جسديّة كتسرّع القلب ومشاعر الضيق (وكان ثقل ما يجثم على الصدر) وضيق التنفّس والارتجاف وبسبب هذ الأعراض فان كثير من المرضى يشعرون بقلق الموت أو الخوف من الموت.(Kass،2009،ص،39).

⇐ **اضطراب القلق المعمّم** : وهو عبارة عن قلق مديد غير متعلّق بموضوع معيّن ، ومن هنا تسميته بالقلق المعمّم ، حيث يمكن أن يظهر في أي وقت وأي مناسبة أو موقف دون سابق انذار ويستمر لفترة زمنيّة طويلة . ولا يمكن صرف انتباه المريض عن قلقه أو ابعاده عنه إلا لفترة وجيزة . تظهر في القلق المعمّم الأعراض التالية :

- ✓ **التوتّر الحركي** : ويلاحظ من خلال الارتجاف وتوتّر العضلات وعدم القدرة على الهدوء.
 - ✓ **فرط استثارة غير مضبوطة** : وتتجلّى في أعراض كالدوار والضيّق والتعرق وجفاف الفم.
 - ✓ **اليقظة المفرطة وارتفاع الانتباه** : ويتجلّى بمشاعر من التوتّر وفرط الفزع (النقزة) وصعوبات الدخول في النوم أو الاستمرار فيه وسرعة التوتّر أو التعصيب.
- (Kass،2009،ص،39،40).

⇐ **الرهاب** : على النقيض من الفهم المبهم لاضطرابات القلق العام تكون المخاوف في اضطرابات الرهاب أكثر تحديدا ، فشخص ما يستجيب بخوف شديد لموقف معيّن يعتبره أكثر الناس غير خطير ويكون لديه خوف مرضي وعلى الرغم من أن الفرد يعرف ان خوفه غير منطقي الا أنّه يشعر بالقلق (الذي يتراوح من عدم الراحة الشديد الى الذعر) والذي يتم التخلّص منه فقط في حالة زوال المسبّب (شيء أو الموقف المخيف). معظمنا يخاف من الأفاعي والحشرات والأماكن المرتفعة وهذا شيء شائع ولا يشخّص الخوف عند الأشخاص كخوف مرضي الا اذا كان يتعارض مع الحياة اليوميّة ، مثال على ذلك امرأة تخاف من الأماكن المغلقة لذلك هي تخشى الصعود في المصعد وتصنيف ال DSM-IV يصنّفها الى ثلاثة أقسام واسعة :

- ✓ **الرهاب المحدّد**
- ✓ **الرهاب الاجتماعي**
- ✓ **الرهاب من الأماكن المفتوحة** (حسين ،2013،ص،27).

ويبين الشكل رقم (9) تصنيف اضطرابات القلق في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع والدليل التشخيصي والإحصائي الخامس : (Kring وآخرون، 2016، ص، 347) .



الشكل رقم (9) يوضح تصنيف اضطرابات القلق في DSM-V و DSM-VI

II. ماهية الفوبيا : (الرهاب)

المخاوف المرضية والمخاوف الشاذة والفوبيا والخواف والرهاب كلها مصطلحات فنية مترادفة تعدّ ترجمة الكلمة اليونانية Phobos التي تعني الخوف ، الفزع ، الهلع. و قد ظهرت هذه الكلمة (فوبيا) في القرن الخامس قبل الميلاد الى أنّ ظهر مصطلح الخوف المرضي في السنة الميلادية الأولى حيث كتبه الرومان في دائرة المعارف الرومانية في مقال طبي استخدم فيه مصطلح Hybrophobia معبراً عن الخوف من داء الكلب Symptom of rabies أمّا الاستخدام الفني لمصطلح الخوف المرضي Phobia فلم يتم رسمياً إلا عام 1871 عندما أورد "كارل وستفال Carl Westphal" (1833-1890) مصطلح الخوف من الأماكن الواسعة Agoraphobia و ذلك بمعنى الخوف من الاجتماع أو المقابلة في الأماكن العامة، ثمّ تطوّر استخدام مصطلح الخوف و الخوف الشاذ بصورة أوسع انتشاراً بواسطة بعض الكتاب و المفكرين مثل "برتراند راسل Bertrand Russell" و تبع " وستفال" عالم الطب النفسي الإيطالي راجي Raggi و ذلك في 1877، حيث تناول مصطلح الخوف من الأماكن المغلقة Claustrophobia .

وكان كراپلين Kraepelin أول من صنّف المخاوف المرضية ضمن ضعف الأعصاب أو النيوروسثينيا Neurosthenia والمرض القهري Compulsive Insanity. وفي عام 1892 "ميز بيترز" ، ريجس Pitres & Regis نوعان من المخاوف المرضية وهي المخاوف المنتشرة والمخاوف الخاصة، وقد أصدر ما يقرب من سبعين من الأسماء اليونانية باعتبارها قائمة اجمالية للمخاوف المرضية. (كريم، 2015، ص، 37).

وذكر أيضاً أنّ كلمة فوبيا مشتقة من اسم أحد الآلهة اليونانية ويدعى Phobos φοβος، وكان يخيف أعداءه (Kring وآخرون، 2016، ص، 349). والرهاب أو الفوبيا بالمعنى ذاته هو مرض نفسي يعرف بأنه خوف متواصل من مواقف أو نشاطات معينة عند حدوثها أو مجرد التفكير فيها أو أجسام معينة أو أشخاص عند رؤيتها أو التفكير فيها. هذا الخوف الشديد المتواصل يجعل الشخص المصاب عادة يعيش في ضيق وضجر لمعرفة هذا النقص. ويكون المريض غالباً مدركاً تماماً بأنّ الخوف الذي يصيبه غير منطقي ولكنه لا يستطيع التخلص منه بدون الخضوع للعلاج ، لكن الأمر يبدو خارج التحكم الارادي للشخص المصاب بهذا الخوف بحيث يحاول تجنّب هذا الموقف أو الشيء والفرار بعيداً عنه ، ومثال ذلك من يخاف من الأماكن العالية أو الأماكن الواسعة أو الزحام ويحاول الابتعاد عن هذه الأشياء فلا يستخدم المصعد ولا ينزل الى الشارع حرصاً منه ألاّ تتنابه الحالة ، وترى معي أنّ هذه الأشياء ليست مخيفة بالمرّة بالنسبة للشخص العادي. (الشربيني، 2016، ص، 7) .

كان فرويد أول من نشر في عام 1909 موضوعا بشأن الفوبيا عن حالة هانس الصغير (صالح، 2015، ص361). الخوف المرضي أو الرهاب هي المرادف لمصطلح (فوبيا) ، وهو وصف لحالة معينة تتميز بشعور خوف وذعر شديد لا يتناسب بحال مع الموقف أو الشيء الذي يتسبب في هذه المخاوف . اذن هي مشاعر خوف مبالغ فيها عند التعرض لشيء ما لا يمكن أن يبرر كل ما يحدث.

لم تتغير المخاوف كثيرا عبر عصور التاريخ . لقد وصف أبقراط Hippocrates منذ حوالي ألفي سنة رجلا كان يعاني خواف الفلوت ، فان كان يأكل في مأدبة في أثناء الليل ، فإنه كان يشعر بالخوف بمجرد أن يسمع النغمة الأولى التي تصدر عن الفلوت ، على الرغم منه لم يكن يبالي بسماع الفلوت في أثناء النهار . وذكر أبقراط أيضا وصفا آخر لرجل كان يعاني خواف المرتفعات ، فلم يكن يستطيع أن يقترب من شفا جرف ، أو يمشي فوق جسر ، أو حتى يقف بجانب خندق ضحل.. وتظهر إشارات كثيرة عن حالات الخواف في الكتابات التاريخية التالية : ظهر وصف تفصيلي لاستجابة خوافية في عام 1621 عندما نشر روبرت برتون Robert Burton كتابه المشهور عن " تشريح الميلانخوليا" وجاء في هذا الكتاب : " يحدث هذا في الناس كثيرا من الآثار الباعثة على الأسى ، كأن يصبح الفرد أحمر اللون ، أو شاحبا ، أو تجعله يرتجف أو يتصبب عرقا ... ان هؤلاء الذين يعيشون في خوف لا يكونون أبدا أحرارا ، أو قادرين على العزم على أمر ما ، أو آمنين ، أو مرحين ، ولكنهم دائما في ألم مستمر.... لا يوجد شقاء أعظم من ذلك ، كما لا يوجد ألم مبرح ، أو عذاب مماثل لما يعانون " . (ماركس، ص، ص60، 61).

ويبين "برتون" في كتابه الفرق بين انفعالات كل من الاكتئاب والخوف ، مثل حالتي "توللي Tully" و "ديموستينيس Demosthenes" اللذين كانا يعانين خواف المسرح ، وحالة "أغسطس سيزر Augustus Caesar" الذي لم يكن يستطيع أن يتحمل أن يجلس في الظلام . (ماركس، ص، ص61).

منذ ذلك الوقت كانت حالات الخواف توصف في التاريخ والأدب بشكل متزايد . فكان "جيمس الأول" ملك إنجلترا يرهب رؤية السيف المجرد من غمده الى درجة أن أحد الشهود المعاصرين قال : " اليزابيث كانت الملك ، وجيمس كان الملكة". وملك آخر هو " جرمانيكوس ، لم يكن يحتمل رؤية أو سماع الديوك. وعندما انتشر مرض الزهري في أوروبا ، أصبح خواف هذا المرض أيضا مرضا معروفا. وهناك حالات خواف أخرى لدى بعض الشخصيات التاريخية ، نذكر منها خواف "هنري الثالث ملك فرنسا ودوك شونبرج من القبط ، وكان جنرال روسي مشهور يخاف من المرايا بحيث كانت الامبراطورة كاترين تحرص دائما على مقابله في حجرة لا توجد فيها أي مرآة. و حتى "سيجموند فرويد" كانت لديه أعراض القلق ، و من بينها الخوف من السفر ، و كان ذلك لعدة سنوات خلال الثلاثينيات من عمره. (ماركس، ص، ص62).

قد استخدمت كلمة فوبيا لأنواع المخاوف الخاصة وغير العاقلة . وتنشأ في البيئة ، انها ترتبط بذكريات مكبوتة في العقل الباطن ، ترتبط بأشياء أو مواقف وهي دون شك أفكار لم يتكيف أو يتأقلم معها الانسان . فالذي يعاني من فوبيا الأماكن المغلقة يخاف من الممرات الضيقة ، والأنفاق ، والغرفة المغلقة الى غير ذلك . والذي يعاني من فوبيا الأماكن المتسعة يخاف من الطرق العامة ، والأراضي المتسعة والبحار . (حبيب، 1989، ص، 19).

ترتبط المخاوف القهرية دائما بالأفكار أو الصور ، والاندفاعات والطقوس الحركية ، فتكون المخاوف وسيلة للهروب من الموقف القهري الذي تسببه الأعراض الأخرى ، فالخوف من الجوامع أو الكنائس أو الجنازات أو المطابخ هو ثانوي لاندفاعات خاصة بتلك الأماكن ، وكذلك الصورة القهرية للجثة المتعفنة جعلت الشخص يخاف من الجلوس بمفرده وهكذا. (عكاشة ، ص، 173).

والرهاب يعني أيضا الإحساس بالخوف الشديد من مواقف ، أو أماكن معينة لا تسبب الخوف في الأحوال العادية . وهذا الخوف يكون من الشدة بحيث يدفع الانسان الى الابتعاد وتجنب مثل هذه الأماكن حتى لا يشعر بقلق أو خوف شديد .

وهكذا يدخل الانسان في دائرة مغلقة ، والخوف يسبب له الابتعاد والتجنب وتوقع حدوث هذه المخاوف فيزداد ابتعاده وتجنبه لها. (الميلادي، 2014، ص، 248).

في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي 1993: نجد تفرقة ما بين مصطلحي خوف Fear وفوبيا Phobia .

حيث يشير المصطلح الأول الى اعتبار انّ الخوف ليس مرضا (خاصة اذا كانت أسبابه خارجية) بل يعدّ ذلك ارهاصا بإمكانه تمهيدا لاندلاع المرض .

بينما يشير مصطلح فوبيا الى خوف شديد مرضي من موضوع أو موقف لا يستثير عادة الخوف لدى عامة الناس وأسوياءهم ومن هنا اكتسب طابعه المرضي كالخوف من الأماكن المفتوحة والذي يبدو من خوف المريض من البقاء في الأماكن المفتوحة ، فاذا دخل غرفة أو منزلا لا يستريح الا اذا أغلق الباب ، وظلّ قلقا حتى تغلق جميع النوافذ وهكذا. (غانم، 2006، ص، 55).

في الطب النفسي : حيث نستطيع تعريف استجابة الخوف كالاتي :

- انها استجابة غير متناسبة مع الموقف .
- لا يمكن تفسيرها منطقيًا .
- لا يستطيع الفرد التحكم فيها اراديا .
- تؤدي الى الهروب وتجنب المواقف المختلفة. (غانم، 2006، ص، 56).

.III أنواع الفوبيا :

تنقسم الفوبيا الى فئات متنوّعة حسب مستوى التعقيد في النظام. وأكثر نظام شيوعا في التصنيف مأخوذ مما هو مختصر ب Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,Fourth Edition .

بناء على هذا النظام ، فان الفوبيا تنقسم الى ثلاثة :

- فوبيا محدّدة Specific Phobias
- فوبيا اجتماعيّة Social phobias
- فوبيا الأماكن المفتوحة Agoraphobias (مفتاح، 2015، ص، 23)

هناك قائمة طويلة أمكن تصنيفها تضم ثلاثمائة نوع أو يزيد من حالات الفوبيا ، ولكي تتصوّر مشكلة الفوبيا قبل أن نلقي الضوء على بعض أشكالها ، لنا أن نتصوّر أنّ الولايات المتّحدة وحدها بها ما يقرب من 22 مليون شخص يعانون من الفوبيا بمعدّل واحد من كل عشرة أشخاص ، وفي بريطانيا يصل العدد الى أربعة ملايين شخص ، وهناك الكثير من الناس يعانون من الفوبيا لكنهم لا يفكّرون في طلب العلاج.(الشريبي، 2016، ص، 38).

1. الفوبيا المحدّدة :

وهو رهاب يقتصر على مواقف شديدة التحديد مثل الاقتراب من حيوان ، الأماكن المرتفعة ، الرعد، الظلام التبوّل أو التبرّز في المراحيض عامّة.... الخ. وبالرغم من أن الموقف المثير محدّد إلا أنّ التعرّض له يثير رعبا كما هو الحال في حالات رهاب الخلاء أو الرهاب الاجتماعي.(غانم، 2006، ص، 59).

ومن بين أشهر أنواع الرهاب : رهاب الأماكن المغلقة Claustrophobia ورهاب الأماكن المرتفعة Acrophobia . ويصف الجدول رقم (1) الأسماء المتاحة لأكثر أنواع الرهاب شيوعا. بالرغم من هذه المجموعة من حالات الرهاب المحتملة فان ظهور حالات الرهاب المحدّد في الواقع عادة ما يرتبط بعدد محدود من الأشياء والمواقف التي نخافها. (Kring وآخرون، 2016، ص، 349).

الجدول رقم (1) أسماء أنواع الرهابات الشائعة

الرهاب	الخوف
Neophobia	الخوف من الأشياء الجديدة
Bibliophobia	الخوف من الكتب
Pedophobia	الخوف من الأطفال
Anglophobia	الخوف من نطق الانجليزية
Chorophobia	الخوف من الرقص
Musophobia	الخوف من الفئران
Arachibutyrophobia	الخوف من زبدة الفول السوداني
Technophobia	الخوف من التكنولوجيا

وقد حدّد الدليل التشخيصي والاحصائي رهاباً محدّداً طبقاً لمصدر الخوف كما هو موضّح في الجدول رقم (2). إن الفرد الذي يعاني نوعاً ما من الرهاب المحدّد يزيد احتمال إصابته بنوع آخر أيضاً ، أي أن حالات الرهاب المحدّد تصاحب بعضها البعض بدرجة كبيرة . (Kring وآخرون ، 2016، ص، 349).

الجدول رقم (2) أنواع الرهاب المحدّد

نوع الرهاب	مصدر الخوف	الخصائص المصاحبة
رهاب الحيوانات Animal	الحيوانات مثل الثعابين والحشرات.	يبدأ عامّة خلال مرحلة الطفولة
رهاب البيئة الطبيعيّة Natural Environment	مظاهر البيئة الطبيعيّة مثل العواصف والمرتفعات والمياه	يبدأ عامّة خلال مرحلة الطفولة
رهاب الدماء، والحقن والاصابة Blood, Injections, Injury	الدماء، الإصابة، الحقن، أو غيرها من الإجراءات الطبيّة أي التي تتضمّن اختراق الجسد.	من الواضح أنّه يُورث في العائلات
رهاب المواقف Situational	المواقف المحدّدة مثل وسائل النقل العام، والانفاق، والجسور، والمصاعد، والطيران، وقيادة السيارات، والأماكن المغلقة.	عادة ما يبدأ في مرحلة الطفولة أو في منتصف العشرينات
غير ذلك	الخوف من الاختناق، الخوف من الإصابة بمرض ما... الخ، مخاوف الأطفال من الأصوات العالية ، والمهرّجين... الخ.	-----

2. الرهاب الاجتماعي :

هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة من الآخرين ممّا يؤدي الى تجنّب المواقف الاجتماعية، وعادة ما يصاحب المخاوف الاجتماعية العامة تقييم ذاتي منخفض وخوف من النقد. وقد يظهر على شكل شكوى من احتقان الوجه أو رعشة باليد أو غثيان أو رغبة شديدة في التبول ويكون المريض مقتنعا أن واحدة من هذه المظاهر الثانوية هي مشكلته الأساسية وقد تتطور الاعراض الى نوبات هلع. (غانم، 2006، ص، 58).

3. رهاب الأماكن المفتوحة :

يعرف رهاب الأماكن المفتوحة أصلها الكلمة اليونانية Agora بمعنى السوق Marketplace بأنه القلق من الأماكن التي تسبب الحرج أو صعوبة الهروب اذا حدثت أعراض القلق. وعادة ما تكون المواقف مخيفة عندما تكون أماكن فيها حشود ومزدحمة مثل محلات البقالة، المراكز التجارية، الكنائس. وفي بعض الأحيان تكون هذه المواقف صعب الهروب منها مثل القطارات، الجسور، رحلات طويلة المسافات. الكثير من مرضى رهاب الأماكن المفتوحة يعجزون عن ترك منزلهم، والقليل منهم يستطيع لكن مع المعاناة من المشقة الشديدة. (Kring وآخرون، 2016، ص، 355، 356).

IV. أسباب الفوبيا:

ظهر من خلال دراسات المحللين النفسيين أن شخصية الفرد المصاب بالخوف تحمل في بذورها عناصر العصاب، فهي شخصية خجولة، خائفة، تشعر بالعجز أمام مواقف معينة وهي شخصية لا تواجه وبهاجة دائمة للحماية، فان اصطدمت هذه بحادثة أو تجربة نفسية قاسية قد تتعزز ميول الخوف لديها وتتحوّل الى خوف مرضي. قد ينشأ الخوف المرضي أيضا من تجربة طفولية تتعزز وترسخ وتبقى في الشخصية كالطفل الذي يخاف من قطة بيضاء أدته في طفولته، قد يخاف حينما يكبر من القطط أو قد يزعجه اللون الأبيض الذي انطبع في ذاكرته. (صندقلي، 2016، ص، 110).

❖ التفسيرات الفسيولوجية :

أجريت العديد من الدراسات بهدف الوقوف على أي أسباب وراثية أو عوامل جينية تكمن خلف امكانية الإصابة بهذا الاضطراب. وأجريت دراسات عديدة على التوائم ووجدت أن العوامل الوراثية تبدو ذات أثر في نقل اضطرابات الحصر وخاصة الاضطرابات التي تتضمن نوبات الفزع وما يرافقها من أعراض أخرى أهمها التجنب. دراسات أجريت بهدف معرفة نسب تأثير وتأثر العوامل الجينية في احداث اضطرابات الحصر العام، الا أن النتائج هنا قد تضاربت وتباينت. ودراسات أخرى قامت على أساس معرفة نسبة الإصابة بالاضطرابات النفسية في أسر محددة، وتبين أن أسباب بعض صور المخاوف والاكتئاب قد تكون مرتبطة، أو أنّ أسر معينة (يشيع) فيها الإصابة بالاضطراب بدليل وجود العديد من التاريخ المرضي لأقارب من الدرجة الأولى للمرضى الذين لديهم معدلات متزايدة من الاكتئاب واضطرابات الهلع والقلق أو ادمان الكحول الى حد ملحوظ بالمقارنة بأقارب الأسوياء وأقارب مرضى الاكتئاب بدون حصر. (غانم، 2006، ص، 62).

❖ التفسيرات النفسية :

نجد أنّ مدرسة التحليل النفسي ترجع الإصابة بالخوف الشاذ الى الرغبات الجنسية تجاه الوالد من الجنس المضاد لجنس الطفل أو الخوف من الخضاء عند الذكر. ومن التفسير التحليلية أيضا أنّ خوف المريض من الجرائم أو الحشرات مثلا ليس الا تعبيراً رمزياً عن مخاوف أخرى داخلية أو دفينية. (العيسوي، 1992، ص، 157، 158).

وعلى ذلك فالخوف الشاذ هو خوف مزاح أو منقول من موضوعه الأصلي الى المثير الظاهري كالجراثيم أو الحشرات أو الرعد أو البرق، ويكمن ورائها مخاوف حقيقية هي الأفكار والآراء والدوافع والرغبات ونزعات العدوان أو الرغبات الجنسية الغير المقبولة اجتماعيًا وخلقياً. فالماء أو النار ليست إلا رمز الخوف من شيء آخر مجهول ومن هنا كانت الصعوبات التي تجابه العلاج. (العيسوي، 1992، ص، 158).

والخوف المرضي هو عزل القلق الناشئ عن فكرة أو موضوع أو موقف معين مرّ به خلال حياته اليومية وتحويله الى فكرة أو موضوع أو موقف رمزي ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأصلي الذي غالباً ما يجهله المريض. (الزراد، 2005، ص، 47).

ولعلّ أشهر الحالات التي عالجها "فرويد" هي حالة الطفل "هانز الصغير"، وكيف أنّه كان يخاف من الحصان (مما أدى الى تجنبه الخروج الى الشارع)، وقد كشف فرويد أن الحصان ما هو إلا بديل للأب. ولا شك أنّ ذلك كما يقول "أيدلبرج" قد حقّق الفوائد الآتية :

⇐ إزاحة رغباته الى الحصان فقد نجح هانز الصغير في أن يتخلّص من الشعور بالخوف من التواجد في المنزل.

