



جامعة وهران 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس و الارطفونيا

تخصص علاجات نفسية

مذكرة لنيل شهادة الماستر تحت عنوان :

فعالية العلاج المعرفي السلوكي

في التخفيف من حدة اضطراب الهلع لدى الراشد

- دراسة عيادية لحالة واحدة -

إشراف الأستاذة:

طالب سوسن

من إعداد الطالبة:

عوائل ميمونة

لجنة المناقشة

رئيسا	جامعة وهران 2	أستاذ التعليم العالي	أ.
مقررا ومشرفا	جامعة وهران 2	أستاذ التعليم العالي	أ.
مناقشا	جامعة وهران 2	أستاذ التعليم العالي	أ.

السنة الجامعية: 2017 – 2018

الإهداء

إلى كل من يؤمن بان العلم سلاح نواجه به الجهلاء.

إلى التي باركتني بدعائها وغمرتني بحبها وحنانها الغالية...أمي (ماتي) حفظها
الله تعالى وبارك بعمرها.

إلى الذي تعب لارتاح وكافح لأنال أبي الغالي الحنون سندي حبيبي حفظه
الله ورعاه وبارك بعمره.

إلى إخواني وأخواتي حفظهم الله ورعاهم

إلى قدوتي وأختي وسر نجاحي فاطمة.

إلى زملائي.... رفقاء الدراسة... أصدقائي كل باسمه.

إلى من يسعون لتخفيف معاناة الآخرين , إلى كل أخصائي نفسي

كلمة شكر

نشكر الله سبحانه وتعالى على فضله في إتمام هذا البحث ولولا فضل الله
ما كنا لنتمه

أتقدم بالشكر الجزيل وفائق التقدير والاحترام إلى الأستاذة المشرفة "طالب
سوسن" التي تابعتني طوال فترة إعداد هذه المذكرة وأفادتني بالأفكار
والنصائح وملاحظاتها وتوجيهاتها القيمة.

كما أتقدم بالشكر إلى الأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة على قبولهم
مناقشة هذا العمل.

والشكر والتقدير إلى كل أساتذة قسم علم النفس والارطوفونيا.

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة عن الكشف على اضطراب الهلع لدى الراشد, وإمكانية وجود فاعلية للعلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة هذا الاضطراب.

حيث انطلقنا من الإشكالية التالية:

- هل للعلاج المعرفي السلوكي فاعلية في التخفيف من حدة اضطراب الهلع لدى الراشد وكحل لهذه الإشكالية المطروحة استخلصنا الفرضية التالية: للعلاج المعرفي السلوكي فاعلية في التخفيف من حدة اضطراب الهلع لدى الراشد.

وبإتباعنا في هذه الدراسة على المنهج العيادي والذي يعتمد بدوره على المقابلة العيادية والملاحظة العيادية والاستعانة بوسيلتين هامتين هما: سلم هاملتون لتقدير القلق وشبكة الملاحظة الذاتية لنوبات الهلع (GAAP)

مع تدعيمه بالدليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض العقلية الخامس DSM5

شخصت الحالة على أنها تعاني من اضطراب الهلع.

وبناء على هذا استخدمنا أهم التقنيات السلوكية والمعرفية التي تخدم حالتنا, فأسفرت نتائج دراستنا على التالي:

1-تسجيل انخفاض ملحوظ في ما يخص النتائج المحصل عليها حسب شبكة الملاحظة الذاتية حيث قدر الفرق ب 49 درجة مقارنة بين القياس القبلي والقياس البعدي, كما تم هناك تقلص فيما يخص عدد تكرار النوبة, حيث انتابتها نوبة واحدة بينما كانت في القياس القبلي تتكرر طيلة أيام الأسبوع.

2-يوجد فرق كبير بين القياسين(القبلي والبعدي) فيما يخص سلم هاملتون لتقدير القلق حيث لاحظنا تخلص الحالة من جل الأعراض خاصة السوماتية, مما دل على أن الحالة قد تخلصت من اضطراب الهلع.

بناء على النتائج المسجلة فقد اثبت العلاج المعرفي السلوكي فاعلية في التخفيف من حدة اضطراب الهلع لدى الراشد.

قائمة المحتويات

أ	إهداء
ب	شكر و عرفان
ج	ملخص الدراسة
1	مقدمة
5	الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة
6	الإشكالية:
8	الفرضية:
9	دواعي اختيار الموضوع:
9	أهمية البحث:
9	أهداف البحث:
10	التعريف الإجرائية:
11	الفصل الثاني: مرحلة الرشد
12	تمهيد:
12	1.التعريف بمرحلة الرشد :
13	2.وجهات النظر في مرحلة الرشد :
13	1. 2.وجهات النظر القائلة بالمرحلية في التطور في مرحلة الرشد :
15	2. 2.وجهات النظر القائلة بالتغيير لا بالمرحلية:
16	3. 2.وجهات نظر تتبنى الثبات في النمو في مرحلة الرشد :
16	4. 2.النموذج التكاملي:
16	3.مراحل الرشد
21	4.مطالب الحياة السوية في مرحلة الرشد المبكر ومرحلة وسط العمر:
22	5.الرشد عند الرجل والرشد عند المرأة:
24	الفصل الثالث: اضطراب الهلع
25	تمهيد:
25	1.تعريف اضطراب الهلع غير المصاحب لرهاب الأماكن المفتوحة:
26	2.معدلات انتشار اضطراب الهلع:
27	3.النظريات المفسرة لاضطراب الهلع:
31	4.مكونات اضطراب الهلع:
32	5.أعراض اضطراب الهلع
33	6.معايير تشخيص اضطراب الهلع طبقا لـ DSM : Panic disorder(F41.0):5
35	7.التشخيص الفارقي لاضطراب الهلع حسب:(APA, 2012/2013) (DSMV)
36	خلاصة:
38	الفصل الرابع: العلاج المعرفي السلوكي
39	تمهيد:

39	1.تعريف العلاج المعرفي السلوكي:.....
40	2.تطور ظهور العلاج المعرفي السلوكي:.....
44	3.مسلمات العلاج المعرفي السلوكي:.....
45	4.مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:.....
46	5.الأسس النظرية للعلاج المعرفي السلوكي:.....
47	6.أهداف العلاج المعرفي السلوكي:.....
48	7.سيران العلاج المعرفي السلوكي:.....
52	8.تقنيات العلاج المعرفي السلوكي:.....
56	..... خلاصة:
57	الفصل الخامس الدراسة الاستطلاعية
58	..... تمهيد:
58	1.منهج الدراسة:.....
59	2.أدوات الدراسة:.....
62	3.كيفية تحديد حالة الدراسة:.....
64	4.حدود الدراسة:.....
65	الفصل السادس الدراسة الأساسية
66	1.ملخص المقابلات والجلسات العلاجية مع الحالة (ب - ص).....
70	..... تقديم الحالة:
74	..... نتائج الاختبارات:
76	..... عرض ملخص عن الجلسات:
86	الفصل السابع: عرض النتائج و مناقشتها على ضوء الفرضيات
87	..... تحليل النتائج:
90	..... مناقشة النتائج في ضوء الفرضية:
91	الخاتمة:
91	..... توصيات واقتراحات:
92	..... قائمة المراجع.....
98	..... الملاحق

قائمة الجداول :

الرقم	محتويات الجداول	الصفحة
01	يبين الأبعاد الأربعة للنمو وأمثلة على كل منها	15
02	يوضح محتوى مقابلات الدراسة الاستطلاعية, وكيفية تحديد الحالة المختارة	62
03	ملخص محتوى المقابلات والجلسات العلاجية مع الحالة	69
04	يوضح نتائج اختبارات التي ساعدت على وضع التشخيص	74
05	يوضح نتائج الملاحظة الذاتية قبل البدء في تنفيذ العلاج	76
06	يوضح نتائج الملاحظة الذاتية بعد الانتهاء من العلاج	83
07	يوضح النتائج المتحصل عليها من خلال شبكة التقييم الذاتي لنوبة الهلع لدى الحالة	87
08	يبين النتائج المحصل عليها في سلم هاملتون لتقدير القلق	88

قائمة الأشكال

الرقم	محتويات الأشكال	الصفحة
01	يوضح نموذج شبكة SORC	49
02	يوضح التحليل التزامني (Synchronie) لشبكة SECCA	50
03	يوضح التحليل التزامني للحالة (ب-ص)	77

مقدمة:

يبدو أن الاضطرابات النفسية ليست وليدة العصر الحديث بمدنيته المعقدة , وإنما توجد أدلة كثيرة تعكس معاناة تلك الاضطرابات منذ العصور الأولى للتاريخ , وقد رأى جالينوس قبل حوالي الألفي عام بان الاضطرابات النفسية الناتجة عن عوامل عاطفية "نفسية" تزيد عن نصف الحالات المرضية كلها , وفي عصرنا الحالي تشير الإحصائيات إلى أن نسبة كبيرة من أفراد المجتمع تعاني من الاضطرابات النفسية , وهي في تزايد مستمر في جميع المجتمعات وخاصة المجتمعات المتقدمة , فالإنسان يواجه أنماطا من الحياة والتعامل مع الوسط المحيط ما لم يعرفه في الماضي , ولم تتوفر لديه الخبرة على مواجهتها والتوصل إلى التوافق مع مقتضياتها بدون اضطراب أو معاناة نفسية .(كمال,1994, 26) ومما لا شك فيه أن اضطرابات القلق أصبحت تواجهنا بمشكلة صحية عامة , كما أن مدى انتشارها يفوق انتشار الأمراض العقلية والعضوية (عكاشة, 1998, 93) ولقد زاد الاهتمام باضطرابات القلق بشكل كبير في السنوات القليلة الماضية , مع ملاحظة أن اضطرابات القلق من أكثر الاضطرابات النفسية السائدة , حيث أن هذه الاضطرابات تسبب خللا كبيرا لدى الفرد المصاب بهذا الاضطراب , كما أنها تسبب له شعور بالضيق و الكدر , فمشكلة القلق تمتد إلى ابعد من مجرد تشخيص اضطرابات القلق .(Freeman et al 1993 120)

ومن بين هذه الاضطرابات اضطراب الهلع غير المصاحب لرهاب الأماكن المفتوحة الذي يندرج ضمن اضطرابات القلق , وأكثرها شيوعا حيث تتميز نوبات الهلع بالشدة والمدى , فيشعر الفرد بحالة من القلق والضيق مصحوبة بتغيرات فيزيولوجية وانفعالية مع الشعور بالضيق , بل تتعدى إلى سلوك الفرد فتعرقل قدرته على التكيف مع المواقف , وتحد من مسؤولياته اتجاه ذاته والآخر , وحتى في تحقيق حقوقه والعمل على أداء واجباته , ليس فقط هذا بل تتعدى إلى قدراته المعرفية خاصة في سلامة تفكيره اتجاه المواقف وقدرته على التركيز وتحليل المواقف وحل المشكلات واتخاذ القرارات , وحتى في تخزين المعلومة واسترجاعها وإدراك المواضيع .

ويرى جلاس و شيا (Glass et Shea) أن العلاج المعرفي السلوكي هو احد التيارات العلاجية الحديثة والتي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية , ويهدف هذا الأسلوب من العلاج إلى إقناع المريض بان معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية , وعباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف , ويهدف بذلك إلى تعديل ادراكات المريض المشوهة , ويعمل على أن يحل محلها طرقا أكثر ملائمة للتفكير , وذلك من اجل إحداث تغيرات معرفية وسلوكية , وانفعالية لدى المريض (Glass Shea 1986 317)

فمن بين استخداماتها المتعددة نجد اضطرابات القلق بأنواعها , والتي العديد من الدراسات حاولت إثبات فاعليتها في علاج هذه الاضطرابات , وهذا سواء مقارنتها مع الأدوية النفسية , أو مع علاجات أخرى فمن بين هذه الدراسات نجد:

دراسة Gould et Coll (1995) حول اضطراب الهلع ورهاب الفضاء , قام فيها بمقارنة العلاج المعرفي السلوكي بالأدوية النفسية , قاموا بإحصاء 43 دراسة , فأسفرت نتائج هذه الدراسات على الحجر الكبير , على وجود فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مقارنة مع الأدوية النفسية .

و الدراسة التي كانت تحت إشراف الأستاذة الدكتورة كلثوم بلميهوب وفريق عمل سنة 2014 بالجزائر بعنوان تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات النفسية بالجزائر , فمن خلال النتائج المحصل عليها فيما يخص فعالية العلاج المعرفي السلوكي لنوبات الهلع ورهاب الفضاء , فتبين انه أعطى نتائج ايجابية واعتبر احد أنواع العلاجات نجحاً في مجال العلاج النفسي , وذلك بفضل التقنيات المستعملة في البرنامج , التي استهدفت مجموعة من المفحوصين , حيث كان لها تأثير ايجابي متفاوت الأثر حسب كل حالة, وهذا ما دل عليه القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي مما يشير إلى تدني شدة الاضطراب (بلميهوب, 2014, 330) .

و جاءت هذه الدراسة لمعرفة مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي للتخفيف من حدة نوبات الهلع لدى الراشد, وذلك باستخدام التقنيات السلوكية المعرفية التالية (التربية النفسية, إعادة البناء المعرفي, ضبط التنفس, الاسترخاء, تقنية التعرض من خلال التخيل, التعرض الواقعي).

وعليه فقد احتوى البحث سبع فصول حيث تطرق الفصل الأول لمدخل إلى الدراسة من الإشكالية والفرضية, مع ذكر أهمية وأهداف الدراسة والتعاريف الإجرائية في حين تضمن الفصل الثاني التعريف بمرحلة الرشد , مطالب الحياة السوية لمرحلة الرشد المبكر ومرحلة وسط العمر, والرشد عند الرجل والمرأة أما الفصل الثالث فتطرقنا فيه للتعريف باضطراب الهلع , النظريات المفسرة له و تشخيصه في حين احتوى الفصل الرابع على العلاج المعرفي السلوكي أما الفصل الخامس فقد تضمن الإجراءات المنهجية التي احتوت على منهج الدراسة, أدوات الدراسة, الحدود الزمانية والمكانية أما الدراسة الأساسية فقد تناولت دراسة الحالة وفي الفصل الأخير تم عرض النتائج المتحصل عليها و تحليلها ثم مناقشتها على ضوء الفرضية المقترحة , مع الخروج بملخص عامة وتوصيات واقتراحات .

الجانب النظري

الفصل الأول:

مدخل إلى الدراسة

الإشكالية:

من اللافت الذكر في واقعنا المعاصر، هو ما أبرزته عدة دراسات ميدانية كمؤشر حول مسألة تفاقم لعدد من الظواهر الباثولوجية، والتي اشدت تأثيرها على المناخ العام للنسيج الاجتماعي ككل، وعلى الفرد خاصة وذلك بتأثيرها عليه سواء على المستوى البيولوجي أو السيكولوجي، فكثر العوامل الضاغطة وديمومتها من حيث الاستمرار والشدة تؤثر سلبا على وحدة الفرد النفسية والبدنية، وكان السبق لجورج انجل (J. Angel) في توضيح هذا عبر نظريته النفسية الاجتماعية للضغوط، وتابعه العديد من المختصين في هذا المجال أمثال: سبلبرجر (Spielberger) (1972) لازاروس (Lazarus) (1976). (طه عبد العظيم، 2006: 29).

فيصبح من غير المجدي محافظة الفرد على تكيفه وتوازنه سواء مع ذاته أو بيئته، مما يرشحه للإصابة بمختلف الاضطرابات وخاصة إذا توفرت في الفرد نوع من الهشاشة الكاملة سواء في بنائه النفسي أو الجسدي ونمط معين من صور الشخصية يتصف بها وهذا ما أبرزته أعمال فلاندرز دنبار (Flandres Dunber) وأيضا أعمال كل من الباحثان فريدمان وروزنمان (Friedman et Rozenman) حول مسألة نماذج شخصية معينة لديها القابلية والاستعداد للإصابة بأمراض معينة. (الغامدي، 2013: 164)

حيث يعتبر القلق أحد المشاعر الأساسية في تكوين النفس البشرية، وما ذهب إليه فريد (Freud) حيث أكد على أن الفرد مقدر عليه أن يعيش القلق في حياته في قوله: لست بحاجة إلى أن أعرفكم بالقلق، فكل منا عانى مرة هذا الإحساس أو على الأخص هذه الحالة الانفعالية بطريقته الخاصة. (بيك، وتر عادل، 2000، 108).

بينما يبقى قدرا محدودا من القلق ضروريا فان قدرا كبيرا منه يكون معوقا ويتسبب في المعاناة النفسية لصاحبه، وهذا ما يحدد السلوك المرضي، ومع مع تطور علم النفس وتعدد النظريات التي تناولت هذا الموضوع، وتحت تأثير الرابطة الأمريكية للطب النفسي، ظهرت تصنيفات وصفية معتمد عليها في التشخيص مثل الدليل الإحصائي والتشخيصي

للاضطرابات العقلية DSM، فقد خصصت محورا لاضطرابات القلق، وهذا للإشارة إلى مجموعة من الاضطرابات النفسية التي يتضمنها هذا الاضطراب. (زروالي، 2014 :82).

ويعد اضطراب الهلع غير المصاحب لرهاب الأماكن المفتوحة أحد أهم اضطرابات القلق وأكثرها انتشارا، فقد كشفت مجموعة من الدراسات أن 5% من سكان العالم يصابون في مرحلة ما من حياتهم باضطراب الهلع. (Peter et all 2006 368).

كما أشارت الأبحاث كذلك إلى انه يميل إلى الظهور خلال فترة الطفولة. (انطوني، راندي، 2008 :17).

أو في أوائل العشرينيات من العمر، ويضيف عبد المنعم أنه من الممكن ظهور اضطراب الهلع في أواخر العشرينيات أو من هم أكبر سنا. (الميلادي، 2004، 106)

كما تمت الإشارة إلى أن كل النساء أكثر عرضة للإصابة بهذا الاضطراب مقارنة بالرجال، حيث يشكل عدد النساء ما بين 1.5 – 2 مرات عدد الرجال. (بلحسيني، 2014، 49) ويكون ظهور اضطراب الهلع فجائيا، على شكل نوبة زعر حادة تصيب الفرد بعد فترة من الإجهاد كموت شخص عزيز أو إصابته بمرض، كما أن أحداث التخرج أو الطلاق أو الزواج يمكن أن تؤدي إلى ظهور الاضطراب. (انطوني، راندي، 2008، 17)

ولا يعد اضطراب الهلع خطير في حد ذاته وإنما يشكل ضغطا أو صدمة للمريض، أو يؤدي به في بعض الحالات إلى الاكتئاب أو الانتحار، بما أنه يؤثر في نوعية حياته (بلحسيني، 2014 : 52).

فإن نوبات الهلع ترتبط في الأغلب بميل الفرد إلى تبني مجموعة من المعتقدات والمخاوف الخاطئة المرتبطة بالإحساسات الجسمية (دايفيد، مايكل، 2002 :16)،

حيث يتصف مريض الهلع بسوء التقدير المعرفي الذي يجعلهم يسيئون تفسير إحساساتهم البدنية، ثم يؤدي التفسير الخاطيء لهذه الأحاسيس إلى زيادة القلق، فالتوقعات

السلبية التي يتبناها مرضى الهلع تزيد من حدة الاضطرابات، ومنه فإن نوع التذكير الذي يفسر به مريض الهلع أحاسيسه يلعب دورا في التأثير على أعراض المرض.

فإذا تناولنا الموضوع الأساسي المتمثل في اضطراب الهلع ومرحلة الرشد كمتغير، نجد أن العلاجات المعرفية السلوكية اهتمت بهذا الاضطراب وعملت بشكل كبير على إثبات فاعليتها في علاجه، كدراسة برلوي وآخرون (Barlow et al, 2000) هدفت الدراسة إلى التعرف على الفرق بين كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي والعلاج بالبلاسيبو، أجريت الدراسة على 77 حالة تعاني من اضطراب الهلع، أظهرت نتائج الدراسة أن كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي فعالان على حساب البلاسيبو، في حين لا يوجد فرق بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي بعد إجراء القياس في نهاية العلاج، ولكن هناك فرق ملحوظ في العلاج التتبعي لمصلحة العلاج المعرفي السلوكي (Beck, Clark, 2010 :326).

ودراسة شامبلز وبيترمان (Chambless, Peterman) أجريا 13 دراسة حول العلاج المعرفي السلوكي لنوبات الهلع وأعراض الخوف تحسلا على (093) في متوسط معامل النجاح وذلك اثر مقارنة 71% من الحالات التي عولجت بالعلاج المعرفي السلوكي ويعانون من الهلع والخوف ب 29% من الحالات التي وضعت في الانتظار، كما أظهرت نتائج الدراسات أن فعالية هذا العلاج تظهر في عدة اضطرابات أخرى كالأعراض المعرفية للهلع والقلق المعمم (Beck, Clark, 2010 :325)، وعلى ضوء ما سبق يمكن طرح وتحديد الإشكالية التالية:

هل للعلاج المعرفي السلوكي فاعلية في التخفيف من اضطراب الهلع لدى الراشد؟

الفرضية:

للعلاج المعرفي السلوكي فاعلية في التخفيف من حدة اضطراب الهلع لدى الراشد.

دواعي اختيار الموضوع:

- نابع عن قناعة ذاتية لدى الطالبة، حيث يجهل الكثير من أفراد المجتمع هذه الظواهر المرضية وكذا كيفية التعامل معها.
- عدم أخذ بعين الاعتبار حقيقة عمق المعاناة التي يكابدها مرضى الهلع.
- للتدرب ميدانيا على تقنيات العلاج المعرفي السلوكي.

أهمية البحث:

- إبراز أهمية العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الهلع.
- الوصول إلى نتائج تطبيقية يمكن الاستفادة منها في المستقبل وتعميمها للعلاج.
- استخلاص اقتراحات وتوصيات، قد تفتح المجال للباحثين العمل أكثر على اضطراب الهلع.

أهداف البحث:

- معرفة مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطرابات الهلع لدى الراشدين.
- مساعدة هذه الفئة على تعلم استراتيجيات علاجية معرفية سلوكية تمكنها من التخلص من نوبات الهلع لديهم.
- تطبيق العلاج المعرفي السلوكي ميدانيا.

