جامعة الجزائر -2-

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية و الأرطوفونيا

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التقليل من نوبات الهلع سلوك التجنب والأعراض المرضية لدى ذوي الإصابة باضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه

في علم النفس العيادي

إعداد الطالبة: مهمل أسيا

إشراف الأستاذ : الدكتور: بلمان فرحات

السنة الجامعية 2013 – 2014

الإهـــداء

إلـــى روح أبي الطاهـــرة

إلى أمـــي حفظها الله لـــي

إلـــى زوجـــي وإخوتـــي

أهـدي هذا العمـل المتواضـع

كلمة شكر

أتقـدم بالشكر الجزيـل إلى الأستـاذ " بلمـان فرحـات " الذي قبِل الإشراف على هذا الموضوع و وثق بي طيلـة فترة إنجازه.

كمـا يسـرني أن أشكـر زوجي، إخوتي وزملائي الأساتـذة الذين دعمونـي بتشجيعاتهم على إنهاء هذا العمـل.

وأخيـــرا، أشكـــر طلابي ومرضاي لما قدموه لي من علم بقـدرما علمتُهم.

فهـرس المـحتـويـــات

الموضوع	الصفحة
مقدمــة.	11
إشكالية وفرضيـات البحث.	16
1- الإشكالية.	17
2- الفرضيات.	23
3- صعوبات البحث.	23
4- أهمية البـحث.	24
البــاب الأول: الجانب النظري	25
الفصل الأول: تعريف إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان.	26
مقدمـة	27
1- لمحة تاريخية حول مفهوم الرهاب.	27
2- تعريف الرهاب حسب مختلف النظريات.	29
2-1- تعريف الرهاب حسب النظرية التحليلية.	29
2-2- تعريف الرهاب حسب النظرية المعرفية السلوكية	30
2-3- نقاط الإتفاق والإختلاف بين النظرية التحليلية والنظرية المعرفية السلوكية في تعريف الرهاب	31
3- المنظور التاريخي لرهاب المكان.	32
4- تعريف إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان.	33
4-1- التعريف اللغوي.	33
4-2- تعريف نظرية التحليل النفسي.	34
4-3- تعريف النظرية البيولوجية.	35

4-4- تعريف النظرية المعرفية السلوكية.....35
الفصل الثاني: النظريات المفسرة لاضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان.....38
مقدمـة.....39
1- النظرية التحليلية.....39
2- النظرية البيولوجية.....40
3- النموذج البيولوجي السلوكي.....42
4- النموذج المعرفي.....43
5- النموذج السلوكي.....43
6- النموذج المعرفي السلوكي.....44
1- العوامل الإستعدادية:.....44
1-1- القابلية البيولوجية: La vulnérabilité biologique.....45
2-1- القابلية النفسية (La vulnérabilité psychologique):.....45
الفصل الثالث: التداخل بين اضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان و الإضطرابات الأخرى
علاقة تفسيرات المريض المهددة المرتبطة بنوبات الهلع واضطراب الهلع سلوك التجنب والأعراض المرضية
مقدمـة.....57
التداخل بين اضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان و الإضطرابات الأخرى.....57
1- تعريف التداخل.....57
2- نتائج الدراسات في مجال التداخل.....58
3- التشخيص الفارق.....59
3-1- التشخيص الفارق بين اضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان والرهاب الإجتماعي.....60
3-2- التشخيص الفارق بين اضطراب الهلع المصوب برهاب المكان والرهاب النوعي.....60
3-3- التشخيص الفارق بين إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان والقلق المعمم.....61
3-4- التشخيص الفارق بين إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان والإكتئاب.....62

3-5- التشخص الفارق بين إضطراب الهلع المصحوب برهاب الأماكن والوسواس القهري.....63

I-الوسواس Obsession):.....63

II- علاقة تفسيرات المريض المهددة المرتبطة بنوبات الهلع واضطراب الهلع، سلوك التجنب والأعراض المرضية للمريض.....64

1- علاقة تفسيرات المريض المهددة المرتبطة بنوبات الهلع و إضطراب الهلع. 64

2- علاقة تفسيرات المريض المهددة المرتبطة بنوبات الهلع وسلوك التجنب. 71

الفصل الرابع: التدخلات العلاجية

مقدمــة 74

1- العلاج الطبي في إطار الإصابة باضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان 74

1-1- مضادات القلق.....74

1-2- مضادات الإكتئاب. 75

1-3- مضادات القلق و مضادات الإكتئاب. 78

2-العلاج النفسي في مجال الإصابة باضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان. 79

2-1- العلاج التحليلي. 79

2-2- العلاج المعرفي السلوكي. 80

1- تقنية التزويد بالمعلومات حول اضطراب الهلع. 81

2- تقنية إعادة البناء المعرفي. 88

3- تقنية التعريض للمثيرات الإستنباهية الداخلية. 93

4- تقنية التعريض للوضعيات الرهابية. 95

5- تقنية التعريض بالتخيل.....96

6- تقنية إعادة التربية التنفسية.....97

7- تقنية الإسترخـاء. 98

8- فعالية العلاج المعرفي السلوكي.....101

9- العلاج الإجتماعي:.....102

البــاب الثــاني: الجانب التطبيقي

الفصل الأول: منهج البحث وإجراءاته

I- أدوات البحث......105

1- الدراسات الاستطلاعية......105

2- العينـة......105

3 – مكان البحث:.....106

4- أدوات القياس......106

4-1- المقابلة العيادية......106

4-2- المراقبة الذاتية......107

4-3- أدوات القياس......108

1 - إستبيان المخاوف......108

2 - إستبيان تقييم الرهابات، نوبات الهلع والقلق المعمم......110

3 - الرائز السلوكي للتجنب......111

4 - إستبيان المعارف الأقورافوبية......112

5 - إستبيان الأحاسيس البدنية.....113

6- منهج البحـث......114

II – طريقة إجراء البحث......115

III – الخطوات العلاجية......116

1-الحصة العلاجية الأولى، الثانية والثالثة:التحليل العاملي. 116

2-الحصة العلاجية الرابعة:المستوى القاعدي.....117

3- الحصة العلاجية الخامسة، السادسة والسابعة : المرحلة الإعلامية حول المرض 117

4-الحصة العلاجية الثامنة، التاسعة، و العاشرة: مرحلة تغيير الخطاب الداخلي 124

5-الحصة العلاجية الحادية عشرة ،الثانية عشرة، الثالثة عشر، والرابعة عشرة، الخامسة عشرة : التدريب على الإستراخاء العضلي. 127

6-الحصة العلاجية السادسة عشرة ، السابعة عشرة ،الثامنة عشرة، التاسعة عشرة و العشرون : التعريض للمثيرات الإستنباهية الداخلية. 129

7- الحصة العلاجية الواحدة والعشرون : إعادة تطبيق الإختبارات 134

8- مرحلة التتبع ستة أشهر بعد العلاج 134

9- مرحلة التتبع سنة بعد العلاج 134

الفصل الثاني: عرض نتائج البحث ومناقشتها

I- عرض نتائج البحث. 137

1- الحالـة الأولى: 137

1-1- تقديم الحالة. 137

1-2- سبب التقدم إلى الفحص النفسي. 137

1-3- تاريخ المريض الشخصي. 138

1-4- تاريخ ظهور المرض. 139

1-5- وصف حالة المريض خلال الفحص النفسي. 140

1-6- عرض محتوى المقابلة قبل العلاج وبعد العلاج. 140

1-7- عرض نتائج الاختبارات قبل العلاج وبعد العلاج. 143

1-8- مناقشة النتائج قبل العلاج وبعد العلاج. 149

1-8-1 تحليل محتوى المقابلة العيادية قبل العلاج وبعد العلاج. 149

1-8-2 مناقشة نتائج الإختبارات قبل العلاج وبعد العلاج. 153

1-9- تقييم المريض الذاتي للأفكار الأقورافوبية والسلوكات المرضية. 160

2- الحالـة الثانيـة: 171

2-1- تقديم الحالة. 171

2-2- سبب التقدم إلى الفحص النفسي. 171

2-3- تاريخ المريض الشخصي.....171
2-4- تاريخ ظهور المرض.....173
2-5- وصف حالة المريض خلال الفحص النفسي.....173
2-6- عرض محتوى المقابلة قبل العلاج وبعد العلاج. 174
2-7- عرض نتائج الاختبارات قبل العلاج وبعد العلاج. 177
2-8- مناقشة النتائج قبل العلاج وبعد العلاج.....182
1- تحليل محتوى المقابلة العيادية قبل العلاج وبعد العلاج.....182
2- مناقشة نتائج الإختبارات قبل العلاج وبعد العلاج.....186
2-9- تقييم المريض الذاتي للأفكار الأقورافوبية و السلوكات المرضية. 195
3- الحالـة الثالثـة: 201
3-1- تقديم الحالة.....201
3-2- سبب التقدم إلى الفحص النفسي.....201
3-3- تاريخ المريض الشخصي.....201
3-4- تاريخ ظهور المرض.....203
3-5- وصف حالة المريض خلال الفحص النفسي.....203
3-6- عرض محتوى المقابلة قبل العلاج وبعد العلاج. 204
3-7- عرض نتائج الإختبارات قبل العلاج وبعد العلاج. 205
3-8- مناقشة النتائج قبل العلاج وبعد العلاج.....209
1- تحليل محتوى المقابلة العيادية قبل العلاج وبعد العلاج.....209
2- مناقشة نتائج الإختبارات قبل العلاج وبعد العلاج.....214
3-9- تقييم المريض الذاتي للأفكار الأقورافوبية و السلوكات المرضية. 220
4- الحالـة الرابعـة: 227
4-1- تقديم الحالة.....227