⇐ أن الخوف من الحصان انما يرجع الى كراهية من الأب منشأها طرد الأب لهانز من الفراش.
⇐ العجز عن تدمير الأب والنوم مع أمّه، والعجز عن التخلّي عن هذه الرغبات وكان على هانز أن يكتبها.

⇐ نتيجة لهذا الكبت فان المحفزات الممنوعة بقيت نشيطة في اللاشعور حيث تظل تحت السيطرة بواسطة الخوف وبالإسقاط حيث تغيّرت من : اني أكره أبي الى : أبي يكرهني.

⇐ أنّ كل ما سبق قد نجح في أن يجعل الطفل الصغير هانز يتعايش مع الأب. (غانم، 2006، ص، 63).

وترى المدرسة السلوكية أنّ الخوف كغيره من الأمراض النفسية، يحدث نتيجة عملية تعلّم، ان كان تعلّمًا خاطئًا، ناتجا عن الارتباط الشرطي بين المثير المخيف والاستجابة بعد عملية الاشتراط اذا أمكن اكساب الكثير من الأطفال الشعور بالخوف من فأر أبيض كان لا يثير الخوف فيهم، ولكن بعد ارتباطه بسماع أصوات ضوضاء عالية أصبح هذا الفأر مثيرا لخوف شرطي في الطفل. وقد يؤدّي التقليد الى الشعور بالخوف الشاذ وقد تسهم أجهزة الاعلام والاتصال الجماهيرية في انتشار المخاوف الشاذة وتؤثر هذه الأخيرة تأثيرا كبيرا على سلوك الفرد وعلى شخصيته. (العيسوي، 1992، ص، 158).

ويهتم العلاج النفسي السلوكي بإزالة أو محو التعلّم الخاطئ الذي نتج عنه الإصابة بالخوف الشاذ، ولكنه يقتصر على مهاجمة الأعراض وحدها دون أن يتعمق ويعالج أصل الداء أو علّة المرض، أمّا التحليل النفسي فإنه يستهدف سبر أغوار النفس والتعرّف على الدوافع الشعوريّة أو اللاشعوريّة التي أدت الى الإصابة ويستهدف ازالتها وتحرير الفرد ممّا يعانیه من قلق وصراعات. (العيسوي،1992،ص،158).

لا يبدو أنّ هناك سببا محددا للرهاب، ولكن هناك عدّة عوامل قد تلعب دورا مهماً نذكر منها :

➤ حوادث أو صدمات معيّنة. على سبيل المثال، شخص يعاني الكثير الاضطرابات على متن الطائرة في سن مبكرة قد يصاب لاحقا برهاب الطيران.

➤ الاستجابات المتعلّمة، التي تم تعلّمها في وقت مبكر من الحياة. يمكن أن تعود لعوامل في البيئة الأسريّة، مثل الأباء القلقين أو القلقين للغاية، تؤثر على الطريقة التي تتعامل بها مع القلق في وقت لاحق من الحياة. قد تصاب بنفس الرهاب المحدد الذي يعاني منه أحد الوالدين أو الأخ الأكبر.

➤ علم الوراثة تشير بعض أبحاثها الى أن بعض الأشخاص أكثر عرضة للإصابة بالفوبيا من غيرهم.

➤ استجابات الذعر أو الخوف. اذا كان لديك رد فعل قوي (أو نوبة فزع) ردًا على موقف أو شيء معيّن، ووجدت هذا مخرجا أو أن الأشخاص من حولك يتفاعلون بقوة، فقد يتسبب ذلك في زيادة القلق الشديد بشأن الوقوع في هذا الموقف مرّة أخرى.

➤ الاجهاد طويل الأمد يمكن أن يسبب مشاعر القلق والاكتئاب، ويقلل من قدرتك على التكيف في مواقف معيّنة. هذا يمكن أن يجعلك تشعر بالخوف أو بالخوف أكثر من التواجد في تلك المواقف مرّة أخرى، وعلى مدى فترة طويلة، يمكن أن يؤدي الى تطوّر الرهاب.(Mind,2017:10).

V. أعراض الفوبيا (الخوف)

مريض الفوبيا يعاني من خوف شديد وغير مبرر، غالبا من شيء معين أو موقف معين، وهذا الخوف يظهر في شكل أعراض خوف وقلق وتجنب وتوتر مع ضيق في التنفس وخفقان وسرعة ضربات القلب وقد تصاحبه الرعشة والعرق والإحساس بالدوار، وقد تسبق هذه الأعراض التعرض لسبب الفوبيا اذا عرف الانسان أنه سوف يتعرض له قد تبدأ هذه الأعراض في الحدوث قبل التعرض للمسبب بسبب التفكير في التعرض للمثير.

وقد تظهر الفوبيا فجأة بدون سابق انذار وبصورة حادة من اليوم الأول، قد تتطور بالتدريج وتزداد شدتها قبل أن تبدأ بالتأثير على حياة الانسان المصاب وتسبب له المشاكل، ولكنها أحيانا أخرى تظهر بعد واقعه مع الشيء المسبب للفوبيا.(الصيخان،2010،ص،88).

وتتضمن أعراض الرهاب أعراضا نفسية وأعراضا فيزيولوجية وهي كالتالي :

➤ الأعراض النفسية :

- خوف من الاغماء
- الخوف من فقدان السيطرة
- خوف من الموت
- الشعور بالانفصال عن الواقع

➤ الأعراض الفيزيولوجية :

- الشعور بعدم الاستقرار أو الدوار أو الاغماء
- الشعور بالاختناق
- تسارع معدل ضربات القلب
- ألم وضيق في الصدر
- تعرّق
- لهبات ساخنة أو باردة
- ضيق في التنفس
- غثيان وقيء أو اسهال
- الإحساس بالخدر أو الوخز
- ارتجاف (Mind,2021 :8,9).

تعريف فوبيا الأماكن المغلقة

.VI

لا يخاف الأشخاص الذين يعانون من الخوف من الأماكن المغلقة من الأماكن المغلقة في حد ذاتها، بل يخافون مما يمكن أن يحدث في الأماكن المغلقة. نظرًا لأنه يتم التعرف على رهاب الخلاء بشكل متزايد على أنه الخوف مما قد يتكشف في مكان عام ، مثل التعرض لنوبة هلع ، يمكن أيضًا اعتبار رهاب الأماكن المغلقة بهذه الطريقة - شعور ذاتي بكونك محاصر في روايات معظم الأشخاص الذين يعانون من الخوف من الأماكن المغلقة. تستلزم معظم الأماكن المغلقة مستوى معينًا من الفخ إلى جانب تقييد الحركة. من المؤكد أن الحيوانات والناس معرضون للخطر "في الأماكن الضيقة" ؛ يتم تحفيز العصاب التجريبي بسهولة عندما يوضع حيوان في بيئة محصورة.

الخوف من الاختناق يثير قلق الأشخاص الذين يعانون من هذه الفوبيا. يتم تفسير هذا المكون المكثف والمتوقع بشكل غير عادي من رهاب الأماكن المغلقة على أنه تهديد خطير من قبل الأشخاص الذين يعانون من الخوف من الأماكن المغلقة. يعاني العديد من الأشخاص الذين يعانون من رهاب الأماكن المغلقة من الخوف من الاختناق عندما يكونون في مكان مغلق يرتبط ارتباطًا وثيقًا بالإحساس بضيق التنفس. (Vadakkan, (Siddiqui,2023, www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542327).

الخوف من الأماكن المغلقة هو الخوف من الأماكن المغلقة وتجنبها. يتم تعريفه على أنه خوف واضح ومستمر ومفرط أو غير معقول يتم ملاحظته من خلال التواجد أو توقع الوجود في مكان مغلق. بالنسبة للشخص المصاب برهاب الأماكن المغلقة ، فإن الشعور بالحصر أو التواجد في مكان مغلق يجب أن يثير الخوف والانزعاج إذا كان الرهاب خفيفًا ، أو نوبات القلق والذعر إذا كان الرهاب أكثر حدة. عادة ما يتجنب المريض المواقف المخيفة من الخوف من الأماكن المغلقة ، أو يتحملها بقلق شديد وعدم الراحة والرغبة في الهروب. يؤهله هذا إلى الرهاب ، يجب أن تتداخل شدة التجنب أو القلق أو التوقع بشكل كبير في حياة الشخص ، ويجب أن تكون الأعراض موجودة لمدة ستة أشهر متتالية على الأقل. لا يجب تفسير القلق أو نوبات الهلع أو التجنب بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر مثل على سبيل المثال ، رهاب الخلاء أو اضطراب ما بعد الصدمة. المواقف النموذجية التي تثير مخاوف الخوف من الأماكن المغلقة هي الغرف الصغيرة ، والغرف المغلقة ، والخزائن ، والأنفاق ، والمصاعد ، وقطارات مترو الأنفاق ، والطائرات والتصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي أو التصوير المقطعي المحوسب ، وما إلى ذلك. يمكن أن تتضمن المواقف المخيفة أيضًا انطباعًا ذاتيًا عن الوقوع في شرك ، كما هو الحال في حالات التقييد الجسدي أو في مكان مزدحم. (Wiederhold,Bouchard,2014 , www.researchgate.net/).

خوف الأماكن المغلقة الذي يوجد عادة عند كثير من الأشخاص المصابين بخوف الأماكن المفتوحة أو المزدحمة، ولكّنه يحدث أيضا كخوف مستقل. ويخاف المصابون بخوف الأماكن المغلقة من أن يحبسوا في أماكن مغلقة مثل الأنفاق أو المصاعد. وكما قال أحد المصابين بهذا الخوف: "إذا توقفت المصعد فإنني أشعر بفزع سريع جدًا، وأبدأ في الدق على جوانب المصعد". من سوء حظ أحد المصابين بهذا الخوف أنّه كان يعمل خبيراً في الأسقف، وكان عليه أن ينهي عملاً على سقف برج مكتب البريد بلندن الذي يبلغ ارتفاعه ستمائة قدم. كان هذا الشخص يفضل الصعود على قمة المبنى مرتين في اليوم على الدرج، على أن يصعد باستخدام المصعد. (ماركس، ص، 185).

ان الخوف من الأماكن المغلقة يشبه الخوف من الأماكن المفتوحة أو الواسعة، لكن باختيارات أقل في استعمال الاجتنابات، زيادة على كون الخوف من الأماكن المغلقة معرقلاً نظراً لكثرة الأماكن المغلقة في يومياتنا (المصعد، الطائرة، الغرف الصغيرة كحجرة الهاتف العمومي، والممر السفلي... الخ). وكذلك يمكن لهذا الاضطراب أن يكون معرقلاً في حالات الفحوص الطبية التي تعتمد على الصور والأشعة. عرّف Koupernik وآخرون 1977 الخوف من الأماكن المغلقة على أنّه "خوف مشابه للخوفات الأخرى في كل النقاط، يصيب الأشخاص الذين يغلق عليهم في غرفة... فهم يطمئنون أنفسهم لمّا يكونون مصاحبين بأشخاص آخرين... يخافون مظهرياً من الموت. وكل من الغرفة والحافلة والمصعد يرمزون للقبر. حسب 1879 B.Ball أن يكون المفتاح في يد المصاب ليساعده رمزياً في الخروج من مل مكان مغلق أو وضعيّة صعبة مغلقة رمزياً. (ماكور، 2003، ص، 52).

قد تتناوب عند الانسان أعراض خوف من الأماكن المغلقة، حيث يشعر المريض بالخوف الشديد من الأماكن المغلقة، فلا يستطيع مثلاً ركوب المصعد الكهربائي أو الجلوس داخل حجرة مغلقة، ونتيجة لهذا الإحساس يشعر بالاختناق الشديد والرغبة في مغادرة أي مكان مغلق. (الميلادي، 2014، ص، 251).

VII. معايير تشخيص فوبيا الأماكن المغلقة حسب DSM-IV و DSM-V و ICD/10

1. معايير تشخيص فوبيا الأماكن المغلقة حسب الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع :

تندرج فوبيا الأماكن المغلقة ضمن الرهاب النوعي أو المحدد (Specific Phobia)

أ- خوف ملحوظ ومستديم وهو زائد وغير معقول، تكون إشارة البدء فيه وجود أو توقع موضوع أو موقف محدد (مثال: الطيران، المرتفعات، الحيوانات، أخذ حقنة، رؤية الدم).

ب- يحرّض التعرّض للمنبّه الرهابي دائما تقريبا (استجابة قلق مباشرة، والتي قد تتخذ شكل هجمة هلع مرتبطة بالموقف أو يُهيئ لها الموقف).

ملاحظة: قد يعبر عن القلق عند الأطفال عن طريق البكاء أو صورة غضب أو التجمّد أو التعلّق والتشبث.

ت- يدرك الشخص أن ذلك الخوف مبالغ فيه أو غير معقول. ملاحظة: قد يكون هذا المظهر غالبا عند الأطفال.

ث- يجري تجنّب الموقف أو بخلاف ذلك قد يجري تحمّله مع قلق شديد أو ضائقة.

ج- يتدخّل التجنّب أو التوقّع القلبي أو الضائقة من المواقف المخيفة بشكل بارز في الأنشطة أو العلاقات الاعتيادية الطبيعية من مهنية أو أكاديمية أو اجتماعية للشخص، أو يكون هناك ضائقة واضحة من حصول الرهاب.

ح- عند الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 18 سنة، تكون المدّة 6 أشهر على الأقل.

خ- لا يعلّل القلق أو هجمات الهلع أو التجنّب الرهابي المرافقة لموضوع أو موقف نوعيين، باضطراب عقلي آخر، كاضطراب الوسواس القهري (مثل الخوف من القذارة عند شخص لديه وسواس حول التلوّث) أو اضطراب الكرب ما بعد الصدمة (مثل تجنّب المثيرات المصاحبة لعامل مكرب شديد) أو اضطراب قلق الانفصال (مثل تجنّب المدرسة)، أو الرهاب الاجتماعي (مثل تجنّب المواقف الاجتماعية بسبب الخوف من الاحراج)، أو اضطراب الرهاب مع رهاب الساح، أو رهاب الساح بدون قصّة اضطراب هلع. (حسون، 2004، ص، 139).

تحديد النمط:

← **النمط الحيواني :** اذا كانت إشارة البدء للخوف حيوانات أو حشرات. هذا النمط الفرعي يبدأ في الطفولة بصورة عامّة.

← **نمط البيئة الطبيعيّة:** اذا كانت إشارة البدء للخوف أشياء في البيئة الطبيعيّة كالعواصف أو المرتفعات أو الماء. وهذا النمط الفرعي يبدأ بصورة عامّة في الطفولة.

← **نمط الدم، الحقن. الأذية:** اذا كانت إشارة البدء للخوف رؤية الدم أو أذية ما أو بتلقّي حقنة أو اجراء طبيّ غازي آخر. هذا النمط الفرعي مألوف بشكل كبير وغالبا ما يصنّف باستجابة وعائيّة مبهمّة شديدة.

← **النمط الظرفي أو الموقفي Situational Type :** اذا كانت إشارة البدء للخوف موقفا نوعيًا كالنقل الجماعي أو الأنفاق أو الجسور أو المصاعد أو الطيران أو السياقة أو الأماكن المغلقة. لهذا النمط الفرعي توزع ثنائي الكيفيّة من حيث سن البدء، حيث أنّ الدورة الأولى في الطفولة أمّا الأخرى ففي منتصف العشرينيات. ويبدو أنّ هذا النمط الفرعي يشابه اضطراب الهلع مع رهاب الساح من حيث النسب بين الجنسين ونمط التجمّع العائلي والعمر عند البدء.

← **نمط آخر:** اذا كانت إشارة البدء للخوف مثيرات أخرى. قد تتضمن هذه المثيرات الخوف من الغصص أو الاقياء أو الإصابة بمرض أو رهاب الفراغ (أي خوف الشخص من السقوط اذا ابتعد عن الجدران أو وسائل أخرى من الدعم المادّي). وخوف الأطفال من الأصوات المرتفعة أو الشخصيّة التي ترتدي زيّا معيّنًا. (حسون، 2004، ص، 140).

2. معايير تشخيص فوبيا الأماكن المغلقة حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس :

أ- خوف ملحوظ أو قلق حول شيء أو موقف محدد (مثلاً: الطيران، المرتفعات، الحيوانات، أخذ حقنة رؤية الدم).

ملاحظة: عند الأطفال، الخوف أو القلق قد يعبر عنه بالبكاء، نوب الغضب، والتجمد أو التثبيث.

ب- يحرض دائماً التعرض للشيء أو الموقف الرهابي خوفاً أو قلقاً مباشراً.

ت- يجري تجنب فعال للشيء أو الموقف الرهابي أو بخلاف ذلك قد يجري تحمله مع قلق أو خوف شديد.

ث- الخوف أو القلق لا يقارن بالخطر الفعلي الذي يمثله الشيء أو الموقف الرهابي. وللسياق الثقافي والاجتماعي.

ج- يكون الخوف، القلق، التجنب مستمرًا ويدوم بشكل نموذجي لسنة أشهر أو أكثر.

ح- يسبب الخوف، القلق، التجنب احباطاً سريريًا مهمًا أو انخفاضاً في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

خ- لا يفسر الاختلال بشكل أفضل بأعراض مرض عقلي آخر متضمنًا الخوف، القلق، التجنب لمواقف مترافقة مع أعراض شبيهة بالهلع أو الأعراض المقعدة الأخرى (كما في رهاب الساح)، أشياء أو مواقف متعلقة بالوساوس (كما في اضطراب الوسواس القهري)، ما يذكر بالحوادث الصادمة (كما في اضطراب الكرب ما بعد الصدمة) الانفصال عن المنزل أو عن الشخص متعلق به (كما في اضطراب الانفصال) أو المواقف الاجتماعية (كما في اضطراب القلق الاجتماعي). (الحمادي، ص، 92).

حُدّد إذا كان :

يعتمد الرمز على المحفّز الرهابي :

- (F40.218) الحيوان (مثل العناكب، الحشرات والكلاب).
- (F40.228) البيئة الطبيعيّة (مثلا: المرتفعات، و العواصف، و المياه).
- (F40.23X) الدم، الحقن، الإصابة (مثلا: الابر، و الإجراءات الطبيّة الغازية).
- (F40.248) ظرفي (مثل الطائرات و المصاعد و الأماكن المغلقة).
- (F40.298) أخرى (مثلا: الحالات التي قد تؤدي الى الاختناق أو القيئ عند الأطفال، مثلا: الأصوات العالية أو الشخصيّات ذات الأزياء المميّزة. (الحمادي،ص،ص92،93).

3- معايير تشخيص فوبيا الأماكن المغلقة حسب المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD/10:

تندرج هنا أيضا تحت الرهابات النوعية أو المحدّدة ومن أجل التوصل الى تشخيص مؤكّد يجب أن تستوفي كل الشروط التالية:

- أ- يجب أن تكون الأعراض سواء النفسيّة أو المتعلّقة بالجهاز العصبي المستقل (الأوتونومي) مظاهر أوليّة للقلق وليست ثانويّة لأعراض أخرى كالوهامات (الضلالات) أو الأفكار الوسواسيّة.
 - ب- يجب أن يقتصر القلق على وجود الشيء أو الموقف الرهابي المعين.
 - ت- يجب أن يتم تجنّب الموقف الرهابي كلّما كان ذلك ممكنا.
- يشمل :

1- رهاب المرتفعات

2- رهاب الحيوان

3- رهاب الانغلاق

4- رهاب الامتحانات

5- الرهاب البسيط (منظمة الصحة العالميّة، 1999، ص، 148).

.VIII التشخيص الفارقي لاضطراب فوبيا الأماكن المغلقة ضمن الرهاب المحدد حسب DSM-V**رهاب الخلاء:**

قد يشبه الرهاب المحدد، رهاب الخلاء في العرض السريري، بالنظر إلى المواقف المتداخلة التي هي موضوع الخوف (مثل الطيران ، الأماكن المغلقة ، المصاعد). إذا كان الشخص خائفاً من حالة واحدة متعلقة برهاب الخلاء ، فيمكن تشخيص رهاب محدد من النوع الموقفي. إذا كان الشخص خائفاً من حالتين أو أكثر من حالات الخوف من الأماكن المفتوحة ، فمن المحتمل أن يكون تشخيص رهاب الخلاء أكثر ضماناً.

على سبيل المثال ، الشخص الذي يخاف من الطائرات ويخاف من المصاعد (كلاهما جزء من حالة الخوف من الأماكن المفتوحة "استخدام وسائل النقل العام") ولكنه لا يخاف من مواقف أخرى بسبب الخوف من الأماكن المفتوحة يمكن تشخيصه بالرهاب المحدد، في حين أن الشخص الذي يخاف من الطائرات والمصاعد والحشود (التي هي جزء من موقفين خوف من الأماكن المفتوحة ، "استخدام وسائل النقل العام" قد يتم تشخيصه برهاب الخلاء.

المعيار ب لرهاب الخلاء (يُخشى المواقف ويتم تجنبها بسبب الأفكار التي "قد يكون من الصعب الهروب أو العثور على مساعدة إذا كانت أعراض الهلع أو غيرها من الإعاقات أو الإحراج") قد تكون مفيدة أيضاً في التمييز بين رهاب الخلاء من الرهاب المحدد. في حالة الخوف من المواقف لأسباب أخرى ، مثل الخوف من التعرض للأذى المباشر من الجسم أو الموقف (مثل الخوف من تحطم الطائرة ، أو الخوف عضه حيوان) قد يكون تشخيص رهاب محدد أكثر ملاءمة.

القلق الاجتماعي:

إذا كان الخوف من المواقف خوفاً من التقييم السلبي ، فيجب إجراء تشخيص للقلق الاجتماعي بدلاً من تشخيص الرهاب المحدد.

قلق الانفصال:

إذا كان الخوف من المواقف خوفاً من الانفصال عن طرف ثالث مسؤول أو عن المحيط الاسري ، فيجب إجراء تشخيص قلق الانفصال بدلاً من رهاب معين. (APA,2012-2013 :152).

اضطراب الهلع:

قد يعاني الأشخاص المصابون بفوبيا معينة من نوبة هلع عند مواجهة الشيء أو الموقف الذي يخشونه. يتم تشخيص الرهاب المحدد إذا ظهرت نوبات الهلع فقط استجابة لشيء أو موقف معين ، بينما يتم تشخيص اضطراب الهلع إذا كان الشخص يعاني أيضاً من نوبات هلع بطريقة معينة.