التعاريف الإجرائية:

- **الراشد:** هو الشخص الناضج عقليا الذي لديه القدرة على اتخاذ التصرف الصحيح في موقف معين بعد تدبر معطياته وعواقبه، ويتمتع بجميع حقوقه المدنية.
- **اضطرابات الهلع:** تتصف نوبات الهلع أساسا بالارتفاع المفاجئ لمدى وشدة القلق، ويشعر فيها الفرد أنه على شفا الموت، أو أنه يكاد يفقد عقله وأنه قد يفقد السيطرة على نفسه حيث تظهر مجموعة من الأعراض الجسدية والمعرفية يشعر خلالها الفرد بأربعة أعراض فأكثر من الأعراض المذكورة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع والخامس، والدرجة التي يتحصل عليها في سلم هاملتون لتقدير القلق، وكذلك من خلال ما ترصده شبكة الملاحظة الذاتية لنوبات الهلع (GAAP).
- **العلاج المعرفي السلوكي:** هو علاج نفسي يدمج بين العلاج السلوكي بفنياته والمعرفي بفنياته التي يمكن استخدامها في التحقيق من حدة نوبات الهلع ومساعدة هؤلاء المرضى على التكيف داخل البيئة من خلال تصحيح المعتقدات الخاطئة وتدريبهم على أداء السلوك الصحيح وذلك من خلال التقنيات المستخدمة (التربية النفسية، الاسترخاء، ضبط التنفس، إعادة البناء المعرفي، تقنية التعرض)، خلال عشر جلسات علاجية متوسطة زمن الجلسة الواحدة يتراوح ما بين (50-60 د) بواقع جلسة واحدة في الأسبوع.

الفصل الثاني:

مرحلة الرشد

تمهيد:

تتكون مرحلة الرشد من فئة الراشدين حيث تعتبر مرحلة من مراحل النمو الإنساني أين يبلغ الفرد مستوى من النضج العقلي والمعرفي والوعي بالذات، والقدرة على العمل والإنتاج وتحقيق درجة من الاستقلالية والاستقرار.

وفي هذا الفصل سيتم التعرض إلى أهم العناصر التي تشملها مرحلة الرشد حيث سوف يتم التطرق إلى تعريف مرحلة الرشد، وجهات النظر في تطور مرحلة الرشد، مرحلة الرشد المبكر، ثم مرحلة وسط العمر إلى جانب مطالب الحياة السوية في مرحلة الرشد المبكرة ووسط فالرشد عند الرجل وعند المرأة.

1. التعريف بمرحلة الرشد :

مرحلة الرشد مرحلة تتسم بالتعقد والتغير* و قد أشار باحثون إلى سن الرشد باعتبارها الفترة الزمنية التي يصل فيها الفرد إلى مرحلة نمو اختياراته optionnel période و هي المرحلة التي تظهر على الفرد الذي ينهي تعليمه المدرسي و يدخل سوق العمل و تكون هذه المرحلة عادة عند حوالي سن 18 سنة * بينما أشار آخرون إلى أن مرحلة الرشد تعتبر مرحلة الكبر التي تشمل بالإضافة إلى الفترة العمرية للشباب مرحلة الشيخوخة التي تمتد حتى نهاية العمر (سامي ملحم ، 2004 : 430).

و قسم هؤلاء الباحثون تلك المرحلة بيولوجيا إلى ثلاث مراحل جزئية هي :

- مرحلة الرشد المبكر: و تعد هذه المرحلة ذروة الإنتاج الإنساني و تمتد من سن (21 _ 40 سنة).
- مرحلة وسط العمر: و هي مرحلة الإنتاج المتناقصة و تمتد من سن 40 _ 60 سنة.
- مرحلة الشيخوخة: و هي مرحلة اليأس أو القعود retirement و تمتد من سن 60 و حتى نهاية العمر.
- و يرى سامي محمد ملحم أن مرحلة الرشد يمكن تقسيمها إلى مرحلتين أساسيتين و هما :

- مرحلة الرشد المبكر (بلوغ الرشد) : و تمتد هذه المرحلة من سن 21 _ 40 سنة .
- مرحلة الرشد الأوسط ووسط العمر (بلوغ الرشد) و تمتد من سن 40 _ 60 سنة (سامي ملحم ، 2004 : 431)

2. وجهات النظر في مرحلة الرشد :

إن التطور أو على الأقل الاستعداد للتطور مستمر في مرحلة الرشد و هناك وجهات نظر متعددة و قد تكون متعارضة أحيانا حول هذا التطور ، فبعض الباحثين يعتقدون بوجود مراحل متميزة لنمو الراشد ن في حين أن بعضهم الآخر لا يعتقد بذلك ن و يذهب فريق بالقول بوجود تحولات و تغيرات إبان هذه المرحلة العمرية ، في حين يرى آخرون أن النمو يميل إلى الثبات منه إلى التطور ، و أن التطور مختلف عن نظيره في مراحل النمو السابقة من حيث أن تأثره بالعمر الزمني أو التغيرات البيولوجية الخاصة قليل إذا ما قورن بتأثره بالأحداث الشخصية و الاجتماعية و الثقافية ، هذه القوى و الأحداث تفرض التغيير في السلوك ، و يتمثل هذا التغيير في أن قرارات ما لا بد و أن تتخذ ، كالقرار في موضوع الزواج و القرار في موضوع العمل . (الريماوي ، 2009 : 497)

2.1. وجهات النظر القائلة بالمرحلية في التطور في مرحلة الرشد :

من النظريات القائلة بالمرحلية في التطور في مرحلة الرشد نجد نظرية التحليل النفسي و النظرية المعرفية و نظرية ايريكسون في النمو النفسي الاجتماعي ، و من مراحل النمو النفسي الاجتماعي التي طرحتها هذه النظريات خلال مرحلة الرشد ، مرحلة الألفة مقابل الانعزال ، و مرحلة الإنتاج مقابل التبلد

ففي بدايات مرحلة الرشد تكون الألفة ممثلة في القدرة على الالتزام اتجاه الانعزال ممثلا في تجنب الالتقاء بالآخرين و تعدد المشكلات الشخصية و السلوك المضطرب ، و الإنكار هو الخطر الحقيقي الذي يهدد النمو في هذه المرحلة (الريماوي ، 2009 : 498)

أما بياجيه فقد افترض أن المرحلة الرابعة من مراحل التطور المعرفي مرحلة التفكير (الشكلي أو المجرد) التي تبدأ ما بين سن الحادية عشر و الرابعة عشر تستمر طيلة الحياة ، بمعنى أن تفكير الراشد لا يختلف عن تفكير المراهق ، إلا من حيث المحتوى و الخبرات ، إلا أن البياجيين الجدد يرون أن التفكير الشكلي قد لا يظهر لدى بعض الأفراد إلا في مرحلة الرشد (هوبر وشيهان و نيمارك) (shehan , Neimark , Hopper)

يرون أن الراشدين في بدايات مرحلة الرشد ينشغلون أكثر بالتفكير الشكلي مقارنة بالمراهقين ، و أن تحسن التفكير المنطقي لدى طلبة الجامعة يساعد على تحسن التفكير نفسه لدى الراشد ن خاصة الراشدين الذين يتخصصون في مجالات أكثر تجريدا كالقانون ، الفلسفة ، الفيزياء و الطب .

و من الذين نادوا بوجود مرحلة خامسة من أمثال ريغل reigel و ستينبرغ Steinberg و لابوفي- فيف (La bauvie-vief) فقد اتفقوا على أهم مؤشر دال على هذه المرحلة و هو القدرة على التحليل المجرد لطبيعة التفكير الشكلي ذاته ، سواء بشكل عام أو عند تطبيقه في مجالات محددة كالفيزياء و علم النفس ، كما اتفقوا على أن هذه المرحلة لا يشترط أن يصل إليها كل راشد ، و الوصول إليها يعتمد على المستوى التعليمي و التربوي الذي يحصله الراشد (الريماوي ، 2009 : 499)

و تعتقد بيرنس نيوغارتن (B. Neugartan) : أننا نفهم دورة حياة الكائن الحي أفضل إذا نظرنا إليها بأبعادها الثلاثة : العمر الزمني ، العمر الاجتماعي ، و العمر التاريخي ، فالعمر الزمني يعتمد على الأجندة البيولوجية التي تقود التغيرات المتتالية في عملية النمو ، بمعنى أن العمر الزمني مؤشر دال على ما يمر به الفرد من تغيرات بيولوجية فسيولوجية، أما العمر الاجتماعي فيشير إلى التقسيمات العمرية التي يتفق عليها المجتمع والتي تمثل التحولات من حالة إلى أخرى مثل الانتقال من الشباب إلى الرشد، ومن العزوبة إلى الزواج.

ويعتقد "جولد" أن الفرد في العشرينيات يطور أدوارا جديدة وفي الثلاثينيات يتولى المسؤولية، وفي الأربعينيات يشعر بسرعة الزمن، فالنضج في رأيه هو القدرة على التعامل

مع التغيرات المتوقعة والمنتالية والانشغال بها إبان مرحلة الرشد. (الريماوي، 2009 : 501).

2.2. وجهات النظر القائلة بالتغيير لا بالمرحلية:

نجد من النظريات نظرية التعلم الاجتماعي (باندورا) والمذهب الإنساني (ماسلو وروجرز) وترى النظرية الأولى أن التغيير في مرحلة الرشد نتاج لتفاعل الفرد المستمر مع الأفراد الآخرين بينما ترى النظرية الثانية أن التغيير في مرحلة الرشد هو نتاج لتطور الذات، خاصة تحقيق الذات والوعي بها، وهذان موضوعان أساسيان في مرحلة الرشد. (Santrock, 1983).

ومن النظريات التي تقول بالتغيير "التحليل الجدلي للتطور" الذي قدمه ريغل (Reigel) عام 1976 حيث أكد وجود أربعة أبعاد للنمو: البعد البيولوجي الداخلي، البعد النفسي الفردي، البعد الاجتماعي الثقافي، البعد الفيزيائي الخارجي، وكل بعد من هذه الأبعاد يتفاعل مع أبعاد أخرى من جهة، ومن عناصر أخرى موجودة داخل البعد ذاته من جهة ثابتة، فمثلا يعكس النضج النفسي تطورا بيولوجيا وتطورا في الاتجاهات والتوقعات الاجتماعية وتطورا في الشروط الاقتصادية للحياة، وتغير أي جانب من هذه الجوانب يؤدي إلى تغيير في النظام الكلي للفرد كما يبين الجدول التالي:

البعد البيولوجي	البعد النفسي	البعد الاجتماعي	البعد الفيزيائي
الداخلي	الفردي	الثقافي	الخارجي
البلوغ	النضج	الاتجاهات الاجتماعية	الظروف الاقتصادية
الصحة	المشاعر	التوقعات الاجتماعية	الحروب
الطول	الاعتمادية	الفرص	الريف/ الخضر

جدول رقم (01): يبين الأبعاد الأربعة للنمو وأمثلة على كل منها. (الريماوي ، 2009 :

2.3. وجهات نظر تتبنى الثبات في النمو في مرحلة الرشد :

بدأت نتائج العديد من الدراسات تميل إلى أن بناء الشخصية يبقى ثابتا و بشكل كبير ، عبر فترات طويلة من العمر و قد درس (كوستا و مكراي) (costa et mecra) سمات الشخصية ووجدوا أن تغيرات طفيفة جدا تحدث لدى معظم الناس كما ناد بأن نظرية النمو ينبغي أن تركز على السمات الثابتة للشخصية أكثر من تركيزها على التغيرات .

2.4. النموذج التكاملي:

النموذج التكاملي للتطور عبر دورة حياة الكائن الحي فقد اقترح من قبل (باليس (baltes) و عدد من تلاميذه ، و يتضمن هذا النموذج مجموعة من الموضوعات نذكر منها أن عمليات النمو يمكن أن تبدأ في أي لحظة من لحظات الحياة و لكنها تتفاوت في الفترة التي تستغرقها و في آثارها و في نهاياتها ، فبعض عمليات النمو تنتظر حتى مرحلة الشيخوخة ، و بعضها تسير في خط مستقيم ، بينما يسير بعضها الآخر في خط مقوس و كثير من عمليات النمو تبدأ في أعمار مختلفة و تتزايد إلى السقف الأقصى ثم تتدهور تدريجيا . (الريموي ، 2009 : 507 / 508)

3. مراحل الرشد

3.1. مرحلة الرشد المبكر :

تمثل مرحلة الرشد المبكر الفترة الزمنية من عمر الإنسان التي تمتد من سن الرشد (21 سنة) أو قبلها أو بعدها بحسب ظهور علامات الرشد لدى الفرد و حتى سن الأربعين و يمكن اعتبار هذه المرحلة من أكثر مراحل الحياة الإنسانية تكيفا لدى الفرد و أكثرها إنتاجا و نشاطا . (سامي ملحم ، 2004 : 431)

أ. الخصائص العامة لمرحلة الرشد المبكر :

تمثل هذه المرحلة ذروة إنتاج الفرد و الوصول إلى تمام النضج حيث يطلق عليها الباحثون بمرحلة الكفاح و التنافس و إرساء قواعد الحياة على أسس ثابتة ، و تتميز هذه المرحلة من حياة الإنسان بعدد من الخصائص الرئيسية التي تميزها عن غيرها من مراحل النمو الإنساني و تتمثل في :

- الإنجاب: تمثل مرحلة الرشد المبكر أكثر الأدوار أهمية في حياة المرء خاصة و أنها ترتبط بعملية الزواج و الولادة و الإنجاب
- الاستقرار : نجد أن الفرد في هذه المرحلة من العمر يتزوج و ينجب و ينخرط في عمل يظل يؤديه معظم حياته فهو يتبع نمطا ثابتا نسبيا من السلوك في مجالات الحياة .
- الاستقلالية: يعتمد على نفسه لحل مشاكله و يحقق نوع من الاستقلالية حيث يكون عائلة خاصة به و يستقل عن والديه.
- اتخاذ القرارات الهامة: في هذه المرحلة من عمر الفرد يتطلب منه اتخاذ قرارات صعبة تحدد مسيرة حياته المستقبلية.

ب. النمو الجسمي:

في مرحلة الرشد و خاصة ما يتعلق منها بالفترة الزمنية التي يتراوح ما بين أوائل العشرينات و سن الثلاثينات يكون الفرد قد وصل إلى قمة نموه البيولوجي و الفسيولوجي .

■ التغير العضوي:

في النمو الجسمي في هذه المرحلة نلاحظ فروقا بين الجنسين ، و يصل الفرد إلى قمة قوته الجسمية عادة عند وصوله إلى الحد الأقصى للطول ، كما يصل إلى قمة التأزر في

القوة و النشاط و التحمل في مثل هذه السن ، ووصول وظائفه الحسية و العصبية إلى أعلى مستوى لها . (سامي ملحم ، 2004 : 432 ، 433)

■ العوامل المؤثرة على التغير العضوي للفرد :

يتأثر التغير العضوي للفرد في هذه المرحلة و المراحل التي تتبعها بعدد من العوامل من أبرزها ما يلي :

- الوراثة: هي إحدى المحددات الرئيسية للحياة في أبعادها المختلفة، و هي التي تحدد بعض خواص الفرد الرئيسية مثل الطول و لون الشعر و شكله و لون العينين و قابلية الإصابة بأمراض معينة مثل السكري
- المهنة : لكل مهنة آثارها الايجابية أو السلبية على المشتغلين بها.
- التغذية: نوع الغذاء يؤثر على حياة الفرد، على سبيل المثال فإن زيادة نسبة المواد الدهنية في غذاء الكبار يؤدي إلى زيادة ترسيب مادة الكوليستيرول في الأوعية الدموية، وظهور أمراض القلب لديه.
- تنشيط الأجهزة العضوية: أشارت نتائج الدراسات التي أجريت على التغير العضوي للفرد أن كثرة استخدام عضو ما من أعضاء الجسم يؤخر شيخوخته، وأن لكل جهاز عضوي مرحلة يصل فيها إلى ذروة قوته ثم ينحدر تدريجيا بعد ذلك نحو الشيخوخة، شأنه في ذلك شأن الجسم البشري كوحدة واحدة.
- البيئة: البيئة بنوعها الاجتماعية والطبيعية تؤثر هي أيضا على معدل التغير العضوي لدى الكائن الحي في مراحل نموه المختلفة، كما تؤثر على مدى سرعة أو بطئ ظهور مظاهر الشيخوخة من مجتمع لآخر، ومن بيئة لأخرى. (سامي ملحم، 2004 : 436،435).

3.2. مرحلة وسط العمر:

مرحلة وسط العمر هي مرحلة الإنتاج المتناقص وتمتد من سن (40-60) سنة، ومع دخول الفرد سن الأربعين تبدأ مرحلة من حياة الإنسان وهي الحد الفاصل بين مرحلتين الشباب والشيخوخة.

ويشير الباحثون أن هناك علامات يمكن ملاحظتها على جسم الفرد تدل على انتقاله من مرحلة الرشد المبكر إلى وسط العمر

أ. الخصائص العامة لمرحلة وسط العمر

مرحلة وسط العمر هي تلك المرحلة التي يبدأ فيها الفرد بالتخلي عن الخصائص الجسمية والسلوكية للرشد، ليبدأ في الدخول في عهد جديد تنشأ فيه خصائص جسمية وسلوكية جديدة.

وتعد هذه المرحلة من أكثر مراحل النمو الإنساني إفزاعاً للفرد، حيث تتناقص الحيوية الجسمية والجنسية لدى الفرد.

كما تمثل مرحلة وسط العمر مرحلة الإنجاز بالنسبة لحياة الفرد وفيها يصل إلى قمة الأداء ويجني ثمار سنوات الأعداد الطويلة والعمل الشاق في المراحل والأطوار السابقة ويكون قد اكتسب قدراً كافياً من الحكم السليم والتقويم الجيد في علاقته مع الآخرين، ويكون مركزه قد تدعم واتضحت الأهداف التي يسعى لتحقيقها. (سامي ملحم، 2004: 451).

ب. النمو الجسيمي:

يتميز الفرد في مرحلة وسط العمر بتغير على النمو الجسيمي يمكن ملاحظته من قبل الآخرين فالجلد يفقد بعض مرونته مما يؤدي إلى ظهور التجاعيد فيه كما تفقد بعض الأعضاء مرونتها أيضاً، ويبدأ الشعر في الخفة ويتحول إلى اللون الرمادي، كما يظهر

الشيب وتزداد نسبة وزن الجسم التي ترجع إلى الدهون وتكون مشكلة السمنة أكثر حدة عند النساء، كما تقل القوة العضلية بشكل مستمر.

ج. الصحة والمرض:

أشارت الدراسات والبحوث إلى أن الوراثة تتحكم جزئياً على الأقل في معدلات التدهور الجسمي لدى الأفراد والمصاحب للتقدم في العمر، بالإضافة إلى عدد من العوامل البيئية التي تلعب دوراً بارزاً في هذا المجال، كما تزيد في هذه المرحلة قابلية الفرد للإصابة ببعض الأمراض خاصة إذا ارتبطت عادات الفرد الشخصية بـ: التدخين، تعاطي الكحول والمخدرات، النوم الأقل من سبع ساعات في الليل ... الخ (سامي ملحم، 2004: 452).

د. النمو الجنسي:

تطراً على الفرد تغيرات جوهريّة في أعضائه الجنسية والتناسلية خاصة عند الإناث والتي يطلق عليها سن اليأس ويبدأ التناقص التدريجي لكل من الأستروجين والبروجسترون في أواخر الثلاثينيات وأوائل الأربعينيات، مما يساعد على توقف الطمث عند المرأة الذي يستغرق فترة زمنية تمتد من سنتين إلى خمس سنوات وبالتالي تعجز المرأة عن الحمل، أما الرجل فيشعر حوالي سن الخمسين بنقص في هرمون التسترون، وهذا النقص الهرموني يؤدي إلى نقص في عدد الحيوانات المنوية.

هـ. النمو العقلي المعرفي:

إن الدراسات الحديثة تؤكد أن النمو العقلي يستمر حتى وسط العمر، ويحدث النمو في شكل خاص في كل من القدرات العقلية والمعرفية التي تتأثر بتراكم خبرات الحياة.

و. نمو الشخصية:

عادة ما يوصف الشخص الذي تجاوز الأربعين بأنه قد حدد شخصيته وأنه يجد صعوبة في تغيير سلوكه بعد هذا السن، ويرى الكثير من الباحثين أن مرحلة وسط العمر

يتوفر فيها فرص جديدة للراشد لحل أزمة الهوية التي تظل موضع المعاناة منذ مرحلة المراهقة.

ز. النمو المهني:

تعد مرحلة وسط العمر مرحلة تقييم الذات حول النمو المهني حيث يعيد الفرد في هذه المرحلة النظر في أهدافه الماضية في ضوء الإنجازات الراهنة وأن إحدى مهام النمو الهامة لهذه المرحلة تتمثل في وصول الفرد إلى دور مهني مرن يبدوا مثيرا ومنتجا ومرضيا من الوجهة المالية. (سامي ملحم، 2004 : 453 455).

4. مطالب الحياة السوية في مرحلة الرشد المبكر ومرحلة وسط

العمر:

أجرى توماسي (Thomae) دراسة على 150 من العاملين في الوظائف الفنية العالمية واستطاع أن يحدد أربعة مطالب في هذه السن كي يتمكن الراشد من تجاوز أزماته

- تحقيق نجاح مهني أو عمل ليس من أجل الثروة فقط بل من أجل تحقيق الذات والاحترام الشخصي.
- نجاح الحياة الزوجية.
- التوافق مع الواقع.
- التغلب على رتابة الحياة والخوف من التغيير.
- بالإضافة إلى هذا نجد أيضا:
- تقبل التغيرات الجسمية التي تحدث في هذه المرحلة والتوافق معها.
- توسيع الخبرات العقلية المعرفية بأكبر قدر مستطاع.
- تربية الأطفال والمراهقين والقيام بعملية التنشئة والتطبيع الاجتماعي لهم.
- التطبيع والاندماج الاجتماعي.
- ممارسة المهنة وتحقيق التوافق المهني.

- تكوين مستوى اقتصادي مناسب ومستقر والمحافظة عليه.
- ممارسة الحقوق المدنية وتحمل المسؤولية الاجتماعية والوطنية.
- إيجاد وتكوين روابط اجتماعية تتفق مع الحياة الجديدة.
- تكوين وتنمية الهوايات المناسبة لهذه المرحلة.
- تكوين فلسفة عملية للحياة.
- تحقيق الاتزان الانفعالي. (مريم سليم، 2002: 448).

5. الرشد عند الرجل والرشد عند المرأة:

تخضع المرأة بشكل عام لسلطة الرجل، ولكن يبقى وضع المرأة لا يتعلق فقط بالقوانين والتقاليد الاجتماعية، بل أنه يتعلق بالمرأة نفسها وصفاتها وخصائصها، وبصورة مبدئية بالإمكان أن نعتبر دخول المرأة في سن الرشد منذ بدأ وقت الحيض، إذ من هنا يتحدد مستقبلها الاجتماعي الأسري، وإذا كان صحيحاً أن قيان المرأة بالأدوار الزوجية والأمومة يسهل دخولها سن الرشد، إلا أن هذه الأدوار تبقى غير كافية للرشد إذ هناك من الفتيات غير المتزوجات يتمتعن بخصائص الرشد، بينما العديد من أمهات الأسر الكبيرة يحتفظن بخصائص الرشد، بينما العديد من أمهات الأسر الكبيرة يحتفظن بخصائص طفولية، وهكذا فإن الرشد عند الجنسين يتعلق بعاملين المعطيات التكوينية وتأثير الوالدين، أما العامل الآخر فهو الشخصية التي تبدأ منذ الطفولة وتتبلور في سن الرشد والتي هي عبارة عن مزيج من السمات بالإضافة إلى التأثيرات الاجتماعية الثقافية ويضاف إليها الانتماء الجنسي. (مريم سليم، 2002: 455).