4-2- سبب التقدم إلى الفحص النفسي.....227
4-3- تاريخ المريضة الشخصي. 227
4-4- تاريخ ظهور المرض. 228
4-5- وصف حالة المريض خلال الفحص النفسي. 229
4-6- عرض محتوى المقابلة قبل العلاج وبعد العلاج. 229
4-7- عرض نتائج الإختبارات قبل العلاج وبعد العلاج. 232
4-8- مناقشة النتائج قبل العلاج وبعد العلاج. 238
1- تحليل محتوى المقابلة العيادية قبل العلاج وبعد العلاج. 238
2- مناقشة نتائج الإختبارات قبل العلاج وبعد العلاج. 241
4-9- تقييم المريض الذاتي للأفكار الأقورافوبية و السلوكات المرضية. 248
II – مناقشة عامة للنتائج. 254
- خاتــمة. 265
- المــراجع. 268
- الملاحــق. 276

مقدمـــة:

القلق مصطلح يُستخدم للدلالة على شعور طبيعي يختلج الناس لدى مواجهة تهديد معين أو خطر أو إرهاق. عندما يشعر الشخص بالقلق، ينتابه بشكل خاص شعور بالغضب والإنزعاج والتوتر، وقد تكون مشاعر القلق نتيجة تجارب قد تتمثل في خسارة وظيفة أو إنهيار علاقة عاطفية أو مرض خطير أو حادث كبير أو وفاة شخص قريب.

إن الشعور بالقلق في هذه الحالة أمر طبيعي لا يدوم عادة سوى لفترة زمنية محدّدة، لكن في حالة ما يرتفع القلق عند الشخص لدرجة كبيرة بحيث أنه يؤثر مباشرة على حياته اليومية ويمنعه من القيام بما يريد القيام به، في هذه الحالة يدل لى الوجل وعدم الإطمئنان والترقب والفزع والعصبية والتوتر و انشغال البال وقلة الصبر. حينئذ يُشخص على أنه اضطراب للقلق**(عبد العزيز الحسين، 2006، ص: 23).**

لقد زاد الإهتمام بإضطرابات القلق بشكل كبير في السنوات القليلة الماضية مع ملاحظة أن اضطرابات القلق هي أكثر الإضطرابات شيوعا بحيث تتميز باستجابات لا إرادية مثل: زياد سرعة النبض، إرتفاع ضغط الدم وغيرها من الأعراض الجسدية **(يوسف الأقصري، 2002، ص:18).**

تتضمن هذه الإضطرابات المخاوف المرضية، الهستيريا، الإكتئاب وأيضا الوساوس القهرية **(عبد الستار إبراهيم، 1994، ص: 23).**

وبخصوص المخاوف المرضية، تسجل الإحصائيات بفرنسا طلبا معتبرا للعلاج منذ الثلاثين سنة الأخيرة **(ڤيراوميرابل سارون " Verra et Mirabel sarron "، 2002 ص: 01).**

أما إنكلترا فقد توصلت من دراسة تمت في فيرمونت " **Vermont** " من طرف الطبيب السيكاتري أقرا " **Agras** " عام 1997 بأن نسبة الإصابة بالرهاب كانت سبع وسبعون (77) شخصا في كل ألف نسمة من السكان الأسوياء.

وفي دمشق يؤكد **" خرده جي "** و **" الحجار "** بأن الإضطرابات الرهابية قد بلغت نسبة 3% من المرضى السيكاتريين الذين يعالجون في العيادة الخارجية.

ولكن هناك الكثير من المصابين بالرهاب في المجتمع الذين لا يتلمسون العلاج **(خرده جي والحجار، 1997، ص: 94).**

يعتبر إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان أحد المخاوف المرضية الأكثر مصادفة وإزعاجا في المشاهدة عند الأطباء السيكاتريين.

يعرف **سيرفانت " Servant "** هذا الإضطراب بأنه نوع من القلق الذي يشعر الإنسان فيه بنوبات متكررة من الخوف والذعر الشديد التي تأتي من الحين إلى الآخر، ومن الممكن حدوثها مرة كل يوم، وتصل أحيانا إلى عدة مرات باليوم الواحد.

تتمثل أعراض هذه النوبات في خفقان القلق، الإحساس بالإختناق، الدوخة وعدم الإستقرار، وتكون مصحوبة غالبا بخوف شديد من الأماكن المفتوحة والمزدحمة إلى جانب الخوف من التواجد في الأماكن التي يكون فيها الهرب والبحث عن المساعدة صعبا في حالة التعرض إلى نوبة هلع.

تتمثل المشكلة الكبرى لصاحب هذا النوع من الإضطراب في إعاقته عن العمل، إختلال علاقاته خارج البيت وفي المناسبات الإجتماعية **(سيرفانت " Servant "، 2001، ص: 17).**

يُشكل هذا المرض تقريبا 60% من أنواع الرهابات التي شوهدت في مستشفى مودزلاي " **Maudsely** " في أنجلترا وفي فيرمونت " Vermont "، كما يُعد من إضطرابات القلق الأكثر شدة، إزمانا وشيوعا في المجتمع الكندي **(Goudreau، 2004، ص:02).**

جلب هذا المرض إهتمام الباحثين لما يخلفه من عواقب وخيمة في حياة المصاب به والتي تصل لحد حرمانه من الإستقلالية بفعل عدم قدرته على التنقل أو حتى الخروج من بيته .

وبالتالي يطور أعراضا إكتئابية أساسها تدني تقدير الذات وفقدان الثقة بالنفس الإنعزال، فقدان التركيز وإضطراب الوظائف الحيوية إلى جانب إختلال الشخصية برمتها كما يعود إهتمام الباحثين بهذا المرض إلى ارتفاع إحتمالات إرتباطه بالإكتئاب، الإنتحار، تعاطي المخدرات ، الأدوية أو الكحول، كما يرتفع إحتمال إرتباطه بإضطرابات القلق الأخرى **(Goudreau، 2004، ص:02).**

يؤدي إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان

(TP/$_A$) (Le trouble panique avec agoraphobie) في حالة عدم التكفل به إلى اضمحلال التوظيف الإجتماعي واختلال الحياة الزوجية والمهنية، كما يؤدي إلى الغياب عن العمل واستعمال مصالح الصحة بدون أية فائدة.

لقد تظافرت الجهود خلال العشريتين الأخيرتين في مجال علاج **(TP/$_A$)** بعد الفهم الدقيق لمختلف أسبابه و يعتبر العلاج المعرفي السلوكي حاليا من أناجع العلاجات في مجال الإصابة بهذا المرض بحيث يتسنى للممارسين العياديين اليوم اللجوء إلى تدريب المريض على التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية.

صُمِّمَ البحث الحالي بهدف إبراز العلاقة بين الأسباب المثبتة ذات الطبيعة المعرفية وأعراض **(TP/$_A$)** من جهة، كما يهدف إلى وصف طريقة علاج مقترحة لفائدة المصابين بهذا المرض من خلال إعداد برنامج علاجي معرفي سلوكي من شأنه التخفيف من أعراض هذا المرض.

لهذا انطلقنا في بحثنا من طرح الإشكالية وصياغة الفرضيات بعد عرضنا لمقدمة البحث التي أتبعت بالباب الأول المخصص للجانب النظري.

يتضمن هذا الجانب **أربعة فصول:** يحتوي كل فصل على مقدمة وخلاصة، ففي **الفصل الأول** عرضنا تعريف **(TP/$_A$)** حسب مختلف النظريات بعد عرض موجز لتاريخ مفهوم الرهاب.

أما **الفصل الثاني** فقد خصصناه لعرض النظريات المفسرة لهذا الإضطراب حسب مختلف وجهات النظر مؤكدين على وجهة النظر المعرفية السلوكية التي تعتبر الخلفية النظرية لبحثنا.

ثم انتقلنا في **الفصل الثالث** إلى مشكل التداخل بين **(TP/A)** و الإضطرابات الأخرى وبينّا كيفية وضع تشخيص فارق بين هذا المرض و الإضطرابات المتداخلة معه.