اضطراب الوسواس القهري:

إذا كان الخوف أو القلق الأساسي للموضوع يتعلق بشيء أو موقف هوسي (مثل الخوف من الأفكار المؤلمة حول التلوث بمسببات الأمراض المنقولة بالدم [أي فيروس نقص المناعة البشرية]... الخ) وإذا تم استيفاء معايير التشخيص الأخرى لاضطراب الوسواس القهري ، فيجب إجراء التشخيص الأخير.

الاضطرابات المتعلقة بالصدمات أو الضغوطات:

إذا تطور الرهاب نتيجة لحدث مؤلم ، فيجب النظر في تشخيص الاضطراب. إجهاد ما بعد الصدمة. ومع ذلك ، قد تسبق الأحداث المؤلمة ظهور اضطراب ما بعد الصدمة والرهاب المحدد. في هذه الحالة ، يتم تشخيص الرهاب المحدد فقط إذا لم يتم استيفاء جميع معايير اضطراب ما بعد الصدمة.

اضطرابات الاكل:

لا يتم تشخيص الرهاب المحدد إذا كان سلوك التجنب يقتصر حصرياً على تجنب الأطعمة والأطعمة ذات الصلة ، مما يؤدي إلى تشخيص فقدان الشهية العصبي أو الشره المرضي.

اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى:

عندما يكون الخوف والتجنب بسبب الأوهام (كما في الفصام أو اضطراب طيف فصامي آخر أو اضطراب ذهاني آخر) ، لا يوجد ما يبرر تشخيص الرهاب المحدد (252,253: APA,2012-2013).

خلاصة :

نستنتج ممّا ورد أنّ اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة موضوع يستحقّ القاء الضوء عليه والبحث فيه أكثر لما يسبّبه من معاناة وعرقلة في الحياة اليوميّة للأشخاص، فيوجد العديد من المصابين به يحتاجون الى التخلّص من أعراضه المؤلمة، والسعي للوصول الى صحة نفسيّة سويّة كي يمارسوا نشاطاتهم بكلّ حرّيّة.

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث

الدراسة الاستطلاعية

تمهيد

- 1- منهج الدراسة
- 2- مكان الدراسة الاستطلاعية
- 3- مدة الدراسة
- 4- عينة الدراسة
- 5- أدوات الدراسة
- 6- التقنيات العلاجية المستعملة
- 7- ملخص المقابلات مع الحالات الأربعة
- 8- الخطة العلاجية المتبعة
- 9- ملخص المقابلات والجلسات العلاجية مع الحالة
- 10- صعوبات الدراسة الاستطلاعية

تمهيد

تتطرق الباحثة في الفصل الثالث الى الدراسة الاستطلاعية، والتي هي عنصر أساسي ومهم جدًا. وكان الهدف منها تجاوز العقبات التي من المحتمل أن يتم مواجهتها في الدراسة الأساسية، وستعرفنا الباحثة على ميدان الدراسة ومدتها وكل ما سيبسّر الوصول الى الدراسة الأساسية والعمل عليها.

I. منهج الدراسة:

من المعروف أن تقدّم العلم مقترن بتقدّم المناهج، وهنا يقول "ديكارت" لا نستطيع أن نفكر في بحث حقيقة ما، إذا كنّا سنبحثها بدون منهج لأنّ الدراسات والأبحاث بدون منهج تمنع العقل من الوصول الى حقيقة. والمنهج مجموعة من القواعد والإجراءات والأساليب التي تجعل العقل يصل الى معرفة حقيقة بجميع الأشياء التي يستطيع الوصول اليها بدون أن يبذل مجهودات غير نافعة. والمنهج هو الأداة وهو الوسيلة التي تعتمد وترتكز عليها المجتمعات في تحقيق أهدافها ومكانها داخل وخارج المؤسسات التربوية التعليمية. (إبراهيم، 2000، ص، ص، 60، 61).

يختلف استخدام مناهج البحث العلمي حسب اختلاف طبيعة الظاهرة المراد دراستها، حيث أنّ المنهج هو الطريقة التي يسلكها ويتبعها الباحث من أجل دراسة الظاهرة أو المشكلة موضوع الدراسة. وقد استخدمت الباحثة في دراستها: منهج العيادي والمنهج شبه تجريبي.

1.1- المنهج العيادي:

يعتبر المنهج العيادي منهج بحث، يساهم في توسيع معارفنا بصفة عامّة في علم النفس وبذلك منهج غير خاص فقط بالممارسين بجوار سرير المريض.

لقد عرّف "ويتمر" Wetmer المنهج العيادي بأنه " منهج البحث يقوم على استعمال نتائج فحص مرضى أو فحص لعدد من المرضى ودراستهم الواحد تلة الآخر، لأجل استخلاص مبادئ عامّة توحى بها ملاحظة كفاءاتهم وقصورهم".

يستخدم المنهج العيادي في إطار المساعدة النفسية، للإحاطة الشاملة بتفاصيل الحالة من منظور دينامي علائقي، وتاريخي. كما يستخدم هذا المنهج في البحث العلمي من أجل دراسة الظاهرة النفسية للوقوف على تفاصيلها بشكل دقيق، بهدف التعرف على القوانين التي تحكمها وتحركها. (شرادي، 2007، ص، 27).

يعتمد المنهج العيادي على دراسة الحالة التي يُعرّفها عبد الباسط محمد حسن 1982 منهج دراسة الحالة بأنه المنهج الذي يتّجه الى جمع البيانات العلمية المتعلقة بأية وحدة سواء كانت فردا أو منظمة أو نظام اجتماعي أو مجتمع محليّ أو مجتمع عام، وهو يقوم على أساس التعمق في دراسة مرحلة معيّنة من تاريخ الوحدة أو دراسة جميع المراحل التي مرّت بها. وذلك بقصد الوصول الى تعميمات علمية متعلّقة بالوحدة المدروسة غيرها من الوحدات المشابهة لها. (أبو النصر، 2017، ص، 143). دراسة الحالة ليست أداة من أدوات البحث وإنما هي منهج يقوم أساسا على دراسة الوحدات الاجتماعية بصفتها الكلية. (أبراش، 2009، ص، 162).

2.1- المنهج شبه تجريبي:

عندما يسعى الباحث لدراسة العلاقة بين متغيرين على ما هما عليه في الواقع دون تحكّم في المتغيرات فأنه يستخدم المنهج شبه تجريبي، فقد تكون الظواهر التي سعى الباحث لدراستها لا يمكن التحكم فيها أو لا يجوز أخلاقياً التدخّل باصطناعها. مثال: دراسة تأثير المواد المخدّرة على الأفراد. (النوايسة، 2015، ص، 55).

.II مكان الدراسة الاستطلاعية:

توجّهت الباحثة بتاريخ 18 جانفي 2023 الى جامعة محمد بن أحمد بوهران تحديدا عند طلبة كلية العلوم الاجتماعية بهدف تحديد الحالة المراد دراستها. وعند مقابلة الطلبة وجدت الباحثة أربع طالبات كان لهم الاستعداد التام لهذه للمشاركة في هذه الدراسة وهذا بعد أن صرحن أنّ لهنّ عدّة مخاوف يشكين منها من بينها خواف الأماكن المغلقة.

وفي يوم 22 جانفي 2023 قامت الباحثة بمقابلة الحالات الأربعة من أجل تحديد واختيار العينة المراد العمل معها. ومن خلال الملاحظة وتطبيق مقياس مسح المخاوف على الحالات الأربعة وظهور نتيجة المقياس تبين للباحثة أنّه هناك حالة واحدة كانت درجة مقياس المخاوف عندها مرتفعة مقارنة بالدرجة المخاوف المتوسطة التي تحصلت عليها باقي الحالات.

وفي تاريخ 31 جانفي 2023، توجّهت الباحثة الى عيادة نفسيّة (Mental Health) بوهران من أجل تقديم طلب تربّص في العيادة من أجل القيام بالجلسات العلاجية هناك، حيث لاقت الباحثة قبول من طرف صاحبة العيادة الأخصائية النفسانية السيدة "فضل الله" التي سخّرت عيادتها لتكون مكان اجراء التربّص مع الحالة المراد دراستها. كما قامت الباحثة بالتكوين في العلاج المعرفي السلوكي على يد الأستاذة السيدة فضل الله في عيادتها الخاصة

.III مدّة الدراسة:

امتدّت فترة الدراسة الحالية من 2 فبراير 2023 الى غاية 3 ماي 2023.

.IV عينة الدراسة:

تكوّنت عينة الدراسة الاستطلاعية من أربع طالبات من كلية العلوم الاجتماعية بجامعة محمد بن أحمد بوهران. وقد تم تطبيق اختبار قائمة مسح المخاوف عليهن من أجل التحقق من معاناتهن من اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة.

الجدول رقم (3) يوضح العينة كما يوضح الجدول رقم (4) نتائج مقياس قائمة مسح المخاوف على عينة الدراسة الاستطلاعية:

الجدول رقم (3) يبين عدد العينة في الدراسة الاستطلاعية

رقم	الاسم	السن
01	ب.م	23
02	س.ش	23
03	ص.ق	23
04	ت.ش	23

نلاحظ من خلال الجدول أن العينة من فئة الشباب، وهن طالبات كلية العلوم الاجتماعية وسيتم اختيار الحالة المطلوبة من بينهم.

الجدول رقم (4) يوضح نتائج اختبار مسح المخاوف على عينة الدراسة الاستطلاعية

الاسم	الدرجة المتحصل عليها	التصنيف	ملاحظة
ب.م	121 درجة	خوف متوسط	
س.ش	299 درجة	خوف شديد	الحالة المختارة
ص.ق	125 درجة	خوف متوسط	
ت.ش	124 درجة	خوف متوسط	

لاحظت الباحثة من خلال الجدول أعلاه أن درجة مقياس المخاوف التي تحصلت عليها الحالة س.ش والتي كانت 299 درجة كانت مرتفعة بالمقارنة مع الطالبات الاخرى وهذا ما يجعلها الحالة المختارة لهذه الدراسة.

V. أدوات الدراسة:

استخدمت الباحثة مجموعة من الاختبارات نذكرها كالآتي:

➤ الدليل الاحصائي والتشخيصي الخامس:

- لاحتوائه على المحكات التشخيصية التي تخص اضطراب الرهاب المحدد والذي يضم اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة هذا من أجل تحديد وحدات العينة وتمثل المحكات في:
- وضع الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس المحكات التالية لاضطراب الرهاب المحدد والذي يشمل اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة وقد تم التفصيل في ذكرها في الفصل الثاني.
- أ- خوف ملحوظ أو قلق حول شيء أو موقف محدد (مثلا: الطيران، المرتفعات، الحيوانات، أخذ حقنة، رؤية الدم).
- ملاحظة: عند الأطفال، الخوف أو القلق قد يعبر عنه بالبكاء، نوب الغضب، والتجمد أو التشبث.
- ب- يحرّض دائما التعرّض للشيء أو الموقف الرهابي خوفا أو قلقا مباشرا.
- ت- يجري تجنّب فعّال للشيء أو الموقف الرهابي أو بخلاف ذلك قد يجري تحمّله مع قلق أو خوف شديد.
- ث- الخوف أو القلق لا يقارن بالخطر الفعلي الذي يمثله الشيء أو الموقف الرهابي. وللسياق الثقافي والاجتماعي.
- ج- يكون الخوف، القلق، التجنّب مستمرا ويدوم بشكل نموذجي لسنة أشهر أو أكثر.
- ح- يسبّب الخوف، القلق، التجنّب احباطا سريريا مهما أو انخفاضا في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

- خ- لا يفسر الاختلال بشكل أفضل بأعراض مرض عقلي آخر متضمنا الخوف، القلق، التجنّب لمواقف مترافقة مع أعراض شبيهة بالهلع أو الأعراض المقعدة الأخرى (كما في رهاب الساح)، أشياء أو مواقف متعلّقة بالوساوس (كما في اضطراب الوسواس القهري)، ما يذكر بالحوادث الصادمة (كما في اضطراب الكرب ما بعد الصدمة) الانفصال عن المنزل أو عن الشخص متعلّق به (كما في اضطراب الانفصال) أو المواقف الاجتماعية (كما في اضطراب القلق الاجتماعي). (الحمادي، ص، 92).

➤ المقابلة:

تعتبر المقابلة احدى وسائل جمع البيانات في دراسة الحالة خصوصا ما يتعلّق بالجوانب النفسية والانفعالية ومشاعر ودوافع الأشخاص والخبرات الماضية والتطلّعات المستقبلية. فمفهوم المقابلة يدلّ على تقابل فردين أو أكثر وجها لوجه في مكان ما لفترة زمنية معيّنة، نتيجة لسبب معروف مقدّما، وبناء على موعد مسبق، في أغلب الأحيان بين المتقابلين، كما يمكن تعريف المقابلة على أنّها معلومات شفوية يقدّمها المبحوث من خلال لقاء يتم بينه وبين الباحث أو من ينوب عنه، والذي يقوم بطرح مجموعة من الأسئلة على المبحوثين وتسجيل الإجابات على الاستمارة المخصّصة لذلك. (متولي، 2016، ص، 69).

➤ الملاحظة:

تعدّ الملاحظة من الوسائل التي تستخدم في جمع البيانات والمعلومات عن البيئة والمجتمع منذ أقدم العصور، و لا يزال الانسان يستخدمها في حياته اليومية العادية وفي إدراك وفهم كثير من الظواهر الطبيعية والاجتماعية والنفسية التي توجد في بيئته ومجتمعه حتى الآن. ومما يستخدمها الانسان في حياته اليومية العادية فأنّه يستخدمها أيضا في دراساته المقصودة وفي أبحاثه العلمية في جمع البيانات والحقائق التي تمكّنه من تحديد مشكلة بحثه ومعرفة عناصرها، وتكوين الفرضيات، وتحقيق هذه الفرضيات والتأكد من صحتها. كما أنّ الباحث يستند الى الملاحظة من بداية البحث حتى يصل الى التأييد أو الرفض النهائي للحل المقترح للمشكلة التي يدور حولها البحث، محاولة منه للوصول الى الحقيقة. (النوايسة، 2015، ص، 65).

➤ الاختبارات النفسية:

هي وسيلة لقياس السلوك بطريقة كمية أو كيفية عن طريق توجيه أسئلة أو من خلال اللجوء الى روائز اسقاطية أو غيرها. (سلوم، 2022، ص، 83).

➤ اختبار قائمة مسح المخاوف لجوزيف ولبه، بيتر لانج (Fear Survey Schedule (FSS-III) وضع قائمة مسح المخاوف كل من "ولبي" Wolpe ولانج Lang ، وقام أحمد عبد الخالق (1984) بتعريبها واعدادها. يشتمل دليل تعليمات القائمة على قسمين: ترجمة للدليل الأصلي، وبيانات عن الصيغة العربية وإجراءات تقنيها. وتصلح هذه القائمة للاستخدام في كل من العلاج السلوكي لتقدير المخاوف المرضية، وفي البحوث العلمية. وتشتمل القائمة على 108 بنود، يعد كل منها منبها للخوف أو غيره من المشاعر غير السارة، ويجب عنها على أساس مقياس خماسي. وقد حسب الثبات على عينات مصرية، فوصل ثبات إعادة التطبيق (بعد اسبوع) الدرجة الكلية الى 0,86، وثبات الاتساق الداخلي الى 0,90، وتمت البرهنة على صدق القائمة من دراسات متعددة وبطرق مختلفة. كما حللت بنودها عامليا واستخرجت عوامل متنسقة. (عبد الخالق، 2000، ص، ص406، 407).

طريقة تطبيق المقياس وتصحيحه:

يقوم المفحوص بالإجابة باختيار احدى البدائل المناسبة له من أمام كل بند خلال (20) دقيقة، ثم يتم استخراج الدرجة الكلية وفقا للمعادلة التالية:

وزن البند X تكرارات الإجابة على هذا الوزن = ناتج هذا البند

وهكذا نجمع ناتج كل وزن على حده، ثم نجمع الناتج لكل بند، وهو ما سيعطي الدرجة الكلية للمفحوص، والتي تصنف وفقا للجدول التالي:

الجدول رقم (5) كيفية تصحيح مقياس مسح المخاوف

التصنيف	الدرجة
خوف بسيط	صفر -- 107
خوف متوسط	108 -- 215
خوف شديد	216 -- 323
خوف شديد جدًا	324 فما فوق

➤ استبيان نوبة الهلع (الرعب) وخواف الأماكن العمومية لبندلو B.Bandelow 1995:

وضع هذا المقياس بندلو B.Bandelow سنة 1995، وهذا المقياس يسمح بقياس شدة اضطراب الهلع وخواف الأماكن المفتوحة، ويحتوي على 13 بند بالنسبة لنموذج المعالج و14 بندا بالنسبة لنموذج الحالات، وتقاس شدتها من 0 الى 4 نقاط وتقيس 5 مميزات أساسية في هذا الاضطراب وهي :

- نوبات الهلع.
- سلوك التجنب الخوافي.
- القلق المتوقّع.
- المشاكل المتعلقة بالعائلة والعمل.
- القلق اتجاه الصحة.

قد تمت ترجمة هذا المقياس الى لغات عديدة ومن بينها اللغة الفرنسية، وقد كانت لديها دلالات احصائية جد مرتفعة. (بلغالم، 2017، ص، 145). وقد قام الباحث بلغالم (2017) بترجمة المقياس من اللغة الفرنسية الى اللغة العربية وقام بالتأكد من الصدق والثبات، وتحصل الباحث على صدق نسبته 94%، حيث يعتبر هذا التقدير مرتفع جدًا في صدق المحكمين.

تصحيح المقياس:

لقد وضع بندلو B.Bandelow سنة 1995 مدرّجا خماسيًا أمام كل بند من بنود المقياس و هي تمثّل فقرات تقيس من 0 الى 4، و هي فقرات تقيس المدى و الشدة و المدة و عدد الظهور و التوقّع و الأهمية و الصعوبة...الخ، ما عدى البند الأول الذي يمثّل مجموعة من أعراض الهلع و هي 14 عرض و ذلك من أجل إقرار استمرار الاختبار من عدمه بحيث يستمر تطبيق الاختبار اذا تحصلت الحالة على أكثر من أربعة أعراض، و البند السابع الذي يمثّل مجموعة من الأماكن المفتوحة التي تتجنبها الحالة و هي 24 مكان زائد ثلاث خانات فارغة و يستمر تطبيق الاختبار اذا تحصل الاختبار لأكثر من موقفين من المواقف المذكورة و هذين البندين محدّدين فقط لاستمرار تقديم المقياس أو التوقّف عن تقديمه. ولا يدخلان في التنقيط، وحساب أعلى درجة للمقياس هي 48 وأقل درجة هي 0. (بلغالم، 2017، ص، ص، 148، 149).

➤ مقياس تايلور للقلق:

كان السبب الأول في تصميم هذا المقياس بهدف استخدامه في تجارب التعلّم، حيث أعطت "تايلور" حوالي مائتي بند من قائمة مينيسوتا متعدّدة الأوجه للشخصيّة لخمسّة من علماء النفس الاكلينيكي، وقدّمت لهم تعليمات بأن يحدّدوا البنود التي تشير الى القلق الصريح تبعا لوصف "كاميرون" Cameron لاستجابة القلق المزمن، وفي 60 بندا وصل الاتفاق الى 80% أو أكثر بين الاكلينيكين. (عبد الخالق، 2000، ص، 391).

وقد حاول "بشتولد" Bechtoldt عام 1953 أن يحسن أداة القياس بإجراء تحليل للبنود وعلى أساس الاتساق الداخلي، وكانت النتيجة مقياسا من خمسين بندا لها أعلى الارتباطات بالدرجة الكلية. ثم قامت تايلور بعد ذلك بمراجعة بنود المقياس فأعدت صياغة 28 بندا حتى تناسب المفحوصين من غير طلاب الجامعات، واستخرجت معامل ارتباط قدره 0,85 بين الصيغتين القديمة والمحسّنة للمقياس. مشيرة الى علاقة وثيقة بينهما، وتستخدم هذه البنود الخمسون مع الراشدين، وتوجد صيغة مختصرة تتكوّن من عشرين بندا، وطوّرت أيضا صيغة مناسبة للأطفال.

كما اتضح أن الاتساق الداخلي للاختبار مرتفع نسبيا، فقد استخرج بعض الباحثين ثبات تنصيف قدره 0,92 ويتراوح استقرار درجات الاختبار عبر الزمن من 3 أسابيع الى 17 شهرا بين 0,81 و 0,89. وقام كل من أحمد عبد الخالق، وعادل شكري، وعبد الفتاح دويدار بترجمة المقياس الى العربية ولها معاملات ثبات وصدق مرتفعة. (عبد الخالق، 2000، ص، ص، 392، 394).

طريقة تطبيق المقياس:

- ← يطبّق المقياس على الأشخاص البالغين من (10) سنوات فأكثر.
- ← كل عبارة أمامها بديلين (نعم، لا) يتم اختيار من بينها الإجابة المناسبة.

طريقة تصحيح الاختبار:

- ← من بين (50) عبارة هناك (10) عبارات عكسيّة تصحّح بشكل مختلف وهي (3, 13, 17, 20, 22, 29, 32, 38, 48, 50).
- ← (نعم) تأخذ درجة واحدة.
- ← (لا) تأخذ صفر.
- ← والعبارات العكسيّة: (نعم) تأخذ صفر، (لا) تأخذ درجة واحدة.

ثم يتم جمع الدرجات وتصنف وفقا للجدول التالي:

الجدول رقم (6) طريقة تصحيح مقياس القلق لتايلور

الدرجة	مستوى القلق
صفر -- 16	قلق منخفض جدًا
17 -- 19	قلق منخفض (طبيعي)
20 -- 24	قلق متوسط
25 -- 29	قلق فوق المتوسط
30 فما فوق	قلق مرتفع

.VI. التقنيات العلاجية المستعملة:

حسب ما ورد في العلاج المعرفي السلوكي فإن من أنجع التقنيات العلاجية للمخاوف المرضية هي الاسترخاء والتعريض والواجبات المنزلية. لذا رأت الباحثة أنه من المستحسن تطبيق هذه التقنيات على الحالة.

- ❖ **الاسترخاء:** ومن بين كل تقنياته المتداولة، استخدمت الباحثة تقنية التنفس العميق. يستعان بعملية التنفس لزيادة درجة وعي المفحوص واسترخائه، ويتنفس حتى يتحرر من توتره. كما يستعمل التنفس في السيطرة على الأعراض أو تخفيفها. (رسلان، 2013، ص، 108).

تتمثل طريقة تطبيقه أن يقول الفاحص للمفحوص بعد اتخاذ هذا الأخير لوضعية جلوس أو استلقاء مناسبة له، التعليمات التالية:

✓ خذ نفسا عميقا ثم امسك النفس لمدة خمس ثوان. وأثناء الزفير استشعر بجسمك وهو ينساب ويصبح ثقيلًا مسترخيا. (رسلان، 2013، ص، 108).