إذن فالرجل الراشد خصائصه وللمرأة في مرحلة الرشد خصائصها، ولكن الرجل والمرأة في مرحلة الرشد يحملان مسؤوليات مختلفة وأدوار مختلفة، ولكن لهما خاصية واحدة وهي "بنية الرشد" والتي تؤلف من الحالة النفسية التي نقرها في سلوك الراشدين من الجنسين والتي تنبثق منها مواقف الراشد.

ويبقى النضج أو الرشد يتأثر بظروف حياة الإنسان ناضجا وراشدا قبل غيره إذا كان عليه مجابهة الصعاب والعقبات الاجتماعية، وعلى العكس من ذلك فإن اليسر الاقتصادي يمكن أن يطيل فترة عدم النضج.

يبقى أن نراقب الدور الذي يلعبه الوالدين في بلوغ الإنسان مرحلة الرشد فإن علاقة الولد أو البنت بالأم والأب تلعب دورا مهما في بلوغها الرشد. (مريم سليم، 2002 : 456).

خلاصة:

إن مرحلة الرشد ليست مرحلة دون تغييرات حيث أن هذه التغييرات تتصف بالتطور الدائم الذي يحدث في الطفولة والمراهقة، فالراشد ليس فقط كائنا ثابتا قادرا على التكيف مستخدما القوة التي اكتسبها خلال مراحل النمو السابقة، ولكن حياة الراشد تتصف أيضا بالنمو من حيث قدرته على التعلم من الخبرات العاطفية وإعادة التنظيم تحت تأثير الأحداث هذا من جهة، ومن جهة أخرى مواجهة الصعوبات في المستقبل وخصوصا صعوبات سن الشيخوخة.

الفصل الثالث:

اضطراب الهلع

تمهيد:

يعتبر اضطراب الهلع من بين اضطرابات القلق الأكثر انتشارا والأكثر عنفا من ناحية شدة الأعراض والألم النفسي الناجم عن هذه الأعراض، فالحالات تعاني من نوبات هلع شديدة ومتكررة، أكان ذلك ناجما عن تعرضها لمواقف خوافية أو خوفها من التعرض لتلك النوبات مرة أخرى، وفي هذا الفصل سنتعرف على هذا الاضطراب وتشخيصه والنظريات المفسرة له.

1. تعريف اضطراب الهلع غير المصاحب لرهاب الأماكن المفتوحة:

تعددت تعاريف اضطراب الهلع باختلاف الباحثين والمختصين، ولكنها اتفقت على أنه نوع من أنواع اضطرابات القلق، وفيما يلي عرض موجز لعدد من هذه التعاريف:

تعريف اضطراب الهلع حسب قاموس علم النفس:

هلع Impatience صورة متطرفة لرد فعل على شيء مخالف للسلوك العادي، وقد يعني الحرص أو الجزع ونفاذ الصبر، الهلع: الحرص وقيل هو أسوأ الجزع وأفحشه (الحجازي، 1971: 42).

يرى أحمد عكاشة : أن اضطراب الهلع يتسم بنوبات متكررة من القلق الشديد ولا تقتصر هذه النوبات على موقف محدد أو مجموعة من المواقف وبالتالي لا يمكن التنبؤ بها، وتختلف الأعراض البارزة من شخص إلى آخر، وفي المقابل تشيع البداية المفاجئة للخفقان وآلام الصدر والدوار، بالإضافة إلى وجود لمجموعة من المخاوف مثل الخوف من الموت أو من الجنون (عكاشة، 2003: 153).

أما عبد المنعم الميلادي: فيعرف الهلع بأنه نوبات متكررة من القلق الحاد والشديد تنتاب الإنسان، تستمر هذه النوبات لأقل من ساعة، وتكون غير متوقعة، ثم تبدأ في التحسن تدريجيا ثم تختفي، لا تعود هذه النوبات إلى أي سبب عضوي، رغم وجود أعراض جسدية تصاحبها أعراض معرفية مثل الخوف من فقدان السيطرة (الميلادي، 2000: 105).

أما مارتن أنطوني و راندي: يعرفان اضطراب الهلع بأنه حالة قلق يتعرض لها الأفراد على حين غرة، من دون أي حافز أو سبب جلي، يمكن أن تحدث عدة مرات في اليوم، كما يمكن أن تكون متقطعة فتحدث مرة في الشهر، يخاف الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب من نوباتهم ويقلقون من موعد النوبة التالية وعواقبها المحتملة (أنطوني، راندي، 2008: 14).

ويرى حسين فايد: أن اضطراب الهلع هو حالة من الخوف الشديد التي تستمر لعدة دقائق وأحيانا ساعة، بحيث يختبر المريض مجموعة من الأحاسيس والأفكار مثل إحساس بالدوخة أو آلام بالصدر أو شعور بالحرارة أو البرودة الشديدة، بالإضافة إلى رعب غامر من الموت أو الإصابة بالجنون، وتحدث هذه النوبات بطريقة فجائية لا تفسير لها (حسين فايد، 2004: 254).

من خلال عرض التعاريف السابقة نستنتج أن اضطراب الهلع يتمثل في نوبات فجائية من القلق الحاد والخوف الشديد لا يمكن التنبؤ بها، وتستمر النوبة عدة دقائق وأحيانا تصل إلى ساعة، ويختبر المريض أثناء النوبة عدد من الأعراض الفيزيولوجية والمعرفية، تحدث نتيجة لتفاعل بين الأفكار والأحاسيس الجسدية المتفاوتة من شخص لآخر.

2. معدلات انتشار اضطراب الهلع:

إن السمة الأساسية لاضطراب الهلع هي النوبات المتكررة من الخوف الشديد، والتي لا تقتصر على موقف معين، وتكون فجائية. والدراسات الوبائية لهذا الاضطراب أوضحت عموم انتشاره ولكن بنسب متباينة.

فقد أجرى كارلبيرج و زملاؤه (Carlbring et col, 2002) دراسة على عينة عشوائية قوامها (1000) مشارك من الجمهور العام في السويد تراوحت مدة أعمارهم بين (16-79) سنة، وأوضحت النتائج أن معدل انتشار اضطراب الهلع المصاحب للخوف من الأماكن الواسعة، وغير المصاحب له معا 2,2 %، كما لوحظ ارتفاع معدل الانتشار لدى الإناث بنسبة 5.6% بالمقارنة إلى 1.0% لدى الذكور.

و في نفس السياق يشير إيهاب كمال أن (1- 2 %) من الأفراد يعانون سنويا من هذا العرض المرضي وتظهر الدراسات وجود تاريخ مرضي داخل العائلة مما يدل إلى أن بعض الأشخاص قد يكونون أكثر ميلا للإصابة به (كمال، 2008: 65).

كما أوضحت دراسات أخرى أن من بين 2 % إلى 5 % من الجمهور العام قد انطبقت عليهم محكات نوبات الهلع المصحوبة برهاب الأماكن المفتوحة، يضاف إلى ذلك أن نوبات الهلع قد تظهر في أنواع أخرى من الاضطرابات مثل: اضطرابات القلق (بأنواعها وتصنيفاتها المختلفة) واضطرابات المزاج (بتصنيفاتها المتعددة) (غانم، 2006: 65).

ويكون العمر الزمني لظهور اضطراب الهلع بشكل نمطي بين نهاية المراهقة ومنتصف الثلاثينيات، وتكون النوبات موزعة حيث يمكن أن تظهر أول نوبة في نهاية المراهقة والثانية بشكل أضعف في منتصف الثلاثينيات، وفي عدد قليل من الحالات تظهر في الطفولة، غير أن ظهورها في العمر بعد 45 سنة غير معتاد، إلا أنه يمكن أن يكون. ويكون التطور في معظم الحالات الإكلينيكية مزمنًا يتصاعد ويتنازل (APA, 2003:501).

3. النظريات المفسرة لاضطراب الهلع:

اختلفت العوامل التي ترجح أنها تلعب دورا في حدوث اضطراب الهلع وفيما يلي عرض لأهم ما جاءت به النظريات في هذا الصدد:

1.3 النظرية البيولوجية:

لقد أكدت هذه النظريات على وجود اختلافات بيولوجية بين الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الهلع، وبين هؤلاء الذين لا يعانون منه، وقد اكتشف الباحثون وجود فروق مستمرة في العديد من أنظمة الناقلات العصبية الخاصة بالجهاز العصبي المركزي، وهي الأجهزة التي تتولى نقل الرسائل العصبية عبر أجسامنا، وفي الواقع فإنه يبدو أن العمليات الجسمية التي تنبهنا إلى المعلومات الواردة، وتساعدنا على معالجتها، وترشد ردود فعلنا عليها، تتخذ مستوى عال من الإثارة لدى المصابين باضطراب الهلع لديهم جهاز

عصبي يتسم بشدة الحساسية وارتفاع مستوى ردود الفعل به، الأمر الذي يجعل الأحداث المثيرة للقلق والضغوط تولد ردود فعل جسمانية قوية (بيكفيلد، 2004: 18).

وتعتمد التفسيرات العضوية على عدة عوامل أهمها:

أ. الوراثة:

لقد انصب العلماء بشكل جاد على تحديد أثر العوامل الجينية بالنسبة لاضطرابات القلق، حيث وُجد في عدة دراسات أن الاضطراب يظهر عند أقارب المرضى بشكل أكبر وأنه كلما زادت مستويات القرابة البيولوجية بالشخص المصاب ازداد احتمال ظهور المرض.

لا تعتبر الفروق البيولوجية بين المصابين بالهلع وبين الذين لم يصابوا به بالضرورة دليلاً قائماً على أن ثمة فروقا جينية (وراثية) بين المجموعتين، وإن كان هناك في الحقيقة بعض المؤشرات التي تشير إلى احتمالية وجود عامل وراثي كامن وراء هذه الفروق.

وقد أكدت بعض الدراسات الأصل الوراثي لاضطراب الهلع باعتبار أنه إذا أصيب واحد أو اثنان من التوائم المتماثلين بنوبات هلع، فإن 31% من التوائم الآخرين يصابون بها أيضاً، ولكن إذا أصيب بها واحد أو اثنان من التوائم غير المتماثلين، فإن أحداً من التوائم الأخرى لا يصاب بها، كما أن أكثر مما يزيد على نصف المرضى باضطرابات الهلع لديهم أقرباء يعانون اضطراب القلق، أو إدمان الكحوليات (سيليجمان، 2004: 75).

وفي دراسة لنعمان سرحان وجد أن نسبة انتشار اضطراب الهلع كان أكثر عند أقارب الدرجة الأولى للمرضى بنسبة 14.9% مقارنة بأقارب الدرجة الأولى للأصحاء بنسبة 3.1% (نعمان سرحان ، حيدر علي، 2006: 3).

ولقد ذكر حسين فايد أن حوالي (15% - 75%) من الأقارب من الدرجة الأولى لمرضى الهلع يصابون بالاضطرابات، وبالمقارنة فإن معدل إصابة التوائم المتماثلة هو (80% - 90%) و (10% - 15%) من التوائم غير المتماثلة.

أما الأساس الجيني لرهاب الأماكن الواسعة فيعد أقل وضوحاً برغم أن هناك تقارير تشير إلى أن 20 % من الأقارب لديهم نفس الاضطراب (فايد، 2004: 272).

وعلى الرغم من تباين النسبة المذكورة سالفاً، والمتعلقة بمعدل الإصابة بالاضطراب بين أقارب مرضى الهلع إلا أنه في النهاية لا يمكن إنكار الأساس الجيني لهذا الاضطراب.

ب. العوامل الكيميائية:

وغير بعيد عن العوامل الجينية فحص العلماء مخ المصابين باضطراب الهلع بحثاً عما يمكن أن تحمله الكيمياء العصبية من معلومات تفسر الاضطراب لديهم، فوجد أن لديهم ثمة اختلال في النظام الذي يسبب الشعور بالخوف، بالإضافة إلى أن الفحص المقطعي لانبعاث الالكترونات (PET) والذي يعد إحدى طرق قياس كمية الدم والأكسجين التي تستخدمها الأجزاء المختلفة من المخ، يشير إلى أن معدل تدفق الدم لدى المرضى الذين أصيبوا بالهلع بعد حقن مناطق المخ لديهم بمادة اللكتات والأكسجين أكبر منه عند هؤلاء الذين لم يصابوا بالهلع (سيلجمان، 2004: 75).

كما وجد أن المرضى الذين لديهم تاريخ مرضي لنوبات الهلع عند حقنهم في مجرى الدم بلكتات الصوديوم، إحدى المركبات الكيميائية التي تؤدي عادة إلى صعوبة في التنفس وخفقان في القلب، قد أدت إلى إصابة حوالي (60% - 90%) من هؤلاء المرضى بنوبة هلع في غضون دقائق من ذلك، وفي تجارب ضابطة تم إجراؤها، تبين أن الأفراد الذين ليس لديهم تاريخ مرضي في الإصابة بالهلع نادراً ما يصابون بهذه النوبات حتى بعد حقنهم باللكتات (سيلجمان، 2004: 75).

كما تشير إحدى النظريات العضوية إلى وجود حساسية خاصة في جذع الدماغ لغاز ثاني أكسيد الكربون، وهي حساسية مزمنة تؤدي إلى فرط التنفس المزمن وقد تبين بالتجربة أنه إذا كان هواء الغرفة مشبعاً بغاز أكسيد الكربون بنسبة 5% فإن ذلك يؤدي إلى حدوث نوبة هلع عند الأشخاص المهينين لهذا الاضطراب (المالح، 1995: 35).

2.3 النظرية السلوكية:

تسلم هذه النظرية بأن حادثاً محايداً يصبح مرتبطاً بالخوف، وذلك بأن يقترن بمنبه يعد بطبيعته مثيراً للضيقة أو القلق، وعن طريق عملية ارتباطيه (إشراط تقليدي) تكتسب الموضوعات الحسية بالإضافة إلى الأفكار والصور المتخيلة القدرة على إحداث الضيق. وفي المرحلة الثانية في سير الأعراض تتطور استجابات الهرب أو التجنب لتقلل من القلق أو الضيق الذي تثيره منبهات شرطية مختلفة، وتستمر هذه الاستجابات بسبب نجاحها في تخفيض القلق، ونتيجة للتعميم الشامل فإن كثيراً من المواقف المثيرة للخوف لدى الوسواسيين القهريين لا يمكن تجنبها بسرعة أو بشكل مباشر. ويعد السلوك التجنبي السلبي وكذلك السلوك الذي يستخدمه مرضى الخوف الشاذ غير فعال في السيطرة على القلق، فتنطور عندئذ أنماط التجنب النشطة في شكل سلوك يتخذ صورة طقوس معينة (عبد الخالق، 2002: 279).

وتفيد نظريات التعلم السلوكي لأسباب اضطراب الهلع أن ازدياد دقات القلب مثلاً مرتبط بحدوث الخطر الشديد مهما كان سبب هذا الازدياد ويؤدي ذلك إلى ارتباط الخوف والقلق بالظرف المؤلم وبالتالي توقع الخطر، هذان الأخيران اللذان تغذيهما العوامل الاجتماعية العامة والتربوية أثناء الحروب والكوارث والاضطرابات الاجتماعية وأحوال الحياة وتناقضاتها وتغيراتها الحادة، إضافة للتنافس الشديد والتربية القاسية والحرمان مما يزيد من حساسية الجهاز العصبي والنفسي لإشارات الخطر وهذا يزيد من حدوث نوبات الهلع (المالح، 1995: 32).

3.3 النظرية المعرفية:

إن الحالات التي تعاني من نوبات هلع شديدة ومتكررة أكان ذلك ناجماً عن تعرضها لمواقف خوافية أو خوفها من التعرض لتلك النوبات مرة أخرى، تتكون لديها جملة من الأفكار حول حالتها الجسدية أو الاجتماعية ناجمة عن تأويلاتها الخاطئة والكارثية.

ويرى بيك وكلارك (Beck, Clark) أن العملية المعرفية المركزية المسؤولة عن استمرار الهلع هو التأويل والفهم الخاطئ والكارثي للأحاسيس الجسدية كالموت الناجم عن النوبات القلبية، الاختناق، أو ما شابه ذلك، في حين أن الكارثة المتصورة في نوبات الهلع قد تحدث فقدان السيطرة الذي يؤدي بدوره إلى الجنون أي "سأصبح مجنوناً"، أو يتصرف الفرد بطريقة محرجة أمام الآخرين، علاوة على ذلك يمكن أن يكون الخوف من نوبات الهلع قويا لدرجة أن تكون الكارثة المحتملة معاودة حادة لنوبة هلع كاملة أخرى. (Beck, Clark, 2010 : 192).

كما يرى كلارك (DM. Clark) أن التفسير الخاطئ والكارثي للأحاسيس الجسدية هو السبب الأساسي لحدوث نوبة هلع ويمثل سمة معرفية دائمة (الضعف) وهذا واضح حتى عند الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهلع وليسوا بقلقين. (Beck, Clark, 2010 : 194).

4. مكونات اضطراب الهلع:

يحدث الهلع نتيجة لتفاعل ثلاث مكونات رئيسية وهي:

4.1. المكون البدني:

وهو يشمل كل الأعراض البدنية التي تصيب جسم المريض عندما يشعر بالذعر مثل الدوار وتسارع دقات القلب أو خفقان القلب وألم في الصدر وضيق في التنفس، وشعور بالاختناق وغيرها من الأعراض، ويجدر الإشارة في هذا الصدد إلى أن العديد من الأشخاص يتوجهون إلى وحدة الطوارئ لاعتقادهم أنهم يعانون من مرض خطير.

4.2. المكون المعرفي:

ويشمل كل الأفكار التي تخطر على بال المريض، مثل التكهنات السيئة بإمكانية فقدان السيطرة أو المعتقدات حول عدم قدرة المريض على التكيف، أو صور العواقب الكارثية للنوبة مثل الإغماء في العمل، أو القلق حول ملاحظة الناس لهذه السلوكيات أو الأعراض البدنية التي يحس بها.

4.3. المكون السلوكي:

ويشمل كل ما يفعله المصاب عندما يشعر بالهلع وما يفعله لتجنب هذا الشعور، مثل الهروب أو إلغاء المشاريع، أو حمل أشياء معينة تولد لديه الشعور بالأمان وحتى استخدام الكحول والمخدرات، وفي الأخير نشير إلى أن هذه المكونات تتفاعل مع بعضها البعض، بحيث أن ملاحظة الفرد مثلا لمكون سلوكي مثل زيادة دقات القلب سوف تحفز لديه عددا من الأفكار، وهذا يدفعه إلى القيام باستجابة سلوكية للهروب وتفادي هذه المشاعر والمخاوف. (أنطوني، راندي، 2008:43).

5. أعراض اضطراب الهلع

تتسم نوبة الهلع عند حدوثها بالخوف الشديد المفاجئ، والترقب، والرعب ويصاحبها عدد من الأعراض تصل إلى ذروتها في الحدة إلى عشر دقائق من بداية ظهور أول عرض، وقد تستمر الأعراض حتى ساعات طوال. هذه الطبيعة المفاجئة للهلع هي ما تميزه كاضطراب عن باقي اضطرابات القلق الأخرى، وهذا بناء على الأعراض التالية:

- تزايد سرعة ضربات القلب، خفقان.
- ارتجاف أو ارتعاش.
- انخفاض معدل التنفس أو اختناق.
- تعرق.
- آلام في الصدر.
- إحساس بالدوار أو الإماء.
- غثيان أو تلبك في البطن.
- إحساس بالوخز أو التنميل.
- قشعريرة أو إحساس بالحرارة.

– تبدد الواقع (إحساس باللاواقعية) أو تبدد الشخصية (أن يكون الشخص منفصلا عن ذاته).

– الخوف من فقدان السيطرة أو الجنون.

– الخوف من الموت.

إضافة إلى أعراض سلوكية تعبيرية تتضمن في الغالب الحاجة الملحة للهروب من الموقف الراهن. (عادل، 1999: 189).

6. معايير تشخيص اضطراب الهلع طبقا لـ DSM5 : Panic disorder(F41.0):

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

(يمكن أن يحدث الاندفاع المفاجئ من حالة هدوء أو حالة قلق).

- خفقان، دقات القلب الشديدة، أو تزايد سرعة القلب.
- تعرق.
- ارتعاش أو ارتجاف.
- أحاسيس بقصر النفس أو الاختناق.
- شعور بالغصص.
- ألم أو انزعاج صدري.
- غثيان أو تلبك في البطن.
- الإحساس بالدوار أو عدم الثبات أو خفة الرأس أو الإغماء.
- قشعريرة أو أحاسيس بالحرارة.
- تشوش الحس (إحساسات بالتنميل أو بالوخز).

- تبدد الواقع (إحساسات باللاواقعية) أو تبدد الشخصية (أن يكون الشكل منفصلا عن ذاته).
- خوف من فقدان السيطرة أو الجنون.
- خوف من الموت.

قد تشاهد أعراض ثقافية محددة (مثلا طنين، آلام الرقبة والصداع والصراخ أو البكاء الخارجة عن السيطرة). لا ينبغي أن نعتبر مثل هذه الأعراض أحد الأعراض الأربعة المطلوبة.

ب. واحدة على الأقل من الهجمات تلاها شهر (أو أكثر) لأحد أو لكل ما يلي:

- قلق مستمر أو خوف حول هجمات إضافية من الهلع أو حول عواقبها (مثلا فقدان السيطرة، الإصابة بنوبة قلبية، يصبح مجنوناً).

- تغير كبير لسوء السلوك التكيف على صلة بهجمات الهلع (مثلا السلوكيات تهدف إلى تجنب حصول نوبات الهلع مثلا تجنب الحالات غير المألوفة).

ج. لا يعزى الاضطراب للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلا إساءة استخدام عقار دواء) أو لحالة طبية أخرى (مثلا فرط نشاط الدرقية، واضطرابات قلبية رئوية).

د. لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل بمرض عقلي آخر (مثلا هجمات الهلع لا تحدث فقط كاستجابة للمواقف الاجتماعية المرهوبة، كما في اضطراب القلق الاجتماعي، وليس كاستجابة للأشياء أو الحالات المرهوبة المحددة، كما في الرهاب النوعي، وليس استجابة للوسواس، كما في الوسواس القهري، وليس كاستجابة لما يذكر بالأحداث المؤلمة كما في اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وليس كاستجابة للانفصال عن شخص متعلق به، كما في اضطراب قلق الانفصال).