وفي **الجزء الثاني** من هذا الفصل تناولنا العلاقة بين الأفكار المهددة التي يفسر بها المريض نوبات الهلع وأعراض المرض المتمثلة في إضطراب الهلع وسلوك التجنب، كما تحدثنا عن هذه التفسيرات بدقة وربطنا بين كل تفسير وما يخلفه من تغير فيزيولوجي.

أما الفصل الرابع فقد عرضنا فيه كافة التدخلات العلاجية بما فيها العلاج الطبي والنفسي في إطار الإصابة باضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان .

ثم يأتي **الباب الثاني** الذي خُصص للجانب التطبيقي والذي يشمل على **فصلين إثنين** هما: **الفصل الأول** و **الفصل الثاني.**

أما **الفصل الأول** فقد خصصناه لمنهج البحث وإجراءاته وفيه عرضنا أدوات البحث التي تضمنت الدراسة الإستطلاعية، العينة، أدوات القياس المستعملة في البحث إلى جانب تصميم البحث، طريقة إجراء البحث والخطوات العلاجية المطبقة خلال الدراسة.

أما **الفصل الثاني** فقد إحتوى على جميع نتائج دراستنا ومناقشتها بحيث قُدمت كل حالة بالتفصيل مع ذكر سبب التقدم إلى الفحص النفسي، تاريخ المريض الشخصي، تاريخ ظهور المرض ووصف حالة المريض خلال الفحص النفسي.

ثم عرضنا محتوى المقابلة العيادية قبل العلاج وبعد العلاج الخاصة بكل مريض، كما عرضنا بعدها نتائج الإختبارات النفسية قبل العلاج وبعد العلاج.

حَلّلْنا في الخطوة التالية محتوى المقابلة العيادية ثم ناقشنا نتائج الإختبارات. وكانت آخر نقطة تتمثل في عرض المريض الذاتي للأفكار و السلوكات المرضية قبل العلاج، طيلة مدة العلاج، بعد العلاج وخلال مرحلة التتبع أُتبعت كل هذه الحالات المدروسة بمناقشة عامة لكافة نتائج البحث.

وجاءت الخاتمة بعد هذه المناقشة لتحتوي على عرض نتائج البحث ومناقشة الفرضيات متبوعة بمجموعة إقتراحات.

بالإضافة إلى هذا، خصصنا **الجزأين الأخيرين** من هذه الرسالة لعرض مجموعة المراجع التي استُعملت بما فيها الكتب، المجلات والقواميس اللغتين العربية والأجنبية. أما الجزء الأخير فهو ذلك الجزء الخاص بالملاحق بحيث عرضنا كافة الوسائل التقنية التي تم استعمالها في هذه الدراسة بحيث خُصص الملحق الأول لدليل المقابلة العيادية قبل العلاج ودليل المقابلة التقييمية بعد العلاج. أما الملحق الثاني فقد تضمن الأدوات الخاصة بالعلاج وجداول المراقبة الذاتية.

وفي نهاية الرسالة وضعنا جدولا خاصا بالمصطلحات الطبية التي استعملناها خلال مسار هذا البحث باللغة الأجنبية ومرادفاتها باللغة العربية.

إشكالية وفرضيات البحث

1- الإشكالية:

يمثل الخوف إنفعالا أساسيا بالنسبة للفرد، كما يحضى بمكانة مهمة مثله مثل الفرح، الحزن أو الغضب.

يعرف مارشان " Marchand " و لوتارت " Letarte " عام 2004 الخوف بأنه: " الإجابة التي يصدرها الشخص نتيجة إدراك خطر ما لهذا فهو ضروري وموافق للبيئة " **(مارشان و لوتارت، "Marchand et Letarte" ، 2004، ص: 19)**

(La peur se définit comme la réponse a la perception d'un danger, elle est donc nécessaire et adaptée)

يتصاحب الخوف بنشاط جهاز دفاع الفرد الذي يثير لديه استجابات فيزيولوجية ونفسية، مما يؤدي إلى تغيير سلوكه بهدف مواجهة الخطر بأنجع الطرق، إذ يتمثل في الذعر (effroi)، المحاربة (Le combat) أو الهروب (La fuite)، والتي تدخل جميعها ضمن " استجابة الإنذار بالخطر " (La réaction d alarme) **(مارشان ولوتارت "Marchand et Letarte"، 2004، ص: 19).**

يصبح الخوف مرضيا عندما يظهر في طبيعة رهابية تتميز بعدم التناسب بين استجابة الإنذار بالخطر والوضعية التي أثارت هذه الاستجابة .

وفي هذا الصدد يعرف نفس الباحثين الخوف المرضي بأنه: " خوف غير عقلاني من وضعية غير خطيرة موضوعيا "

(La phobie est une peur irrationnelle d'une situation objectivement non dangereuse).

وتميز **" محمود زينب شقير "** بين الخوف الطبيعي والخوف المرضي على النحو التالي:

" الخوف هو حالة يشعر بها كل إنسان في حياته العادية حين يخاف من شيء مخيف فعلا، أي أنه خوف حقيقي أو خوف موضوعي من خطر حقيقي يدفع بالفرد إلى أن يتصرف في هذه المواقف بشكل تكيفي ".

أما الخوف المرضي فهو إحساس شاق ومُتعب يظهر على الفرد من خلال إستجابته بنوبات تسمى " نوبات الجزع " أو " نوبات الهلع " Attaques de panique **(زينب محمود شقير، 2000، ص: 02).**

تعرف الجمعية الأمريكية للطب العقلي نوبة الهلع بأنها:" فترة متميزة تتصف بخوف شديد أو إنزعاج تتوافر فيه أربعة أو أكثر من الأعراض التالية التي تحدث فجأ وتصل خلال عشر دقائق إلى الذروة في الشدة".

تتمثل هذه الأعراض في تسرع القلب وحدة ضرباته، التعرق ، الرجفان ، إحساس بضيق في التنفس، الإحساس بالإختناق ، الشعور بألم أو إنزعاج في الصدر، الغثيان أو إنزعاج في البطن، الإحساس بالدوار وبعدم التوازن، الإحساس بتبدُد الواقع (Déréalisation) والإحساس بتبدُد الشخصية (Dépersonnalisation).

بالإضافة إلى الخوف من فقدان السيطرة على الذات أو الإصابة بالجنون، الخوف من الموت، الشعور بالخدر الحسي وأخيرا الشعور بومضات حارة في الوجه. **(محمد حمدي الحجار، 2004، ص: 185).**

قد تتكرر نوبات الهلع بطريقة مفاجئة وتصبح ناكسة وغير مُتوقَّعَةَ وتجعل الشخص يقلق بشأنها، حينئذ نتحدث عن إضطراب الهلع (Le trouble panique).

يُعرّف إضطراب الهلع بتعرض الشخص المفاجئ لنوبات هلع متكررة يصاحبها الخوف المستمر من التعرض ثانية لها مع الشعور بالقلق بشأن النتائج التي تترتب عن هذه النوبات مما يؤدي إلى تغيير واضح على مستوى سلوك المصاب **(لادوسُغ" Ladouceur"، مارشان"Marchand" ، و بوافر" boisvert"، 1999، ص: 61).**

يطور المصابون بإضطراب الهلع غالبا خوفا من التواجد بأماكن أو وضعيات يصعب التخلص منها أو يصعب وجود المساعدة بها في حالة التعرض لنوبة هلع، الشيء الذي يجعلهم يتجنبون هذه الوضعيات وبالتالي يعانون من إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان (Le trouble panique avec agoraphobie).

يُعرف هذا المرض بأنه:

" الخوف اللاعقلاني من أي موقف يشعر فيه المريض بأنه محصور ومعَرّض للخطر وعاجز عن الإنسحاب إلى مكان أمين ".

تتحدد هذه المواقف بالتواجد خارج البيت منفردا، التواجد في أماكن عامة أو في مكان مزدحم بالناس أو في تجمع، السفر بالحافلة أو القطار أو السيّارة " **(بلوخ وآخرون، " Bloch et autres "، 2007، ص: 30).**

يظهر هذا الخوف كلّما تواجد المصاب بالموقف الرهابي أو بموقف يشبه الموقف الرهابي، كما يظهر حتى بغياب الموقف الرهابي ويجعل الشخص مرتبكا ويترقب باستمرار توليد أحاسيسه المزعجة المميّزة لنوبة الهلع وبهذا يقع في قلق التخوف (Anxiété d'appréhension).