❖ **أما التقنية الثانية هي التعريض** واستخدمت الباحثة التعريض التخيلي في بداية الحصص العلاجية وصولا الى التعرض الواقعي في الحصص العلاجية الأخيرة. ذكر حنور (2016) أن الهدف من هذه التقنية التأثير على الأعراض السلبية للقلق بإضعافها، وذلك بمواجهة المثيرات من ناحية، ومواجهة سلوك التجنب الذي يعزز القلق من ناحية أخرى. وقال أيضا أن التعرض الفعلي أو الميداني يتم بمواجهة المثيرات الطبيعية الموجودة في الواقع التي يمكن لمسها والإحساس بها. أما التعرض التخيلي يستخدم في حالة التعرض لمثيرات لا يمكن التعرض لها في الواقع وبالتالي يتم التعرض لهذه المثيرات على مستوى التخيل عن طريق تخيلها وبالتالي الشعور بالقلق. ويستخدم أيضا كخطوة أولية في المرحلة العلاجية. ولقد فصلنا في شرح التعرض بنوعيه سابقا في الفصل الأول.

❖ **الواجبات المنزلية:** يعد الواجب المنزلي أحد الأساليب الهامة والتي يميّز العلاج المعرفي السلوكي عن غيره من التدخلات العلاجية الأخرى، ويهدف الواجب المنزلي للمشاركة من جانب الفرد في تصميم الخطة العلاجية المتبعة وما يناسبها من أنشطة لتحقيق الأهداف العلاجية، ولابد من توجيه الفرد لتوظيف ما تعلمه من معتقدات ومفاهيم صحيحة، من خلال المرور بعدة مواقف سلوكية يقوم الفرد بأدائها كالتدريب على ممارسة الأساليب العلاجية المختلفة والذي يشمل على أفكار ومعتقدات وسلوكيات جديدة. وترجع أهمية العلاج بالواجبات المنزلية في اعتراف هذه الطريقة بالفروق الفردية وقوة الإرادة وتحمل المسؤولية، كما أنها تستخدم في الأغراض التشخيصية، كما كان هناك أسس لتحديد هذه الواجبات منها فهم ديناميات المريض ومشاركته في اختيار الواجبات. ومراعاة قدرات المريض، والاتفاق على الفترة الزمنية المطلوبة لإنجاز الواجب. وأيضا لكي يتمكن العميل من تدعيم التغييرات الايجابية التي يكون قد أنجزها في الجلسات العلاجية. ولكي تساعد على أن ينقل خبراته الجديدة الى المواقف الحية. (حنور، 2016، ص، 264، 265).

VII. ملخص المقابلة مع الحالات الأربعة:

الجدول رقم (7) يوضح ملخص المقابلات مع الحالات الأربعة

الحالات	مدة المقابلة	محتوى المقابلة
الحالة رقم 1 ب.م	30د	تم جمع البيانات (الشخصية، المهنية، والعائلية) الأولية عن الطالبة ب.م، والتقصي عن الأعراض الخوافية التي تعاني منها من خلال الملاحظة تبين أنها هادئة ذات هندام نظيف، ملائم لسنها ذو ألوان متناسقة حيّة، اوحت وضعية جلوسها بثقتها في نفسها، كان كلامها واضح ومفهوم، وجهها بشوش ومفعمة بالحيوية والنشاط، بعد ذلك تم تطبيق اختبار مسح المخاوف وتحصلت على درجة 121.
الحالة رقم 2 س.ش	30د	جمعت الباحثة البيانات الشخصية والمهنية ثم العائلية للحالة س.ش، وحين التقصي عن مشاكلها مع المواقف الخوافية بدت ملامح التوتر والقلق تعلو محيّاها، ووضحت الحالة عما تعانيه في حياتها بسبب خوفها المفرط من الأماكن المغلقة معبرة عن ذلك بقولها " راني نسوفري في حياتي بسبب هذا الخوف نطلع قرعة تاع غاز فالدرج وحدي ولاسونسار حدايا نخاف نطلع فيه.. عيبت والله " كانت كلماتها سريعة ومتوترة ويدها ترتجفان. تم تطبيق مقياس مسح المخاوف عليها لتتوصل على درجة 299.
الحالة رقم 3 ص.ق	30د	كانت الحالة ص.ق هادئة جدًا وبشوشة، جمعت الباحثة البيانات الأولية للحالة. اتسمت الحالة بمظهر متناسق ذو ألوان زاهية. تم تطبيق اختبار مسح المخاوف على الحالة لتتوصل على 125 درجة.
الحالة رقم 4 ت.ش	30د	جمعت الباحثة البيانات الأولية للحالة ت.ش التي كانت مبتسمة طوال المقابلة وسعيدة. اتسمت الحالة بمظهر متزن وهادئ ظاهريًا، وكلام واضح وسهل الاستيعاب. وعند تطبيق مقياس مسح المخاوف تحصلت شيماء على درجة 124.

لاحظت الباحثة من خلال الجدول أنه الحالة س.ش قد تحصلت على درجة 299 من مقياس مسح المخاوف والتي تعتبر درجة مخاوف مرتفعة بالمقارنة مع باقي الطالبات، كما أن الحالة س.ش قد ذكرت معاناتها مع هذا اضطراب فوييا الأماكن المغلقة. و هذا ما جعل الباحثة تختارها لهذه الدراسة.

VIII. الخطة العلاجية:

- جعل الحالة تتحرى عن الأفكار السلبية بالإصغاء الى حوارها الذاتي، ومحاولة تحديد الكلمات السلبية التي تزيد من مخاوفها وقلقها و تدوينها.
- حث الحالة على استبصار التفاعل الموجود بين الموقف المثير لمخاوفها وبين الأفكار والانفعالات والسلوك والأعراض الجسميّة.
- تقديم واجبات منزليّة للحالة، للمشاركة في العمليّة العلاجيّة والإحساس بالمسؤوليّة وتحفيز رغبتها في العلاج أكثر.
- إعادة بلورة الأفكار الخوافيّة وذلك بخلق أفكار ايجابية جديدة ويتم ذلك بزرع الايجابية في الدماغ وفي الجسم من خلال تشجيع الحالة المستمر لنفسها عند القيام بالواجبات المنزليّة المقدمّة لها كأن تقول لنفسها سأنجح في تطبيق الواجب المنزلي وسأحقّق نتائج جيّدة.
- محاربة الأفكار السلبية المحفّزة لمخاوف الحالة، وذلك عن طريق التدريب على الاسترخاء بالتنفّس العميق والتفكير في مكان هادئ يريح الحالة. فكلّما زاد الاكسجين في الدم، كانت وظائف الجسم أفضل، كما يؤدّي التنفّس العميق أيضا الى ابطاء وتنظيم معدّل ضربات القلب مما يساعد أيضا في خفض ضغط الدم. كما أنّه من الجهة الانفعاليّة يزيد من الثقة بالنفس، فهذا الأخير يعني الاصغاء للذات وذلك يؤدّي الى تعبئة البطاريّات بالطاقة.

يتم التدريب على الاسترخاء بتقنيّة التنفّس العميق بهذه الخطوات:

- ⇐ اختر وضعيّة مريحة في الاستلقاء.
- ⇐ أغمض عينيك.
- ⇐ خذ نفسا عميقا وبطيئا، تنفّس ببطء من خلال أنفك وتمتّع بإحساس الهواء البارد الذي يدخل جسمك ويملأ رئتيك.
- ⇐ احبس انفاسك وتوقّف لثانية.
- ⇐ أطلق زفيراً ببطء من خلال فمك، واستشعر الهواء الساخن الذي يخرج من جسمك.
- ⇐ آخذا معه كل التعب والقلق.
- ⇐ كرّر عدّة مرّات.

- التدريب على التعرّض التخيلي لمواجهة المخاوف تدريجيًا من أقلّ المواقف اثاره للمخاوف الى أكثر المواقف اثاره للمخاوف. وصولا الى التعرّض الواقعي.
يتم التدريب على التعرّض التخيلي من خلال التعليمات التالية:

وضع "إيمانويل" خطوات تساعد على التدريب على أسلوب الغمر أو التعريض نلخصها كما يلي:

- ← بمساعدة المعالج تحدد أولا المواقف والمثيرات المسؤولة عن الانفعالات العاطفية.
- ← تقييم المواقف من خلال بعض الأسئلة مثل: -ما أهم شيء يتمنى العميل ان يتغلب عليه ما الشيء الذي يتجنبه دائما ويرغب في التغلب عليه ومواجهته.

← ما الشيء الذي يرغب في القيام به ولكنه يخشاه.

← ما الذي يدفعه للتراجع.

ومهم في هذه الخطوة أو المرحلة عدم التردد في البحث على معلومات أكثر.

- ← نبدأ التعريض عادة في جلسات مع المعالج لكن مهم التدرج عليها في المنزل، وتكون مواجهة هذه المثيرات، ولكي تكون الجلسة فعالة يجب ان تستثار درجة معينة من العاطفة لكن لا تكون مرتفعة جدا يكفي فقط ان تكون ملحوظة.

← البقاء على اتصال مع ذلك الوضع دون تجنبه حتى تلك الكثافة العاطفية تنقص ربع منها.

- ← يجب ان يبقي العميل في مواجهة هذا الموقف المثير حتى يعتاد عليه ويصبح الوضع غير مخيف فلا بد من ترسيخ هذه الوضعية حتى يستطيع التعامل معها مستقبلا إذا تم التعرض لهذه الوضعية.

- ← إعادة الجلسات يوميا وقدر المستطاع إلى الشعور بأن الموقف المعرض له لا يشكل خطر أو عائق للفرد. (بن شيخ، 2018-2019، ص، 22).

IX. ملخص المقابلات والجلسات العلاجية مع الحالة

الجدول رقم (8) لملخص المقابلات والجلسات العلاجية مع الحالة

الهدف من المقابلة والجلسات العلاجية	محتوى المقابلة	رقم الحصة ومدتها	نوع المقابلات
كسب ثقة المفحوص والتقرب منه، والتعرف على تاريخها النفسي والعائلي والمرضي، وتحديد شكوى الحالة وما تعانيه وتقييمها.	تم في هذه المقابلة إقامة علاقة علاجية، والتطرق الى موضوع الدراسة بتقنية التربية العلاجية وتقديم تصوّرًا عامًا عن اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة، والتوضيح لها على أنّ تقنيات العلاج المعرفي السلوكي من استرخاء وتعريض وواجبات منزلية من أنجع الأساليب لعلاج الاضطراب الذي تعاني منه.	(1) 40د	مقابلة حرّة
هنا لاحظت الباحثة سلوك الحالة عند تطبيق المقياس وعند سردها لتفاصيل معاناتها من الاضطراب وركزت على الأفكار الخوافية التي تدور في ذهنها. كما حدّدت الباحثة الأعراض من أجل التشخيص.	مراجعة ما تم في المقابلة السابقة باختصار، ثم تطبيق استبيان نوبة الهلع وخوف الأماكن العمومية، بعد ذلك فتح المجال أمام الحالة للتعبير معاناتها مع اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة.	(2) 40د	مقابلة نصف موجهة
ملاحظة سلوك الحالة عند الإجابة عن المقياس، وتحديد نوعية العلاقة التي تربطها بعائلتها ونوع المحيط الذي نشأت فيه، وسلوكها اثناء التعبير عن ذلك.	مراجعة الحصة السابقة مع تعريفها بدرجة المقياس التي تحصلت عليها، من ثم تطبيق مقياس القلق لتايلور، بعد ذلك فتح المجال للحالة للتعبير عن حياتها العائلية والشخصية. تقديم واجب منزلي للحالة وهو (المراقبة الذاتية) بتدوين الأفكار والأعراض التي تنتابها خلال تعرّضها لمواقف خوافية خلال الاسبوع.	(3) 45د	مقابلة موجهة

المرحلة الأولى تحديد المشكل و جمع المعلومات

<p>ملاحظة وتسجيل سلوكيات الحالة أثناء المقابلة التحفيزية، وتحديد التناقض الموجود عند الحالة، ومعرفة درجة رغبتها في التغيير والإيجابيات والسلبيات التي تراهم عند علاجها من اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة، تحديد درجة اعتقاد الحالة فيما يمثل مشكلتها الاساسية من خلال الحوار السقراطي.</p>	<p>مراجعة الواجب المنزلي الذي قُدم لها في الحصة السابقة، تحفيز دافعية الحالة نحو التغيير من خلال المقابلة التحفيزية، واستعمال تقنية الحوار السقراطي.</p>	<p>(4) 50د</p>	<p>مقابلة تحفيزية</p>	
<p>تصفية ذهنها وتفكيرها وتوجيه تركيزها الى أمور أخرى للتخلص من الأفكار السلبية.</p> <p>التدريب على التنفس يساعد الحالة على تقليل افراز هرمون الكورتيزول كما يساعد على تعديل معدل ضربات القلب مما يسمح لدخول المزيد من الاكسجين لمجرى الدم ويزيد تدفقه الى الدماغ من أجل حثه على الاسترخاء.</p> <p>تدريب الحالة على القيام بهذا الاسترخاء في المنزل لضمان نجاح الاسترخاء في الجلسات القادمة.</p>	<p>استعمال تقنية الاسترخاء من خلال أسلوب التنفس العميق، تدريبها على التنفس السليم والعميق من خلال ضمان تهوية قصوى للرتنين لزيادة معدل O₂ في الدم وطرح CO₂، وترسيخ عادة التنفس الفعال.</p> <p>تقديم واجب منزلي للحالة (الاسترخاء بتقنية التنفس العميق).</p>	<p>(5) 40د</p>	<p>جلسة علاجية</p>	<p>المرحلة الثانية المرحلة العلاجية</p>
<p>معرفة ما إذا كانت الحالة نجحت في تطبيق الاسترخاء لوحدها في المنزل.</p> <p>التدريب المتواصل على تقنية التنفس العميق يساعد على التقليل من القلق ومن تسارع ضربات القلب والرجفان كما يساعدها على ضبط انفعاليتها والتركيز أكثر.</p>	<p>مراجعة الواجب المنزلي والتدريب على الاسترخاء في المنزل.</p> <p>مواصلة الاسترخاء بتقنية التنفس العميق.</p> <p>مواصلة تقديم الواجب المنزلي خصوصا في حالة الشعور بالقلق نتيجة الأفكار الخوافية السلبية.</p>	<p>(6) 45د</p>	<p>جلسة علاجية</p>	

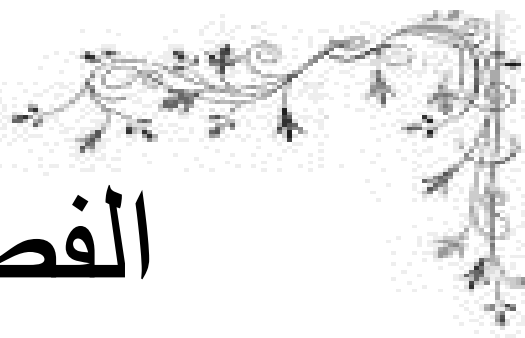
<p>تشجيعها على تطبيق الاسترخاء في المنزل. وجعلها تتقن هذه التقنية واكسابها خبرة في استعمالها أثناء الإحساس بالأعراض عند مواجهة الموقف الخوافي.</p>	<p>مراجعة الواجب المنزلي الذي قامت به الحالة والتعرّف ما ان كانت قد واجهت صعوبات في التطبيق. ومواصلة التدريب على الاسترخاء.</p>	<p>(7) د45</p>	<p>جلسة علاجية</p>	
<p>مواصلة تشجيع الحالة على القيام بالاسترخاء في المنزل. ملاحظة سلوك الحالة أثناء التعرض التخليئي بمواجهة مخاوفها عن طريق حثّها على تخيل نفسها في مكان مغلق، واستعمال تقنية التنفس العميق عند الإحساس بأعراض كزيادة ضربات القلب والقلق والخوف الشديد ورجفان وبرودة الايدي. بعد الانتهاء يتم ادخال الحالة في حالة استرخاء لترتاح نفسيّتها ويخف قلقها. ثم التقصي عن حالة الحالة الجسديّة بعد تطبيق هذه التقنية.</p>	<p>ملاحظة سلوك الحالة، التقصي عما إذا كانت تستمر في تطبيق الاسترخاء في المنزل. تطبيق تقنية التعرّض التخليئي. تدريب الحالة على التعرض التخليئي وتقديمه لها كواجب منزلي.</p>	<p>(8) د50</p>	<p>جلسة علاجية</p>	
<p>معرفة ما إذا كانت قد طبقت التعريض التخليئي بطريقة صحيحة في المنزل. غمرها بمواقف أكثر اثارة لمخاوفها وقلقها عن طريق التخيّل من أجل الحد من الأعراض التي تعاني منها تدريجيًا وملاحظة سلوكها أثناء ذلك. وختم التطبيق بالتنفس العميق حتى تسترخي.</p>	<p>التقصي عن حالة س.ش النفسية بعد حصة التعريض التخليئي السابقة. وعن نتيجة الواجب المنزلي. إعادة تطبيق التعريض التخليئي. إعادة تقديم التعريض التخليئي لها كواجب منزلي</p>	<p>(9) د45</p>	<p>جلسة علاجية</p>	

<p>مراجعة الحصّة السابقة مع تشجيعها على مواصلة القيام بتطبيق التدريب في المنزل. مواصلة تطبيق التنفس العميق والتعرّض التخيّلي. وتقديمهما كواجب منزلي.</p>	<p>مراجعة الحصّة السابقة مع تشجيعها على مواصلة القيام بتطبيق التدريب في المنزل. مواصلة تطبيق التنفس العميق والتعرّض التخيّلي. وتقديمهما كواجب منزلي.</p>	<p>(10) 40د</p>	<p>جلسة علاجية</p>	
<p>استمرار تشجيع الحالة على القيام بالاسترخاء والتعرض التخيّلي في المنزل. يجب ملاحظة الحالة أثناء التعرّض التخيّلي ما ان كانت ستظهر الأعراض السابقة كزيادة ضربات القلب والتنفس السريع ورجفان الايدي وبرودتهما أثناء التعرض أو لا.</p>	<p>التقصّي عن نتيجة التمارين المنزليّة ومواصلة القيام بتقنية التنفس العميق ثم تقنيّة التعرض التخيّلي. وتجهيز الحالة نفسيًا للقيام بالتعرّض الواقعي للحصّة القادمة</p>	<p>(11) 45د</p>	<p>جلسة علاجية</p>	
<p>أخذ الحالة الى مكان به مصعد وتعريضها له بالدخول مع الباحثة والصعود الى الطابق الخامس ثم صعود الحالة بمفردها الى آخر طابق والنزول مع تكرار العملية ثلاث مرّات.</p>	<p>الاستفسار عن حالة س.ش النفسية والجسدية والانفعالية بعد عدّة تطبيقات للتعرّض التخيّلي والاسترخاء بتقنيّة التنفس العميق. وملاحظة سلوكها أثناء التحدّث عن ذلك. ثم الذهاب للقيام بالتعرض الواقعي. وابلاغ الحالة بأن الحصّة القادمة ستكون حصة لإجراء القياس البعدي لاختبار مسح المخاوف.</p>	<p>(12) ساعة ونصف</p>	<p>جلسة علاجية</p>	

<p>ملاحظة سلوك الحالة عند التعبير عن حالتها النفسية والجسدية والانفعالية التي كانت عليها أثناء التعرض الواقعي.</p>	<p>مراجعة الحصة السابقة والاستفسار عن حالة س.ش النفسية والجسدية والانفعالية بعد حصة التعرض الواقعي. ثم تطبيق مقياس مسح المخاوف. وابلغها بنتيجة المقياس الاتفاق مع الحالة على ان تكون الحصة القادمة هي الأخيرة بتطبيق مقياسي نوبة الهلع وخواف الأماكن العمومية ومقياس القلق الصريح كقياس بعدي.</p>	<p>(13) 50د</p>	<p>جلسة علاجية</p>	
<p>الاستفسار عن مواقف أثارت قلق الحالة وخوفها في هذه الفترة وكيف قامت بمواجهتها. تطبيق القياس البعدي حوصلة عن كل ما حدث في الجلسات الماضية. الشروع في انهاء الجلسات العلاجية بعدما التمت الباحثة نتائج مرضية</p>	<p>الاستفسار عن المفحوصة النفسية والمزاجية، ثم تطبيق مقياس نوبة الهلع وخواف الأماكن العمومية ثم مقياس القلق الصريح كقياس بعدي. واخبارها بنتيجتهما. مقارنة بين حالة المفحوصة النفسية والفيزيولوجية والسلوكية في الجلسات السابقة والجلسة الأخيرة.</p>	<p>(14) ساعة</p>	<p>الجلسة العلاجية الأخيرة</p>	


X. صعوبات الدراسة الاستطلاعية:

- ← واجهت الباحثة صعوبات أثناء القيام بالدراسة الاستطلاعية ومن بينها:
- ← تعذر على الباحثة إيجاد أي دراسة سابقة حول موضوع الدراسة وذلك بعد اطلاعها جيداً والرجوع الى الأستاذة المؤطرة.
- ← تعذر إيجاد مكتب للقيام بالمقابلات والجلسات العلاجية مع الحالة، حتى اقترحت الأستاذة المؤطرة الأستاذة السيدة لصقع حسنية العيادة النفسية (Mental Health) لتتوجه لها الباحثة لتقديم طلب التربص هناك.
- ← تعذر إيجاد مصعد كهربائي شاغر من اجل اجراء التعرض الواقعي، مما أدى بالباحثة الى التنقل الى عمارة الحالة التي بها مصعد كهربائي.



الفصل الرابع

الدراسة الأساسية



تمهيد

1- دراسة الحالة

2-نتيجة الاختبارات القبلية

3-التشخيص

4-الهدف من العلاج

5-العلاقة العلاجية

6-سير المقابلات والجلسات العلاجية

خلاصة

تمهيد

بعد الدراسة الاستطلاعية وما تم فيها من خطوات تمهيدية للدراسة الأساسية كجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن الظاهرة المدروسة، تتطرق الباحثة في هذا الفصل الى ذكر كل المراحل التي مرّت بها في الدراسة الأساسية كما ستكون هذه الأخيرة كامتداد للدراسة الاستطلاعية ومكملة لها.