تحديد نوبة الهلع: يتم شرح الأعراض لغرض التعريف بهجمة الهلع، وهذا راجع

إلى أن هجمة الهلع ليست اضطرابا عقليا ولا يمكن ترميزها. هجمات الهلع يمكن أن تحدث في سياق أي من اضطرابات القلق وكذلك الاضطرابات العقلية الأخرى (مثلا: اضطرابات

الاكتئاب، واضطراب الكرب ما بعد الصدمة، الإجهاد، واضطرابات استعمال المواد) وبعض الحالات الطبية (مثلا: القلبية والتنفسية والدهليزية والهضمية) عندما يتم التعرف على وجود هجمة هلع، فيشار إليها على أنها محدد (مثلا: اضطراب الكرب ما بعد الصدمة مع نوبات الهلع) بالنسبة لاضطراب الهلع، فوجود هجمات الهلع محتوى داخل معايير الاضطراب وهجمات الهلع لا تستخدم كمحدد.

7. التشخيص الفارقي لاضطراب الهلع حسب (DSMV) (APA, 2012/2013):

اضطرابات القلق الأخرى المحددة أو غير المحددة:

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

أ. اضطراب القلق الناجم عن وضعيات طبية أخرى:

لا نستطيع تشخيص نوبة الهلع الناجمة عن حالة فيزيولوجية مباشرة لوضعيات طبية مختلفة على أنه اضطراب الهلع، فهناك الأمثلة كثيرة التي قد تحدث نوبة الهلع نذكر منها زيادة التيروكسين والباراتيروكسين والفيوكروموستوم، الاضطراب الوظيفي لجهاز الدهليزي، القلبي الرئوي (مثلا اضطراب إيقاع القلب، زيادة ضربات القلب فوق بطنه الربو، اضطرابات الرئوية المزمنة) التجارب المخبرية أو الاختبارات الجسدية (الفيزيائية) وقد تكون كافية لتشخيص اضطرابات أخرى طبية. (APA, 2012-2013 : 213)

ب. مواد/ أدوية طبية تحدث اضطراب القلق:

لا نستطيع تشخيص نوبة الهلع الناجمة عن حالة فيزيولوجية مباشرة لمواد معينة على أنه اضطراب الهلع، التسمم عن طريق منشطات الجهاز العصبي المركزي (مثل الكوكايين، الأنفيتامين، الكافيين) ومهدئات ومثبتات الجهاز العصبي المركزي (مثل الكحول

والباربيتيرات) قد تحدث نوبات هلع، ففي حال إذا حدثت نوبة هلع خارج نسق استعمال هذه المواد (مثل آثار طويلة المدى للتسمم، أو الفطام)، هنا تشخص النوبة على أنها اضطراب الهلع في حال إذا سبقت نوبة الهلع استعمال الفرد للمواد المصاحبة للاستعمال المكثف لهذه المواد، خاصة إذا تناول الأدوية دون وصفة طبية، يجب على المختص أن يقوم بدراسة تاريخ الحالة بشكل دقيق، إذا سبقت نوبة الهلع استعمال المفرط لهذه المواد، فهنا تشخص نوبة الهلع على أنها اضطراب هلع بالإضافة إلى اضطراب الناجم عن استعمال المواد. كما نجد قابلية الإصابة باضطرابات مماثلة لأعراض نوبة الهلع بعد سن 45 سنة (مثل الدوخة، فقدان الوعي، آلام في البطن، آلام في المفاصل، اضطراب الذاكرة) توحى أن هناك ظروف طبية أو مواد قد تحدث نوبة الهلع. (APA, 2012-2013 : 213).

ج. اضطرابات عقلية أخرى لديها سمات مشتركة أو أعراض نوبة الهلع مصاحبة لها (مثل اضطرابات القلق الأخرى والاضطرابات الذهانية):

قد تكون نوبة الهلع كعرض في اضطرابات أخرى للقلق (مثل أن تنشيط إثر وضعيات اجتماعية كخواف المجتمع، مواضيع خوافية، أو وضعيات مثل الرهاب الخاصة ورهاب الأماكن المفتوحة الخاص، إثر القلق في القلق المعمم، إثر انفصال في قلق الانفصال).

فهنا لا تستجيب إلى محاكاة اضطراب الهلع (ملاحظة: أحيانا تكون نوبة الهلع مصحوبة ببداية لاضطراب آخر للقلق، ولكن في أحيان أخرى تصبح نوبات الهلع متوقعة، في حين أن اضطراب الهلع يتميز بعدم توقع ومعاودة النوبة). (APA, 2012-2013 : 213).

خلاصة:

نستنتج مما سبق أن اضطراب الهلع غير المصاحب لرهاب الأماكن المفتوحة من بين أكثر اضطرابات القلق انتشارا بصفة خاصة، وقد تعددت التعاريف حوله كما ورد في بداية الفصل، إضافة إلى تعدد النظريات المفسرة له، كما تبين لنا مدى خلط أعراض اضطرابات الهلع مع الأمراض العضوية، كونه مصحوب بأعراض جسدية، تدفع الفرد إلى

الاعتقاد أن حالته الصحية متدهورة وأنه في حاجة إلى علاج طبي، وبما أن هؤلاء الأفراد لا يخضعون للعلاج المناسب والمتمثل في العلاج النفسي فإن هذا يؤدي إلى تدهور حالتهم، وارتفاع مستويات القلق مما يؤدي إلى عجز يمس مختلف مجالات حياة المريض.

الفصل الرابع:

العلاج المعرفي

السلوكي

تمهيد:

يتناول هذا الفصل العلاج المعرفي السلوكي الذي يمثل أحد الأساليب العلاجية الحديثة حيث يعتبر الجانب العلمي والتقني من العلاج النفسي، والذي أظهر فعالية ونجاحا مرتفعا خاصة مع تطور نظريات التعلم السلوكية والنظريات المعرفية، واستعماله على المدى الواسع والبعيد مع مختلف الاضطرابات والمشاكل النفسية، مظهرا نتائج ملفتة للأنظار خاصة مع تنوع طرقه وتقنياته في العلاج.

فما هو العلاج المعرفي السلوكي؟ وما هي مختلف التقنيات المستعملة في هذا العلاج؟ وكذا أشرنا إلى أهم مبادئه، وأهم الأهداف التي يصبوا إليها.

1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

يعرفه فهمي علي: يقوم هذا العلاج على محاولة تغيير المعارف السلبية لدى المريض وجعله يفكر بشكل أكثر منطقية وعقلانية، وهذا بدوره يؤدي إلى تفسير وجدان وسلوك المريض، كما يجب تعليم المريض كيفية توكيد ذاته في المواقف والأنشطة الاجتماعية المختلفة، وتدريبه على أسلوب المواجهة الفعالة في مواجهة ضغوط الحياة بدلا من التعامل مع الضغوط بالتجنب أو بالانفعال، كما يجب تدريبه على مهارات حل المشكلات (فهمي، 2010: 18).

يعرفه هوفمان (S. J. Hofman): العلاج المعرفي السلوكي نوع من العلاج البسيط، حدسي، وواضح، حيث يندرج تحته عائلة من التدخلات تنقسم نفس الأفكار الرئيسية، تحديدا المعارف التي تؤثر بشكل سببي وقوي في الوجدانيات والسلوكيات، ومن تم تسهم في الإبقاء على المشاكل النفسية، ويعتمد هذا النموذج على الاضطراب المستهدف، وتغيير الأساليب كلما زادت المعلومات عن المشكلة المستهدفة. (هوفمان، 2012: 34).

يعرفه كوترو (Cottraux)s العلاجات السلوكية المعرفية على أنها تمثل تطبيق علم النفس العلمي في العلاج النفسي إذ هي استعمال المنهج التجريبي من أجل فهم وتعديل

الاضطرابات النفسية التي تفسد حياة الحالة والتي تستدعي تدخل المختصين في الصحة النفسية (Cottraux, 1993 : 05).

يعرفه عبد الستار: هو أحد أنواع العلاج السلوكي يتم من خلاله تحديد وتقييم وتتابع السلوك، ويركز على تطور وتكييف السلوك، وأيضا نتيجة السلوك غير التكيفي من خلال هذا المدخل العلاجي ويتم تعديل العديد من المشكلات الإكلينيكية مثل القلق والاكتئاب والعدوان وغيرها من الاضطرابات ويستخدم في تعديل سلوك كل الأشخاص ويشمل ذلك الأطفال والمراهقين والكبار. (عبد الستار، 2008: 264).

مما سبق يمكن القول أن العلاج المعرفي السلوكي هو أحد العلاجات النفسية الحديثة نسبيا، يمزج بين العلاجين السلوكي والمعرفي، وبذلك يستعمل عدة فنيات سلوكية ومعرفية لتعديل المشكلات النفسية كالقلق والاكتئاب ويطبق على كل الفئات العمرية.

2. تطور ظهور العلاج المعرفي السلوكي:

كانت المحاولات الأولى من العلاج السلوكي مرتبطة بظهور نظرية التعلم فإن فئة كبيرة من المعالجين السلوكيين ترى أن يقتصر العلاج السلوكي على المبادئ المشتقة من نظريات التعلم التي صاغها العلامة الروسي بافلوف (Pavlov) ومن بعده واطسون (Watson) وهل (Hull) الأمريكيان، لكن الشائع الآن بين طوائف المعالجين السلوكيين هو عدم الاقتصار على ربط العلاج السلوكي بنظريات التعلم هذه وحدها بل وأن تمتد للجوانب الأخرى من التقدم العلمي في نظريات الشخصية والنظريات السلوكية والمعرفية والاجتماعية في علم النفس. ولهذا فإن مفهوم العلاج السلوكي كما هو مستخدم الآن في علاج متعدد الأوجه (الدخيل، 1990: 62). وهو يمتد ليشمل:

أ. الأساليب السلوكية التي قامت بتأثير من تطور نظريات التعلم عند (بافلوف) و(هل) بشكل خاص.

ب. الإسهامات التي قامت بها مدرسة التحليل السلوكي التي أسسها عالم النفس الأمريكي سكينر (Skinner) والتي امتد تأثيرها إلى جوانب سلوكية لم تتطرق إليها المدرسة السلوكية التقليدية مثل تعديل البيئة والتحكم في المنبهات الخارجية كوسيلة من وسائل ضبط السلوك.

ج. أساليب العلاج الذهني أو المعرفي والتي تركز على تعديل الأساليب الخاطئة من التفكير والتدريب على حل المشكلات والإلمام التربوي والتعليمي بالمشكلات التي يتعرض لها الفرد.

د. الأساليب الاجتماعية بما فيها تدريب المهارات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي الجيد من خلال ملاحظة النماذج السلوكية والقُدوة وتدريب القدرة على الثقة بالنفس والتوكيدية.

وقد ذكر لويس كامل مليكه (1990) أن تطبيق مبادئ التعلم في العلاج النفسي ظل محدودا حتى ستينات القرن الماضي حيث برز العلاج السلوكي بوصفه منهجا نظاميا شاملا في العلاج وذلك في ثلاثة مواقع:

أعمال جوزيف وولبي (Joseph Wolpe) في جوهانسبورغ بجنوب إفريقيا، وقد استخدمت فيها أساليب بافلوف لإحداث وإزالة العصاب التجريبي في الحيوان، وقد ظهر منها أسلوب "التخلص التدريجي من الحساسية" وهو النموذج للكثير من إجراءات العلاج السلوكي المعاصر في التعامل مع القلق وفي ضوء منبهات يمكن التعرف عليها في البيئة.

أعمال ايزنك (Hans Eysenck) وشابيرو (Shabirou) في معهد الطب النفسي في لندن، وقد اهتمتا بالمدخل التجريبي الامبريقي لفهم وعلاج المريض وباستخدام نموذج الحالة الفردية الضابطة لنفسها ونظرية التعلم الحديثة في عملية العلاج.

الأعمال المستوحاة من بحوث سكينر (Skinner) في جامعة هارفارد بتطبيق تكنولوجيا "الاشراط الإجرائي" على المرضى، وفي عام (1949) نشر سليتر (Sliter) كتابا في العلاج عن طريق الفعل المنعكس الشرطي، وقد بذلت محاولات عديدة تعتمد مبادئ التعلم في العلاج النفسي ومنها محاولات دولارد (Dollard) وميلر (Miller) وروتر

(Rotter) وشوبين (Shopin) وباندورا (Bandura) وقد صاغ لندزلي وسكينر في أوائل الخمسينات مصطلح "العلاج السلوكي" في محاولتهما لتعديل السلوك الذهاني، وذلك بالرغم من أن المصطلح قد استخدمه بصورة مستقلة كل من لازاروس (Lazarus) وايزنك بعد ذلك بفترة (لويس مليكه، 1990: 91).

وعلى جانب آخر فقد أسس كل من أرون بيك (Aaron Temkin Beck)، وألبرت أليس (Albert Ellis) العلاج النفسي الذي أصبح يعرف بعد ذلك بالعلاج المعرفي السلوكي، وإن كان كل منهما قد عمل بشكل مستقل عن الآخر، إلا أن أعمالهما توجت بنفس النتائج تقريبا، ويعتمد العلاج المعرفي السلوكي أو المقاربات العلاجية التي واكبت وتبنت نفس الاتجاه على مجموعة من المبادئ الرئيسية العامة، حيث ينطلق العلاج من تعديل المخططات المعرفية التي لدى الفرد عن نفسه، وعن عالمه، وعن مستقبله، حيث تحدد هذه المخططات الطريقة التي قد يفسر بها الفرد الأحداث، ومن خلال هذا التفسير تظهر أفكار آلية معينة، وتسهم هذه الأفكار في التقييم المعرفي للموقف، حيث يتم هذا التقييم بسوء التكيف واللاعقلانية ويؤدي إلى استجابة وجدانية معينة (هوفمان، 2012).

وتذكر جوديت بيك (Judith Beck) أن العلاج المعرفي تأسس بواسطة أرون بيك (Aaron Beck) في جامعة بنسلفانيا في أوائل الستينات كعلاج منظم ومختصر ومتمركز حول الحاضر لعلاج الاكتئاب، وهو موجه أساسا إلى التعامل مع مشاكل المريض الحالية مع إعادة تشكيل التفكير السلبي والسلوك المترتب عليه، ومنذ ذلك التاريخ نجح بيك في تكيف هذا العلاج وتعديله لمعالجة مجموعة من الاضطرابات النفسية المختلفة بطريقة مدهشة (جوديت بيك، 2007: 17).

ويشير هوفمان (Hofman) أن أليس (Ellis) تدرب على التحليل النفسي الفرويدي مثله مثل بيك (Beck) ولكنه تأثر كثيرا بالفرويديين المحدثين أمثال كارين هورني، ويؤكد المدخل العلاجي لإليس على العمليات المعرفية، كما أن هذا المدخل شكل فعال، وموجه من أشكال العلاج النفسي، يتمثل دور المعالجين النفسيين في مساعدة المرضى على إدراك أن معتقداتهم الخاصة تسهم بشكل كبير في مشكلاتهم النفسية بل تبقى عليها وتسببها، هذا المدخل

يساعد المرضى على إدراك لا عقلانية وحدة تفكيرهم، ويساعد على التغيير الفعال للمعتقدات والسلوكيات التي تهزم الذات.

وقد أطلق أليس اسم العلاج النفسي العقلاني Rational therapie على علاجه ثم سماه بعد ذلك العلاج العقلاني الانفعالي، وفي الأخير استقر على العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ليؤكد على الأهمية المتداخلة للمعرفة والسلوك والوجدان (الانفعال)، وفي هذا الصدد يفضل بيك مصطلح اللاتكيف Maladaptive أو المختل وظيفيا Dysfunctional بدلا من اللاعقلاني Irrationnel لوصف طبيعة المعرفة المختلة، حيث أن الأفكار لا ينبغي بالضرورة أن تكون لا عقلانية لتكون لا تكيفية، على سبيل المثال قد يكون لدى بعض مرضى الاكتئاب تقييما واقعا للخطر في الحياة، ومع ذلك فإن هذه "الواقعية الاكتئابية" لا تكيفية لأنها تتداخل مع الحياة الطبيعية (هوفمان، 2012: 19).

هذا ويمثل العلاج المعرفي السلوكي عند بيك (Beck) والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي عند أليس (Ellis) اتئلافا بين المناهج السلوكية والمناهج المعرفية، إذ أن العلاج المعرفي لدى كل منهما: "هو أسلوب علاجي يحاول تعديل السلوك لدى المريض من خلال التأثير في عمليات التفكير حيث يؤدي تغيير المعارف إلى تغيير في السلوك، وفي الوقت ذاته ينتج عن تغيير السلوك تغيير في المعارف، وبالتالي فالعلاج المعرفي عند تأكيده على الدور السببي للتفكير في حدوث الانفعالات والسلوك لم يفعل دور التغيير السلوك في تغيير الانفعالات والتفكير، وعلى هذا فهو يستند إلى النظرية المعرفية استناده إلى أساليب تعديل السلوك" (محمد، 2000: 24).

وقد تزامنت أعمال بيك وإليس في بداية السبعينات مع أعمال أخرى ساهمت في إثراء هذا الاتجاه الجديد في العلاج خاصة أعمال مايكل ماهوني (M. Mahoney) ومارفين جولد فرايد (M. Gold fried) وأرنولد لازاروس (A. Lazarus) ونخص بالذكر أعمال متشنبوم (D. Meichendoum) ونظريته التي كانت تعرف بالتعديل المعرفي للسلوك (Cognition behavior modification) حيث أسس لاتجاه ثالث كان رائدا في ميدان العلاج بجانب العلاج المعرفي السلوكي لبيك والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لأليس، إلا أن

باترسون (Patterson) يرى في نقده لنظرية ميتشنيوم أنها مجرد بداية ناجحة لمحاولة لم تكتمل بعد في المستوى التنظيري والمستوى التطبيقي، ولكنه مع ذلك انتقل خطوة للأمام من ذلك الموقف الذي تبنته مدرسة العلاج السلوكي في تفسيرها للسلوك وفي علاجها لهذا السلوك، أما فيما يتعلق بالعمليات التي يستخدمها في سبيل تعديل السلوك فهو لم يلجأ إلى أي تصور لعمليات أخرى غير أحاديث الذات. (محمد، 2000: 26).

وجد دوبسون (Dobson) عند تحليله للعديد من الدراسات التي قارنت بين العلاج المعرفي السلوكي وغيره من أنواع العلاج الأخرى أن من أهم ما توصلت إليه تلك الدراسات من نتائج قد تمثل في أن العلاج المعرفي السلوكي يعد هو أفضل أنواع العلاج المستخدمة من حيث نتائجه بالنسبة للمرضى متفوقا في ذلك على العلاج السلوكي والعلاج التحليلي (محمد، 2000: 27).

وفي السنوات الأخيرة تم تطبيق العلاج المعرفي السلوكي بشكل متزايد في التعامل مع الاضطرابات مثل الاندفاعية والنشاط الزائد والقلق والاكتئاب واضطراب المسلك، والفكرة الأساسية هي تحسين القدرة على حل المشكلات والقدرة على التخطيط وتأجيل الإشباع، فمن خلال عمليات التقييم الداخلي والعبارات الذاتية، يتعلم الفرد إخضاع سلوكه السابق المشكل أو المزعج إلى قدر معقول من السيطرة العقلانية، والوسيلة التي يتم من خلالها تحقيق ذلك هي تعديل المكونات المعرفية، بحيث يكون الهدف النهائي هو تحقيق "نموذج تدبري" جديد وأكثر تكيفا. (تيموثي، 2007: 36).

3. مسلمات العلاج المعرفي السلوكي:

أ. المصادر الأساسية للأداء هي الأبنية المعرفية التي تقوم بتشكيل المعاني، والتي تمس المخططات المعرفية، ويقصد بالمعاني تقدير الشخص لسياق معين وعلاقة هذا السياق بالذات.

ب. هناك تأثير متبادل بين المنظومات المعرفية والمنظومات الأخرى.

ج. لدى الناس استعداد لتكوين أخطاء معرفية محددة التشويه المعرفي (وتسمى هذه الاستعدادات لهذه الأخطاء الهشاشة المعرفية).

- د. يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض تجعل المريض يثق بالمعالج ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف مع المريض والاهتمام به وكذلك الاحترام الصادق له وحسن الاستماع.
- هـ. يشدد العلاج المعرفي السلوكي على التعاون والمشاركة النشطة والعمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات وإعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات.
- و. يركز العلاج على الحاضر، وفي بعض الحالات يتم الرجوع إلى الماضي في حالة رغبة المريض الشديدة، وخاصة عندما يشعر المعالج بأن هناك حاجة لفهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدى المريض.
- ز. العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي يهدف إلى جعل المريض معالجا لنفسه، كما أنه يهتم كثيرا بتزويد المريض بالمهام اللازمة لمنع عودة المرض بعد التحسن.
- ح. العلاج المعرفي السلوكي علاج قصير المدى يتم فيه علاج حالات الخوف والقلق والاكتئاب خلال (4-12) جلسة. (المحارب، 2000: 34).

4. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

إن ما يميز العلاج المعرفي السلوكي هو صبغته التعليمية التي تظهر من خلال سيرورة العمل العلاجي بدء بالتعليم النفسي للمريض وإقناعه بمنطق العلاج ومسؤوليته فيه، وتوضيح العلاقة بين الاعتقادات اللاعقلانية وما يعانيه من اضطراب، ويتم هذا في إطار علاقة تعاونية مهنية توجهها مجموعة من الضوابط تمثل صميم مبادئ المنحنى العلاجي المعرفي السلوكي وهي:

- أ. يرتبط كل من المعرفة والسلوك ببعضهما البعض.
- ب. تعلم معظم البشرية يتم من خلال الجانب المعرفي.
- ج. إن الاتجاهات والإسهامات المعرفية هي محاور هامة في فهم الفرد وسلوكه والتنبؤ به من أجل دمج المعرفة والسلوك لظهور فنيات علاجية ناجحة.

- د. التركيز على فهم الفرد للجزء المراد تعديله.
- هـ. يعمل كل من العميل والأخصائي بشكل متعاون لتقدير المشاكل ووضع الحلول.
- و. تقديم الخبرة المتكاملة للفرد بكافة الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية حيث يستطيع الكثير من الأفراد التأثير في سلوك الآخرين من خلال الكلمة والمعلومة وردود أفعالهم تجاه المواقف، وبذلك يمكن تقديم الخبرة المتكاملة (آمال باظة، 1999: 273).

ومن تم فإن العلاج المعرفي السلوكي يعمل على:

- تعلم البناء المعرفي وإيجاد مهارات التوافق الطبيعية.
- تعلم وتعميم بعض المهارات الجديدة وتدعيم بعضها من خلال استخدام العديد من الاستراتيجيات.
- تعليم المفحوص متابعة وإدراك الواقع في إطار الأفكار الحالية ومواجهة التحديات بأفكار جديدة.
- الدعوة إلى التفكير المنطقي والاختبارات الواقعية للتفكير السلبي وهكذا يتعلم المفحوص كيفية تعديل أخطائه وزيادة الأداء الحالي بشكل واضح (ماهر سكران، 2006: 666).