يؤدي هذا الترقب إلى التركيز الشديد على الأحاسيس بحيث يحاول تفسيرها والبحث عن سبب الشعور بها. وفي هذا الشأن يؤكد **شامبلس " Chambless "** (1984) بأن تفسير المصاب بنوبات الهلع هي دات طابع تهديدي إذ تهدده بخصوص صحته الجسمية وتجعله ينشغل باستمرار بها .تدور هذه التفسيرات حول توقع المريض إصابته بأزمة قلبية ،إصابته بالإختناق وإصابته بأمراض دماغية هذا من جهة ، ومن جهة أخرى يؤكد كوتخو " cottraux " و مُولَغْ " Mollard" عام 1984 بأن هذا الإضطراب يترافق بسلوك تجنُبي بحيث يتجنب المريض الوضعيات التي تُثير الخوف مما يؤدي إلى التقليل من نشاطاته **(فونتان وآخرون " Fontaine et autres "، 1984، ص: 42).**

يظهر التجنب في شكلين: أما الشكل الأول فهو عبارة عن عدم مواجهة الوضعيات كليًا بسبب الخوف الذي توحي به للمريض إذ يُمثل حلا سريعا بالنسبة له بفعل تقليله من حالة الضغط التي يعيشها، أما الشكل الثاني فهو عبارة عن مواجهة المريض للوضعيات الباعثة للخوف مع اللجوء إلى الضمانات الموحية بالأمن (Les garanties sécurisantes) .

تتمثل الضمانات الموجبة بالأمن في الاعتماد على حمل شيء يولد شعورا بالطمأنينة، قد يكون تناول دواء قبل الخروج وحمله، حمل قارورة ماء أو هاتف نقال القيام

بتخطيط المسافة التي يقطعها بالسيارة كي يتجنب السير الكثيف للسيارات، الجلوس أمام أبواب المنافذ قصد تسهيل الهروب.

وقد تظهر الضمانات الموجبة بالأمن من خلال الإعتماد على حضور شخص أو عدة أشخاص أثناء تنقله والذي أطلق عليهم مارشان **" Marchand "** و لوتارت **" Letarte "** مصطلح الرفاق الفوبيين (Les compagnons phobiques).

يتمكن المصاب بفضل وجود هؤلاء الرفاق من تجنب أكثر شيء يخشاه وهو مواجهة الموقف أو الوضعية الرهابية بمفرده .

قد تظهر هذه السلوكات ضرورية بالنسبة للمريض لأنها تجلب له شعورا بالراحة بفعل تقليلها لمستوى القلق الذي يعاني منه، لكنها من جهة أخرى تُدعم التجنب والهروب لديه وتعمل على تطوير التبعية (Une dépendance) لديه تجاه سلوكات وأشخاص مما يؤدي إلى تحديد تنقلاته وترك مسؤولياته، بالإضافة إلى زيادة شعوره بالقلق واختلال توظيفه.

وبخصوص إختلال التوظيف لدى هذه الفئة من المصابين، يؤكد مارشان و بوافن " Boivin et Marchand " (1999) بأن إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان يرتبط في غالب الأحيان باضطرابات أخرى تتمثل في أعراض القلق المعمم، أعراض الرهاب الإجتماعي، أعراض الرهاب النوعي وأعراض الوسواس القهري. **(لادوسغ وآخرون" la douceur et autres"، 1999، ص: 64)**.

كما أثبتت نتائج دراسة ڤولشتيان " Goldstein " و " Chambless " بأن سمات شخصية المصابين برهاب المكان تتمثل في نقص الثقة بالنفس، صعوبة التعرف والتعبير عن المشاعر وتبعية قوية تجاه الآخرين بسبب الخوف من الخوف بمعنى الخوف من التعرض لنوبات هلع إضافية **(فونتان وآخرون " Fontaine et autres "، 1984، ص: 42).**

وفي نفس الموضوع صرح مارشان و بوافن "Boivin et Marchand" (1999) بأن المصابين باضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان يعانون من التبعية والسلبية بحيث يميلون إلى تجنب المصاعب بدلا من مواجهتها، كما يُظهرون تبعية تجاه محيطهم في أخذ القرارات التي تخصُهم وحل مشاكلهم . وأوضحت دراسة مولر " Mollard " (1983) بأن سبعا وعشرين (27) مصابا برهاب المكان كانوا أكثر اضطرابا على المستوى النفسي المرضي مقارنة بثلاث وأربعين مصاب برهابات أخرى، بحيث أظهروا عجزا كبيرا وصل إلى حد توقفهم عن العمل.

في نفس الصدد يصرح كوترو و مولر " Cottraux et Mollard " بأن النشاطات المحدودة للمصاب برهاب المكان تجعله يشعر بالإكتئاب والعجز الذي يعود سببُه إلى عدم قدرة المريض إنجاز ما يود إنجازه.

وقد إتفق كل من راشمان " Rachman " عام 1976، ماقيساكاليان و بارلو " MavissaKilian et Barlow "عام 1980 على معاناة المصابين برهاب المكان من شعور بالخوف وفقدان التحكم والسيطرة على الذات **(فونتان وآخرون، Fontaine et autres 1984، ص: 43).**

ويؤكد **طه عبد العظيم حسين** على أن المصابين بإضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان يشعرون بالوحدة والخجل من أنفسهم، ويتهمون أنفسهم بالجبن وضعف الثقة بالنفس **(طه عبد العظيم، 2009، ص: 44).**

ويؤكد ماركس " **Marks** " (1970) ، باون و كوهت " **Bowen et Kohout** " (1979) بأن رهاب المكان يرتبط غالبا بأعراضية معقدة (Symptomatologie complexe).

تتمثل في عناصر القلق (Eléments anxieux)، عناصر إكتئابية (Eléments dépressifs)، عناصر وسواسية (Eléments hypochondriaques)، عناصر هستيرية (Eléments hystériques)، كما يضيفون بأن المصابين بهذا المرض غالبا ما يصرحون بمعاناتهم من ظواهر تبدُد الذات(Dépersonnalisation)وتبدُد الواقع (Déréalisation) بالإضافة إلى المشاكل الزوجية (problèmes conjugaux) **(فونتان وآخرون، Fontaine et autre ، 1984، ص: 42).**

ولأن إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان هو من بين الإضطرابات الأكثر إخلالاً بالتوظيف لدى المصابين به والذي يظهر على المستوى الشخصي، الزواجي، الإجتماعي والمهني فقد مثّل موضوع بحث بالنسبة للعديد من الدراسات قصد وجود العلاج الفعال خلال العشرينيات الأخيرة.

بناء على نتائج الدراسات المذكورة آنفا، نطرح التساؤل التالي:

1- هل توجد علاقة بين تفسيرات المريض المهددة المرتبطة بنوبات الهلع واضطراب الهلع؟

2- هل توجد علاقة بين تفسيرات المريض المهددة المرتبطة بنوبات الهلع و سلوك التجنب ؟

3- هل توجد علاقة بين تفسيرات المريض المهددة المرتبطة بنوبات الهلع والأعراض المرضية المتمثلة في أعراض القلق والإكتئاب، أعراض الرهاب الإجتماعي وأعراض رهاب الدم والجروح ؟

4- هل يمكن للعلاج المعرفي السلوكي التقليل من إضطراب الهلع؟

5- هل يمكن للعلاج المعرفي السلوكي التقليل من سلوك التجنب؟

6- هل يمكن للعلاج المعرفي السلوكي التقليل من الأعراض المرضية لدى هؤلاء المصابين؟

2- الفرضيات:

وللإجابة على هذه التساؤلات نضع الفرضيات التالية:

1- توجد علاقة بين تفسيرات المريض المهددة المرتبطة بنوبات الهلع واضطراب الهلع.

2- توجد علاقة بين تفسيرات المريض المهددة المرتبطة بنوبات الهلع و سلوك التجنب .

3- توجد علاقة بين تفسيرات المريض المهددة المرتبطة بنوبات الهلع سلوك التجنب والأعراض المرضية المتمثلة في أعراض القلق والإكتئاب، أعراض الرهاب الإجتماعي وأعراض رهاب الدم والجروح.

4- يمكن للعلاج المعرفي السلوكي التقليل من إضطراب الهلع.

5- يمكن للعلاج المعرفي السلوكي التقليل من سلوك التجنب.

6- يمكن للعلاج المعرفي السلوكي التقليل من الأعراض المرضية لدى هؤلاء المصابين.

3- صعوبات البحث:

لقد تمثلت أهم صعوبة واجهتنا في بحثنا في عدم توفر المراجع الأساسية الخاصة بهذا المرض بسبب إفتقار المكتبات الجزائرية إلى جانب عدم توفر المقاييس، الشيء الذي إضطرنا إلى القيام بمراسلات مع عيادة إضطرابات القلق بمونتريال (Montréal) بكندا و الإتصال بمديرها أندري مارشان " André Marchand" الذي تُعتبر نظريته من أحدث النظريات والتي وصفها بدقة في كتابه الخوف من الخوف(La peur d’ avoir peur) الذي تمّ بيْعه في 20.000 نسخة في البلدان الأوروبية و الأنجلو سكسونية.

ترجمنا الطبعة الأخيرة المعدّلة لهذا الكتاب وحرصنا على إختيار المصطلحات الأساسية التي تم البحث فيها ثم حاولنا إيصال المعلومات بأكبر موضوعية ممكنة.