I. دراسة الحالة:

❖ البيانات الشخصية:

تاريخ ومكان الازدياد: 26-01-2000 بأرزيبو
المستوى التعليمي: جامعي
مكان الإقامة: وهران
مهنة الأم: عاملة نظافة في متوسطة
عدد الاخوات: شقيقة واحدة و أختين من الأب

الاسم واللقب: س. ش
السن: 23 سنة
الحالة المدنية: عزباء
مهنة الأب: لا تعلم
عدد الاخوة: ثلاث اخوة (غير أشقاء أي من الأب)
الترتيب بين الاخوة: الكبرى

❖ التاريخ النفسي والمرضي للحالة:

➤ التاريخ التطوري الشخصي:

كان سن والدة المفحوصة 20 سنة عندما أنجبتها، وكانت عبارة عن حمل غير مرغوب فيه، لأن الأم لم ترغب في الزواج من أب الحالة. كانت الولادة عادية، وتركنتها الام مدة ثلاث أشهر الأولى عند جدتها. كما أنّ الحالة عاشت طفولة تعيسة، حيث أنّها لم تتعرّف أبداً على والدها في مراحل طفولتها، وكلّ ما تتذكره عن تلك المرحلة هي المشاكل والصراخ في المنزل طوال الوقت.

➤ التاريخ الدراسي:

مرّت المفحوصة بتاريخ دراسي عادي، ولم تكرر أي سنة من مرحلتها الابتدائية والمتوسطة، لكنّها لم تتحصّل على شهادة البكالوريا في المرّة الأولى، وكانت خيبة مؤلمة وصدمة تلقّتها الحالة. بعد ذلك أعادت السنة وتحصّلت على البكالوريا ودخلت كلية العلوم الاجتماعية.

➤ التاريخ العائلي:

والدها تطلقاً حين كانت تبلغ من العمر أربع سنوات، لم تتعرّف على والدها في طفولتها، ورفضت رؤية حين كبرت، قام بزيارتها في البيت للمرّة الأولى عند سن 14 سنة ورفضت مقابلته، ثم أراد رؤيتها للمرّة الثانية وزارها في البيت عندما لم تتحصّل على شهادة البكالوريا في سن 17 سنة ورفضت رؤيته أيضاً. هي تعيش مع أمّها واختها التي تتخلّل علاقتها بهم المشاكل دائماً.

أمّا علاقتها مع اخوتها واخواتها من الأب فطلبوا الالتقاء بها للتعرف بها بما أنها اختهم الكبرى لكنّها رفضت ذلك ولم تلتقي بهم أبداً. علاقتها بجديتها من طرف أمّها جيّدة. أمّا الخالات فهي تتحاشى الالتقاء بهم لأنهم كانوا سبب في عدّة مشاكل لأمّها. أمّا عائلة الأب فهي لم تلتقي بهم. فيما يخص الوضع الاقتصادي للأسرة فهو تحت المتوسّط وتحاول جاهدة في البحث عن عمل لمساعدة والدتها.

➤ التاريخ النفسي السابق:

تقول الحالة أنّها ذهبت لأخصائية نفسانية طلباً للمساعدة في التخلص من اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة، لكنّها لم تستطع المداومة عندها لظروف ماديّة.

➤ التاريخ الطّبي:

تتلقّى المفحوصة العلاج على الربو منذ أن كانت في سن 15 سنة. ولا تعاني من أي أمراض عضويّة أخرى.

❖ مشكلة المفحوصة الرئيسيّة:

تميّزت شخصيّة الحالة بالاعتماديّة والعقلانيّة، والقلق، كما كانت خجولة، متقلّبة المزاج أحياناً، تظهر عليها ملامح التعب والحزن غير البنات في سنّها. وتمحورت مشكلة الحالة س.ش حول خوفها الشديد من الأماكن المغلقة أو الضيقة، حيث أنّها تقول: " نخاف بزاف مالبلايص المبلعين والضيقين، surtout l'ascenseur منقّش قاع نطلع فيه، خطرة سيبت نطلع مع ماما تخيلت السقف غادي يطيح عليا وبدات البلاصة غي تضيق. النفس نقطع فيا ووليت نرجف ونبكي ونتوغ حتى تغاشيت"، ووضّحت الحالة أنّها أصبحت تعاني من قلق شديد وعدّة أعراض أخرى نفسيّة وجسميّة وسلوكيّة. ذكرت منها ما يلي:

- أعاني من تسارع ضربات القلب لدرجة أنني أحس أنّ قلبي يكاد ينفجر.
- أعاني من كوابيس واضطرابات في النوم.
- الإحساس بالتعب المستمر حتى ولو لم اقم بمجهود.
- اعاني من اضطراب في الأكل.
- عدم الرغبة في الخروج مع عائلتي كي لا يعرفوا بانني مصابة بهذا الاضطراب.
- عدم الشعور بالراحة معظم الوقت، وأصبحت سريعة الانفعال.
- برودة ورجفان في الايدي عند التفكير سماع كلمة مصعد كهربائي.

➤ فحص الهيئة العقلية:

← **المظهر والسلوك العام:** كانت الحالة نظيفة، ذات ملابس متناسقة ومناسبة لعمرها، بنيتها الجسميّة نحيفة وذات قامة متوسطة، أمّا فيما يخص النشاط النفسي والحركي فلم تظهر أي علامات مميزة على الحالة. كانت بشوشة الوجه، كان جلوسها يوحى بعدم الثقة بنفسها، حيث أنّها جلست على طرف الكرسي مطأطأة الرأس ورجليها متقاربتين. كانت ودودة ومتعاونة.

← **كلام الحالة:** لا تعاني المفحوصة من أي اضطراب في الكلام أو اللغة، حيث أن كلماتها مترنة وسهلة الاستيعاب وطريقة حديثها كان سريعاً نوعاً ما، كما كانت نبرة صوتها معتدلة مع نطق سليم وواضح.

← **المزاج:** حسب ما قالت الحالة أنّها حزينة وتعيسة وهذا ما بدا عليها في المقابلة الأولى.

← **اضطرابات النوم:** تعاني الحالة من صعوبة في النوم، كما تعاني من كوابيس متكرّرة.

← **اضطرابات الأكل:** تعاني المفحوصة من شهية ضعيفة.

← **الوجدان أو التعبيرات التي تظهر على الحالة:** حزينة في أغلب الأحيان، لديها رغبة في البكاء تفنقذ الى الاهتمام والمساندة من طرف أمّها.

← **الأفكار:** كانت أفكارها من حيث الشكل مفهومة ومتسلسلة وسهلة الاستيعاب، أمّا مجرى الأفكار فكان سريع .

← **التوجّه المكاني والزماني:** لها القدرة على التوجه في المكان والزمان.

← **الانتباه والتركيز:** تعاني من صعوبة في التركيز في الدراسة خصوصاً عندما يكون عندها مشاكل في المنزل، كما تعاني من كثرة الشرود والسرحان.

← **الذاكرة:** تعاني من نسيان تفاصيل مراحل طفولتها، أمّا الذاكرة الآنيّة والحديثة فلا تعاني فيهما من أي مشكلة.

← **الاستبصار:** بما أنّ الحالة طالبة بكلية العلوم الاجتماعيّة ولها قدر كبير من الثقافة حول هذا الاضطراب فهي مستبصره بحالتها وتعلم ما تعانيه جيّداً.

← **القدرة العقلية العامّة والمعلومات العامّة:** جيّدة و لا تعاني من أي مشكلة.

➤ الظروف التي أدت الى ظهور اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة عند الحالة:

لقد عانت الحالة من حادثتين في طفولتها، الأولى كانت في عمر السنتين عندما كانت الأم تدخلها في النافذة وتغلق عنها ولا تفتح لها رغم بكائها الشديد، أما الحادثة الثانية كانت في عمر الستة سنوات عندما كانت تأخذها أمها معها للعمل في المتوسطة، كانت تغلق عليها في مكان ضيق جدًا ومظلم وتتركها هناك حتى تنتهي من العمل.

.II. نتيجة الاختبارات القبليّة:

طبقت الباحثة ثلاث مقاييس على الحالة وكانت نتيجتهم كالتالي:

- أول مقياس كان مسح المخاوف الذي تحصلت فيه على 299 درجة وعلى حسب مفتاح التصحيح المذكور سابقا فإنّ الحالة تعاني من خوف شديد.
- ثاني مقياس كان استبيان نوبة الهلع وخواف الاماكن المفتوحة الذي تحصلت فيه على 29 درجة والتي كانت درجة متوسطة حسب مفتاح التصحيح.
- ثالث مقياس كان مقياس القلق الصريح لتايلور الذي تحصلت فيه المفحوصة على 39 درجة والذي يصنف حسب مفتاح التصحيح بقلق مرتفع.

.III. التشخيص:

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة كل من المقابلة والملاحظة والاختبارات النفسية من أجل تشخيص الاضطراب ونوعه، واعتمدت في ذلك على الأعراض المذكورة سابقا، وعلى الدليل التشخيصي والاحصائي للأمراض العقلية الخامس DSM-V وعلى المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD/10، فإنّ المعايير التشخيصية لاضطراب رهاب الأماكن المغلقة الذي يدخل ضمن الرهاب المحدد لها عوامل مشتركة ألا وهي الخوف المفرط، التجنّب، القلق والتي تستمر عامة أكثر من 6 أشهر، مع العلم أن الحالة تعاني من هذا الاضطراب منذ أن كانت بسن 14 سنة. وكي يتم تشخيص هذا الاضطراب قامت الباحثة بالتأكد واستبعاد أي آثار فيزيولوجية ناتجة عن مواد أو أدوية وذلك بقيام الحالة بتشخيص طبي على أنّها لا تعاني من أي مرض عضوي يسبّب لها الأعراض التي تعاني منها. وتم تشخيص الحالة على أنّها ذات سمات عصابية تعاني من اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة -المصعد نموذجيًا-.

.IV. الهدف من العلاج:

← تحفيز دافعية الحالة على التغير.
 ← تدريبها على تحديد الأفكار الخوافية التي تعيق حياتها بكل جوانبها، والعمل على دحضها ومواجهتها.

← تدريبها على الاسترخاء بتقنية التنفس العميق لاستعمالها مستقبلا وذلك لمساعدتها على التخلص من التوتر والقلق وضبط ضربات القلب.

← تدريبها على القيام بالتعرض التخيلي لتقوم به في المنزل، لمواجهة مخاوفها بدون القيام بسلوك التجنب تدريجيًا وذلك باستعمال تقنية التنفس العميق أيضا
 ← تعريضها واقعيًا لمكان مغلق، للتخلص من رهاب الأماكن المغلقة.

.V. العلاقة العلاجية:

لاحظت الباحثة أنه خلال المقابلة الأولى قد ارتاحت الحالة للباحثة من حيث حفظ سرية المعلومات التي سوف تدلي بها، كما أشارت الباحثة الى سير المقابلة الإيجابي من كل النواحي شكلا ومضمونا، وذلك راجع لثقافة الحالة حول الاضطراب الذي تعاني منه وهذا ما سهل تعاونها وتجاوبها كما أبدت رغبة شديدة في الشروع في العلاج وبناء على ذلك تم الاتفاق على تاريخ وسير الجلسات المستقبلية.

.VI. ملخص سير المقابلات والجلسات العلاجية:

قامت الباحثة بتلخيص المقابلات التي كانت قد قسمتها الى قسمين: قسم يخص المقابلات الأربع الأولى التي تم فيها تحديد المشكل الذي تعاني منه الحالة وجمع البيانات المطلوبة وتطبيق المقاييس، أما القسم الثاني فخصّ الجلسات العلاجية التي طبقت فيه الباحثة البرنامج العلاجي الذي كان عبارة عن الاسترخاء بتقنية التنفس العميق والتعرض التخيلي وأخيرا التعريض الواقعي وكان سير الجلسات محدّد بجلسة واحدة في الأسبوع.

(1) المرحلة الأولى: (التقييم وتحديد المشكلة):

❖ المقابلة الأولى: يوم 02 فبراير 2023 لمدة 40 دقيقة.

تمّ في هذه المقابلة إقامة علاقة علاجية كما تنص عليه الممارسة العيادية والتعارف بين الباحثة والحالة حيث قامت الباحثة بتقديم نفسها وشرح موضوع الدراسة لها، وقد لاحظت الباحثة رغبة الحالة في العلاج والشروع فيه، وهذا ما حفّز الباحثة لأن تقوم بشرح مراحل العملية العلاجية التي ستمر بها الحالة، كما قامت بتحديد فترة العلاج التي امتدت الى 14 جلسة علاجية. فتمثّل محتوى هذه المقابلة في جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات التي تخص حياة الحالة (الشخصية، العائلية، المهنية، بالإضافة الى التاريخ المرضي والنفسي) وتحديد شكوى الحالة وما تعانیه وتقييمها. ثمّ قامت الباحثة بتقديم تصوّرًا عامًا حول فوبيا الأماكن المغلقة والتوضيح لها على أنّ تقنيات العلاج المعرفي السلوكي من استرخاء وتعرّض وواجبات منزلية من أنج الأساليب لعلاج الاضطراب الذي تعانِي منه.

❖ المقابلة الثانية: يوم 09 فبراير 2023 لمدة 40 دقيقة.

تضمّن محتوى المقابلة الثانية حول المشكلة التي تعانِي منها الحالة و ما تسبّب لها من عرقلة في جوانب حياتها اليومية، حيث عبّرت الحالة عن الشعور بالدونية و النقص الذي تحس به معظم الوقت قائلة: " راني نحس روجي ناقصة على الشيرات، راني نحشم حتى نقول للناس على هذا المرض، حتى ماما و دارنا معالباالهمش بلي نخاف مالبلایص المبلعين قاع هكا، نحس روجي كبيرة على هذو الصوالح، مراني نخرج نورمال كي ناس منشري نورمال، عيبت و الله دايمنا نخم بلاك كي غادي نطلع في l'ascenseur يتبلع عليا و نحصل تما، بلاك غادي نموت بهذا الخوف، المهم كلمت بلاك و هذو الأفكار ميخطونيش هبلوني، علايبها متقدمتش قاع"، ما لاحظته الباحثة أنّ ما يزيد من شدّة مخاوفها هي الأفكار السلبية و الحوار الداخلي المسبق الذي يخلق سلوك التجنّب للمواقف قبل حتى حدوثها. كما لاحظت الباحثة كمّ القلق والحزن الذي كان يعلوا وجهها بالإضافة الى رغبتها في البكاء حين كانت تحكي عن معاناتها.

بعد ذلك قامت الباحثة بتطبيق مقياس نوبة الهلع وخواف الأماكن المفتوحة وختمت الباحثة الجلسة بتقديم تعزيز معنوي للحالة الذي رسم الابتسامة على وجهها من جديد والذي كان عبارة عن الكلمات التالية: لا تنسي أنّك طالبة جامعية و مقبلة على شهادة التخرّج وتظهر على ملامحك الإرادة في التغيّر وهذا ما يميّزك عن باقي المصابين بمثل اضطرابك.

❖ المقابلة الثالثة: يوم 16 فبراير 2023 لمدة 45 دقيقة

قامت الباحثة في هذه المقابلة بمراجعة ما حدث في الجلسة الماضية كما قدمت للحالة الدرجة التي تحصلت عليها في مقياس نوبة الهلع وخواف الأماكن المغلقة، بعد ذلك فتحت المجال للحالة للتعبير عن حياتها العائليّة والشخصيّة، وكان الهدف من هذه المقابلة تحديد السبب الحقيقي وراء الاضطراب الذي تعانيه، ومعرفة نوع المحيط الذي نشأت فيه، والسلوكيات الظاهرة عليها أثناء الحديث عن حياتها الشخصيّة والعائليّة. فكانت الحالة ذات سلوك انفعالي عندما عبّرت عن علاقتها بوالديها قائلة: " بابا منهدرش عليه خطرش منعرفهش وميش باغية نعرفه وهو السبة في بزاف صوالح صراولي، وماما تحسبي أنا مها مشي هي، عمرها مهتمت بيا ولا سقسنتي مالكي ولا شخصك دايمًا غي دوموندي مني، حملتني مسؤولية من صغري ومنمحلهاش لا هي ولا بابا". أمّا عن حياتها الشخصيّة صرّحت الحالة أنّها كانت لها علاقات قائمة: "وليت لي يقولي كلمة حنيّة ويهتم بيا نتجاوب معاه، باش نحس روجي شيرة كيما شيرات".

و فيما يخص المشكلة التي تعاني منها قالت و هي حزينة " كي قعدت نحوس على شصرالي مين كنت صغيرة سقسيت ماما قاتلي واه مين كان عندك عامين كنت نجمعك فالتاقة و نبلع عليك و تقعدي تبكي منحلش نخليك حتى تسكتي وحدك، و مين كبرتني و ولا عندك 6 سنين وليت نديك معايا للخدمة نبلع عليك فالديبارة تاع السويام حتى لي نكمل الخدمة و نحل عليك، غاضتني بزاف كي حكاتلي ماما هذو الصوالح و هي نورمال معلابالهاش بلي ركبت عليا مرض في حياتي راه محطمني و ممخلينيش نعيش نورمال، تعرفي غي نشوف l'ascenseur ننقلق و نفس ضيق فيا و نولي نرجف و قلبي يقعد يضرب بلخف نحسه غادي يطرطق."

هنا حدّدت الباحثة الأعراض التي تعاني منها الحالة والمواقف التي تسبّب لها الخواف. كما قامت الباحثة أيضا بتطبيق مقياس القلق لتايلور وختمت المقابلة بإعطائها واجب منزلي عبارة عن المراقبة الذاتية الذي تقوم فيه الحالة بتسجيل عدد مرّات تجنّب المواقف الخوافية في الأسبوع والأعراض والأفكار المصاحبة لذلك.

❖ المقابلة الرابعة: 23 فبراير 2023 لمدة 50 دقيقة

قامت الباحثة في هذه الجلسة بمراجعة ما حدث في الجلسة الماضية وتقديم درجة مقياس القلق التي تحصّلت عليها الحالة، كما تقصّت الباحثة حول نتيجة الواجب المنزلي الذي قامت به الحالة. بعد ذلك قامت الباحثة بالمقابلة التحفيزية وتقنيّة الحوار السقراطي مع الحالة، و حدّدت الباحثة التناقض الموجود عند الحالة كما تعرّفت على درجة دافعيتها نحو التغيير، و تبين من هذه المقابلة أيضا الايجابيات و السلبيات التي تراهم الحالة عند علاجها من اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة فعبرت عن ذلك و قالت " فالايجابيات راني نشوف روحي غاية نروح وين ما نبغي بلا هذاك التخمام المريض، نولي نطلع في L'ascenseur لدارنا بلا منعيا فالدرج، و ثاني كنت خايفة نتزوج و نجيب ولاد و يتعلمو مني هذا المرض كي نريّح مغاديش تصرا هذي الحاجة، و السلبيات منيش نشوفهم قاع، مكاش سلبيات". وهذا ما أكّد للباحثة دافعية الحالة القويّة نحو التغيير.

(2) المرحلة الثانية: (المرحلة العلاجية):

❖ الجلسة الخامسة: 2 مارس 2023 لمدة 40 دقيقة.

في هذه الجلسة كانت الحالة مستعدّة للعلاج وملامح السعادة تعلو وجهها عند دخولها، معبرة عن ذلك بقولها: "ياربي نريّح على يدك". قامت الباحثة باستعمال تقنيّة الاسترخاء من خلال أسلوب التنفّس العميق الذي وضحت الباحثة طريقته سابقا، وساعدت هذه العمليّة الحالة في تصفية ذهنها وتفكيرها وتوجيه تركيزها الى أمور أخرى للتخلّص من الأفكار السلبية، كما عملت تقنيّة التنفّس العميق على ضمان تهوية قصوى للرنيتين لزيادة معدّل الاكسجين في الدم وطرح ثاني أكسيد الكربون حاملا كل سموم الجسم، وترسيخ عادة التنفّس الفعّال في ذهن الحالة. كما يساعد على تعديل معدّل ضربات القلب ممّا يسمح بدخول المزيد من الاكسجين لمجرى الدم ويزيد تدفّقه الى الدماغ من أجل حثّه على الاسترخاء. كما قامت الباحثة بتدريب الحالة على هذه التقنيّة وتقديمها لها كواجب منزلي.

❖ الجلسة السادسة: 9 مارس 2023 لمدة 45 دقيقة.

تمّ في هذه الجلسة مراجعة الواجب المنزلي الذي قامت به الحالة وتأكّدت الباحثة من أنّ الحالة نجحت في تطبيق التقنيّة. كما واصلت بتدريب الحالة على الاسترخاء بتقنيّة التنفّس العميق الذي ساعد الحالة على ضبط انفعالاتها والتركيز أكثر وعبّرت الحالة عن ذلك قائلة: " حسيت بالراحة بزاف مين درت هذا الاسترخاء". قدّمت الباحثة في نهاية الجلسة الواجب المنزلي للحالة تصل الى مرحلة ضبط الانفعالات والتركيز على الأفكار الايجابية.

❖ الجلسة السابعة: 16 مارس 2023 لمدة 45 دقيقة.

تقصّت الباحثة في هذه الجلسة حول نتيجة الواجب المنزلي والذي ذكرت الحالة أنّها ارتاحت كثيرا بعد القيام به وحفرّها على النوم الذي كانت تعاني من اضطرابات فيه. قامت الباحثة بتشجيع الحالة على الاستمرار في تطبيق الاسترخاء في المنزل وجعلها تتقن هذه التقنيّة كي تستطيع ممارستها مستقبلا عند مواجهة موقف خوافي.

❖ الجلسة الثامنة: 23 مارس 2023 لمدة 50 دقيقة.

قامت الباحثة في هذه الجلسة بملاحظة سلوك الحالة وهي تحكي عن ممارستها للواجب المنزلي. وأوحى ذلك بأنّها تحدّثت وهي هادئة ومترّنة وسميات الراحة بادية على وجهها. طبّقت الباحثة بعد ذلك تقنيّة التعرّض التخيلي بخطواتها المذكورة سابقا، وتدريب الحالة عليه للقيام به في المنزل. لاحظت الباحثة السلوك الظاهر على الحالة أثناء التعرّض التخيلي فكانت الاعراض البادية عليها عند تخيلها للموقف الخوافي تنفّس سريع، تعرّق ظاهر على الجبهة والأيدي، رجفان في الايدي. عند الانتهاء من التعرّض التخيلي قامت الباحثة بتطبيق تقنيّة الاسترخاء على الحالة لتخليصها من الأعراض التي ظهرت عليها وبعد ذلك عبّرت الحالة عن تجربتها قائلة: " غي بديت نتخيّل روجي قدام l'ascenseur بدا قلبي يضرب بلخف كيلي باغي يطرطق، ويديا بردوا بزاف ووليت نعرق خفت بزاف وتقلقت وقريب نبكي، مبعد كي درنا الاسترخاء ريحت". ختمت الباحثة الجلسة بتقديم واجب منزلي للحالة حيث تقوم بما قمنا به في الجلسة وتستعمل تقنيّة التنفّس العميق حين تحس بتلك الأعراض عند تطبيق التعرّض التخيلي.