وبهذا فإن المعالج وفق هذا الإطار ينقل بشكل مباشر للمريض فكرة أساسية مفادها أن إدراكه للواقع ليس هو الواقع ذاته، إنه المبدأ الذي إذا تعلمه المريض يدرك من خلاله إلى حد بعيد ماهية اضطرابه، وأي السبل أقرب لعلاجه.

5. الأسس النظرية للعلاج المعرفي السلوكي:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي اتجاهاً علاجياً حديثاً نسبياً يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته والعلاج السلوكي بما يضمنه من فنيات، ويعتمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد إذ يتعامل معها معرفياً وانفعالياً وسلوكياً بحيث يستخدم العديد من الفنيات سواء من المنظور المعرفي أو الانفعالي أو السلوكي.

كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض تتحدد في ضوءها المسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد فيه من أفكار مشوهة واعتقادات لا عقلانية مختلة وظيفيا تعد هي المسؤولة في المقام الأول عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها المريض وما يترتب عليها من ضيق وكرب.

وبنفس المنطق يتحمل المريض مسؤوليته شخصية في إحداث التغيير العلاجي من خلال تصحيح الأفكار المشوهة والاعتقادات اللاعقلانية وتعديلها واستبدالها بأفكار واعتقادات أخرى تتسم بالعقلانية والتواؤمية (عادل، 1999: 17).

6. أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

- أ. مساعدة المريض للتوصل إلى منظور جديد لفهم مشكلته.
- ب. تعليم المريض كيف أن معارفه يمكن أن تساعد في تفسير أسباب ونشوء ووجود استجاباتهما الانفعالية والسلوكية التي تتسم بسوء التكيف.
- ج. يشرح له أن التفسير المعرفي له أهمية رئيسية في العلاج.
- د. يقوم كل من المعالج والمريض بتنفيذ وتحليل النتائج المعرفية والسلوكية (غير سوية) بشكل مستمر، كما يتم تحديد احتمالات حدوث التدعيم الذي يحافظ على وجود السلوكيات غير المرغوبة، يتم أيضا تطبيق أساليب العلاج من أجل تغيير تلك الاحتمالات.
- هـ. إن العلاجات المعرفية السلوكية نشطة وقائمة على الوصول للأهداف وتشمل الطرق التعليمية مثل وضع جدول الأعمال وإعادة البناء والتوضيح وردود الفعل والانعكاسات والواجبات المنزلية.
- و. إنشاء علاقة تعاونية وتجريبية بين المعالج والمريض، يتم تشجيع المرضى على تجريب ما تعلموه حديثا من سلوكيات في حياتهم اليومية على أساس أنهم يكونون أقل معارضة لاقتراحات التغيير إذا أمكن حثهم على تجربة سلوكيات جديدة يكون لها نتائج أكثر جلبا للفائدة (الغامدي، 2013: 159/158).

7. سيران العلاج المعرفي السلوكي:

يسير العلاج ويطبق في مجموعة حصص من (10-25) حصة وفق البرنامج المبني أو المقترح وحسب الحالة مع احتمال حصص متابعة خاصة لمعظم الاضطرابات كالقلق، المشاكل الجنسية أو الاكتئاب , للعلاج المعرفي السلوكي أربعة مراحل:

7.1. التحليل الوظيفي: Analyse fonctionnelle

هدفه هو تحديد السلوكيات المباشرة وغير المباشرة التي تتكرر في بيئة معينة، أي عوامل الظهور والتثبيت maintien للسلوكيات المرضية، التحليل الوظيفي لا يتوقف عند الهيئة الظاهرة ولكن يبحث في عزله عن المشاكل المفتاحية، الأداء الذي يعدل بشكل دائم ومهم السلوك، الأهمية التاريخية في اكتساب الاضطرابات تكون بالطبع مدروسة جيدا يقوم المعالج أيضا بدراسته الأفكار والتصورات العقلية، الحوار الذاتي الذي وفي أغلب الأحيان يكون مصاحب و/أو سابق السلوكيات المشكلة في الأخير يحدد وبدقة السلوكيات الحركية واللفظية.

التحليل الوظيفي لا ينجز على الفور لكن في العموم يكون في المقابلة الثانية، أما المقابلة الأولى فهي أكثر انشغالا ب : إقامة العلاقة، بناء العلاقة، وضع أو التحقق من التشخيص، وفي النهاية دراسة جدوى العلاج، وإمكانية العلاج المتبع للمرور للمرحلة المقبلة، ومقابلة التحليل الوظيفي تعتبر مقابلة مباشرة، بمعنى موجهة نحو جمع بيانات محددة بشأن سلوكيات – مشاكل الحاضرة عند المفحوص.

– منذ متى يحدث هذا السلوك المشكلة؟

– أين؟

– متى؟

– كيف؟

– كم عدد مرات، الوحدة الزمنية المختارة؟

– مع من أو ماذا؟

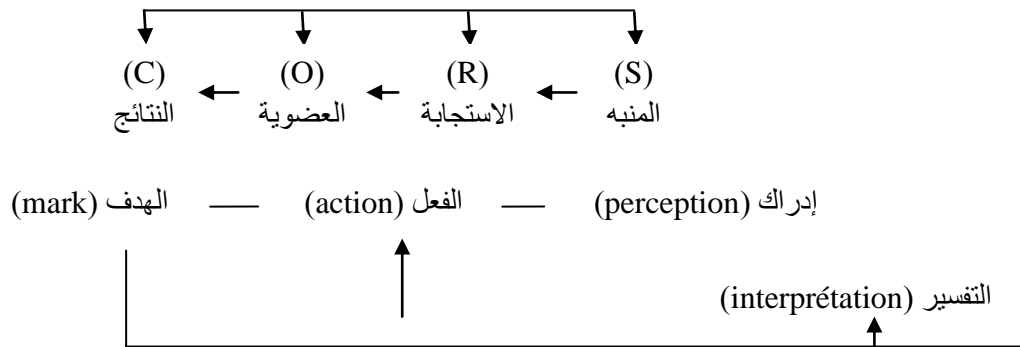
- ما الذي يسبق السلوك المشكلة؟
- ما الذي يخفف السلوك المشكلة؟
- ما الذي يجعلك تجادل السلوك المشكلة؟
- ما الذي يصد السلوك المشكلة؟

هذه هي الروابط الرئيسية بين المحيط والسلوك التي تحدد في كل الحالات هذه الروابط يمكن إنشاءها بصفة أكثر أو أقل مباشرة، لكن هذه العناصر مهمة في بناء برنامج فعال. (J. Cottraux, 2001 : 77).

وللقيام بالتحليل الوظيفي يتم الاستعانة بثلاث شبكات الأكثر استعمالاً ألا وهي:

أ. شبكة سورك (Sorc): والتي تتشكل في صورة التخطيط التالي:

(S) المنبه \Leftarrow (O) عضوية \Leftarrow (R) الاستجابة \Leftarrow (C) النتائج.



شكل رقم (1): يوضح نموذج لشبكة (SORC)

ب. شبكة الفكرة الأساسية (BASIC Idea): هذا النموذج في التحليل الوظيفي

مشتق من أعمال لازاروس (Lazarus) (1977) ويعرف باسم:

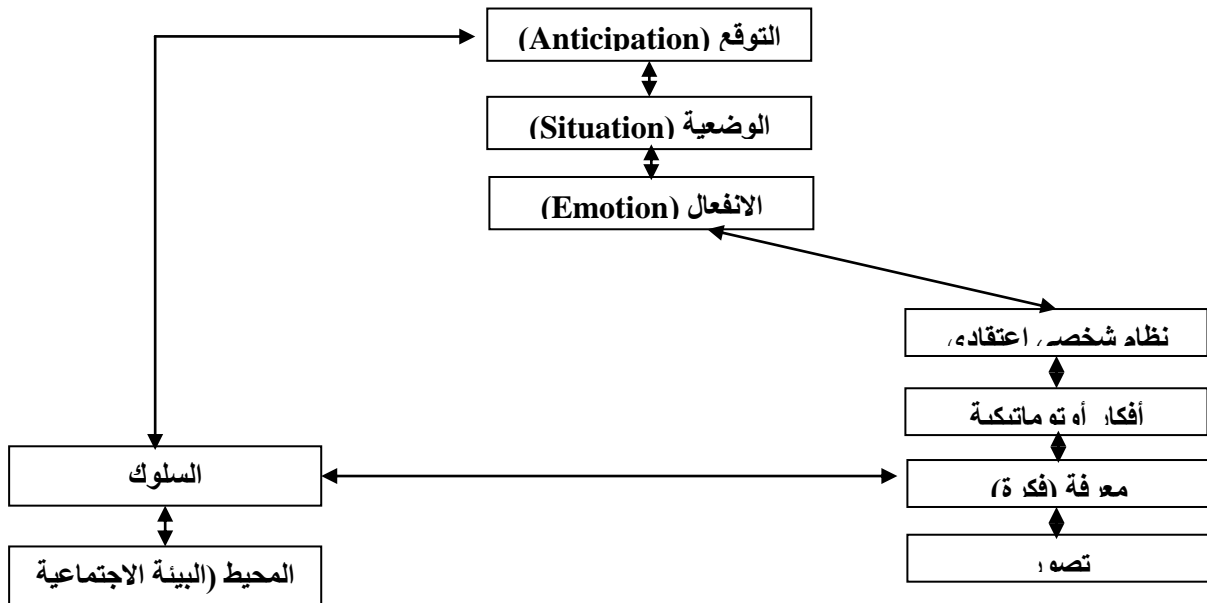
- (B): (behavior): السلوك المتلبس.
- (A): (Affect): العواطف والمشاعر التي تصاحب هذا السلوك.
- (S): (Sensation): الإحساسات التي تصاحب هذا السلوك.
- (I): (Imagery): التصور الذهني في علاقته مع السلوك.
- (C): (Cognition): المعرفة تنطبق مع الأفكار ومعتقدات المفحوص.

- (I): (Interpersonal): البيئة وتتنطبق على العلاقات البيئية المتصلة بالمشكل.
- (D): (Droque): العقار ينطبق خصيصا للأدوية وللحالة الجسدية.
- (E): (Expectation): التوقعات ماذا ينتظر ويأمل سواء من المعالج أو المعالج.
- (A): (Attitude): اتجاه (إيجابي أو حيادي أو سطحي) المعالج نحو المفحوص.

ج. شبكة سيكا (Secca) لكوترو (Cottraux):

والتي تم الاستعانة بها في هذه الدراسة وهي على جزئين جزء تزامني (Synchronie) والآخر تاريخي (Diachronie)، فهذه الشبكة تستهدف فهم الجانب التزامني (الراهن) الذي يسمح بتحليل تتابعي متزامن لـ المنبه (Stimulus) انفعال (Emotion)، المعرفة (أفكار، صورة عقلية، نسق من المعتقدات) (cognition, penses, images) (mentales, systèmes de croyance)، السلوك (comportement)، التوقع (anticipation) وعلاقتهم بالمحيط الاجتماعي، وكذلك جانب تاريخي الذي يسمح بإعادة بناء تاريخي سابق للمفحوص.

– التحليل التزامني (Synchronie):



المخطط رقم (2): يوضح التحليل التزامني (SYNCHRONIE) لشبكة SECC

– التحليل التاريخي (Diachronie):

- المعطيات الممكنة.
- عوامل وراثية.
- شخصية المفحوص.
- العوامل المفجرة الأولية المستعان بها.
- الأحداث التاريخية المحافظة للاضطراب.
- مشاكل أخرى.
- علاجات سابقة.
- أمراض عضوية. (J. Cottraux, 2001 : 75,76).

2.7. تحديد الهدف العلاجي (Définition d'un objet au traitement):

المعالج والمفحوص في تدرج يعملون على تحديد الفرضيات المشتركة لنوعية الاضطراب الموجود، والوقوف على مختلف الأسباب المفجرة وعوامل بقائها، ثم بعد هذا الجهد الأولي يبرمون عقدا بينهما يتضمن تحديد الأهداف العلاجية التي يمكن الوصول لها، وكذا الأدوات والتقنيات العلاجية المناسبة لهذا النوع من الاضطراب وانطلاقا من الفرضيات يكون التدخل المنظم والمشاركة العملية مع المعالج تساهم في التغيير المنشود.

3.7. تنفيذ البرنامج العلاجي (Mise en œuvre d'un programme de

:(traitement

البرنامج العلاجي لا يخرج عن إطار المبادئ والتقنيات المتفاهم عليها مسبقا مع المفحوص مع بعض المرونة في التغيير، وهذا بغية الوصول لمساعدة المفحوص على تنمية قدرته في التعديل الذاتي لسلوكياته، وعلى هذا المنوال يتمكن من تعميم إلى الداخل الوضعية العلاجية بمختلف الأساليب والتغيرات التي تعلمها حتى تمنع الانتكاسة مرة أخرى.

7.4. تقييم نتائج العلاج (Evaluation des résultats du traitement):

عملية التقييم تكون بمقارنة العينات المتكررة التي أجريت قبل وأثناء وبعد العملية العلاجية، وأيضا المتابعة يستحسن بعد مضي من (06) أشهر إلى سنة بالتمام. (J. Cottraux, 2001 : 6, 7).

8. تقنيات العلاج المعرفي السلوكي:

أما فيما يتعلق بتقنيات العلاج المعرفي السلوكي فبعضها معرفي موجه نحو تحديد وضبط الاختلال الوظيفي للمعرفيات وكذا محاولة تعديلها وتغييرها مثل (التعلم النفسي والاستكشاف الموجه، واختبار الدليل، وإعادة العزو، والتخيل العقلاني والمراقبة الذاتية)، ويصف موميل (Memullin) (2000) في كتابه دليل التقنيات أن هناك أكثر من (35) تقنية معرفية مختلفة (إسماعيل طه، 2009: 97).

كما أن بعضها الآخر سلوكي مثل: الواجبات المتدرجة، والتدريب على الاسترخاء وجدول الأنشطة المختلفة، ولعب الدور، والنمذجة، والتحصين التدريجي وفقد الحساسية المنظم، والتعرض، كما أن هناك أساليب تدعيمية مساندة مثل تحويل الاهتمام، وإلى جانب ذلك هناك استراتيجيات مواجهة تستخدم في هذا الصدد مثل التدريب على إدارة القلق والتوكيدية وحل المشكلات والتدريب على المهارات الاجتماعية (عادل، 2000: 82).

8.1. التقنيات المعرفية:

أ. التربية النفسية (Psychoéducation):

وهي ذات بعد تعليمي وتثقيفي غايتها توعية المفحوص بمشكلاته وكذا العلاج (بيرني كورين، 2006: 131) وذلك بواسطة النموذج التعليمي حيث يدرك المفحوص خطأ أفكاره وتوجهاته، وكذا كيفية التمييز بين التفكير المدرك عن الواقعي، وكيف يمكنه تقدير درجة انفعالاته وكذا الاعتقاد في التفكير، وهذا كله يدخل في بند تقديم وشرح النموذج المعرفي السلوكي، وإعطاء معلومات إجرائية عن نوعية اضطرابه وعن سيرورة العمل العلاجي،

وكيفية تعاونه في ذلك للوصول للأهداف المسطرة والعمل على إثارة روح الأمل في نفسية المفحوص بتغذية حماسه ودافعيته نحو العلاج والتغير (J. Cottraux, 2007 : 164).

ب. فنية اختبار الدليل:

هي من إحدى الفنيات الفعالة لمواجهة الأفكار الخاطئة، وتذكر (Lanet Zavb) (1992) أن هذه الفنية تستخدم من أجل مساعدة العملاء على اكتشاف المنطق الخاطئ والكامن وراء تفسيراتهم ومعتقداتهم المشوهة، حيث يطلب من المفحوص أن يقدم الدليل المؤيد أو المعارض لمعتقداته وتفسيراته للأحداث وأن يقوم بتسجيل الدليل المؤيد أو المعارض في العمود المخصص لذلك (الغامدي، 2013: 184).

ج. فنية صرف الانتباه (Distraction):

تستخدم هذه التقنية لأهداف محددة وقصيرة المدى وتستخدم هذه التقنية في بداية العلاج لكي تجعل المفحوص يدرك أن باستطاعته التحكم في الأعراض التي يشكو منها، وهذه الخطوة مهمة جدا في العلاج، وقد تستخدم في مراحل متأخرة من العلاج للتعامل مع الأعراض عندما يكون المفحوص في وضع لا يسمح له بتحدي الأفكار السلبية التلقائية، ومن الممكن استخدام أساليب صرف الانتباه لتوضيح النموذج المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية للمفحوص (الغامدي، 2013: 186).

د. فنية وقف الأفكار:

وهذه العملية وقف تدفق الأفكار الأوتوماتيكية عملية بسيطة إلى حد ما، حيث أن المتعالج يقوم ببساطة بإيقاف هذا التيار من الأفكار بواسطة منبه مفاجئ سواء كان هذا المنبه حقيقي أم خيالي (طه عبد العظيم، 2006: 272).

هـ. إعادة البناء المعرفي:

بما أن جوهر العلاج المعرفي السلوكي يركز على أن الأفكار هي التي توجه السلوك وتستنير الانفعالات، حيث أننا نقوم بتحليل مستمر للمعلومات الواردة إلينا من الداخل أو من الخارج، والأفكار تمثل نتيجة معالجة تلك المعلومات، وتعني العمليات المعرفية

بتصنيف وتقييم وتنظيم المعلومات ذات المعنى والمهمة فهي من يقوم بفك شفرة الواقع، وكذلك المشاعر الداخلية للفرد، ولكن عملية المعالجة هذه قد تتضمن أخطاء وتشوهات (بلميهوب، 2014: 251).

وبما أن المثير من المعارف اللاتكيفية لدى مرضى اضطرابات الهلع عبارة عن مفاهيم مشوهة، بسبب الخطأ المعرفي والذي يتعلق بسوء تقدير الاحتمالية من جهة، والتفكير الكوارتي من جهة أخرى، ولهذا فأتثناء إعادة البناء المعرفي، يتم معاملة الأفكار اللاتكيفية لدى هؤلاء المرضى على أنها فروض، يتم تشجيعهم على أن يكونوا ملاحظين موضوعيين ويستكشفون طبيعة القلق لديهم بهدف إيجاد إستراتيجيات فعالة للتعامل معه لكي يحدد ويتحدى هذه الأفكار اللاتكيفية وهذا من خلال مناقشة الأدلة بشكل نقدي على أو ضد افتراض معين من خلال الحوار السقراطي، وهذا من خلال استخدام معلومات من الخبرات السابقة للمريض، بحيث يكون هدف هذه المناقشة هو تصويب المعارف اللاتكيفية (هوفمان، 2012: 99).

8.2. التقنيات السلوكية:

أ. الواجب المنزلي:

يعتبر جزء مركزي من العلاج وهي وسيلة هامة تساعد على تحقيق الأهداف العلاجية المنشودة، كما تساهم في تكوين المفحوص للمراقبة الذاتية والتقييم والعلاج حيث أنها التقنية الوحيدة العلاجية التي يبدأ ويختتم بها العلاج المعرفي السلوكي كل جلسة علاجية (بعد عملية التقييم). (الغامدي، 2009: 128).

فهي تعطي للمفحوص فرصة ليقوم بممارسة ما تدرّب عليه وما تعلمه أثناء جلسات العلاج، وذلك على مواقف الحياة الواقعية، ويقدم كل واجب منزلي على أنه تجربته مناسبة لاكتشاف بعض العوامل المعرفية المتعلقة بالمشكلة التي يواجهها حديثاً، وهذه الواجبات لها جوانب معرفية وأخرى سلوكية، وتتمثل هذه الواجبات في شكل قراءة كتيبات ومقالات ملائمة عن الاضطراب والعلاج، أو القيام بمراقبة وتقييم ذاتي في استمارات خاصة لذلك أو سماع لأقران مضغوطة أو مشاهدة أفلام يدور فحواها حول تثقيف المفحوص حول مشكلته

والعلاج أو تعلم أساليب ومهارات جديدة في مواجهة المواقف المؤلمة (طه عبد العظيم، 2009: 244).

ب. التعرض (Expositions):

الهدف من هذه التقنية التأثير على الأعراض السلبية للقلق بإطفاؤها وذلك بمواجهة المثيرات من ناحية ومواجهة سلوك التجنب الذي هو معزز للقلق من ناحية أخرى، وتختلف طريقة التعرض باختلاف مكان المواجهة وأسلوب المواجهة ويستحسن تقديم التعرض التخيلي ثم يليه الواقعي وهو أنواع منه الميداني والمتدرج (تقليل الحساسية التدريجي) (J. Cottraux, 2001: 70).

ج. التدريب على مهارات حل المشكلة:

وهي مهارات يتم تعلمها للتعامل مع المشكلات الحياتية الواقعية، وتتضمن أن يقوم كل من المعالج والمفحوص بتقسيم المشكلة إلى عناصر فرعية، ويتم وضع قائمة بالحلول الممكنة ثم بعد ذلك يقوم العملاء بتجربة وتنفيذ هذه الحلول في الواجب المنزلي (طه عبد العظيم، 2006: 236).

د. التدريب على الاسترخاء (Relaxation):

وهي فنية مفيدة في التغلب على التوتر الجسدي والعقلي، علاوة على أن الاسترخاء يمكن أن يتم في جلسة العلاج أو يتم في المنزل، ويتم تشجيع العملاء على ممارسة الاسترخاء يوميا، ويستخدم هذا الأسلوب مبكرا مع العملاء لأنه يعمل على تحقيق فوائد فسيولوجية ونفسية معا وتوجد فنيات عدة للاسترخاء ومن أكثر الطرق شيوعا أسلوب الاسترخاء العضلي المتصاعد لجاكبسون وتبين الدراسات أن التدريب على الاسترخاء يؤدي إلى تغير في مفاهيم المرضى عن ذواتهم (مفهوم الذات) فيصبحون بعد تعلمهم الاسترخاء أكثر ثقة بأنفسهم (الغامدي، 2013: 195).

ه. النمذجة:

يقوم المعالج بتقديم نموذج للسلوك المرغوب في خطوات بسيطة، ويوصى بأن يناقش المعالج المفحوص بتوضيح المهارة المعينة بمعايير، ويمكن للمفحوص أن يقوم بممارسة السلوك داخل الجلسة (مثل مهارات التواصل) ويقوم المعالج بتقديم العائد المساند والبناء، ويمكن للمفحوص أن يقوم بتطبيق المهارة في الحياة اليومية الواقعية كمهام بين الجلسات على أن يتم مناقشة مدى التقدم في الجلسة التالية (روبرت ليهي، 2006: 66).

و. التحكم في معدل التنفس:

فالتحكم في معدل التنفس يعمل على استعادة المفحوص السيطرة على نفسه وعلى القلق، ويتم ذلك من خلال تعليم وتدريب العملاء على طريقة معينة للتنفس (تحسين وتعديل عملية الشهيق العميق من الأنف والزفير من خلال الفم). (J. Cottraux, 2001 71).