كما ترجمنا بطارية الاستبيانات المستعملة غالبا في مجال دراسة إضطرابات القلق بما فيها إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان.

وردت هذه العبارة في الإشكالية والفرضيات لذا وجدناها مهمة.

أما ثاني صعوبة فقد تمثلت في عدم القدرة على التحصل على عدد كبير من المرضى بسبب غياب مصلحة صحية خاصة بهم. يتوجه هؤلاء المصابين إلى مصلحة

الطوارئ عند تعرضهم لنوبة هلع وإلا فهم يُعانون بمفردهم ولا يلجؤون إلى العلاج النفسي إلا عدد قليل جدا منهم بعدما يتيقنون من عدم إصابة القلب لديهم .

4-أهمية البحث:

تكمن أهمية هذا البحث في التعريف بفئة من المرضى لم يسبق دراستها، كما تكمن في تقديم أدوات تشخيصية وعلاجية دقيقة لاضطراب الهلع عامة والذي يعتبر كعامل مشترك بين كافة إضطرابات القلق و إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان على وجه الخصوص.

كما يقدم هذا البحث طريقة تجريبية في تناول الحالات ودراستها من خلال التحليل الوظيفي الذي يقدم سلوكات مرضية تمثل هدف العلاج النفسي وتُقيّم بواسطة الجانب الشكلي (Aspect Graphique) الذي لم يتعود المعالجون في أوساط الممارسة العيادية إستعمالها.

البـــاب الأول

الجـــانب النظري

الفصل الأول

تعريف إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان

مقدمـة:

سوف نتطرق في هذا الفصل إلى الرهاب وتاريخه، تعريفه حسب وجهة النظر التحليلية والمعرفية السلوكية لكونهما أبرز النظريات في علم النفس العيادي.

ثم نطرق إلى المنظور التاريخي لرهاب المكان ومختلف التعريفات بدءً من التعريف اللغوي إلى التعريف المعرفي السلوكي.

1- لمحة تاريخية حول مفهوم الرهاب:

إن مصطلح(Phobos) هو تعبير يوناني الأصل لوصف الخوف، كما كان أيضا إسم الإله الذي يملك قلوب الأعداء رعبا وجزعا.**(خرده جي والحجار، 1997، ص: 93).**

دام هذا المفهوم سائدا إلى غاية أواخر القرن 18، لكن مع بروز الطب الهيبوقراطي عرف هيبوقراط الرهاب كإضطراب في توظيف العضوية الراجع إلى ظواهر طبيعية تعود في معظمها إلى اختلال كيميائي .

وعلى هذا الأساس حُدد رهاب الماء (Hydrophobie)كعرض لمرض الكِلبِ، كما اعتُبر رهاب الضوء (La photophobie) كمؤشر عيادي دال على إصابة السحايا إذ إكتشف بأن هؤلاء المرضى يطورون حساسية كبيرة عند تواجدهم بمكان مضيء **(بوريون وآخرون، Bourrillon et d'autres، 2006، ص: 648).**

وانطلاقا من 1866 أصبح الرهاب يتعلق بالأمراض العقلية عقِب تصنيف مورال " Morel " الذي جمع الرهاب، الهستيريا، الوساوس والحالات الإكتئابية ضمن الهذاءات الإنفعالية (Les délires émotifs).

وفي 1878 إكتشف وسْفَال " Westphal " لفظ أقوروافوبيا (Agoraphobie)، أما في فرنسا فقد وصف لوقران دصول "Le grand saule" الخوف من المساحات التي تُرعب المصاب بالرهاب بحيث يخاف من الشعور بالإنعزال عن العالم كله أمام الفرع الذي يحيط به بالرغم من وعيه بأن خوفه ليس له أي أساس منطقي.

وقدم بال " Ball "عام 1879 مصطلح الكلوستروفويا " (claustrophobie) ثم حدد أنواع أخرى من الرهاب المتمثلة في التفاتوفوبيا (La tanatophobie) أي الخوف من الموت ثم أضاف السينوفوبيا (La cynophobie) أي الخوف من الكلام، ثم ألكروفوبيا (L'acrophobie) أي الخوف من المرتفعات، وبعدها وضع مصطلح الشينوفويا (La chennophopie) أي الخوف من العواصف.

وتوالت هذه الأعمال ببحوث العياديين قصد التمييز بين أربعة أنواع من الرهابات الخاصة بالوضعيات (Les Phobies des situations)،الرهابات الخاصة بالمواضيع (les phobies des objets)،الرهابات الخاصة بالأمراض (Phobies des maladies) والرهابات الخاصة بالموت (les phobies de la mort) وتوصلوا إلى أن الرهابات الخاصة بالوضعيات والمواضيع ملموسة في الواقع من خلال أشياء خارجية بينما تمس رهابات الأمراض ورهابات الموت مواضيع مجردة.

وفي هذا الصدد ميّز ماركس " Marks " في أواخر القرن 19 بين الرهابات الخاصة بالمثيرات الداخلية (Phobies des situations internes) والتي تتمثل في الرهابات القهرية (Phobies obsédantes) و رهابات الأمراض (Phobies des maladies) والرهابات الخاصة بالمثيرات الخارجية (Phobies des situations externes) المتمثلة في رهاب المكان (agoraphobie)، الرهاب الإجتماعي (Phobie sociale)، رهاب الحيوانات (nosophobie) والرهابات النوعية أو المحددة (Phobies spécifiques).

وفي 1903 قدم جاني "Janet " وصفا مفصَّلا حول الرهابات وجمعهم مع الوساوس. ثم ظهرت بعدها أعمال فرويد " Freud " الذي وصف الميكانيزمات المسؤولة عن تطوير الرهابات بالعودة إلى الجنسية الطفلية من خلال عرضه لحالة هانس الصغير " Le petits Hans " عام 1905 الذي كان يعاني من رهاب الخيل "La phobies des chevaux".

بعدها فسّر واطسن " Watson " و راينر " Rayner " من خلال الرهاب التجريبي للجرذ الأبيض لدى ألبرت " Albert " كيف يتفجر الخوف الإشراطي بواسطة تجربة صدمية تكون في بعض الأحيان وحيدة وتدخل ساحة النسيان.

بينما رأى سلجمان " Seligman " بأنه يوجد استعداد بيولوجي لبعض الرهابات.

وفي 1970 تم وضع تصنيف للأمراض النفسية نتيجة الدراسات الأوروبية مما ساعد على تشخيص الرهاب كاضطراب نفسي مستقل (Trouble psychologique autonome).

ثم أصبح الرهاب موضوع شدَّ إهتمام العديد من الباحثين لكونه يمس مواضيع ووضعيات مختلفة، كما يظهر لدى الرجال والنساء وحتى الأطفال إلى جانب هذا فهو يظهر في أي وقت من حياة الفرد.

كل هذه العناصر جعلت موضوع الرهاب موضوعا معقدا وصعب الإلمام به، مما دفع علم النفس التجريبي إلى البحث فيه بدقة ومحاولة تفسير تطويره ، وتوصل إلى تمييز ثلاثة أشكال من الرهاب هي: رهاب المكان (agoraphobie)، الرهاب الاجتماعي (Phobie sociale) و الرهاب النوعي (Phobies spécifiques) **(ڤيراوميرابل سارون، Vera et Mirabel- Sarron ، 2002، ص: 02).**

2- تعريف الرهاب حسب مختلف النظريات:

2-1- تعريف الرهاب حسب النظرية التحليلية:

يعرف التحليليون الرهاب كميكانيزم دفاعي يثير إزاحة القلق إلى موضوع رهابي خارجي.

يتمتع موضوع الرهاب بقيمة استبدالية بحيث يعتبر كقناع رمزي (Déguisement symbolique de ce qu’ il remplace) للموضوع الذي حلّ مكانه.

يظهر هذه الفرضية واضحة من خلال دراسة فرويد " Freud " الذي وضع نظريته الخاصة بالرهاب عام 1925 من خلال دراسة لحالة هانس (Hans) الصغير وحالة رجل الذئاب (L'homme aux Loups) أين حل الحيوان الذي كان يمثل موضوع الخوف محل الولد.

ويعلل هذه الفرضية بتصريحاته في كتابه " ثلاث محاولات حول نظرية الجنسية " (Trois essais sur la théorie de la sexualité)

" يعتبر محتوى القلق المتمثل في لدغ الحصان للطفل أو إلتهام الذئب للرجل عبارة عن تشوهات للخوف من الإخصاء من طرف الأب. إن هذا الخوف هو الذي خضع لعملية الكبت " **(فرويد، Freud ، 1962).**

يظهر من خلال هذا التعريف بأن الشعور بالخوف لدى الشخص الرهابي هو في الحقيقة خوفه من الإخصاء، كما أن القلق الذي يعيشه المصاب بالرهاب هو في الحقيقة قلق الأنا أمام عملية الإخصاء التي تهدد الشخص على المستوى الخيالي والتي تظهر في صورة مُزيّفة في عدة أنواع من الرهاب.