❖ الجلسة التاسعة: 30 مارس 2023 لمدة 45 دقيقة.

تقصت الباحثة عن حالة المفوضة النفسية بعد حصّة التعرض التخيلي السابقة وعن نتيجة الواجب المنزلي، فتحققت الباحثة من نجاح الحالة في القيام بالواجب المنزلي وتحقيق النتيجة المطلوبة. بعد ذلك قامت الباحثة بتطبيق التعرض التخيلي بمواقف خافية أشد من السابقة وذلك للحد من الاعراض التي تعاني منها تدريجيًا وعدم استخدام السلوك التجنّبي وملاحظة سلوكها اثناء ذلك. ثم ختمت الباحثة الجلسة بالتنفس العميق وإعادة تقديم وحث الحالة على القيام بالواجب المنزلي.

❖ الجلسة العاشرة: 06 افريل 2023 لمدة 45 دقيقة.

قامت الباحثة بمراجعة الحصّة السابقة مع تشجيع الحالة المستمر على مواصلة تطبيق التدريب في المنزل. وعبرت الحالة قائلة: " راني نحس روعي خير ملي كنت بزاف، وليت نقد نتحكم في روعي شوية، وهذوك الأعراض لي كانو يجوني تان يراهم يقلّوا كيلي والفت نتخيّل نفس الحاجة كل يوم وهذي لي عاوننتي." ثم بعد ذلك واصلت الباحثة بتطبيق التعرض التخيلي مع التنفس العميق و قد لاحظت تغيير في سلوكها الظاهر اثناء ممارسة التقنيتين. و ختمت الباحثة الجلسة بتقديم تعزيز معنوي قائلة: لقد حققت نتيجة جيّدة ولم يبقى الا القليل انشاء الله و يعود الفضل لسرعة بديهتك في تعلم التقنيتين و تطبيقهما في المنزل. أبدت الحالة فرحا شديدا بذلك وأبدت حماسا لمواصلة العلاج.

❖ الجلسة الحادي عشرة: 12 أفريل 2023 لمدة

تقصت الباحثة عن نتيجة الواجب المنزلي بذلك بسؤالها عن حالتها النفسية والجسدية وكان جوابها إيجابي حيث قالت: " راني غاية وليت نستعمل التنفس العميق حتى كي نخرج برا ونريح كي نديره نقص الخوف تاعي، وليت صايي نتخيّل روعي طلعت في L'ascenseur ونقعد فيه بلا ما يصرو هذوك الاعراض وليت عارفة بلي الباب غادي ينحل ونخرج، الحمد لله يا ربي فرحت بزاف بهذي النتيجة" وعند تطبيق الباحثة التعرض التخيلي مع التنفس العميق لاحظت أنّه لم تحدث الأعراض السابقة وكانت الحالة في هدوء تام. في ختام الجلسة قامت بتهيئة الحالة نفسيًا للقيام بالتعرض الواقعي في الحصّة القادمة ولاحظت قبول وترحاب من طرف الحالة وإرادة وحماس في مواصلة العلاج.

❖ الجلسة الثانية عشرة: 19 أبريل 2023 لمدة ساعة ونصف.

قامت الباحثة بالاستفسار عن حالة المفحوصة النفسية والجسدية والانفعالية بعد عدة تطبيقات للتعرض التخيلي والاسترخاء بتقنية التنفس العميق وعن مدى جاهزيتها للتعرض الواقعي وملاحظة سلوكها أثناء التحدث عن ذلك وعبرت الحالة مجيبة: " لا راني غاية راني نحس نفسي مرتاحة ولتلي ثقة تاعي في روعي، موليتش مقلقة موليتش نحس روعي قل مالشيرات، راني نتحكم في روعي كثر ملي كنت، وراني واجدة باش نطبقو التعرض الواقعي راني مقلقة نشوف روعي نجحت باش نحس بال L'existence تاعي". لاحظت الباحثة علامات الراحة والحماس لما هو قادم على وجه الحالة كما لاحظت الحالة وهي تتحدث بثقة بالنفس كما أن طريقة جلوسها تغيرت فأصبحت تجلس مستقيمة الظهر وهي ترفع رأسها وتتنظر مباشرة للباحثة.

بعد ذلك توجهت الباحثة مع الحالة لمكان اقامتها التي كان في عمارة بها مصعد كهربائي أولا صعدت الباحثة مع الحالة الى الطابق الخامس لملاحظة سلوك الحالة اثناء تواجدها في مكان مغلق ومواجهة مخاوفها في الواقع، فلاحظت الباحثة أنه ما ان أغلق المصعد حتى بدأت المفحوصة بفرك يديها ثم بدأت بتطبيق تقنية التنفس فزال التوتر عن ملامحها ولم تظهر أية اعراض أخرى عليها.

حينما وصل المصعد الى الطابق الخامس قامت الباحثة بإنزاله مجدداً الى الطابق الأرضي وحين فتح باب المصعد الكهربائي تقصت الباحثة عن حالة المفحوصة النفسية والجسدية وعبرت الحالة عن ذلك قائلة " ياربي الحمد لله مرانيش مأمنة بلي طلعت في L'ascenseur خفت مالبديبة بصح كي بديت نتنفس تفكرت كي كنت نتخيله فالدار وحسيت براحة وقعدت نقول لروحي صايي مغادي يصر ا والو دوك نوصلو".

قامت الباحثة بإدخال الحالة الى المصعد مجدداً لكن بمفردها و تقديم التعليم لها بأن تصعد بالمصعد الكهربائي الى آخر طابق ثم تنزل مجدداً و تعيد الكرة ثلاث مرات، فعلا صعدت الحالة و هي قلقة نوعاً ما لصعودها بمفردها، لكن نجحت في تطبيق ذلك فكانت تبتسم كلما وصل المصعد الى الطابق الأرضي و فتح بابه، و تقول " متتلقيش راني غاية ". ثم تعيد الكرة من جديد الى أن انتهت و نزلت فرحة قائلة : صحيتي بزاف وكان مشي انت و الله منريح كنت نسوفري كل يوم عيوني الدرج وصلت كهرت دارنا بسبة المرض تاعي لي مخلايش نطلع في L'ascenseur و نتمتع بيه بلا منعيا، جامي ننسالك هذا الخير لي درتية فيا الحمد لله يا ربي". شجعت الباحثة الحالة على مواصلة التعرض الواقعي الى أن يصبح الأمر عادي وتتكيف معه، و لاقت ترحاباً وقبولاً من طرف الحالة. ختمت الباحثة الجلسة بإبلاغ الحالة أنه سيتم تطبيق القياس البعدي لمقياس مسح المخاوف.

❖ الجلسة الثالثة عشرة: 26 أبريل 2023 لمدة 50 دقيقة

مراجعة الجلسة الماضية والاستفسار عن حالة المفحوصة النفسية والجسدية والانفعالية بعد التعرض الواقعي الذي تم تطبيقه. وعبرت الحالة عن ذلك قائلة: " راني غاية من قاع الجهات وعاودت طلعت وحدي ودرت تقنية التنفس ونورمال مصرالي والو الحمد لله يا ربي نشكرك بزاف على التعب تاعك معايا".

بعد ذلك طبقت الباحثة مقياس مسح المخاوف البعدي على الحالة وختمت الجلسة بالاتفاق مع الحالة على أن تكون الحصّة القادمة هي آخر حصّة وستقوم بتطبيق القياس البعدي للمقياسين استبيان نوبة الهلع وخواف الأماكن المفتوحة ومقياس القلق لتايلور ووافقت الحالة على ذلك.

❖ الجلسة الرابعة عشرة: 3 ماي 2023 لمدة ساعة

استفسرت الباحثة عن المواقف التي اثارت قلق الحالة وخوفها وكيف قامت بمواجهتها فأجابت الحالة قائلة: " راني كل يوم نطلع في L'ascenseur ومزال نستعمل تقنية التنفس بصح نورمال ميصرالي والو قلبي يضرب نورمال ومنتقلش الحمد لله". بلغت الباحثة بنتيجة مقياس مسح المخاوف البعدي الذي تغيّرت درجته الى الأقل، وقامت الباحثة بتطبيق مقياسي للمقياسين استبيان نوبة الهلع وخواف الأماكن المفتوحة ومقياس القلق لتايلور على الحالة، كما قامت بمقارنة بين حالة المفحوصة النفسية والفيزيولوجية والسلوكية في الجلسات السابقة والجلسة الأخيرة وكانت الحالية راضية عن النتائج التي حققتها كما لاحظت الباحثة نجاح العملية العلاجية والتمست نتائج جد مرضية.

خلاصة

قامت الباحثة بتطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي على حالة لديها فوبيا الأماكن المغلقة -المصعد نموذجاً- باستخدام الاسترخاء بتقنيّة التنفّس العميق و الواجبات المنزليّة و التعريض بنوعيه التخيلي و الواقعي، و كانت نتائج القياس القبلي ذات نتائج مرتفعة و بعد اجراء العلاج المعرفي السلوكي بتقنيّاته تغيّرت نتائج القياس البعدي للأحسن و ذلك من خلال انخفاض في درجات المقاييس البعدية المتحصّل عليها.



الفصل الخامس

عرض وتحليل النتائج



1- عرض نتائج الجلسات العلاجية

2- عرض نتائج المقاييس والمقارنة بين القياس القبلي والبعدي

3- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

I. عرض نتائج الجلسات العلاجية:

تم العمل في هذه الدراسة على موضوع فعالية العلاج المعرفي السلوكي في اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة -المصعد نموذجًا- على حالة من طلبة جامعة محمد بن أحمد بوهرا ن تحديدًا من كلية العلوم الاجتماعية. واستطاعت الباحثة خلال المقابلات من بناء علاقة إيجابية مع الحالة، مما ساعد على تحسّن الحالة الملحوظ تدريجيًا على سلوكياتها، وطريقة كلامها، كما أصبح لديها الوعي الكامل بكيفية تحديد الأفكار السلبية والتحكّم في الانفعال وبالتالي السيطرة أثناء المواقف الخوافية.

كما أظهرت الحالة أثناء الجلسات العلاجية تجاوب إيجابي وملحوظ من خلال تفاعلها مع تقنيّة الاسترخاء وسرعة بديتها في التدرّب عليها وتطبيقها كواجب منزلي، وهذا ما أدّى الى ظهور نتائج جدّ مرضية، كما كانت نتائج القياس البعدي كما هو موضّح أدناه جدّ حسنة فقد تحسّلت الحالة على درجة 147 في مقياس المخاوف البعدي و 12 درجة في استبيان نوبة الهلع و خواف الأماكن العموميّة البعدي، كما تحسّلت على 22 درجة في مقياس القلق الصريح البعدي. وبالنسبة للأعراض التي كانت تعاني منها أثناء المواقف الخوافية فقد تحسّنت الحالة تدريجيًا وأصبحت أكثر ثقة بنفسها وهذا ما زادها حيويّة ونشاط.

II. عرض نتائج المقاييس والمقارنة بين القياس القبلي والبعدي:

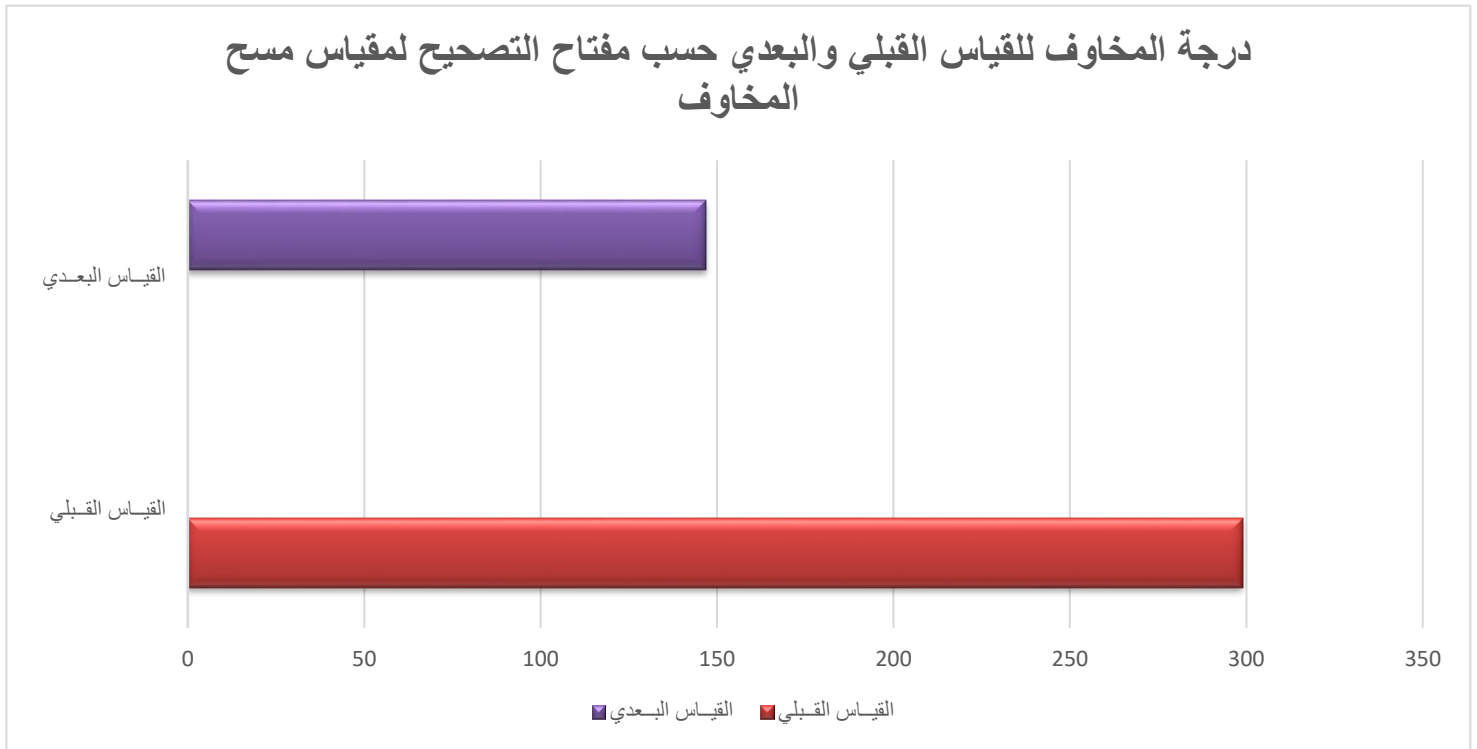
من خلال النتائج المتحصّلة عليها عن طريق المقابلات العلاجية، الملاحظة، والمقاييس، ستعرض الباحثة نتائج المقاييس التالية: مقياس مسح المخاوف، مقياس نوبة الهلع وخواف الأماكن المفتوحة ومقياس القلق لتايلور. ومن ثم تحليلها على ضوء فرضية البحث.

(1) نتائج اختبار مسح المخاوف القبلي والبعدي:

توضّح الباحثة أنّه تم تطبيق القياس القبلي والبعدي لمقياس مسح المخاوف وكان ذلك حسب التاريخ المذكور في الجدول أدناه.

الجدول رقم (9) يبيّن نتائج القياس القبلي والبعدي حسب مفتاح التصحيح لمقياس مسح المخاوف

الملاحظة	تصنيف المخاوف	درجة المخاوف	
قبل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي	خوف شديد	299	القياس القبلي 22 جانفي 2023
بعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي	خوف متوسط	147	القياس البعدي 26 أفريل 2023



رسم بياني رقم (1) مستوى درجة المخاوف قبل وبعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي

تلاحظ الباحثة من خلال المقارنة بين القياس القبلي والبعدي لمقياس مسح المخاوف، أنّه هناك تغيير إيجابي كبير في درجة شدّة المخاوف المتحصّل عليها التي كانت في القياس القبلي 299 درجة بتصنيف خوف شديد و 147 درجة في القياس البعدي بتصنيف خوف متوسط، وهذا يشير الى تحسّن ملحوظ للحالة وأنّ العلاج المعرفي السلوكي وتقنيّاته كان له نتيجة مرضية وفعّالة.

(2) نتائج استبيان نوبة الهلع وخوف الأماكن العمومية القبلي و البعدي:

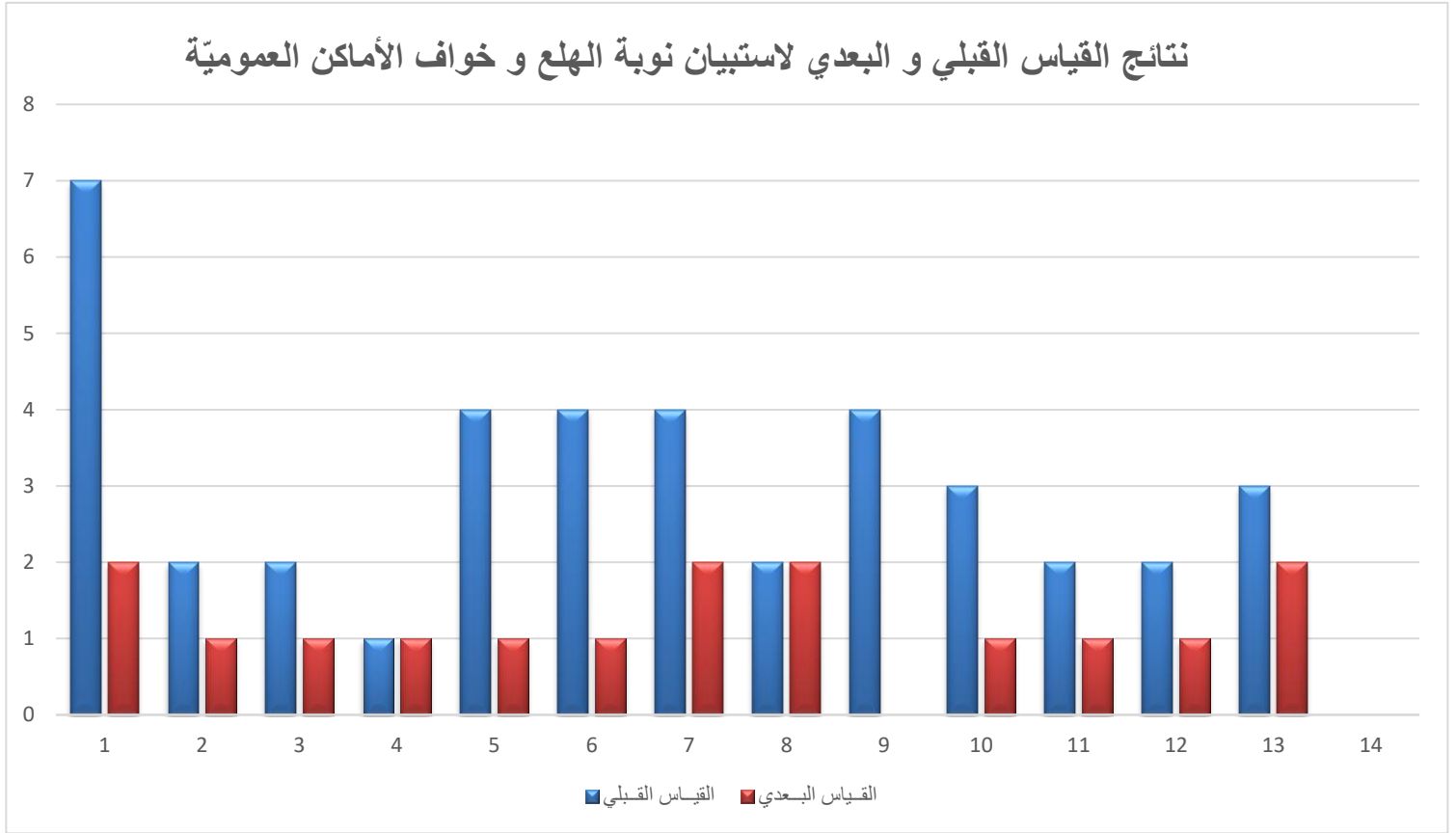
توضّح الباحثة أنّه تم تطبيق القياس القبلي والبعدي لاستبيان نوبة الهلع وخوف الأماكن العمومية وكان القياس القبلي بتاريخ: 09 فبراير 2023 أمّا القياس البعدي فكان بتاريخ: 03 ماي 2023، والنتائج المتحصل عليها موضّحة في الجدولين أدناه:

الجدول رقم (10) يوضّح نتائج القياس القبلي لاستبيان نوبة الهلع وخوف الأماكن العمومية

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

الجدول رقم (11) يوضّح نتائج القياس البعدي لاستبيان نوبة الهلع وخوف الأماكن العمومية

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



رسم بياني رقم (2) لنتائج القياس القبلي والبعدي لاستبيان نوبة الهلع وخواف الأماكن العموميّة

لاحظت الباحثة تغيّر جدّ ملحوظ عند مقارنة درجة القياس القبلي التي كانت 29 درجة بدرجة القياس البعدي التي كانت 12 درجة لاستبيان نوبة الهلع وخواف الأماكن العموميّة (المفتوحة)، وهذا ما يشير الى ما حقّقته تقنيات العلاج المعرفي السلوكي من فعاليّة في تحسّن الحالة في جميع الجوانب التي قاسها هذا الاستبيان.