وهذا التدريب أثبت فعاليته في حالات نوبات الهلع والأعراض الجسمية للقلق (طه

عبد العظيم، 2006: 282).

خلاصة:

نستنتج مما سبق أن العلاج المعرفي السلوكي هو الجانب التطبيقي للمقاربة المعرفية السلوكية التي تنطلق من مبدأ "هنا والآن" (Ici et maintenant) والذي يستخدم مجموعة من الطرق والتقنيات والوسائل التي تقوم على أسس علمية ومنهجية مدروسة، كما أنه علاج مخصص وموجه لجميع الاضطرابات، بعلاج كل اضطراب على حدة، فهذا النوع من العلاجات السيكولوجية يوصف بأنه علاجا نشطا، تعاونيا، توجيهيا، تعليميا، قصير المدى، أهدافه واضحة ومحددة ويسعى المتدخل في الأساس مساعدة الأفراد على فهم العمليات المعرفية والسلوكية وخاصة التي تشكل جوهر اضطراباتهم بمنهجية تجريبية.

الفصل الخامس:

الدراسة الاستطلاعية

تمهيد:

تعتبر الإجراءات المنهجية للبحث المتبعة من طرف الباحث هي الكفيلة للوصول إلى الأهداف المرجوة من البحث، وذلك من خلال جملة من الوسائل تتمثل في الأدوات التي يعتمد عليها الباحث للحصول على معطيات من الميدان بغية التحقق الموضوعي من الفرضية.

وفي هذا الفصل سيتم التعرض إلى الإجراءات المنهجية المتمثلة في تقديم المنهج المتبع في هذه الدراسة، أدوات الدراسة، الدراسة الاستطلاعية، الحدود المكانية والزمنية للبحث.

1. منهج الدراسة:

المنهج المحدد للدراسة أمر تحدده مشكلة البحث المراد دراستها، فالمنهج هو مجموعة الأطر والإجراءات والخطوات التي يضعها الباحث عند دراسته لمشكلة بحثه. (غريب، 1998: 115).

وبما أن موضوع الدراسة يستهدف التخفيف من حدة نوبات الهلع لدى الراشد فإن المنهج الذي اعتمده لهذه الدراسة هو المنهج الإكلينيكي الذي ينصب على دراسة الحالة الفردية والتي تعتبر طريقة استطلاعية في منهجها وتركز على الفرد وتهدف للتواصل إلى الفروض، فهي الوعاء الذي يعمل فيه الإكلينيكي ويقيم كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها من المفحوص، وذلك بواسطة الملاحظة والمقابلة بالإضافة إلى تاريخ اجتماعي والفحوصات الطبية والاختبارات السيكولوجية، فهي تسمح بوصف ظواهر سوية وغير سوية ووضع فرضيات لأجل دراسة الشخصية والبحث في السببية المرضية أو علاج الاضطرابات النفسية. (الوافي، 2003: 65).

ويعرفه (حلمي المليجي) على أنه:

منهج يختص بالمعرفة والممارسة النفسية المستخدمة في مساعدة المفحوص الذي يعاني من اضطراب ما في الشخصية، يبدو في سلوكه وتفكيره ينجح في تحقيق توافق أفضل واكتساب قدرة أعلى في التعبير لذاته. (المليجي، 2000: 29).

2. أدوات الدراسة:

أ. دراسة الحالة:

تعتبر دراسة الحالة الطريق المباشر إلى جذور المشكلات النفسية، وتتضمن دراسة الحالة كل المعلومات التي تجمع عند الحالة، وهي تحليل دقيق للموقف العام للفرد ككل، وهي وسيلة لتنسيق المعلومات التي جمعت بوسائل أخرى عن المريض وبيئته، وهي بحث شامل لأهم عناصر حياة الفرد

تمثل دراسة الحالة نقطة بداية جيدة للمقابلة الشخصية وتساعد المعالج في فهم المريض والتعرف على اضطرابه وتساعد على فهم نفسه بصورة أوضح.

والوظيفة الرئيسية لدراسة الحالة هي جمع المعلومات ومراجعتها ودراستها وتركيبها وتلخيصها (جلال معمرى، 2000: 78).

ب. المقابلة العيادية:

تعتبر التقنية العيادية المثلى ويقصد بها التحدث وجها لوجه مع المفحوص بقصد استيفاء المعلومات منه أو مساعدته على التخلص من مشاكله وتمتاز بأنها فرصة للأخصائي النفسي لملاحظة انفعالات المفحوص ومعرفة أفكاره واتجاهاته النفسية وخبراته الشخصية وتختلف المقابلات التشخيصية هو التأكيد من حالة المفحوص التي يتم التعرف عليها بصفة نهائية في المقابلة الابتدائية حتى يكون التشخيص سليما وصحيحا، بينما يركز الهدف الأساسي للمقابلة العلاجية على تنفيذ الاستراتيجيات العلاجية التي رسمها الفاحص بناء على تشخيص لحالة المفحوص. (زهران، 2001: 35).

ج. الملاحظة العيادية:

هي مراقبة مقصودة تستهدف رصد أي تفسيرات تحدث على موضوع الملاحظة سواء كانت ظاهرة طبيعية أو إنسانية، بهدف التعرف على مؤشرات التغيير في سلوك الأفراد واتجاهاتهم. (زرواتي، 2002: 70).

- شبكة الملاحظة الذاتية للكشف عن نوبات الهلع (GAAP):

هي شبكة تهدف للكشف عن الأعراض ونوع الهجمة، المواقف التي أدت إلى الهجمة، بالإضافة إلى الأفكار الآلية التي تنتاب الحالة قبل (قبل أثناء وبعد الهجمة)، كما تعطينا درجة تقدير الحالة لشدة النوبة حسب سلم من (1-10) وهذا كلما انتابته النوبة وهذه الشبكة مأخوذة عن (L. Chaloult et J. Goulet (2013) من كتاب 'Guid de pratique pour l'évaluation et le traitement 'Cognition' comportemental du trouble panique avec ou sans agoraphobie (TPA)

- سلم تقدير القلق لهاملتون

Echelle d'appréciation de anxiété de max Hamilton

وضع هذا السلم الطبيب النفسي ماكس هاملتون عام 1959، لاستخدامه مع مرضى القلق، حيث يعطي هذا السلم درجة كمية معتمدة على وجود بعض الأعراض السوماتية والنفسية، وهذا إذا استخدم استخداما سليما فإن الدرجات تكون مؤشرا لوجود القلق من عدم وجوده.

يعتمد هذا السلم على براعة الأخصائي وإدراكه لوجود الأعراض المتنوعة عن طريق استجواب المريض وتقديره لشدة تلك الأعراض وفق الأحاسيس الذاتية للمريض.

كل فقرة هي عبارة عن مجموعة معقدة من التظاهرات، فمثلا فقرة الخوف تعرفه

06 أمثلة.

والسلم ككل يحتوي على 14 فقرة وهي كالتالي:

1 مزاج قلق، 2 الضغط، 3 بكاء، 4 الأرق، 5 الوظائف المعرفية، 6 مزاج اكتئابي،
7 أعراض سوماتية عامة، 8 أعراض سوماتية عامة (حواسية)، 9 أعراض قلبية عرقية،
10 أعراض تنفسية، 11 أعراض معدية، 12 أعراض تناسلية بولية، 13 أعراض الجهاز
العصبي الذاتي، 14 السلوكيات خلال المقابلة.

- عملية التنقيط:

يتم تقدير شدة كل فقرة من 01 إلى 04، وتمثل 04 علامة عرضية مرضية.

عند الحكم على أي فقرة، لابد للأخصائي من إعطاء تقدير على الفقرة ككل.

تخضع عملية التنقيط إلى العرضية الحالية للمفحوص، أي التظاهرات الملحوظة
خاصة وقت المقابلة، يتم تحديد نقطة كل فقرة على حدى، فإذا لم يتطرق المفحوص إلى نقطة
ما في السلم، لابد من أسئلة إضافية في آخر المقابلة.

من المستحسن أن تكون عملية تنقيط السلم خلال الفترة التي تلي المقابلة مباشرة أي
بعد مغادرة المفحوص.

نقطة القلق النفسي: مجموع نقاط البنود 01، 02، 03، 04، 05، 06، 14.

نقطة القلق السوماتي: مجموع نقاط البنود 07، 08، 09، 10، 11، 12، 13.

المجموع الكلي: مجموع نقاط كل البنود.

الدرجات:

=0 لا توجد أعراض.

=1 أعراض طفيفة.

=2 أعراض متوسطة.

=3 أعراض شديدة.

=4 شديدة جدا.

(بوسنة.ز، بدون سنة :79)

3. كيفية تحديد حالة الدراسة:

بما أن الدراسة تهدف للكشف عن مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي للتخفيف من حدة اضطرابات الهلع لدى الراشد، قمنا بدراسة استطلاعية من أجل تحديد الحالة المراد دراستها وذلك بتاريخ 04 جانفي 2018 بالمستشفى العسكري الجهوي بوهران بمصلحة الأمراض العقلية، بحيث قمنا بإجراء مقابلات تشخيصية مع 5 حالات بهدف اختيار حالة واحدة تتناسب مع دراستنا بدون أن يكون له صلة بأي متغيرات أخرى أو اضطرابات، وهذا ما سوف نبينه من خلال الجدول التالي:

الحالات	السن	محتوى المقابلة	هدف المقابلة	الملاحظة
الحالة 1 (م-ك)	36 سنة	1 التعرف على التاريخ الشخصي للمرض 2 تطبيق سلم هاملتون للقلق من خلال سير المقابلة 3 تطبيق شبكة التقييم الذاتي لنوبة الهلع (GAAP)	الكشف على اضطراب الهلع	تبيين من خلال المقابلة والأدوات المستعملة أن الحالة يعاني من اضطراب الهلع والوسواس القهري، لذا فهو لا يتناسب مع موضوع الدراسة
الحالة 2 (ش-ح)	32 سنة	1 التعرف على التاريخ الشخصي للمرض	الكشف على اضطراب الهلع	تبيين من خلال المقابلة والأدوات المستعملة أن

<p>الحالة يعاني من اضطراب الهلع والرهاب الاجتماعي، إذن لا يتناسب مع موضوع الدراسة</p>		<p>2 تطبيق سلم هاملتون للقلق من خلال سير المقابلة</p> <p>3 تطبيق شبكة التقييم الذاتي لنوبة الهلع (GAAP)</p>		
<p>يعاني الحالة من اضطراب الهلع والاكتئاب، لا يتناسب مع الدراسة</p>	<p>الكشف على اضطراب الهلع</p>	<p>1 التعرف على التاريخ الشخصي للمرض</p> <p>2 تطبيق سلم هاملتون للقلق من خلال سير المقابلة</p> <p>3 تطبيق شبكة التقييم الذاتي لنوبة الهلع (GAAP)</p>	<p>42 سنة</p>	<p>الحالة 3 (ب-ز)</p>
<p>يعاني الحالة من اضطراب الهلع مع الخوف من الأماكن الواسعة لا يناسب الدراسة</p>	<p>الكشف على اضطراب الهلع</p>	<p>1 التعرف على التاريخ الشخصي للمرض</p> <p>2 تطبيق سلم هاملتون للقلق من خلال سير المقابلة</p> <p>3 تطبيق شبكة التقييم الذاتي لنوبة الهلع (GAAP)</p>	<p>38 سنة</p>	<p>الحالة 4 (ر-ح)</p>
<p>تبين من خلال المقابلة والأدوات المستعملة أن الحالة يعاني من اضطراب الهلع بدون صلة بأي متغيرات أخرى أو اضطرابات</p>	<p>الكشف على اضطراب الهلع</p>	<p>1 التعرف على التاريخ الشخصي للمرض</p> <p>2 تطبيق سلم هاملتون للقلق من خلال سير المقابلة</p> <p>3 تطبيق شبكة التقييم الذاتي لنوبة الهلع</p>	<p>45 سنة</p>	<p>الحالة 5 (ب-ص)</p>

<p>هذه الحالة هي التي تابعنا معها دراستنا، نظراً لتوافقها مع موضوع الدراسة</p>		(GAAP)		
--	--	--------	--	--

الجدول رقم(02): يوضح محتوى مقابلات الدراسة الاستطلاعية، وكيفية تحديد

الحالة المختارة.

4. حدود الدراسة:

الحدود الزمانية: أجريت الدراسة خلال الفترة الممتدة من 04 جانفي 2018 إلى

غاية 02 ماي 2018

الحدود المكانية: المستشفى العسكري الجهوي بوهران بمصلحة الأمراض العقلية.

الفصل السادس

الدراسة الأساسية

1. ملخص المقابلات والجلسات العلاجية مع الحالة (ب - ص)

رقم الجلسة	تاريخ الجلسة	هدف الجلسة	محتوى الجلسة	زمن الجلسة
الجلسة الأولى	الخميس 01 فيفري 2018	<ul style="list-style-type: none"> - بناء علاقة إيجابية وكسب ثقة الحالة (ب-ص). - الدافعية إلى التغيير. - جمع أكبر قدر من المعلومات لوضع التشخيص. - تحديد نوع الطلب. - رصد الأعراض وتقدير شدتها من طرف الحالة (ب-ص) بالإضافة إلى الأفكار الآلية. 	<ul style="list-style-type: none"> - استقبال الحالة (ب-ص) استقبالا طيبا يوحي بالثقة والتقبل الغير المشروط. - التحدث عن التاريخ الشخصي والعائلي والظروف التي ظهر فيها الاضطراب. - تحديد الهدف العلاجي. - التعريف بالواجب المنزلي وأهميته وشرح تقنية الملاحظة الذاتية (GAAP). - تلخيص ما جرى في الجلسة ومعرفة ما إذا كان هناك أي إضافات. - إعطاءها أول واجب منزلي المتمثل في الملاحظة الذاتية لنوبات الهلع. 	60 د
الجلسة الثانية	الخميس 08 فيفري 2018	<ul style="list-style-type: none"> - تحليل وظيفي للحالة (ب-ص) من خلال شبكة SECCA . - إبرام العقد العلاجي. - القياس القبلي. - جعل الحالة (ب-ص) تعي المشكل وتحديد أكثر للأفكار الأوتوماتيكية. 	<ul style="list-style-type: none"> - التعرف على الوضع الحالي والاستفسار عن بعض الجوانب المهمة حول التاريخ الشخصي والعائلي. - تحديد التوقعات، الظروف، الانفعال، السلوكيات، المحيط، المعنى الشخصي، المعارف والتصور. - مناقشة الواجب المنزلي (باستخراج الأعراض وشدتها ومناقشتها، بالإضافة إلى الأفكار الأوتوماتيكية). - التحدث حول النقاط الأساسية التي يتمحور حولها العقد العلاجي. - تلخيص محتوى الجلسة وإعطاء الحالة (ب-ص) الحق في إعطاء رأيها حول ما جرى أثناء الجلسة. - إعطائها واجب منزلي متمثل في الملاحظة الذاتية لنوبات الهلع. 	55 د

رقم الجلسة	تاريخ الجلسة	هدف الجلسة	محتوى الجلسة	زمن الجلسة
الجلسة الثالثة	الخميس 15 فيفري 2018	<ul style="list-style-type: none"> - بدء تنفيذ البرنامج. - التربية النفسية اتجاه اضطراب الهلع. - الضبط والسيطرة على إفراط التنفس لدى الحالة (ب-ص). - التدرب أكثر على التقنية وتعميمها في الحياة اليومية للحالة (ب-ص). 	<ul style="list-style-type: none"> - مناقشة الواجب المنزلي المتمثل في الملاحظة الذاتية. - تم وضع دفتر خاص بالحصص العلاجية والأهداف المنتظرة من كل جلسة بمشاركة الحالة (ب-ص) والتعريف بالتقنيات التي سوف تستخدم أثناء الحصص. - التعريف بطبيعة نوبات الهلع وأعراضه وأهمية التدخل السلوكي المتمثل في التقنيات التالية (ضبط التنفس، التدريب على الاسترخاء، إعادة البناء المعرفي، التعرض من خلال التخيل، التعرض الواقعي) وكان ذلك من خلال تقنية التربية النفسية. - إعطائها فكرة حول فرط التنفس وإمكانية إثارته لنوبات الهلع، شرح تقنية ضبط التنفس وبعد استيعابها للتقنية تم تطبيقها لمدة 15 دقيقة. - تلخيص محتوى الجلسة وإعطاء الحالة (ب-ص) الحق في إعطاء رأيها حول ما جرى أثناء الجلسة. - إعطاء تقنية ضبط التنفس كواجب منزلي 	60 د
الجلسة الرابعة	الخميس 22 فيفري 2018	<ul style="list-style-type: none"> - رفع فاعلية ونشاط الحالة (ب-ص) أثناء الجلسة. - ضبط إيقاع القلب. - تنظيم التنفس والتخلص من فرط التنفس. - التحكم أكثر في التقنيتين وتعميمهما في الحياة اليومية. 	<ul style="list-style-type: none"> - مناقشة الواجب المنزلي المتمثل في تقنية ضبط التنفس. - شرح تقنية التدريب على الاسترخاء ثم القيام بتمارين الاسترخاء. - تطبيق تقنية ضبط التنفس. - إعطاء واجب منزلي متمثل في تقنية ضبط التنفس والتدريب على تمارين الاسترخاء بالإضافة إلى تقنية الملاحظة الذاتية 	55 د

رقم الجلسة	تاريخ الجلسة	هدف الجلسة	محتوى الجلسة	زمن الجلسة
الجلسة الخامسة	الخميس 01 مارس 2018	<ul style="list-style-type: none"> - معالجة المعلومة الخاطئة - عن طريق تعديل سوء تقدير الاحتمالية (القلق التوقعي). - كيفية استبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية. - التدريب على ممارسة الاسترخاء. 	<ul style="list-style-type: none"> - تحديد في الدفتر أهداف الجلسة بمشاركة الحالة (ب-ص). - تطبيق تقنية ضبط التنفس بالإضافة إلى تمارين الاسترخاء. - إعادة البناء المعرفي. - تقديم بدائل عن المعتقدات السلبية. - مناقشة الواجب المنزلي المتمثل في المراقبة الذاتية. - إعطاء واجب منزلي المتمثل في تقنية ضبط التنفس والتدريب على تمارين الاسترخاء. 	55 د
الجلسة السادسة	الخميس 08 مارس 2018	<ul style="list-style-type: none"> - تحقيق الاسترخاء السريع من خلال ضبط تنظيم ضربات القلب. 	<ul style="list-style-type: none"> - مناقشة الواجب المنزلي. - تحديد في الدفتر موضوع الجلسة بمشاركة الحالة (ب-ص). - تطبيق تقنية ضبط التنفس . - إعطاء واجب منزلي المتمثل في تطبيق تمارين الاسترخاء. 	40 د
الجلسة السابعة	الخميس 15 مارس 2018	<ul style="list-style-type: none"> - التدريب على تمارين الاسترخاء. - تدريب المريض على كيفية مواجهة القلق والخوف والتوتر. 	<ul style="list-style-type: none"> - مناقشة الواجب المنزلي. - تحديد في الدفتر موضوع الجلسة بمشاركة الحالة (ب-ص). - تنفيذ تمارين الاسترخاء قبل تنفيذ تقنية التعرض من خلال التخيل، ثم تنفيذ التقنية. - بعدها مباشرة تطبيق تقنية التعرض الواقعي. - تلخيص محتوى الجلسة وإعطاء الحالة (ب-ص) الحق في إبداء رأيها. - إعطاء الواجب المنزلي المتمثل في تمارين الاسترخاء والتعرض الواقعي 	60 د

رقم الجلسة	تاريخ الجلسة	هدف الجلسة	محتوى الجلسة	زمن الجلسة
الجلسة الثامنة	الخميس 22 مارس 2018	<ul style="list-style-type: none"> - تحقيق الاسترخاء السريع من خلال ضبط تنظيم ضربات القلب. - تحديد الأفكار السلبية وإحلال الأفكار الإيجابية محلها. - تعديل السلوك من خلال انطفاء متدرج للاستجابة المقلقة. 	<ul style="list-style-type: none"> - مناقشة الواجب المنزلي. - تحديد في الدفتر موضوع الجلسة بمشاركة الحالة (ب-ص). - تطبيق تقنية ضبط التنفس لمدة 10 د . - تطبيق تقنية التعرض الواقعي بعد موافقة الحالة (ب-ص). - إعطاء واجب منزلي المتمثل في تطبيق تمارين الاسترخاء بالإضافة إلى الملاحظة الذاتية والتعرض. 	55 د
الجلسة التاسعة	الخميس 29 مارس 2018	<ul style="list-style-type: none"> - تقييم العلاج من خلال القياس البعدي وإنهاء العلاج. 	<ul style="list-style-type: none"> - تحليل شبكة الملاحظة الذاتية. - إعادة تطبيق سلم هاملتون لتقدير القلق وتحليله مع الحالة (ب-ص). - الحديث عن الانتهاء من تطبيق العلاج والاتفاق مع الحالة (ب-ص) على تحديد جلسة متابعة بعد شهر من تاريخ جلسة اليوم لمتابعة تطور حالتها. 	55 د
الجلسة العاشرة	الخميس 02 ماي 2018	<ul style="list-style-type: none"> - متابعة نتائج العلاج وتطور حالة (ب-ص) فيما يخص نوبات الهلع. 	<ul style="list-style-type: none"> - تطبيق سلم هاملتون لتقدير القلق وتقديم توضيحات حول نتائج التطبيق. 	40 د

-الجدول رقم (03): يلخص محتوى المقابلات والجلسات العلاجية مع الحالة-

تقديم الحالة:

البيانات الأولية:

- الاسم: ب - ص.
- الجنس: أنثى.
- السن: 45 سنة.
- المستوى الدراسي: الثالثة ثانوي.
- الحالة الاجتماعية: متزوجة وأم لأربعة أطفال.
- الحالة الاقتصادية: جيدة.
- المهنة: ربة منزل.
- السكن: مسكن خاص.
- تحديد الطلب: إتباع علاج نفسي خاص.
- الدافع الاستشاري: الحالة تقدمت للفحص والاستشارة النفسية بهدف التخلص من نوبات الهلع التي تعاني منها منذ فترة من الزمن.

* التاريخ الشخصي:

لقد عاشت الحالة طفولة جيدة ومدللة خاصة من طرف الوالدين، تدرجت في أطوارها التعليمية حتى السنة الثالثة ثانوي وكانت نتائجها جيدة، لم ترغب في مواصلة دراستها، ثم اشتغلت كإدارية (سكرتيرة) ضمن مؤسسة لمدة سنتين، وتعتبر الحالة بأنها تزوجت بالزوج الذي ارتضته هي لنفسها وذلك سنة 2001 ولم تجد في ذلك أي عائق حيث أنجبت أربعة أطفال (3 إناث وذكور).