2-2- تعريف الرهاب حسب النظرية المعرفية السلوكية:

الرهاب أو الخوف المرضي هو عبارة عن فزع غير معقول من موضوع أو شخص أو موقف ما **(حسن عبد المعطي، 1997، ص: 354)**

كما يعرف بأنه: " خوف مرضي دائم من موقف أو موضوع أو شخص أو مكان ما. إن هذه الأشياء غير مخيفة في طبيعتها ولايستند فيها الخوف على أساس منطقي بل يكون غير واقعي وغير معقول. كما يجعل الفرد يستجيب بطريقة غير مقبولة لا تتناسب مع التهديد الفعلي والحقيقي للموقف أو الموضوع المخيف، ولا يمكن ضبطها أو التحكم فيها أو التخلص منها بسهولة، وتؤدي إلى التجنب من الموقف المخيف حتى يتخلص الفرد من قلقه" **(طه عبد العظيم حسين،2009، ص: 43).**

يظهر من خلال هذا التعريف المفصل بأن الرهاب يخضع لمبدأ اللاواقعية الذي تنجر عنه استجابة غير منطقية وغير متكافئة مع الموقف المخيف.

كما يتضح بأن هذه الإستجابة يصعب التحكم فيها بفعل شدة القلق الذي تتسبب فيه، لذا يلجأ المصاب إلى وجود حلّ ألا وهو تجنب الموقف الرهابي حتى يتخلص من القلق الذي يغمرُه.

2-3- نقاط الإتفاق والإختلاف بين النظرية التحليلية والنظرية المعرفية السلوكية في تعريف الرهاب:

يتفق منظروا التحليل النفسي والوجهة المعرفية السلوكية في النقاط التالية:

- الرهاب هو خوف لا يتماشى مع الواقع.
- لا يمكن أن يخضع الرهاب لأي سببية منطقية.
- يستجيب الرهابي بطريقة لا إرادية أمام الخوف المرضي
- يظهر القلق المرتبط بالرهاب بوجود موضوع محدد للرهاب.
- يعي الرهابي بعدم عقلانية مرضه.
- لا يمكن كبح الخوف إلى درجة أن مجرد ذكر إسم الموضوع الرهابي يمكنه أن يفجر إنزعاجا نفسيا.
- يعاني الرهابي من تعقيدات وجدانية، مهنية وعائلية بفعل إنعزاله.
- تتضاعف الوضعيات الرهابية تدريجيا.
- يستعمل الرهابي مختلف الحيَل بهدف إخفاء مصدر الخوف. ويترافق هذا الجهد بمعاناة داخلية حقيقية.

أما بخصوص الإختلاف بين النظريتين ، يظهر واضحا من خلال ما عرضناه بأن كل نظرية تفسر الرهاب حسب قناعاتها، فالنظرية التحليلية تفسرها بالاعتماد على الجنسية الطفلية بينما تفسر النظرية المعرفية السلكية الرهاب بالإعتماد على مبادئ علم النفس التجريبي.

3-المنظور التاريخي لرهاب المكان:

يرجع أصل كلمة أقورافوقيا (Agoraphobie) إلى كلمة إغريقية وهي أقورا (Agora) وتعني مكان (Place) أي مكان التجمع (Lieu de rassemblement)،وقد كان أمثل أماكن التجمع في بلاد الإغريق الأسواق المزدحمة في الهواء الطلق أما (phobie) فهي تعني الخوف الشديد أو الرهاب وعلى هذا فإن (Agoraphobie) هو رهـــاب المكـــان **عزت شعلان، 1988، ص: 67).**

لقد وكان وسفال " Westphal " أول من وصف هذا المرض عام 1871 **(بلوخ وآخرين، Bloch et le autres، 2007، ص: 30).**

لقد توصل هذا الباحث إلى وصف هذا المرض من خلال عرضه لثلاث حالات تعاني من الإنزعاج الذي نسبه إلى الخوف من قطع بعض الطرق أو الخوف من التواجد في بعض الأماكن.

وانطلاقا من دراسة هذه الحالات تغير تعريف هذا المرض و اتسع بحيث أصبح يتضمن الخوف العام من الخلاء مهما كانت الظروف(L agoraphobie est la peur générale du vide quelles que soient les circonstances) **(فيراوميرابل سارون، Vera et Mirabel- Sarron ، 2002، ص: 92).**

واختلفت التسميات بين الباحثين بحيث أسماه فرويد " Freud " هستيريا القلق (Hystérie dangoisse) وأطلقت عليه لانسي " Lancet " تسمية عصاب القلق (Névrose dangoisse) ومنحه ميلر " Miller " تسمية خوف الشارع (La peur des rues) **(العبيدي، 1991، ص: 141).**

وأجمعت البحوث على تعريف هذا الرهاب بأنه " مجموعة المخاوف الرهابية التي تختلف في طبيعتها وعددها من شخص لآخر. تتوحد كافة هذه المخاوف في نقطة مشتركة وهي الخوف من الخلاء. وبعد تحديد تعريف لهذا الرهاب، بدأت البحوث تميز بين أنواع هذا الرهاب، وتمّ وضع فئة من هؤلاء المصابين ضمن مجموعة المصابين باضطراب الهلع مع الأقورافوبيا والتي تعني الخوف من الخلاء المصاحب بالخوف من الخوف الذي عُرف

بأنه:" قلق توقُعيٍ يعيشه الفرد بعد مروروه بأزمة قلق حادة " **(فيراوميرابل سارون، Vera et Mirabel- Sarron ، 2002، ص: 92).**

ثم ورد تصنيف الجمعية الأمريكية للطب العقلي التي حددت أعراض كل نوع من أنواع هذا الإضطراب.

4- تعريف إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان حسب مختلف وجهات النظر

4-1- التعريف اللغوي:

تُرجم إصطلاح (Le trouble panique avec agoraphobie) في أدبيات علم النفس العربي إلى " رهاب الأماكن المفتوحة مع نوبات القلق "، كما تُرجم " بالخوف المرضي من الأماكن مع نوبات الجزع "، ويُقصد بهذه المصطلحات " الخوف اللاعقلاني من الأماكن التي لا يمكن الهروب منها بحيث يخشى المصاب هنا الوقوع في إحدى نوبات القلق التي تجعله عرضة للمهانة أو الشعور بالعجز. وقد يخشى حدوث أي كارثة له، كما يخشى المصاب برهاب الخلاء مع نوبات القلق الأعراض الداخلية التي تصاحب هذه النوبات ونتائجها المرعبة **(خالد العامري، 2006، ص: 86).**

- وحسب المعجم الطبي المُوحّد المعتمد من قبل مجلس وزراء الصحة العرب ومنظمة الصحة العالمية واتحاد الأطباء العرب والمنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم تُرجم مصطلح (Le trouble panique avec agoraphobie) بإضطراب الهلع المصحوب برهاب الساح **(محمد حمدي الحجار، 2004، ص: 188).**

كما دعم تيسير حسّون نفس الترجمة في المرجع السريع إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدّل للإضطرابات النفسية **(تيسير حسّون، 2007، ص:109).**

" ويعني هذا الإضطراب القلق من أن يكون الشخص في موقع أو حالات قد يكون الهرب منها صعبا أو لا تكون المساعدة ممكنة حال حدوث هجمة هلع أو نوبة هلع غير متوقَّعة أو مؤهبة ظرفيا.

أما نوبة الهلع فهي فترة متميزة من الخوف الشديد أو الإنزعاج الشديد يحدث فيها أعراض تتمثل في خفقان القلق، التعرق، الإرتعاش وما إلى غير ذلك من الأعراض التي تمس الجهاز العصبي اللاإرادي.

تتمثل المواقف التي تُثير هلع الشخص في كون المصاب خارج البيت لوحده، أو يجد نفسه ضمن حشد أو في صف أو على جسر أو يسافر في حافلة أو قطار أو سيارة **(تيسير حسّون، 2007، ص:109).**

وفي مراجع عديدة نجد بأن الباحثين العرب يستعلمون مصطلح الرهاب الظرفي أو رهاب المكان في ترجمتهم للمواقع المكتوبة باللغة الأنجليزية (Agoraphobia) أو للكتابة عن هذا المرض.