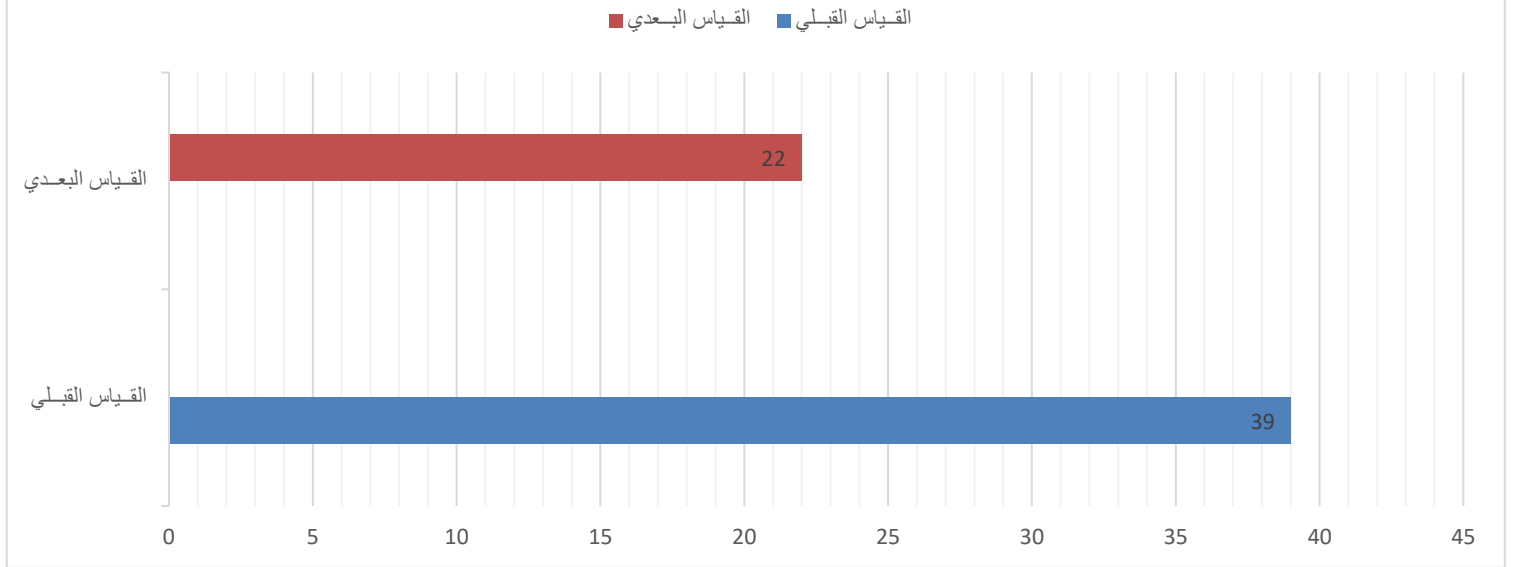
(3) نتائج مقياس القلق الصريح لتاييلور القبلي و البعدي:

طبقت الباحثة حسب التاريخ الموضَّح في الجدول مقياس تاييلور للقلق على الحالة س.ش كقياس قبلي، ثم قياس بعدي وكانت النتائج كما هو موضَّح أدناه:

الجدول رقم (12) نتائج القياس القبلي والبعدي لمقياس القلق الصريح لتاييلور

الملاحظة	تصنيف القلق	درجة القلق	
قبل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي	قلق مرتفع	39	القياس القبلي 16 فبراير 2023
بعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي	قلق متوسط	22	القياس البعدي 03 ماي 2023

مستوى القلق للقياس القبلي و البعدي لمقياس القلق الصريح لتاييلور



رسم بياني رقم (3) لمستوى القلق في القياس القبلي والبعدي لمقياس القلق الصريح لتاييلور

أشارت الباحثة من خلال المقارنة بين الدرجة المتحصل عليها في القياس القبلي حيث تحصلت الحالة على 39 درجة والقياس البعدي لمقياس القلق الصريح لتاييلور الذي كانت درجته 22 درجة الى انخفاض ملحوظ في مستوى القلق للحالة، وهذا ما يثبت تحسّن الحالة وفعاليّة العلاج المعرفي السلوكي.

III. مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

من خلال الدراسة المتمثلة في " فعالية العلاج المعرفي السلوكي في اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة " التي تهدف الى التحقق من مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة قامت الباحثة بمعالجة موضوع الدراسة من خلال الجانبين النظري والتطبيقي، وكانت تقنيات العلاج المعرفي السلوكي من استرخاء وواجبات منزلية وتعريض (تخيلي وواقعي)، هي التقنيات المستعملة على الحالة. على مدى 10 جلسات علاجية للحالة التي أثبتت المقاييس (مقياس مسح المخاوف، استبيان نوبة الهلع وخوف الأماكن العمومية ومقياس القلق الصريح) أنها تعاني من مخاوف وقلق مرتفع.

وكتذكير لما نصت عليه الفرضية الرئيسية للدراسة في أنه: "أثبت العلاج السلوكي المعرفي فعاليته في اضطراب الأماكن المغلقة" وهذه الفرضية التي انقسمت منها الفرضيات الجزئية المتمثلة في:

- ← تظهر أعراض اضطراب خواف الأماكن المغلقة على الحالة قبل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي.
- ← تكون درجة المخاوف والقلق مرتفعة قبل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي.
- ← للعلاج السلوكي المعرفي أثر في علاج اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة.

فان الحالة س.ش البالغة من العمر 23 سنة من مواليد 26 جانفي 2000، طالبة من كلية العلوم الاجتماعية بجامعة محمد بن أحمد بوهران، مقيمة بمدينة وهران، والتي كانت شكواها الرئيسية المتمثلة في معاناتها من اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة وأعراضه التي عرقلت حياتها اليومية، بحيث أن الظروف التي أدت الى ظهور هذا الاضطراب هو أن الحالة تعرضت في مراحل طفولتها الى الاغلاق عليها في أماكن مغلقة وضيقة لساعات طويلة.

وحسب نتائج الملاحظات والمقابلات العيادية فان الحالة ظهرت عليها بعض الأعراض النفسية، السلوكية والجسدية، وكتدعيم لذلك بنتائج الاختبارات النفسية للقياس القبلي لمسح المخاوف الذي كانت درجته 299 و استبيان نوبة الهلع وخوف الأماكن المفتوحة الذي كانت درجته 29، ومقياس القلق الصريح لتايلور الذي كانت درجته 39، وباستبعاد أي مرض عضوي، وأي آثار فيزيولوجية لمواد أو أدوية أخرى، فان الحالة كانت لديها أعراض رهاب الأماكن المغلقة التي تدخل ضمن الرهابات المحددة. واستنادا الى DSM-V و ICD10 فهو راجع الى الخصائص الرئيسية المتمثلة في الخوف ملحوظ أو قلق حول موقف محدد التجنب الفعال للموقف الرهابي، أو خوف شديد، تجنّب مستمر ويدوم لسنة أشهر أو أكثر، بالإضافة الى علامات الحالة الجسدية من زيادة ضربات القلب، ودوار ورجفان في الأيدي.

وللتحقّق من الفرضيّات المطروحة سابقاً، رأت الباحثة أن يكون الأسلوب العلاجي لهذه الحالة هو العلاج المعرفي السلوكي عن طريق تقنية الاسترخاء بالتنفّس العميق والواجبات المنزليّة والتعريض بنوعيه. وذلك للتقصّي عمّا إذا كان له فعاليّة في علاج هذا الاضطراب أو لا؟

فقد أسفرت نتائج الدراسة الاكلينيكيّة عن تحقّق صحّة كل من:

➤ **الفرضيّة الأولى:** تظهر أعراض اضطراب خواف الأماكن المغلقة على الحالة قبل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي، و ذلك من خلال توظيف الباحثة للملاحظة والمقابلة وبالاعتماد أيضا على الأعراض السلوكيّة، النفسيّة والجسديّة والتصريحات التي أدلت بها الحالة والتي كانت عبارة عن شكوى ذاتيّة لمعاناتها. وعليه نستخلص أنّ أعراض فوبيا الأماكن المغلقة تكون ظاهرة وواضحة لدى الحالة قبل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي وهذا ما يؤكّد صحّة الفرضيّة الأولى.

➤ **الفرضيّة الثانية:** تكون درجة المخاوف والقلق مرتفعة قبل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي وذلك اعتمادا على النتائج التي أظهرها القياس القبلي لمقياس مسح المخاوف حيث تحصلت الحالة على درجة 299، ومقياس استبيان نوبة الهلع وخواف الأماكن المفتوحة الذي كانت درجة قياسه القبلي 29 درجة ومقياس القلق الصريح لتايلور القبلي الذي كانت درجته 39 درجة. وهذا ما يؤكّد صحّة الفرضيّة الجزئيّة الثانية.

➤ **الفرضيّة الثالثة:** للعلاج المعرفي السلوكي أثر في اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة، وذلك من خلال التغيّرات الواضحة التي ظهرت على الحالة عن طريق توظيف ملاحظة سلوكيّات الحالة قبل وبعد تطبيق تقنيات العلاج المعرفي السلوكي، واعتمادا على النتائج المتحصّل عليها من القياس القبلي والبعدي ونتيجته التي بيّنت وجود تأثير إيجابي للجلسات العلاجيّة التي احتوت على تقنيّات العلاج المعرفي السلوكي من استرخاء وواجبات منزليّة وتعريض تخيلي وواقعي حيث أنّ الحالة أصبحت:

- لا تجد الحالة صعوبة في أخذ المصعد الكهربائي في أيّ مكان.
- انتظام ضربات قلب الحالة بعد تقنية التنفّس العميق وتطبيقه كواجب منزلي.
- احتوائها لانفعالاتها والسيطرة عليها.

- الشعور بالنشاط والطاقة والحيوية.
- زيادة الثقة بنفسها.
- النوم بسهولة والتخلص من اضطرابات النوم والكوابيس التي كانت تعاني منها.

و توصلت الباحثة مما سبق ذكره الى التماس غياب الأعراض الاكلينيكية التي تدل على وجود رهاب الأماكن المغلقة لدى الحالة و بالتالي تستنتج الباحثة أنه العلاج المعرفي السلوكي بالتدريب على الاسترخاء بتقنية التنفس العميق و ممارستها كواجب منزلي و التعريض للمواقف المثيرة لمخاوفها تدريجياً عن طريق التخيل و ممارستها أيضاً كواجب منزلي ثم التعريض واقعيًا له أثر في علاج اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة و هذا ما يؤكد فعالية العلاج المعرفي السلوكي المعتمد عليه في هذه الدراسة و عليه تتأكد صحة الفرضية الجزئية الثالثة.

من خلال ما سبق ذكره وكإجابة على الاشكالية الرئيسية التي تمثّلت في: هل للعلاج المعرفي السلوكي فعالية في اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة؟ توصلت الباحثة الى نتيجة مفادها أنّ للعلاج المعرفي السلوكي وخاصة باستعمال تقنيّاته المتمثلة في الاسترخاء بالتنفس العميق والواجبات المنزلية والتعرض بنوعيه: له أثر إيجابي وفعالية في علاج اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة. وبالتالي يمكن القول أنّ الفرضية الرئيسية قد تحققت وهذا ما يؤكد صحتها.

الذاتمة

لقد كانت هذه الدراسة بالنسبة لي كفرصة كبيرة أُتيحت أمامي للتقصّي عن الميدان الذي سأعمل به بعد تخرّجي انشاء الله، كما سمحت لي أن أرى العلاج المعرفي السلوكي بعين أخرى، وأختبر فعاليّته التي كالنار على العلم بنفسه، وكان ذلك من أجل الإجابة على تساؤلات تمحورت حول فعاليّة هذا العلاج في علاج اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة، هذا الاضطراب الذي يعاني منه الكثيرون في صمت رهيب خصوصاً في مجتمعنا الذي لم يعي بعد بأهميّة الأخصائي النفسي. وكانت معاناة العيّنة مع هذا الاضطراب كبيرة وقاسية لما سببه لها من عرقلة في حياتها اليوميّة وفقدان الثقة بالنفس وأعراض أخرى، لذا كان من الدوافع الأساسيّة لهذه الدراسة هو معرفة مدى فعاليّة العلاج المعرفي السلوكي بتقنيّاته من استرخاء وتعريض وواجبات منزليّة في علاج اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة، لتتّوج هذه الدراسة بالجواب النهائي الذي كان ذو دلالة على وجود فعاليّة كبيرة لهذا العلاج بأساليبه في اضطراب رهاب الأماكن المغلقة. حيث أثبتت نتائج الدراسة أنّ تأثيره جيّد على علاج هذا الاضطراب. وبالتالي تحقيق الراحة النفسيّة والجسديّة.

كما تشير الباحثة أنّ نتائج دراستها قد تكون سبباً في فتح المجال أمام غيرها من الباحثين لدراسة الموضوع قصد اثرائه وتقديم الجديد حوله، لأهميّته باعتباره اضطراب معرقل جدّاً للحياة اليوميّة، وتسبّب أعراضه معاناة نفسيّة وجسديّة.

وتختتم الباحثة دراستها بمجموعة من التوصيات والاقتراحات أهمّها:

⇐ ضرورة التوعية بهذا الاضطراب ونجاعة العلاج النفسي في علاجه، لتقوية إرادة المصابين به للتوجّه الى الأخصائيين النفسيين طلباً للمساعدة.

⇐ ضرورة اجراء دورات تدريبيّة لطلبة علم النفس العيادي في تقنيّات العلاج المعرفي السلوكي.

⇐ تخصيص ورشات في الجامعة لطلبة علم النفس لتطبيق تقنيّات العلاج المعرفي السلوكي.

⇐ اجراء دراسات معمّمة حول اضطراب فوبيا الأماكن المغلقة وفعاليّة الأساليب العلاجية المعرفية السلوكيّة في علاجه.



قائمة المراجع

1. قائمة المراجع باللغة العربية

1. أحمد محمد عبد الخالق، (2000)، *استخبارات الشخصية*، الطبعة الثالثة، دار المعرفة الجامعية، مصر.
2. إبراهيم ابراش، (2009)، *المنهج العلمي وتطبيقاته في العلوم الاجتماعية*، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الاردن
3. ايزاك م. ماركس، (1999)، *التعايش مع الخوف فهم القلق ومكافحته*، (تر: محمد عثمان نجاتي)، الطبعة الأولى، دار الشروق، بيروت، (1978).
4. أنور الحمادي، (2014)، *خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية*، الدار العربية للعلوم ناشرون، بيروت.
5. Ann M. Kring, Sheri L. Johnson, John M. Neale, Gerald C. Davison (2016)، *علم النفس المرضي*، (تر: أمثال هادي الحويلة وآخرون) الطبعة الثانية عشر، مكتبة الانجلو المصرية، مصر.
6. أديب محمد الخالدي، (2015)، *علم النفس الاكلينيكي في التدخل العلاجي*، الطبعة الأولى، دار الميسرة الأردن.
7. إبراهيم سالم الصيخان، (2010)، *الاضطرابات النفسية والعقلية (الأسباب والعلاج)*، الطبعة الأولى دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
8. أحمد عكاشة، (بدون سنة)، *الطب النفسي المعاصر*، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
9. بطرس حافظ بطرس، (2010)، *المشكلات النفسية وعلاجها*، الطبعة الثانية، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
10. بن شيخ رزقية، (2018-2019)، *مطبوعة محاضرات في العلاجات السلوكية المعرفية*، جامعة 8 ماي 1945، قالمة، الجزائر.
11. بيرني كورين وبيتر رودل وستيفين بالمر، (2008)، *العلاج المعرفي السلوكي المختصر*، (تر: محمود عيد مصطفى)، دار ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، مصر.
12. تيسير حسون، (2004)، *مرجع سريع الى المعايير التشخيصية من الدليل التشخيصي والاحصائي المعدل للأمراض العقلية الرابع*، دمشق.
13. تيموثي ج. ترول، (2006)، *علم النفس الاكلينيكي*، (تر: فوزي شاكرا طعيمة داود)، دار الشروق للنشر والتوزيع، مصر، (2005).

قائمة المراجع

14. توفيق عبد الله سلوم، (2022)، *دليل مناهج البحث في علم النفس*، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، بيروت، لبنان.
15. جوزيف أوكونور، (2008)، *حرر نفسك من الخوف التغلب على القلق والغاؤه من الحياة اليومية*، (تر: سهى نزيه كركي)، الطبعة الثانية، الرياض، العبيكان للنشر، (2005).
16. حامد بن أحمد ضيف الله الغامدي، (2013)، *فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق*، الطبعة الأولى، دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر، مصر.
17. حسين فاتح حسين، (2013)، *علم النفس المرضي والعلاج النفسي*، الطبعة الأولى، مركز دبيونو لتعليم التفكير، الأردن.
18. حسين على فايد، (2005)، *العلاج النفسي*، الطبعة الأولى، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
19. دينا جورج مفتاح، (2015)، *روشتة الفوبيا- المخاوف النفسية-*، الطبعة الأولى، مطابع النوبار-العبور مصر.
20. زينب محمود شقير، (2002)، *علم النفس العيادي (الكلينيكي): التشخيص النفسي، العلاج النفسي، الارشاد النفسي*، الطبعة الثانية، مكتبة النهضة المصرية، مصر.
21. سايل ح و، (2020)، *العلاج السلوكي المعرفي محاضرات موجهة لطلبة السنة الثالثة علم النفس العيادي جامعة الجزائر*، قسم علم النفس.
22. سيريل بوفيه، (2019)، *مدخل الى العلاجات السلوكية المعرفية*، (تر: بوزيان فرحات)، دار المجدد للنشر والتوزيع، الجزائر.
23. السيد فهمي علي، (2010)، *العلاج النفسي تقنياته- وسائله- طرقه*، دار الجامعة الجديدة، مصر.
24. شاهين عبد الستار رسلان، (2013)، *الاسترخاء مفتاح الصحة النفسية*، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، مصر.
25. شعبان أحمد فضل، (2008)، *العلاج المعرفي السلوكي الاستراتيجيات والتقنيات*، الطبعة الأولى، دار الكتب الوطنية، ليبيا.
26. صموئيل حبي، (1989)، *الخوف*، الطبعة الأولى، دار الثقافة، القاهرة، مصر.
27. طارق كمال وعبد المنعم الميلادي، (2014)، *الأمراض والصحة النفسية الوقاية والعلاج*، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، مصر.

قائمة المراجع

28. عادل عبد الله محمد، (2000)، *العلاج المعرفي السلوكي- أسس وتطبيقات* -، دار الرشد للنشر والتوزيع المملكة العربية السعودية.
29. عادل شكري محمد كريم، (2015)، *اضطرابات الخوف من المخاوف الشاذة*، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، مصر.
30. عبد الفتاح محمد دويدار، (1999)، *مناهج البحث في علم النفس*، الطبعة الثانية، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، مصر.
31. عبد الله يوسف أبو زعيزع، (2010)، *مبادئ العلاج النفسي*، الطبعة الأولى، دار جليس الزمان للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
32. عبد الرحمن محمد العيسوي، (1992)، *علم النفس الاكلينيكي*، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر.
33. عباس أسماء، (بدون سنة)، *العلاجات المعرفية السلوكية-محاضرة رقم 05 تقنيات العلاج المعرفي السلوكي*، جامعة تلمسان، الجزائر.
34. فاطمة عبد الرحيم النوايسة، (2013)، *أساسيات علم النفس*، مكتبة لسان العرب، المملكة العربية السعودية.
35. F.I Kass. J.M Oldham und H. Pardas ، (2009) ، *في الطب النفسي و علم النفس الاكلينيكي*، (تر : سامر جميل رضوان) ، الطبعة الأولى، دار الكتاب الجامعي، غزة-فلسطين.
36. فكري لطيف متولي، (2016)، *دراسة الحالة في علم النفس*، الطبعة الأولى، مكتبة الرشد ناشرون الرياض.
37. فيصل محمد خير الزراد، (2005)، *العلاج النفسي السلوكي لحالات القلق والتوتر النفسي والوسواس القهري بطريقة الكف بالنقيض*، الطبعة الأولى، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان.
38. قاسم حسين صالح، (2015)، *الاضطرابات النفسية والعقلية- نظرياتها، أسبابها، طرائق علاجها*- الطبعة الأولى، دار دجلة ناشرون وموزعون، الأردن.
39. لطفي الشربيني، (2016)، *فوبيا- قراءة في سيكولوجية الخوف* -، الطبعة الأولى، دار العلم والايمان للنشر والتوزيع، مصر.

قائمة المراجع

40. ليلي يوسف كريم المرسومي، (2011)، *فاعلية برنامج سلوكي في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي*، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر.
41. مارثا ديفيز واليزابيث ايشيلمان و د. ماثيو ماکاي، (بدون سنة)، *تدريبات الاسترخاء والتحرر من التوتر*، (تر: معن عبد الباري قاسم صالح)، مكتبة جرير، الرياض.
42. مايكل نينا وويندي درايدن، (بدون سنة)، *العلاج المعرفي السلوكي- 100 نقطة أساسية وتكنيك* - (تر: عبد الجواد خليفة أبو زيد)، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
43. محمد حسن غانم، (2006)، *الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية*، الطبعة الأولى، مكتبة الانجلو المصرية، مصر.
44. محمد السيد عبد الرحمن ومحمد محروس الشناوي، (1998)، *العلاج السلوكي الحديث اسسه وتطبيقاته*، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
45. منظمة الصحة العالمية، (1999)، *المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية: الأوصاف السريرية (الكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية*، (تر: أحمد عكاشة)، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، (1992).
46. Neil Rector، (2021)، *العلاج المعرفي السلوكي*، (تر: فرحات بوزيان)، جامعة الجزائر 02، الجزائر.
47. نادية شرادي، (بدون سنة)، *المنهج العيادي*، جامعة سعد دحلب، البليدة، الجزائر.
48. هناء إبراهيم صندقلي، (2016)، *اضطراب أم مرض نفسي؟*، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية بيروت، لبنان.
49. هوفمان اس جي، (2012)، *العلاج المعرفي السلوكي المعاصر (الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية)*، (تر: مراد علي عيسى)، الطبعة الأولى، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
50. يحيى يحيى حسينة، (2019-2020)، *محاضرات في وحدة العلاجات المعرفية السلوكية موجهة لطلبة سنة ثالثة علم النفس*، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، الجزائر.

2. المجلات والرسائل والمذكرات:

المجلات:

51. عشاشة حنان وبلميهور كلثوم، (2020-12-01)، *فعالية برنامج معرفي سلوكي في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسيدا*، مجلة دراسات نفسية، المجلد 11، العدد 01، الجزائر.
52. قطب عبده خليل حنور، (أكتوبر 2016)، *فعالية العلاج السلوكي وعلاج ما وراء المعرفي في تخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة*، المجلة التربوية، العدد السادس والأربعون مصر.

الرسائل والمذكرات:

53. بلغالم محمد، (2017)، *بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي لخفض نوبات الهلع عند المصابين بفوبيا الأماكن المفتوحة*، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه ل م د تخصص تقنيات وتطبيقات العلاج النفسي، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر.
54. بوسبسي أمال، (2018)، *فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تخفيف قلق الموت لدى مرضى السرطان*، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، جامعة العربي بن مهيدي، ام البواقي الجزائر.
55. خلفه عماد الدين، (2023)، *أثر برنامج تدريبي بالاسترخاء العضلي على التخفيف من التوتر والضغط النفسي لدى عدائي المسافات النصف طويلة صنف اقل من 17 سنة*، أطروحة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في ميدان علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية تخصص التحضير النفسي الرياضي جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.
56. ماكور طيب، (2003)، *الخوف من الأماكن المغلقة (الكلوستروفوبيا) لدى المرضى الربويين*، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر، الجزائر.