* التاريخ العائلي:

تحتل الحالة الرتبة السابعة ضمن ثماني إخوة (سنة أخوات وشقيقين)، كلهم متزوج ومستقل في بيته، ترعرعت في أسرة ميسورة الحال ماديا، والداها متوفيان حيث توفي الأب عن عمر يناهز 75 سنة في حين توفيت الأم عن عمر 65 سنة، وكما صرحت الحالة بأنها

كانت تربطها بهما علاقة ممتازة منذ الصغر إلى لحظة وفاتهما، وكانت مقربة من أمها كثيرا وكانت تربطها بها علاقة قوية جدا، حيث نشأت في مناخ أسري يتسم بنوع من الدفء والتعاون مع جميع أفراد الأسرة كلهم.

*** التعرف على الظروف التي ظهر فيها الاضطراب:**

كانت الحالة تعيش حياة مستقرة إلى حين وصلها خبر وفاة والدتها (ديسمبر 2015) التي كانت تربطها بها علاقة قوية جدا حيث كانت تعتمد عليها في كل صغيرة وكبيرة، فلم تبد أي ردة فعل ولم تذرف دمعة واحدة حسب قولها، مما يعني أن الأمر كان صادما لها، وبعد 23 يوم بالضبط من تاريخ الحادثة الأولى (وفاة والدتها)، تلقت خبر وفاة والدها (جانفي 2016)، وبعد مرور يومين وبصفة مفاجئة تذكر الحالة أنها عانت من الأعراض التالية:

- تزايد سرعة ضربات القلب.
- الشعور بالاختناق وألم في الصدر.
- الإحساس بالتنميل.
- الإحساس بفقدان السيطرة.
- الخوف الشديد من الموت.

حيث قام زوجها بعرضها على طبيب عام وهذا بدوره نصحها بالتوجه إلى أخصائي نفساني، وبعد مرور الجنازة وعودتها إلى بيتها أصبحت تتحدث بصوت مرتفع مع والدتها وكأنها حاضرة وبمجيء زوجها وأبناءها تتوقف، كما كانت تبكي خفية عنهم. وفي صيف 2017 بينما كانت تمارس السباحة وبصورة مفاجئة وشديدة انتابها الأعراض مرة أخرى.

استقرت حالة المفحوصة بعد تلك النوبة، وتذكر أن هذه الحالة كانت تنتابها من حين إلى آخر، وهذا ما جعل لديها خوف شديد بما سوف يحدث لها.

لكن هذه الأعراض لم تختفي وإنما كانت تظهر بصفة مفاجئة وشديدة حتى تشعر الحالة بأنها سوف تموت أو تصاب بصدمة قلبية.

لقد كانت الحالة تراجع الكثير من الأطباء دون جدوى، فكان تشخيصهم لها أنها لا تعاني من شيء في قلبها، ولا تعاني من ارتفاع ضغط دموي.

الهيئة العامة:

* المنظر والسلوك العام:

الحالة تبلغ من العمر 45 سنة طويلة القامة، بيضاء البشرة، ذات بنية مورفولوجية متوسطة ذات عيان بنيتين، ظهرت معتنية بنفسها وتميل للألوان الداكنة في غالب الأحيان، لكن بدا عليها شيء من الإرهاق وشحوب الوجه، كما لاحظنا أن الحالة تقوم بحركات كهز الرجلين.

الاتصال: كان الاتصال مع الحالة نوعا ما سهل بدءا من أول حصة إلى آخرها، اتسمت بالهدوء والرزانة وتتكلم بطلاقة، حيث كانت متجاوبة مع الفحص بإيجابها على الأسئلة بأجوبة دقيقة كانت لديها الإرادة في تلقي العلاج.

* النشاط العقلي:

اللغة والكلام: لا تعاني الحالة من اضطرابات في الكلام أو النطق، لغتها شفوية سهلة وبسيطة ومعبرة مسترسلة في خطابها التواصلي أثناء الحديث، سير الخطاب ليس متسارع ولا متباطئ، مع الإشارة أن لديها فهم جيد واستيعاب جيد.

ليس لدى الحالة أي خلل في التفكير (غياب الهذيان)، كما أن وظائفها الإدراكية سليمة (غياب الهلوس).

الذاكرة: ذاكرة الحالة جيدة بالنسبة للأحداث، وهذا ما نستدل عليه من خلال الإجابة عن أحداث قديمة ومن خلال الاستفسارات التي كنا نطلبها منها حول المقابلات السابقة.

إدراك الزمان والمكان: جيدين للحالة، وأيضا التعرف على الأشخاص، لكن لديها صعوبة في التركيز وفي هذا تقول الحالة أنها تفكر كثيرا في مشكلة نوبات الهلع التي أصبحت تشكل لديها الكثير من المشاكل.

الحالة المزاجية: تتسم بالقلق وهذا من خلال ما ظهر عليها من الخوف من المجهول حيث كانت تسأل كثيراً، هل هذه الأعراض دليل على أنني سوف أموت، هل لدي مرض خطير.

*** الوظائف الغريزية:**

النوم: تجد الحالة صعوبة في الدخول في النوم وذلك من جراء أعراضها المرضية وإذا استيقظت تجد صعوبة في الرجوع إلى النوم مرة ثانية.

الأكل: لدى الحالة شهية جيدة.

الانفعالات: الخوف خاصة من الموت.

الاستبصار:

لديها استبصار جيد نوعاً ما، حيث أنها تدرك مشكلتها المتعلقة بنوبات الهلع.

سوابق الطب العقلية:

لم نسجل عند الحالة أي سوابق طب عقلية.

سوابق الطب الجراحية:

لم نسجل عند الحالة أي مرض عضوي أو صدمة دماغية جراء أي حادث، كما لم نسجل أي نوبة من نوبات الصرع.

السوابق العدلية:

لم نسجل أي متابعة قضائية من أي نوع من القضايا.

السوابق العائلية:

لا توجد أي أمراض جسمية أو عقلية عند أي فرد من أفراد العائلة، عدا الأم كانت لديها مخاوف مرضية.

نتائج الاختبارات:

أداة القياس	النتيجة			تعليق
سلم هاملتون لتقدير القلق	44 درجة	القلق السوماتي 27 درجة	القلق النفسي 17 درجة	تحصلت الحالة (ب-ص) على الدرجة 44 من مجموع تقدير السلم ككل، كما أنه يلاحظ سيطرة الأعراض السوماتية والتي قدرت بـ 27، أما الأعراض النفسية فتمحورت حول سوء تقدير الاحتمالية والخوف من حدوث الأعراض السوماتية.
شبكة الملاحظة الذاتية لنوبات الهلع (GAAP).	57 درجة			لنوبات الهلع، وهذا حسب سلم (1 - 10)، وهو دليل واضح على ظهور أعراض نوبة الهلع وتكرارها طيلة أيام الأسبوع.

-الجدول رقم (04): يوضح نتائج الاختبارات التي ساعدت على وضع التشخيص-

* تحديد اللوحة الإكلينيكية للحالة (ب - ص):

التشخيص:

بعدما اعتمدنا على المقابلة والملاحظة العيادية، ونتائج اختبار هاملتون Hamilton وتقنية الملاحظة الذاتية (GAAP) التي قدرت شدتها الحالة على سلم (1-10) خلال أسبوع كامل من الملاحظة الذاتية لحالتها فقدرت بـ 57 درجة، كما حصلت في سلم هاملتون على مجموع كلي قدر بـ (44) درجة، مقسم إلى مجموع القلق النفسي الذي قدر بـ (19)، بينما مجموع القلق السوماتي قدر بـ (29)، وهذا ما يدل على وجود أعراض نوبة الهلع وتكرارها طيلة أيام الأسبوع.

وحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية الخامس DSM5، الصادر من الجمعية الأمريكية للأطباء العقلين (APA)، الذي أظهر بأن الحالة (ب – ص) تعاني من اضطراب الهلع المرمز بـ (F41.01) وهذا بناء على الأعراض التالية:

قدمت الحالة (ب – ص) **في المعيار (أ)** نوبات هلع متكررة وغير متوقعة، وهذا من خلال الأعراض التالية:

- تزايد سرعة ضربات القلب (مع طنين وألم في أسفل الرقبة وصداع دائم).
- ارتعاش أو ارتجاف.
- الشعور بالاختناق.
- ألم في الصدر.
- غثيان.
- الإحساس بالتنميل (وخز).
- إحساس بالبرودة (قشعريرة).
- الخوف من فقدان السيطرة.
- الشعور بأنها منفصلة عن ذاتها (تبدد الشخصية).
- الخوف من الموت.

وفي المعيار (ب) أظهرت:

- خوف مستمر حول هجمات إضافية من الهلع وحول عواقبها.

المعيار (ج):

- لا يعزى الاضطراب للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة.

المعيار (د):

- لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل بمرض عقلي آخر.

عرض ملخص عن الجلسات:

الجلسة الأولى:

- إقامة علاقة إيجابية من خلال استقبال الحالة (ب - ص) استقبالا طيبا يوحي بالثقة والتقبل الغير المشروط.
- التحدث عن التاريخ الشخصي والعائلي والظروف التي ظهر فيها الاضطراب.
- تحديد الهدف العلاجي.
- شرح شبكة الملاحظة الذاتية وتقديمها كأول واجب منزلي.

الجلسة الثانية:

- تم ترحيب بالحالة (ب - ص) بعدها تم الاستفسار عن أحوالها وكيف قضت الأسبوع الماضي.
- تم مناقشة الواجب المنزلي (باستخراج الأعراض وشدتها ومناقشتها بالإضافة إلى الأفكار الأوتوماتيكية)، فكانت النتائج كالتالي:

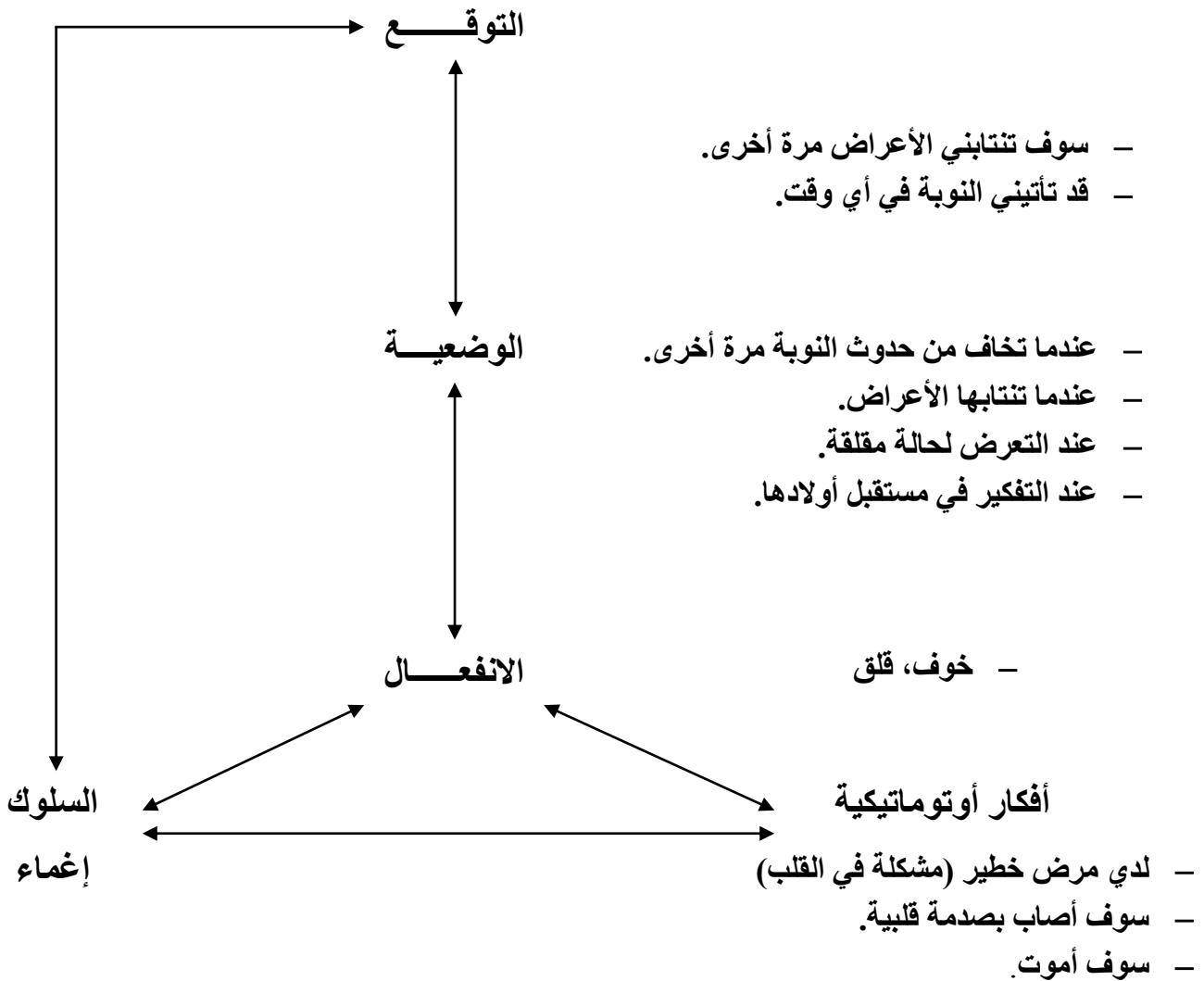
مراحل القياس	تكرار الهجمة خلال الأسبوع	نوع هجمة الهلع	الأحاسيس أثناء الهجمة	ما هي الأفكار التي تتتابك	مجموع الشدة لمدة أسبوع حسب سلم (10-1)
مرحلة 1 قبل تطبيق البرنامج العلاجي	طيلة الأسبوع	1. نجمت من خلال التفكير في الوضع الذي يقلق وأخشى أن يكون مشكل والذي من شأنه أن يحدث. 2. نجمت من أحاسيس سوماتية. 3. عفوية وغير متوقعة وبصورة فجائية.	1. اختناق 2. خفقان 3. ارتعاشات 4. غثيان أو تلبك في البطن 5. أنك منفصلا على ذاتك (تبدد الشخصية)	6. خذر / وخز 7. قشعريرة 8. ألم أو انزعاج صدري 9. خوف من الموت 10. خوف من فقدان السيطرة	1. قد تأتيني النوبة في أي وقت. 2. هذه الأعراض دليل على أنني سوف أصاب بصدمة قلبية أو تنتهي بموتي. 3. سوف تهاجمني نوبة أخرى.

الجدول رقم (05) يوضح نتائج الملاحظة الذاتية قبل البدء في تنفيذ العلاج.

تعليق: نلاحظ أن النوبة تكررت طيلة الأسبوع، كما أن الأعراض كانت بارزة، مع تقدير قدر بـ 57 حيث تعتبر درجة مرضية.

– تقنية التحليل الوظيفي للحالة باستخدام شبكة « SECCA » لـ J. Cottraux وكان ذلك كالتالي:

*** التحليل التزامني (Synchronie):**



المحيط: الزوج والأولاد

المخطط رقم: (03) يوضح التحليل التزامني للحالة

*** التحليل التاريخي (Diachronie):**

المعطيات البنيوية الممكنة:

معطيات جينية: لدى الأم مخاوف مرضية.

طبيعة الشخصية: (حسب DSM5، شخصية تجنبية F60.6).

- تجنب النشاطات المهنية التي تتطلب احتكاكا كبيرا مع الآخرين، بسبب الخوف من الانتقاد أو الرفض.
- رفض الانخراط مع الناس ما لم تكن متيقنة أنها ستكون مجربة.
- منشغلة بكونها موضع انتقاد أو رفض في المواقف الاجتماعية.
- مثبطة في المواقف الجديدة مع الناس بسبب الخوف من عدم الكفاءة.
- تنظر إلى نفسها غير كفؤ اجتماعيا، أو أقل شأنًا من الآخرين.
- تتردد بصورة غير عادية في تعريض نفسها للمجازفات أو الانخراط في أنشطة جديدة لأنها قد تظهر الارتباك والخجل.

العوامل التاريخية المثبتة والمحافظة للسلوك:

- الحماية المفرطة من طرف الوالدين
- دائما تتوقع حدوث نوبة أخرى.

العوامل المفجرة:

- وفاة الوالدين.

حوادث معجلة ومسرعة في ظهور السلوك المضطرب:

- عدم تقبلها لوفاة والديها
- الخوف من فقدان أحد عائلتها.

مشاكل أخرى: لا توجد

علاجات سابقة:

الحالة (ب- ص) كانت تقوم ببعض الفحوصات ظنا منها أنها مصابة بمرض القلب

أمراض عضوية:

الحالة (ب – ص) لا تعاني من أي مرض عضوي.

- التحدث حول النقاط الأساسية التي يتمحور حولها العقد العلاجي.
- تطبيق سلم هاملتون لتقدير القلق بالاستفسار حول الأعراض وملاحظتها أثناء الجلسة كان الهدف منه وضع التشخيص والقياس القبلي.
- إبلاغ الحالة بنتائج الاختبار وبالتشخيص.
- تلخيص محتوى الجلسة وإعطاء الحالة (ب – ص) الحق في إبداء رأيها حول ما جرى أثناء الجلسة، وبالتالي كانت ردة فعلها إيجابية وتقول أنها متفائلة بهذا العلاج.
- إعطاء واجب منزلي متمثل في شبكة التقييم الذاتي لنوبات الهلع.

الجلسة الثالثة:

- مناقشة الواجب المنزلي المتمثل في شبكة الملاحظة الذاتية من خلال تعديل الانتباه والمواقف وهذا بتوضيح للحالة المواقف التي تنتابها فيها أعراض نوبة الهلع وتحافظ على استمرارها.
- تم وضع دفتر خاص بالحصص العلاجية والأهداف المنتظرة من كل جلسة بمشاركة الحالة (ب-ص) والتعريف بالتقنيات التي سوف تستخدم أثناء الحصص.
- تطبيق تقنية التربية النفسية والتي تم فيها الشرح للحالة طبيعة نوبات الهلع التي تنتابها، والأعراض الأساسية لها وتوضيح أن هذه الأعراض ليست بسبب أي مرض عضوي وأنها حالة نفسية، وأن ضررها محدود ولا يعمل على أي ضرر عضوي، كما يمكن مساعدتها من خلال التدخل السيكولوجي،

- والمتمثل في العلاج المعرفي السلوكي وهذا من خلال التقنيات التالية: (ضبط التنفس، الاسترخاء، إعادة البناء المعرفي، التعرض من خلال التخيل، التعرض الواقعي).
- إعطاء فكرة للحالة (ب - ص) حول فرط التنفس وإمكانية إثارته لنوبات الهلع.
- تقنية ضبط التنفس: تم التعريف بالتقنية وأهميتها وتعليماتها، من خلال الجلوس على الكرسي وأخذ وضعية مريحة والتعليمة كانت كالتالي: ضعي يدك اليمنى على صدرك ويدك اليسرى على بطنك تنفسي ببطء وبرفق وتجنبي التنفس العميق، سوف تلاحظي أن الطريقة الصحيحة للتنفس سوف تجعل يدك اليمنى التي هي على صدرك تبقى كما هي، في حين اليد اليسرى التي على بطنك ترتفع وتنخفض، في الشهيق سوف يدخل الأكسجين من أنفك برفق وببطء، أمسكي نفسك لمدة ثانية ثم في الزفير يخرج ثاني أكسيد الكربون من فمك لا تحتاجين إليه، وكانت مدة هذه التقنية 15 دقيقة.
- إعطاء تقنية ضبط التنفس كواجب منزلي.

الجلسة الرابعة:

- مناقشة الواجب المنزلي المتمثل في تقنية ضبط التنفس، لوحظ أن الحالة (ب-ص) لم تهمل الواجب، وتقول بأنها كانت تشعر بالراحة عند ممارستها للتقنية ولا تشعر بالأعراض.
- شرح تقنية التدريب على الاسترخاء للحالة (ب - ص) حتى تتعلم الاسترخاء وتندرب على تمارينه كواجب منزلي لها، ثم تطبيقه من خلال سير المقابلة وكانت التعليمات كالتالي: جدي وضعا مريحا واجلسي بهدوء أو الاستلقاء على سرير مريح، أغمضي عينيك أرخي عضلاتك ابدئي بوجهك ثم تقدمي لأسفل نحو أصابع قدمك، الآن ركزي على تنفسك، تنفسي بعمق عن طريق الأنف سوف يدخل الأكسجين من أنفك، أمسكي نفسك مدة 4 ثواني ثم الزفير يخرج

- ثاني أكسيد الكربون من فمك، استمري على هذا التدريب على مدة 10-20 دقيقة، بعد أن تنتهي افتح عينيك بهدوء واجلسي.
- تطبيق تقنية ضبط التنفس وكان تطبيقها لمدة 15 دقيقة..
- إعطاء واجب منزلي المتمثل في تقنية ضبط التنفس والتدريب على الاسترخاء وهذا بهدف تعميمها في الحياة اليومية للحالة (ب - ص).
- بالإضافة إلى شبكة الملاحظة الذاتية.

الجلسة الخامسة:

- تطبيق تقنية ضبط التنفس بالإضافة إلى تمارين الاسترخاء.
- مناقشة الواجب المنزلي المتمثل في الملاحظة الذاتية وكان ذلك بهدف تحديد الأفكار الآلية وما مدى شدة معتقد الحالة (ب - ص) نحو هذه الأفكار، والذي اتضح من خلالها أن الحالة لديها أفكار آلية ومعتقدات خاطئة، وهذا ناتج عن سوء تقدير الاحتمالية لأعراض نوبة الهلع، وتم ذلك كالتالي:
- _ عادة البناء المعرفي وذلك من خلال مجموعة متسلسلة ومتراطة من التقنيات المعرفية تهدف إلى تعديل وتغيير التشوه المعرفي المرتبط بالمشكل، إلى بناء ذهني عقلائي يساعد على التخلص من الأفكار السلبية والمعتقدات الخاطئة والحد من أثرها السلبي في المعاش اليومي للحالة (ب - ص) ومن بين هذه التقنيات نجد:

- * تحديد الأفكار الآلية للحالة (ب - ص).
- * تحديد التشوهات المعرفية وتقديم بدائل عن المعتقدات الخاطئة، وتعليم الحالة كيفية استبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية.
- * معالجة المعلومة الخاطئة عن طريق تعديل سوء تقدير الاحتمالية.
- إعطاء واجب منزلي المتمثل في تقنية ضبط التنفس والتدريب على تمارين الاسترخاء وهذا بهدف تعميمها في الحياة اليومية للحالة (ب - ص)

الجلسة السادسة و الجلسة السابعة:

- مناقشة الواجب المنزلي والاستفسار حول الصعوبات التي واجهتها، إلا أن الحالة (ب - ص) تقول أنها كلما كانت تمارسها كانت تشعر بالراحة والاسترخاء..
- تطبيق تمارين الاسترخاء قبل تنفيذ تقنية التعرض من خلال التخيل وذلك لمدة 15 دقيقة.
- تم شرح للحالة (ب - ص) تقنية التعرض وما أهميتها وفي الأخير وضعت الحالة ثقتها فينا وتم قبول البدء في تطبيق التقنية.
- تطبيق تقنية التعرض من خلال التخيل وكان ذلك كالتالي: تخيلي بأنك تلقيتي مكالمة هاتفية تقول أن ابنك الصغير وقع له حادث، وفجأة أصبحت تشعرى بالأعراض أولها ضربات السريعة إلى حد شعورك بأنها سوف تصيبك صدمة قلبية، ثم أحسست بالاختناق مع ألم في الصدر وإحساس بالتنميل (وخز)، الآن أصبحت تشعرى وكأنك منفصلة عن ذاتك، وهذا حتى تختفي كلية الاستجابة المتعلقة، حيث واجهت الحالة صعوبة في الدخول في عملية التعرض لكن شيئاً فشيئاً تم ذلك، تم تقدير الحالة (ب - ص) في بداية التعرض على سلم (1-100) ب 100 لكن بعد الانتهاء من التعرض قدرتها ب 50 وهذا ما يدل على أن الحالة استجابت لتقنية التعرض.
- التعرض الواقعي: تم تعريف الحالة (ب - ص) عن طريق الواقع بطريقة متدرجة إلى المثيرات التي تلققتها وتستنير لها نوبة الهلع، وهذا من خلال تقدير الحالة للوضعيات حسب سلم من (0-100)، وكانت الوضعيات كالتالي:
- * زيادة خفقان القلب (باستعمال الدرج للهبوط والصعود).
- * مشاعر الغياب عن الواقع النظر إلى الضوء فترة من الزمن ثم الطلب منه القراءة).