رهاب المكان هو مصطلح يُستخدم الآن بشكل أوسع مما كان عليه في الماضي فهو لا يقتصر على الرهاب من الأماكن الفسيحة المفتوحة الخالية بل يتعداها إلى الأماكن المزدحمة التي يصعب خروج الشخص منها أو الخوف من الإبتعاد عن المنزل أو من السفر.... **(الخاني، 2006، ص: 110).**

4-2- تعريف نظرية التحليل النفسي:

يعرف هذا الإضطراب بأنه " عصاب طفلي يعاني منه الفرد لأنه عاجز عن مواجهة الصراع الشديد بداخله، وغير قادر على فضه، فيخاف ويُسقِط هذا الخوف الداخلي على أماكن التجمع، الأماكن المفتوحة، السفر في السيارة والخوف من البقاء على انفراد " **(عسكر، 1990، ص: 32).**

يتبين من خلال هذا التعريف بأن إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان ما هو إلا رمز إرتبط به الرهاب نتيجة نشاط العمليات الدفاعية المتمثلة في إزاحة المهددات الداخلية المرتبطة بالصراع الأوديبي والخوف من الخصاء إلى مهددات خارجية أكثر قبولا تتمثل في الخوف من الأماكن التي يصعب الفرار منها.

4-3- النظرية البيولوجية:

يعرف بارلو " Barlow " إضطراب الهلع الذي يظهر في هذا المرض ($TP/_A$) بأنه عبارة عن استجابة إنذار مُتعلَّمة على المستوى الفيزيولوجي. تظهر هذه الإستجابة من خلال الأحاسيس الفيزيولوجية الصادرة عن الجهاز العصبي المستقل المشابهة لتلك التي تظهر في استجابة الإنذار عند وجود الشخص في حالة خطر حقيقي.

تتكرر هذه الإستجابة بفعل نشاط ميكانيزم الإشراط الإستنباهي الداخلي (conditionnement intéroceptif) ، بمعنى أنه بمجرد ما يبعث الدماغ أمرا بوجود خطر ناتج عن نشاط الأفكار يُجند الجسم نفسه من خلال إستثارة الجهاز السمبتاوي الذي لا يلبث أن يهدأ بفضل نشاط الجهاز الباراسمبتاوي حتى يأتي أمر آخر بوجود خطر وهكذا يعيش الشخص سلسلة متتالية من التغيرات الجسمية التي تؤدي به إلى التعب النفسي.

4-4- تعريف النظرية المعرفية السلوكية:

يشير مصطلح " رهاب الساحة " أي " رهاب المكان " إلى مخاوف مغادرة المنزل، أو الدخول إلى المحلات التجارية أو المناطق المزدحمة أو الأماكن العامة أو السفر وحيدا في القطارات أو الحافلات أو الطائرات.

يعتبر هذا الإضطراب من أكثر الرهابات إحداثا للعجز، بل إن بعض الأشخاص يضلون رهائن داخل المنزل، كما أن كثير من المرضى يرتعدون من فكرة أن ينهاروا في مكان عام ويُتركوا دون مساعدة. إن عدم وجود مخرج مُتاح من المكان هو أحد السمات الجوهرية في المواقع التي تُثير الرهاب **(عكاشة، 1999، ص: 145).**

وحسب الدليل التشخيصي الإحصائي للإضطرابات العقلية الصادرة عن رابطة الطب النفسي الأمريكي يندرج إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان ضمن إضطرابات القلق ويعتبر كنوع من أنواع المخاوف المرضية المتمثلة في الرهاب الإجتماعي والرهاب النوعي أو الرهاب المحدد **(العتيبي، 2005، ص: 17).**

يعرف إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان حسب المعايير التشخيصية الخاصة بـ DSMIV التي تعرف إضطراب الهلع في الجزء الأول ثم رهاب المكان في الجزء الثاني.

أما عن إضطراب الهلع فهي تعرفه كالتالي:

أ- كلا الإثنين (1 و 2):

1- نوبات هلع غير متوقَّعة و ناكسة.

2- نوبة واحدة على الأقل من النوبات تكون متبوعة بمدة شهر (أوأكثر) بأحد (أو أكثر) من المظاهر التالية:

- إهتمام مستمر تخوفا من حدوث نوبات إضافية.

- القلق حول المضامين الخاصة بالنوبة و نتائجها (أي الخوف من فقدان السيطرة على الذات والتخوف من نوبة قلبية، أو من الجنون).

- حدوث تبدُل مُهم في السلوك المتعلق بالنوبات.

ب- وجود رهاب الساح (أو رهاب المكان) الذي يجب أن تتوفر فيه المعايير التشخيصية التالية:

1- قلق ينتاب المريض عندما يكون في أماكن أو مواقف يشعر بصعوبة الفرار منها أو تبدو له مزعجة، أو لا تتوافر فيها شروط المساعدة والعون في حالة تعرضه لنوبة هلع غير مُتوقَّعة أو مؤهَّب للتعرض لها مكانيًّا، أو التعرض لأعراض تُشبه الهلع.

وإن مخاوف هذا الرهاب تتضمن على المستوى النموذجي مجموعات نوعية من المواقف تتضمن الخوف من وجود المريض وحده خارج المنزل، أو في مكان مزدحم بالناس أو الوقوف بانتظار الدور، أو على الجسر، أو السفر بالباص، بالقطار أو السيارة.

2- يتم تجنب المواقف (كالحد من السفر مثلا) أو أن المرض يتحملها لكن بكرب ملاحظ، أو أن يقلق المريض من أن يتعرض لنوبة هلع، أو لأعراض شبيهة بالهلع، أو أن يتطلب المريض وجود صحبة من الناس معه.

3- ألا يكون مصدر القلق أو التجنب التخوفي إضطرابا نفسيا آخر، مثل، الرهاب الاجتماعي (التجنب محدود في المواقف الإجتماعية بسبب الخوف من الإنزعاج) والمخاوف النوعية (التجنب محصور في موقف منفرد مثل المصاعد).

و (الإضطراب الوسواسي الجبري) كتجنب القذارة عند فرد، الوسواس من التلوث مثلا)، واضطراب الشدة التي تعقب التعرض للرض (PTSD) (أي تجنب منبهات مقترفة بموترّ شديد سبق أن تعرض له الفرد)، أو اضطراب قلق الإنفصال (أي تجنب ترك البيت أو الأقارب).

جـ- نوبات الهلع تكون بسبب تأثيرات فيزيولوجية ناجمة عن تعاطي الأدوية (أي سوء استخدام المخدرات والدواء) أو مرض طبي عام (أي فرط درق).

د- نوبات الهلع غير ناجمة عن اضطراب نفسي آخر مثل الرهاب الإجتماعي (الذي يحدث بفعل التعرض إلى مواقف إجتماعية مثيرة للخوف). ولا عن رهاب نوعي (التعرض إلى موقف رهابي مثير للخوف)، أو إضطراب وسواسي جبري (الخوف من التعرض للقذارة عند فرد وسواسي)، أو اضطراب الشدة الذي يعقب التعرض للرض) أي ردّا على منبهات مقترنة بمؤُتر شديد)، أو قلق الإنفصال (أي ردّا على الخوف من الإبتعاد عن الدار أو الأقارب). **(محمد حمدي الحجار، 2004، ص: 188).**

نستخلص من خلال هذا التعريف الدقيق ضرورة الأخذ بعين الاعتبار عدة عناصر في تشخيص هذا المرض بحيث يجب التمييز بين أعراضه وأعراض أمراض أخرى كما يظهر في شقين: شق إضطراب الهلع (TP) وشق الأقورافوبيا (Agoraphobie). وكل شق يتميز بأعراضه إذ يتميز (TP) أساستا بالأعراض الجسدية للخوف بينما يتميز (A) بتجنب الوضعيات التي يصعب الفرار منها.

بعد هذا العرض الذي حاولنا من خلاله فهم ($TP/_A$) كمصطلح وكأعراض، سوف نتطرق في الفصل التالي لفهم الميكانيزمات المسؤولة عن تطويره حسب مختلف النظريات.

الفـصل الثانــي

النظريات المفسرة لاضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان

مقدمـة:

سوف نعرض في هذا الفصل مختلف التفسيرات النظرية الخاصة باضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان بدءً من التفسيرات البيولوجية إلى غاية التفسيرات المعرفية السلوكية التي تم تبنيها في بحثنا كما نعرض بصفة وجيزة التفسيرات الخاصة بالتحليل النفسي . تشترك كافة هذه النظريات في محاولة تفسير نفس الظاهرة أي نفس الأعراض لخاصة بهذا الداء لكنها تختلف حسب منطلقاتها النظرية.

1-النظرية التحليلية:

يعتبر منظروا هذا الإتجاه بأن اضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان هو عصاب نفسي ناتج عن الصراع بين المطالب الغريزية والقوى الدفاعية للأنا. تكون المطالب الغريزية في العادة جنسية عدوانية ومحورها عقدة أوديب **(شكري محمد، 2007، ص: 76)**.

ويضيف التحليليون بأن هذا الخوف من الأماكن هو رمز إرتبط به الرهاب وهو في الحقيقة دفاع لحماية المريض من إلحاح الرغبات اللاشعورية العدوانية المهددة. تلعب الإزاحة دورا ديناميا فعالا بحيث تُزاح المهددات الداخلية إلى مهددات خارجية إزاحة لا شعورية، وحيث يُنقل الإنفعال الذي يتمثل في الخوف من مصدره الأصلي إلى بديل أكثر قبولا وهو الخوف من الأماكن.