3. المراجع الأجنبية:

57. American Psychiatric Association, (2012-2013), *DSM-5 Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux*, 5^e édition, Elsevier Masson SAS, Cedex, France.
58. Brenda Kay Wiederhold, Stéphane Bouchard, (October 2014), *Claustrophobia : Efficacy and Treatment Protocols*,
https://www.researchgate.net/publication/312809834_Claustrophobia_Efficacy_and_Treatment_Protocols.
59. Christy Vadakkan, Waquar Siddiqui, (08/02/2023), *Claustrophobia*,
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542327/>.
60. Jean Cottraux, (2011), *Les psychothérapies comportementales et cognitives*, 5^e édition revue et augmentée, Elsevier Masson SAS, Cedex, France.
61. Judith S. Beck, (2011), *Cognitive behavior therapy- Basics and Beyond-*, second edition, The Guilford Press, London.
62. Mind for better mental health,(2017) ,*Understanding phobias*,mind.otg.uk.
63. Mind for better mental health,(2021) , *phobias*.

الملاحق

الملحق رقم -1-

اختبار قائمة مسح المخاوف لجوزيف ولبيه، بيتر لانج: Fear Survey Schedule (FSS-III)

اعداد: جوزيف ولبيه وبيتر لانج

ترجمة: أحمد عبد الخالق

طريقة الإجابة على المقياس وتصحيحه:

يقوم المفحوص بالإجابة باختيار احدى البدائل المناسبة له من أمام كل بند خلال (20) دقيقة، ثم يتم استخراج الدرجة الكلية وفقا للمعادلة التالية:

وزن البند x تكرارات الإجابة على هذا الوزن = ناتج هذا البند

مثال: أمل أجابت بصفر على 15 بند، وبالتالي ناتج هذا البند =

$$\text{صفر} \times 15 = \text{صفر}$$

الاسم: المهنة:

الجنس: العمر:

فيما يلي قائمة لبعض المواقف والخبرات والأشياء التي يمكن أن تسبب الخوف أو غيره من الأحاسيس غير السارة المتصلة به، اقرأ كل فقرة وقرّر الى أي حد تسبب لك الضيق، ثم ضع دائرة حول الرقم المناسب تبعا للمقياس التالي:

صفر	لا مطلقا
1	قليلا
2	متوسط
3	كثيرا
4	كثيرا جدًا

الملاحق

م	العبارة	لا مطلقا	قليلًا	متوسط	كثيرًا	كثيرًا جدا
1	الضوضاء الناتجة عن آلات تنظيف السجاد	صفر	1	2	3	4
2	الجروح المفتوحة	صفر	1	2	3	4
3	الوحدة	صفر	1	2	3	4
4	الأصوات المرتفعة	صفر	1	2	3	4
5	الموتى	صفر	1	2	3	4
6	التحدث أمام الجمهور	صفر	1	2	3	4
7	عبور الشوارع	صفر	1	2	3	4
8	الأشخاص الذين يبدو عليهم الجنون	صفر	1	2	3	4
9	وجودك في مكان غريب	صفر	1	2	3	4
10	السقوط (الوقوع)	صفر	1	2	3	4
11	السيارات	صفر	1	2	3	4
12	أن يغيظك أحد الأشخاص	صفر	1	2	3	4
13	أطباء الأسنان	صفر	1	2	3	4
14	الرعذ	صفر	1	2	3	4
15	صفارات الإنذار أو صفارات السيارات (الكلاكس العالي)	صفر	1	2	3	4
16	الفشل	صفر	1	2	3	4
17	دخول حجرة يجلس فيها أشخاص آخرون	صفر	1	2	3	4
18	الأمكان المرتفعة عن الأرض	صفر	1	2	3	4
19	أن تطل من المباني المرتفعة	صفر	1	2	3	4
20	الديدان	صفر	1	2	3	4
21	الكائنات الحية (كالأشباح والعماريات)	صفر	1	2	3	4
22	أن تأخذ حقنة (إبرة)	صفر	1	2	3	4
23	الأشخاص الغرباء (الأجانب)	صفر	1	2	3	4

الملاحق

م	العبارة	لا مطلقا	قليلًا	متوسط	كثيرًا	كثيرًا جدا
24	الخفافيش	صفر	1	2	3	4
25	رحلة بالقطار	صفر	1	2	3	4
26	الشعور بالغضب	صفر	1	2	3	4
27	الأشخاص في مركز السلطة	صفر	1	2	3	4
28	الحشرات الطائرة	صفر	1	2	3	4
29	رؤية شخص يأخذ حقنة	صفر	1	2	3	4
30	الضوضاء المفاجئة	صفر	1	2	3	4
31	رحلة بالسيارة	صفر	1	2	3	4
32	الطقس (الجو) الرديء	صفر	1	2	3	4
33	الزحام	صفر	1	2	3	4
34	القطط	صفر	1	2	3	4
35	شخص يستخدم قوته لإيذاء الضعفاء	صفر	1	2	3	4
36	أشخاص تبدو عليهم القسوة	صفر	1	2	3	4
37	الطيور	صفر	1	2	3	4
38	منظر المياه العميقة	صفر	1	2	3	4
39	أن يراقبك أحد اثناء عملك	صفر	1	2	3	4
40	الحيوانات الميتة	صفر	1	2	3	4
41	الأسلحة	صفر	1	2	3	4
42	القدارة	صفر	1	2	3	4
43	رحلة بالأوتوبيس	صفر	1	2	3	4
44	الحشرات الزاحفة	صفر	1	2	3	4
45	أن ترى مشجرة (خناقة)	صفر	1	2	3	4
46	أشخاص منظرهم قبيح	صفر	1	2	3	4

الملاحق

م	العبارة	لا مطلقا	قليلًا	متوسط	كثيرًا	كثيرًا جدا
47	النار	صفر	1	2	3	4
48	المرضى	صفر	1	2	3	4
49	التعرض للنقد	صفر	1	2	3	4
50	الأشكال الغريبة (الغير مألوفة)	صفر	1	2	3	4
51	أن يلمسك الآخرون	صفر	1	2	3	4
52	أن تكون داخل مصعد (أسانسير)	صفر	1	2	3	4
53	مشاهدة عملية جراحية	صفر	1	2	3	4
54	الأشخاص الغاضبون	صفر	1	2	3	4
55	الجرذان أو الفئران	صفر	1	2	3	4
56	دم الانسان	صفر	1	2	3	4
57	دم الحيوان	صفر	1	2	3	4
58	رحيل الأصدقاء أو الافتراق عنهم	صفر	1	2	3	4
59	الأمكان المغلقة	صفر	1	2	3	4
60	أن تتوقع عملية جراحية	صفر	1	2	3	4
61	الشعور بإهمال الآخرين لك	صفر	1	2	3	4
62	رحلة بالطائرة	صفر	1	2	3	4
63	رائحة الدواء	صفر	1	2	3	4
64	الشعور بعدم تقبل الآخرين لك	صفر	1	2	3	4
65	الثعابين غير الضارة	صفر	1	2	3	4
66	المقابر (المدافن)	صفر	1	2	3	4
67	أن يتجاهلك الآخرون	صفر	1	2	3	4
68	الظلام	صفر	1	2	3	4
69	سرعة ضربات القلب واضطرابها	صفر	1	2	3	4

الملاحق

م	العبارة	لا مطلقا	قليلًا	متوسط	كثيرًا	كثيرًا جدا
70	الرجال العراقيا	صفر	1	2	3	4
71	النساء العاريات	صفر	1	2	3	4
72	البرق	صفر	1	2	3	4
73	الأطباء	صفر	1	2	3	4
74	الشخص الكسيح أو المشوه	صفر	1	2	3	4
75	أن تصدر عنك غلطة	صفر	1	2	3	4
76	أن تبدو غيبيا	صفر	1	2	3	4
77	أن تفقد السيطرة على نفسك	صفر	1	2	3	4
78	الاعماء	صفر	1	2	3	4
79	أن تصاب بالغثيان (غممان النفس)	صفر	1	2	3	4
80	العنكبوت الغير ضار	صفر	1	2	3	4
81	أن تكون مسؤولا عن اتخاذ القرارات	صفر	1	2	3	4
82	منظر السكاكين أو الأشياء الحادة	صفر	1	2	3	4
83	التفكير في أن تكون مريضا عقليا	صفر	1	2	3	4
84	الإجابة عن الاختبارات التحريرية	صفر	1	2	3	4
85	أن توجد مع شخص من الجنس الآخر	صفر	1	2	3	4
86	الأماكن الطلقة الواسعة	صفر	1	2	3	4
87	الكلاب	صفر	1	2	3	4
88	الجراثيم	صفر	1	2	3	4
89	أن يشاهدك أحد عاريا	صفر	1	2	3	4
90	تناول الدواء	صفر	1	2	3	4
91	أن تثار جنسيا	صفر	1	2	3	4
92	أن يعاقبك الله	صفر	1	2	3	4

الملاحق

م	العبارة	لا مطلقا	قليلًا	متوسط	كثيرًا	كثيرًا جدا
93	التفكير في احتمال أن تكون شاذًا	صفر	1	2	3	4
94	ارتداء ملابس لا تليق بالمناسبة	صفر	1	2	3	4
95	الوزراء أو رجال الدين	صفر	1	2	3	4
96	جرح شعور الآخرين	صفر	1	2	3	4
97	التقيل	صفر	1	2	3	4
98	دافن الموتى (الحانوتي)	صفر	1	2	3	4
99	البوليس	صفر	1	2	3	4
100	الأسمك	صفر	1	2	3	4
101	الاستمئاء (العادة السرية)	صفر	1	2	3	4
102	ترك المنزل (الرحيل)	صفر	1	2	3	4
103	الفحص الطبي	صفر	1	2	3	4
104	الزواج	صفر	1	2	3	4
105	مبيدات الحشرات	صفر	1	2	3	4
106	القيء	صفر	1	2	3	4
107	تحمل المسؤولية	صفر	1	2	3	4
108	المستشفيات	صفر	1	2	3	4

الملحق رقم -2-

استبيان نوبة الهلع (الرعب) وخواف الأماكن العمومية لبندلو 1995 B. Bandelow:

قد تمّت ترجمة هذا المقياس الى لغات عديدة ومن بينها اللغة الفرنسيّة، قام الباحث بلغالم (2017) بترجمة المقياس من اللغة الفرنسيّة الى اللغة العربيّة وقام بالتأكد من الصدق والثبات، وتحصّل الباحث على صدق نسبته، %94 حيث يعتبر هذا التقدير مرتفع جدًا في صدق المحكمين.

تصحيح المقياس:

لقد وضع بندلو B. Bandelow سنة 1995 مدرّجاً خماسياً أمام كل بند من بنود المقياس و هي تمثّل فقرات تقيس من 0 الى 4، هي فقرات تقيس المدى و الشدّة و المدّة و عدد الظهور و التوقّع و الأهميّة و الصعوبة... الخ، ما عدى البند الأول الذي يمثّل مجموعة من أعراض الهلع و هي 14 عرض و ذلك من أجل إقرار استمرار الاختبار من عدمه بحيث يستمر تطبيق الاختبار اذا تحصّلت الحالة على أكثر من أربعة أعراض، و البند السابع الذي يمثّل مجموعة من الأماكن المفتوحة التي تتجنّبها الحالة و هي 24 مكان زائد ثلاث خانات فارغة و يستمر تطبيق الاختبار اذا تحصّل الاختبار لأكثر من موقفين من المواقف المذكورة و هذين البندين محدّدين فقط لاستمرار تقديم المقياس أو التوقّف عن تقديمه. ولا يدخلان في التنقيط، وحساب أعلى درجة للمقياس هي 48 وأقل درجة هي 0.

الاستبيان:

البيانات الأولية:

التاريخ:

الاسم:

السن:

الجنس:

المستوى الدراسي:

المهنة:

*أذكر التخصص إذا كان طالب جامعي:

الوضعية العائلية: أعزب (عزباء) متزوج (ة)
 أب (أم) لأطفال مطلق (ة)

*ملاحظة: المعلومات التي يحتويها هذا الاستبيان (الاختبار) تستخدم لأغراض البحث العلمي وهي في غاية السرية وفي مأمن، نرجو من المشاركين التمعّن في الإجابة عن الأسئلة.

هذا الاستبيان موجّه الى الأشخاص الذين يعانون من نوبة الهلع (الرعب) مع خواف الأماكن العمومية قم بتقييم شدة أعراضك خلال الأسابيع الأخيرة.

تعرف نوبة الهلع (الرعب) على أنّها حالة مفاجئة من القلق والخوف وتكون مصحوبة بالأعراض التالية:
ضع علامة X في الخانة المناسبة:

() - زيادة ضربات ودقات القلب

() - الارتجاف والارتعاش

() - جفاف الفم

() - صعوبة في التنفس

() - الإحساس بالاختناق

() - آلام في الصدر

() - الشعور بالتقيؤ

() - الشعور بالدوار

() - الشعور بأن ما يحدث غير حقيقي

() - الخوف من فقدان التحكم بالذات

() - ارتفاع درجة الحرارة

() - تخدر الأطراف وتنملها

نوبة الهلع (الرعب) تتنامى وتظهر فجأة وترتفع شدتها في حدود 10 دقائق.

أ.1. خلال الأسابيع الأخيرة كم حدثت لك من نوبة؟

(0) لم تحدث لي أي نوبة في الأسبوع الأخير () (1) نوبة واحدة في الأسبوع الأخير ()

(2) 2 الى 3 نوبات في الأسبوع الأخير () (3) 4 الى 6 نوبات في الأسبوع الأخير ()

(4) أكثر من 6 نوبات في الأسبوع الأخير ()

أ.2. ماهي درجة أو شدة النوبة خلال الأسبوع الأخير

- (0) لا توجد أي نوبة ()
(1) خفيفة ()
(2) متوسطة ()
(3) قوية ()
(4) قوية جدا ()

أ.3. كم بقيت مدة النوبة؟

- (0) لا توجد أي نوبة ()
(1) من 1 الى 10 دقائق ()
(2) من 10 الى 30 دقيقة ()
(3) من 30 دقيقة الى 1- ساعة ()
(4) ساعة فأكثر ()

أ.4. هل جميع النوبات كنت تتوقع حدوثها (حدثت في مواقف تخيفك) أو غير متوقعة (عفوية)؟

- (0) لا توجد نوبة هلع ()
(1) تقريبا غير متوقع ()
(2) غير متوقع أكثر منها متوقعا ()
(3) متوقع أكثر منه غير متوقع ()
(4) تقريبا متوقع ()

ب.1. خلال الأسبوع الأخير، هل تجنببت بعض المواقف خوفا من وقوع نوبة أخرى أو الشعور بالقلق وعدم الارتياح؟

- (0) لا يوجد أي تجنب ()
(1) قليلا ما اتجنب المواقف المخيفة والمقلقة ()
(2) أتجنب بالصدفة للمواقف المخيفة والمقلقة ()
(3) تجنب متكرر للمواقف المخيفة والمقلقة ()
(4) تجنب جد متكرر للمواقف المخيفة والمقلقة ()

الملاحق

ب.2. ضع علامة X في الموقف الذي تتجنبه منذ بدء نوبة الهلع أو الإحساس بعدم الراحة والانزعاج خاصة عندما تكون بمفردك وبدون أي مرافق؟

1. () الطائرة
2. () مترو
3. () الحافلة
4. () القطار
5. () الباخرة
6. () المسرح
7. () السوق
8. () في سلسلة الانتظار
9. () ملعب، قاعة مغلقة
10. () سهر، (عرس)، تجمع
11. () الجماهير
12. () مطعم
13. () متحف
14. () المصعد
15. () مجال مغلق (نفق، ممر أرضي)
16. () قسم، مدرج
17. () قيادة سيارة، الركوب فيها
18. () قاعة كبيرة أو مسلك
19. () التجول في الشوارع
20. () الحقول، الأزقة الواسعة، ساحات المنازل
21. () الساحات الكبرى
22. () المرور على القناطر، الجسور
23. () السفر
24. () البقاء بمفردك في المنزل
25. () وضعيات أخرى أذكرها:
26.
27.

ب.3. هل تجنب هذه المواقف مهم بالنسبة لك؟

(0) ليست لديها أي أهمية أو لا يوجد لدي خوف ()

(1) ليست لديها أهمية () (2) نوعا ما مهمة ()

(3) مهمة () (4) مهمة جدا ()

ج.1. خلال الأسبوع الأخير هل خشيت حدوث نوبة هلع (الخوف من بشعور مرعب)؟

- (0) لا يوجد خوف () (1) خوف بالصدفة من وقوع نوبة هلع ()
(2) أحيانا أخاف من وقوع نوبة الهلع () (3) خوف متكرر من وقوع نوبة هلع ()
(4) الخوف من وقوع نوبة هلع معظم الوقت ()

ج.2. ما مدى خوفك من أن تشعر بالرعب؟

- (0) لا يوجد () (1) خفيف ()
(2) متوسط () (3) قوي ()
(4) قوي جدا ()

د.1. في الأسبوع الأخير هل نوبات الهلع لديك أو خوفك من أحد الأماكن العمومية سبب لك مشكلا أو عائقا في علاقتك مع العائلة (الزوجة، الأطفال.....الخ)؟

- (0) لا توجد أي مشكلة أو صعوبة () (1) مشكال بسيطة ()
(2) مشاكل متوسطة () (3) مشاكل ظاهرة ()
(4) مشاكل كثيرة وخطيرة ()

هـ.1. في الأسبوع الأخير، هل شعرت بالخوف أو المعاناة من اعراض القلق أو من حدوث نوبة قلبية أو فقدان التحكم أو الاغماء أو الإصابة بجروح؟

- (0) هذه ليست حقيقة () (1) معظمها ليست بحقيقة ()
(2) جزء منها حقيقة () (3) معظمها حقيقة ()
(4) هذه حقيقة مطلقة ()

هـ.2. هل تفكر أحيانا أن طبيبك خاطئ في تشخيصه لأعراضك كزيادة ضربات القلب وزيادة التنفس.....بأنها ذات سبب نفسي؟

- (0) هذه ليست حقيقة ()
- (1) معظمها ليست بحقيقة ()
- (2) جزء منها حقيقة ()
- (3) معظمها حقيقة ()
- (4) هذه حقيقة مطلقة بل بالعكس هو مرض جسدي ()

الملحق رقم -3-

مقياس تايلور للقلق الصريح

من اعداد "جانيت تايلور" وقد قام كل من أحمد عبد الخالق، وعادل شكري، وعبد الفتاح دويدار بترجمة المقياس الى العربية ولها معاملات ثبات وصدق مرتفعة.

طريقة التصحيح:

(نعم) تأخذ درجة واحدة، (لا) تأخذ صفر

والعبارات العكسية، (نعم) تأخذ صفر، (لا) تأخذ درجة واحدة.

ثم يتم جمع الدرجات وتصنف وفقا للجدول التالي:

قلق منخفض جدا	صفر — 16
قلق منخفض (طبيعي)	17 — 19
قلق متوسط	20 — 24
قلق فوق المتوسط	25 — 29
قلق مرتفع	30 فما فوق

الملاحق

مقياس تايلور للقلق الصريح

ضع علامة (x) أمام الإجابة التي تنطبق عليك (نعم / لا)

أجب على كل الأسئلة من فضلك...

م	العبارة	نعم	لا
1	نومي مضطرب ومتقطع	نعم	لا
2	مرت بي أوقات لم أستطع خلالها النوم بسبب القلق	نعم	لا
3	مخاوفي قليلة جدا بالمقارنة بأصدقائي	نعم	لا
4	أعتقد أنني أكثر عصبية من معظم الناس	نعم	لا
5	تنتابني أحلام مزعجة (أو كوابيس) كل عدة ليالي	نعم	لا
6	لدي متاعب أحيانا في معدتي	نعم	لا
7	غالبا ما ألاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام بعمل ما	نعم	لا
8	أعاني أحيانا من نوبات اسهال	نعم	لا
9	تثير قلقي أمور العمل والعمال	نعم	لا
10	تصيبني نوبات من الغثيان (غمامات النفس)	نعم	لا
11	كثيرا ما أخشى أن يحمر وجهي خجلا	نعم	لا
12	أشعر بجوع في كل الأوقات تقريبا	نعم	لا
13	أثق في نفسي كثيرا	نعم	لا
14	أتعب بسرعة	نعم	لا
15	يجعلني الانتظار عصبيا	نعم	لا
16	أشعر بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر علي	نعم	لا
17	عادة ما أكون هادئا	نعم	لا
18	تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلا في مقعدي	نعم	لا

الملاحق

م	العبارة	نعم	لا
19	لا أشعر بالسعادة معظم الوقت	نعم	لا
20	من السهل أن أركز ذهني في عمل ما	نعم	لا
21	أشعر بالقلق على شيء ما، أو شخص ما، طوال الوقت تقريبا	نعم	لا
22	لا أتهيب الأزمات والشدائد	نعم	لا
23	أود أن أصبح سعيدا كما يبدو الآخرين	نعم	لا
24	كثيرا ما أجد نفسي قلقا على شيء ما	نعم	لا
25	أشعر أحيانا وبشكل مؤكد أنه لا فائدة لي	نعم	لا
26	أشعر أحيانا أنني أتمزق	نعم	لا
27	أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة	نعم	لا
28	الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات	نعم	لا
29	لا يقلقتني ما يحتمل أن أقابله من سوء حظ	نعم	لا
30	انني حساس بدرجة غير عادية	نعم	لا
31	لاحظت أن قلبي يخفق بشدة وأحيانا تنهيج نفسي	نعم	لا
32	لا أبكي بسهولة	نعم	لا
33	خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون ايدائي	نعم	لا
34	لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثرا شديدا	نعم	لا
35	كثيرا ما أصاب بصداع	نعم	لا
36	لا بد أن أعترف بأنني شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها	نعم	لا
37	لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد	نعم	لا
38	لا أرتبك بسهولة	نعم	لا
39	أعتقد أحيانا أنني لا أصلح بالمرّة	نعم	لا
40	أنا شخص متوتر جدا	نعم	لا

الملاحق

م	العبارة	نعم	لا
41	أرتبك أحيانا بدرجة تجعل العرق يتساقط مني بصورة تضايقتني جدا	نعم	لا
42	يحمر وجهي خجلا بدرجة أكبر عندما أتحدث للآخرين	نعم	لا
43	أنا أكثر حساسية من غالبية الناس	نعم	لا
44	مرت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التغلب عليها	نعم	لا
45	أكون متوترا للغاية أثناء القيام بعمل ما	نعم	لا
46	يدي وقدماي باردتان في العادة	نعم	لا
47	أحيانا أحلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسني	نعم	لا
48	لا تتقضي الثقة بالنفس	نعم	لا
49	أصاب أحيانا بالإمساك	نعم	لا
50	لا يحمر وجهي أبدا من الخجل		

الاسم
الدرجة
التصنيف