* الإحساس بالاختناق (استعمال أنبوب ضيق).

* فرط التنفس (تم تعريضها إلى التنفس السريع وبعمق).

- إعطاء التقنيتين في نهاية كل جلسة كواجب منزلي وهذا للوصول إلى الهدف الذي نصبو إليه، تيقنت الحالة بأن لهجمة الهلع (قمة)، ثم تبدأ في التناقص، وهذا ما تجعل الحالة تتعامل مع الهجمة بنجاح).

الجلسة الثامنة:

- مناقشة ما جرى أثناء التعرض الذي كلفت به.
- تطبيق تقنية ضبط التنفس لمدة 10 د .
- إعادة تطبيق تقنية التعرض الواقعي.
- إعطاء الحالة واجب منزلي يتمثل في تقنية التعرض والملاحظة الذاتية.

الجلسة التاسعة:

بعد الترحيب بالحالة والاستفسار عن حالتها النفسية والمزاجية، راجعنا معها ما تم في الجلسة السابقة وعن رأيها بما وصلت إليه فقد كان إيجابيا، بعدها تم مناقشة الواجب المنزلي وكانت النتيجة كالتالي:

مراحل القياس	تكرار الهجمة خلال الأسبوع	نوع هجمة الهلع	الأحاسيس أثناء الهجمة	ما هي الأفكار التي تنتابك	مجموع الشدة لمدة أسبوع حسب سلم (10-1)
مرحلة 2 بعد تطبيق البرنامج العلاجي	مرة واحدة	1. لم يعد ينتابني القلق حول النوبة لأنها غير مقلقة ولا أخاف من حدوثها مرة أخرى.	1. لا أحس بالاختناق. 2. خف عني الخفقان. 3. لا أحس بالوخز. 4. أصبحت لا أشعر أنني منفصلة عن ذاتي.	1. أنا متحكمة في مشكلتي ولا يمكن أن أتأثر حتى وإن انتابني الأعراض لا تؤدي بي إلى الموت. 5. أحس بالبرودة إلا قليلا. 6. ألم خفيف في الصدر. 7. لا أخاف من فقدان السيطرة. 8. لا أخاف من الموت لأن الأعراض ليست خطيرة.	8

الجدول رقم (06) يوضح نتائج الملاحظة الذاتية بعد الانتهاء من تنفيذ العلاج.

أثناء هذه المناقشة ظهر على الحالة أنها بحالة جيدة وراضية بما وصلت إليه من تحسن ملحوظ فيما يخص اختفاء جل الأعراض التي كانت تضايقها وعدم تكرار النوبة طيلة أيام الأسبوع، فقد سجلنا نوبة واحدة كما تقول الحالة (ب - ص) أنها بفضل ما تعلمته سيطرت عليها ولم تأثر فيها كالسابق وهي الآن بأحسن حال من السابق.

وتم من خلال سير الجلسة تقدير درجة للقلق حسب سلم هاملتون وقد سجلت نتائجها تحسن ملحوظ، حيث تحسنت الحالة على مجموع 12 (7 للقلق السوماتي و 5 للقلق النفسي) وبمقارنة هذه النتائج مع القياس القبلي فنجد تراجع قدر بـ 32 درجة.

وأخيرا تم شكر الحالة على تعاونها والتزامها بالعقد العلاجي، وبحكم أنها كانت تمارس الرياضة فطلبنا أن تعود لممارستها وحبذا المشاركة في أعمال إنسانية اجتماعية، محاولة منا المحافظة على المكتسبات العلاجية والوقاية من الانتكاسة.

الجلسة العاشرة:

بعدما تم الترحيب بالحالة (ب - ص)، تم الاستفسار عن أحوالها النفسية والمزاجية منذ آخر جلسة، وبدأنا في تطبيق سلم هاملتون لتقدير القلق من خلال الاستفسار عن الأعراض، فصرحت الحالة أنها أصبحت تدرك أن الأعراض التي كانت تنتابها هي ناتجة عن معالجتها الخاطئة للمعلومة وهذا من خلال الأفكار الأوتوماتيكية والمعتقدات الخاطئة، تقول أنها الآن دائمة التدريب على تمارين الاسترخاء وضبط التنفس وهذا ما يشعرها بالارتياح حسب قولها (وليت نحس روعي غايا، الحمد لله شا جاب لجاب) وأصبحت لا تخاف من أن تنتابها هجمات الهلع.

نظرا لأن الحالة (ب - ص) أصبحت واعية باضطرابها المتمثل في اضطراب الهلع وأصبحت مسيطرة على أعراضه وهذا بمحافظتها على المكتسبات العلاجية التي تلقتها فيمكن التنبؤ بعدم انتكاسها في المدى الطويل.

في الأخير تم شكر الحالة (ب - ص) على تعاونها وثقتها، مع التأكيد على ضرورة حفاظها على ما اكتسبته من خلال الحصص، ثم تم الاتفاق مع الحالة على حصة متابعة ثانية وهذا في غضون شهرين من حصة اليوم، وهذا لمتابعة تطور حالتها.

الفصل السابع:

عرض النتائج و مناقشتها على

ضوء الفرضية

تحليل النتائج:

نتائج البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي (قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي) حسب شبكة الملاحظة الذاتية لنوبة الهلع وهذا ما سوف نوضحه في الجدول التالي:

مراحل القياس	تكرار الهجمة خلال الأسبوع	نوع هجمة الهلع	الأحاسيس أثناء الهجمة	ما هي الأفكار التي تتتابك	مجموع الشدة لمدة أسبوع حسب سلم (10-1)
مرحلة 1 قبل تطبيق البرنامج العلاجي	طيلة الأسبوع	1. نجمت من خلال التفكير في الوضع الذي يقلق وأخشى أن يكون مشكل والذي من شأنه أن يحدث. 2. نجمت من أحاسيس سوماتية. 3. عفوية وغير متوقعة وبصورة فجائية.	1. اختناق 2. خفقان 3. ارتعاشات 4. غثيان أو تلبك في البطن 5. أنك منفصلا على ذاتك (تبدد الشخصية)	1. قد تأتيني النوبة في أي وقت. 2. هذه الأعراض دليل على أنني سوف أصاب بصدمة قلبية أو تنتهي بموتي. 3. سوف تهاجمني نوبة أخرى.	57
مرحلة 2 بعد تطبيق البرنامج العلاجي	مرة واحدة	1. لم يعد ينتابني القلق حول النوبة لأنها غير مقلقة ولا أخاف من حدوثها مرة أخرى.	1. لا أحس بالاختناق. 2. خف عني الخفقان. 3. لا أحس بالوخز. 4. أصبحت لا أشعر أنني منفصلة عن ذاتي.	1. أنا متحكممة في مشكلتي ولا يمكن أن أتأثر حتى وإن انتابني الأعراض لا تؤدي بي إلى الموت. 5. أحس بالبرودة إلا قليلا. 6. ألم خفيف في الصدر. 7. لا أخاف من فقدان السيطرة. 8. لا أخاف من الموت لأن الأعراض ليست خطيرة.	8

الجدول رقم (07) يبين النتائج المتحصل عليها من خلال شبكة الملاحظة الذاتية

لنوبة الهلع لدى الحالة.

يبين الجدول السابق النتائج المتحصل عليها في شبكة الملاحظة الذاتية لنوبة الهلع عبر مرحلتين (المرحلة الأولى قبل البدء في تنفيذ البرنامج، المرحلة الثانية بعد الانتهاء من تنفيذ البرنامج) وكانت النتائج كالتالي:

- المرحلة الأولى قبل البدء في تنفيذ البرنامج: أظهرت النتائج على حصول الحالة (ب) – (ص) على درجة 57 حسب تقديرها لشدة النوبات على سلم (1-10) خلال أسبوع من المراقبة الذاتية، مع تسجيل تكرار يومي للنوبة.
- المرحلة الثانية بعد الانتهاء من تنفيذ البرنامج: أظهرت النتائج على حصول الحالة (ب) – (ص) على درجة 8 طيلة الأسبوع مع حدوث نوبة واحدة. مقارنة مع التطبيق الأول نلاحظ تراجع في درجة تقييم الحالة (ب – ص) للنوبة حيث قدر التحسن بـ 49 درجة، وأيضا تقلص عدد تكرار النوبات فمن خلال تكرارها طيلة أيام الأسبوع في التطبيق الأول، انتابت الحالة (ب – ص) نوبة واحدة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج.

نتائج سلم هاملتون لتقدير القلق (قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي) موضحا في

الجدول التالي:

المجموع	القياس البعدي	المجموع	القياس القبلي	رقم الفقرات	نوع القلق
5	0	17	3	1	القلق النفسي
	1		2	2	
	1		3	3	
	1		2	4	
	1		3	5	
	0		2	6	
	1		2	14	
7	1	27	4	7	القلق السوماتي
	1		4	8	
	1		4	9	
	2		4	10	
	1		4	11	
	0		4	12	
12	1	44	3	13	المجموع

الجدول رقم (08) يبين النتائج المحصل عليها في سلم هاملتون لتقدير القلق

يلاحظ أنه في التطبيق القبلي لسلم هاملتون للقلق وكان ذلك قبل البدء في تنفيذ البرنامج العلاجي، أن الحالة (ب – ص) تحصلت على مجموع 44، مقسم إلى قسمين 17

درجة للقلق النفسي، بينما تركزت الدرجة الأكبر حول القلق السوماتي التي تحصلت فيها الحالة (ب - ص) على 27 وهذا ما دل على وجود قلق مرضي.

بينما في التطبيق البعدي الذي كان ذلك بعد تنفيذ البرنامج، تم القيام بإعادة تطبيق سلم هاملتون لمعرفة ما إذا تحسنت الحالة (ب - ص) أم لا.

فأسفرت النتائج على أن الحالة تحصلت على مجموع قدر بـ 12 درجة، 5 بالنسبة للقلق النفسي و 7 للقلق السوماتي، فدلّت النتائج على انخفاض ملحوظ، بمعنى أن حالة المفحوصة قد تحسنت كثيرا مقارنة مع التطبيق القبلي.

مناقشة النتائج في ضوء الفرضية:

تنص الفرضية الأساسية على أنه:

"العلاج المعرفي السلوكي فاعلية في التخفيف من اضطراب الهلع لدى الراشد"

مناقشة: كون الحالة (ب - ص) قد تخلصت من أعراض اضطراب الهلع بتقلص

معدل تكرار نوبات الهلع من طيلة الأسبوع إلى نوبة واحدة في الأسبوع، مع التحكم في تلك النوبة من خلال ما اكتسبته من خلال الحصص العلاجية، وهذا ما بينته النتائج المحصل عليها، فهذا ما يثبت صحة فرضية بحثنا، ومنه يمكن القول بأن فرضيتنا قد تحققت مع الحالة (ب - ص) وتحصلنا على نتيجة جد إيجابية مقارنة بما كانت تعانيه من اضطراب الهلع.

وبالتالي فإن العلاج المعرفي السلوكي أثبت فاعليته في التخفيف من نوبات الهلع،

كما يمكن التنبؤ بالحالة (ب - ص) بأنها تحسنت بكثير عن السابق، وهذا بناء على ما بدت عليه في آخر مقابلة من تحسن وبهذا نأمل عدم تسجل الانتكاسة.

وما يتفق مع دراستنا نجد كل من الدراسة التي كانت تحت إشراف الأستاذة الدكتورة

كلثوم بلميهور وفريق عمل سنة 2014 بالجزائر بعنوان تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات النفسية بالجزائر التي أثبتت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج نوبات الهلع، وأعطت نتائج إيجابية واعتبر كأحد أنواع العلاجات نجاحا. ودراسة Barlow et Al (2000) حول علاج اضطراب الهلع قام فيها بمقارنة العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي، أجريت الدراسة على 77 حالة تعاني من اضطراب الهلع، فأظهرت نتائج هذه الدراسة على وجود فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مقارنة مع العلاج الدوائي.

وقد اتفقت هذه الدراسات السابقة من حيث موضوعنا الأساسي، ألا وهو اضطراب

الهلع والعلاج المعرفي السلوكي، ولكنها اختلفت من حيث أنها لم تحدد الفئة المستهدفة، وهذا وجه الخلاف مع دراستنا، حيث أننا في هذه الدراسة استهدفنا فئة معينة ألا وهي مرحلة الرشد.

الخاتمة:

عمدنا في هذه الدراسة إلى الكشف عن ظاهرة مرضية شددت انتباه الباحثين إليها في العقود الأخيرة , والتي تشكل خطرا على الصحة العامة للفرد , وهي اضطراب الهلع والعمل على علاج هذا الاضطراب باستخدام العلاج المعرفي السلوكي , وذلك من خلال التقنيات المعرفية السلوكية التالية (التربية النفسية, إعادة البناء المعرفي, ضبط التنفس, الاسترخاء, التعرض من خلال التخيل والتعرض الواقعي) وبناءا على النتائج المحصل عليها من خلال القياس القبلي والقياس البعدي , فقد اثبت العلاج فاعليته في التخفيف من حدة اضطراب الهلع الذي كانت تعاني منه الحالة .

توصيات واقتراحات:

- إجراء دراسات على عينة كبيرة لتعميم نتائج فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج حالات اضطراب الهلع في البيئة الجزائرية.
 - الاهتمام أكثر بالفئة المصابة باضطراب الهلع المصاحب وغير المصاحب لرهاب الأماكن المفتوحة.
 - إجراء دراسات يتم من خلالها التأكد من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مقابل أشكال أخرى من العلاج أكانت دوائية أو نفسية.
 - إجراء دورات تدريبية حول العلاج المعرفي السلوكي، خاصة للأخصائيين النفسيين الممارسين.
- إجراء بحوث حول متابعة العلاج على الأقل لمدة سنة بعد انتهاء الجلسات العلاجية، فالشفاء كما يقول "روجرز" لا يمكن رؤيته بل نرى آثاره من خلال المتابعة الطويلة لمنع عودة (الاضطراب) أي الانتكاسة.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

المراجع العربية:

1. المالح حسان (1995): القلق العام ونوبات القلق الحاد (الهلع), دار النهضة العربية, القاهرة.
2. المحارب ناصر (2000): المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي, دار الزهراء, الرياض .
3. ارون بيك. تر عادل مصطفى (2000): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية , الطبعة الأولى, دار النهضة للطباعة والنشر, بيروت, لبنان .
4. انطوني مارتن ماك كاب راندي .تر ميراي مكارى (2008): 10 حلول بسيطة لحالات الذعر, دار الكتاب العربي , بيروت .
5. احمد عكاشة (2000): الطب النفسي المعاصر, مكتبة الانجلو مصرية, القاهرة, مصر .
6. السيد فهمي علي (2010): العلاج النفسي تقنياته وسائله طرقه, دار الجامعة الجديدة, الإسكندرية, مصر.
- 7.المليجي حلمي (2000): مناهج البحث في علم النفس, دار النهضة العربية للطباعة والنشر, بيروت , لبنان .
8. إسماعيل علوي وبن عيسى زغوب (2009): العلاج النفسي المعرفي, الطبعة الأولى, عالم الكتب الحديثة للنشر والتوزيع, الأردن .
9. احمد عكاشة (1998): الطب النفسي المعاصر, مكتبة الانجلو مصرية, القاهرة .
10. بوسنة عبد الوافي زهير, تقنيات الفحص العيادي, محاضرات لطلبة السنة الأولى ماستر عيادي , جامعة محمد خيضر , بسكرة .
11. بيكفيلد دينيس (2004): كيف تسيطر على خوفك وتعود لحياتك من جديد , مكتبة جرير, الرياض .

قائمة المراجع

12. بارلو، ديفيد وآخرون. تر صفوت فرج (2002): مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية، الانجلو مصرية، القاهرة .
13. باظة أمال (1999): بحوث وقراءات في الصحة النفسية، الانجلو مصرية، القاهرة .
14. بلحسيني وردة رشيد (2014): اضطراب الهلع وثورة العلاج المعرفي السلوكي، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن .
15. بيرني كوريين وزملاؤه (2008): العلاج المعرفي السلوكي المختصر، الطبعة الأولى، دار ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة .
16. بلميهوب كلثوم (2014): تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات النفسية، البرنامج الوطني للبحث تربية وتكوين، CRASC .
17. تيموثي. تر فوزي شاکر طعيمة داود حنان لطفي زين الدين (2007): علم النفس الإكلينيكي، الطبعة الأولى، دار الشروق، عمان .
18. جمعية الطب النفسي الأمريكية. تر أنور الحمادي، الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية "DSM5" .
19. جوديت بيبك. تر طلعت مطر (2007): العلاج المعرفي الأسس والأبعاد، الهيئة العامة لشؤون الطباعة الأميرية، القاهرة .
20. حامد زهران عبد السلام (2001): الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة .
21. حامد بن احمد ضيف الله الغامدي (2013): فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق، الطبعة الأولى، دار الوفاء، الإسكندرية، مصر .
22. روبرت ليهي . تر جمعة يوسف محمد الصبوة (2006): العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية، دار ايتراك، القاهرة .

قائمة المراجع

23. زرواتي رشيد (2002): تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية , جامعة المسيلة, الجزائر .
24. زروالي لطيفة (2014): علم النفس المرضي للراشد , منشورات دار الأديب, مخبر تطبيقات علوم النفس وعلوم التربية من اجل التنمية في الجزائر, جامعة وهران .
25. سامي محمد ملحم (2004): علم النفس النمو دورة حياة الإنسان, الطبعة الأولى , دار الفكر , عمان, الأردن .
26. سيلجمان مارتن (2004): ما الذي يمكنك تغييره, مكتبة جرير , الرياض .
27. سكران ماهر (2006): استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتنمية المهارات الاجتماعية للأطفال, مجلة كلية التربية.
28. طه عبد العظيم حسين (2006): العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقات, دار الوفاء للطباعة والنشر, الإسكندرية, مصر .
29. عادل عبد الله (2000): العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات , الطبعة الأولى, دار الكتب, مصر .
30. عبد الستار إبراهيم (2008): عين العقل, دار الكتب , القاهرة .
31. عبد الخالق احمد (2002): الوسواس القهري التشخيص والعلاج , مكتبة الكويت الوطنية , الكويت .
32. عبد المنعم الميلادي (2004): الأمراض والاضطرابات النفسية, مؤسسة شباب الجامعة, الإسكندرية, مصر .
33. علي حيدر. نعمان سرحان (2006): دراسة عائلية لاضطراب الهلع في العراق, المجلة العربية للطب النفسي, عمان .
34. عبد الله محمد عادل (1999): العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات, دار الرشاد, مصر.

قائمة المراجع

35. علي كمال (1999): العلاج النفسي قديما وحديثا, المؤسسة العربية للدراسات والنشر, بيروت.
36. غريب عبد السميع (1998): البحث العلمي الاجتماعي بين النظرية والامبريقية, مؤسسة شباب الجامعة, الإسكندرية, مصر.
37. غانم محمد (2006): الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية, مكتبة الانجلو مصرية, القاهرة.
38. فايد حسين (2004): علم النفس المرضي, حورس الدولية, الإسكندرية.
39. كمال إيهاب (2008): ثلاثي الهزيمة (قلق, ارق, اكتئاب), الدار الذهبية, القاهرة.
40. لويس كامل مليكه (1990): العلاج السلوكي وتعديل السلوك, الطبعة الأولى, دار القلم للنشر والتوزيع, الكويت.
41. مريم سليم (2002): علم النفس النمو, الطبعة الأولى, دار النهضة العربية, بيروت, لبنان.
42. محمود عودة الريمائي (2009): علم النفس التطوري, دار الشركة العربية المتحدة بالتعاون مع جامعة القدس المفتوحة, القاهرة.
43. مدحت عبد الرزاق الحجازي (1971): معجم مصطلحات علم النفس, دار الكتب العلمية, بيروت.
44. محمد السيد عبد الرحمن (2000): علم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب, الأعراض, التشخيص, العلاج), كلية التربية, مصر.
45. معمري جلال (2000): علم النفس العلاجي, الطبعة الثانية, القاهرة.
46. هوفمان ا سجي. تر مراد علي عيسى (2012): العلاج المعرفي السلوكي المعاصر (الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية), دار الفجر للنشر والتوزيع, مصر.

المراجع الأجنبية:

47. American psychiatric Association (2012/2013): Diagnostic and statistique manuel of mental disorders Dsm5-5ed Washington, American psychiatric publishing.
48. Beck Aaron t et Clark David A (2010): Cognitive thérapie of anxiété disorders science and pratique, new York, the Guildford press.
49. Freeman Arthur, pretzer, James, Fleming, Barbara, Simon, Karen (1993): Clinical Applications cognitive thérapie, plenem press, new York.
50. Glass, Shea (1986): Cognitive thérapie and pharmacologique traitements for shyness ans social Anxiété, In w. h yens, Kimchaek, s.r Briggs and treatment, new york.
51. Jean Cottraux (2001): médecine et psychothérapie (les thérapies comportementales et cognitives) 3 édition, Masson paris.
52. J.Goulet, L.chaloult (2013): Guide De Pratique Pour L'évaluation et Le Traitement Cognitive-Comportemental Du Trouble Panique Avec Ou Sans Agoraphobie (TPa), Hôpital Du Sacré-Cœur De Montréal.
53. Jean Cottraux (2007): Thérapie Cognitive et émotions, La Troisième jauge cordonné par Elsevier Masson, paris.

الملاحق