لقد سلّم فرويد " Freud " في كتاباته المبكرة بأن القلق ينشأ عن التحويل الفيزيولوجي للطاقة الليبيدية إلى أعراض حتمية للقلق، فهو ينشأ عن طاقة جسمية غير مُفرغة .ولعل أشهر الحالات التي عالجها فرويد وفقا لهذا التصور هو حال الطفل هانس الذي كان يخاف من الخيول ولا يجرؤ على مغادرة منزله. وقد كشف " فرويد " أن الطفل عندما كان في السن الثالثة كانا مُهتما باستكشاف عضو التذكير في جسده، وعندما ضبطته أمه هددته بقطع ذلك العضو **(العتيبي، 2005، ص: 28)**.

بالإضافة إلى هذه الحادثة، ورد في كتاب هانس الصغير بأن الوالد كان دوما يتشاجر مع الأم بسبب سماحها للطفل بالنوم برفقتهما. في الفراش بعدما يطلب ويلح هانس على ذلك مما أدى حسب فرويد إلى تدعيم وتقوية العدائية (Hostilité) لدى الطفل تجاه الوالد

ويؤكد فرويد " Freud " بأن المحتوى التمثيلي الذي يظهر في الرهاب يخضع لعملية تشوه وتبدُل قبل مرورها إلى الشعور.

ويرى " Bayle " أحد المحللين النفسانيين بأن كافة الرهابات هي عبارة عن خوف من فقدان الموضوع الأموي، الخوف من فقدان القضيب أو ما يعادله، الخوف من فقدان حب شخص عزيز. والخوف من الأنا أمام الأنا الأعلى.

ينتج عن هذا الخوف عدة أشكال دفاعية أساسها الإسقاط وتتسبب في ظهور الأعراض الرهابية في مواقف متعددة **(بايل " Bayle "، 1999، ص: 11)**

وعموما فإن ($TP/_A$) هو خوف مرضي مُزاح أو منقول من موضوعه الأصلي الذي يتمثل في الدوافع والرغبات، نزعات العدوان، المخاوف الشديدة الداخلية أو الرغبات الجنسية غير المقبولة إجتماعيا وخُلقِيا إلى المثير الظاهري أي الأماكن التي يعتقد المريض أنه من الصعب الفرار منها.

2- النظرية البيولوجية:

توصل منظروا هذا الإتجاه إلى وجود زيادة في نسبة مادة الإپينفرين (L'épinephirine) ومادة النورإپينفرين (La norépinephrine)على مستوى النواقل العصبية لدى هؤلاء المصابين.

كما توصلت بحوث أخرى إلى نتيجة مفادها أن المصابين بإضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان يتميزون بضمور في قشرة المخ وبالتحديد على مستوى الفص الصدغي (Lobe Temporal)، كما يعانون من عدم إنتظام في الدورة الدموية إما بالزيادة أو تحديد بالنقص في حالات الهلع بحيث تنقبض الشعيرات الدموية المغذية

لقشرة المخ المحيطة بالفص الصدغي، وينتج من هنا الشعور بعدم الإتزان، إضطراب في معدلات التنفس، نقص نسبة ثاني غاز أوكسيد الكربون بالدم.

حددت دراسات أخرى بأن اللوزة (Amydale) هي المنطقة الواقعة في الفص الصدغي وهي المسؤولة عن إثارة الخوف وكل ما يتعلق بإضطراب الهلع.

تقوم اللوزة بترجمة القلق كتهديد من وجود خطر خارجي لهذا تفرز فوراهرمونات القلق المتمثلة في الأدرينالين (adrénaline) والكورتيزول (Cortisol) لتحضير الجسم للدفاع أو الهرب. في هذه الحالة يتعطل التفكير بحيث تعرقل اللوزة الفص الجبهي عن تحليل المعلومات وتبدأ الأدرينالين بتأثيرها على مختلف أعضاء الجسم بإحداث تغيّرات كبيرة تتمثل في :

- قيام القلب بالضخ بسرعة من أجل توفير الأوكسجين الكافي للعضلات، وهذا لتحقيق السرعة في التفكير والإنتقال.

- قيام الأدرينالين بتوجيه الدم المشبَّع بالأوكسجين الضروري لعضلات المخ وتسحبه من المناطق كالجلد وأعضاء الهضم.

- إنغلاق الغدة اللعابية، وهذا ما ينتج عنه جفاف الفم.

- زيادة معدل ضربات القلب بسبب إفراز الأدرينالين وهذا ما يؤدي إلى الإحساس بالإرهاق والتنفس السريع الذي يجعل ديوكسيد الكربون ينقص في الجسم من أجل الرفع من نسبة الأوكسجين وانخفاض نسبة ديوكسيد الكربون مما ينجر عنه الشعور بالدوران الإرتعاش والتشنجات **(Marchand et letarte ، 2004، ص:101).**

نستنتج مما سبق بأن المصاب بإضطراب الهلع المصحوب برهاب الساح يعانون من كافة هذه الأعراض بدون وجود خطر حقيقي لأن اللوزة على مستوى الدماغ تفرز كمية كبيرة من الهرمونات الخاصة بالخوف والتي تؤدي إلى فقدان التركيز وشبه شلل على مستوى الفص الجبهي الذي يعجز عن عمله أي تحليل المعلومات.

أما حسب لايدر " Lader" و ما تيوز "Matthews "، فإن المصابين بإضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان يظهرون بمستوى عالي من نشاط الجهاز العصبي المستقل

ونسبة منخفضة من التعود (Degré élèvé d’activation du système nerveux autonome et un taux bas d habituation).

ينتج عن هذه الحالة النفسية الفيزيولوجية تتابع الإستجابات المتمثلة في نوبات الهلع بحيث أن ظهور كل إستجابة يصدر قبل انطفاء الإستجابة السابقة أي الواردة قبلها وبهذا يصاب الشخص بنوبة الهلع. وينسب هذين الباحثين ظهور نوبات الهلع إلى الأماكن العمومية والأماكن المكتظة بالناس إلى كثرة المثيرات الإجتماعية المتواجدة بها وتعقدها

3- النموذج البيولوجي السلوكي :

قدم بارلو " Barlow " عام 1988 نموذجا يفسر إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان بحيث يرى بأن المصابين بهذا الداء يتعرضون لأول وهلة لنوبة هلع والتي يُسميها باستجابة الإنذار (La réaction D’alarme) والتي تُتْبع بعملية التعلُّم بحيث ترتبط الأحاسيس الفيزيولوجية الإستنباهية الداخلية بإستجابة الإنذار وينتج عنها إستجابة إنذار متعلَّمة (La réaction D’alarme Apprise).

يطور المصاب باضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان حذرا مفرطا (Hyper vigilance) لأحاسيسه الجسمية.

وعموما يرى بارلو " Barlow " بأن إستجابة الإنذار تمثل إستجابة فيزيولوجية ذات طبيعة تكيُفية تصدر عن العضوية عندما تواجه عامل ضغط (Stresseur). فإذا كان عامل الضغط مهددا يستجيب الشخص بالمواجهة أو الهرب، أما في حالة ما يكون التهديد غير حقيقي أي غير واقعي أي لا يوجد في المحيط كما هو الحال بالنسبة لحالات القلق فإن الجسم يُفجر " إنذارا خاطئا ".

يعترف هذا النموذج بمساهمة العوامل البيولوجية في تطوير إضطراب الهلع لدى المصابين بهذا المرض.

4- النموذج المعرفي:

يرتبط هذا النموذج باسم الباحث كلارك " Clark " عام 1988 الذي يعتبر بأن نوبة الهلع تتفجر بواسطة عدة مثيرات تكون إما خارجية أو داخلية. تتمثل المثيرات الخارجية في الوضعية الأولى التي ظهرت فيها نوبة الهلع أما المثيرات الداخلية فتتمثل في الأفكار، الصور والأحاسيس الجسمية.

وفي حالة ما يُفسر الشخص هذه المثيرات على أنها مهددة يُطور قلق التخوف (Anxiété d'appréhension).

يفجر هذا القلق نشاط مختلف الأحاسيس الجسمية التي يفسرها الشخص بطريقة تضخيمية، الشيء الذي يرفع من مستوى قلق التخوف وبالتالي ترتفع الأحاسيس الفيزيولوجية المزعجة وتؤكد إدراك الشخص السابق بخصوص أحاسيسه الجسمية.

تتسبب هذه الحلقة المفرغة في حالة مستمرة من الضغط والقلق المستمر والشديدين واللذين يجعلان الشخص في حالة استعداد وتأهب للتعرض لنوبات الهلع. **(Ladouceur et autres، 1999، ص: 67).**

5- النموذج السلوكي:

يرى السلوكيون بأن ميكانيزم إكتساب الرهاب هو الإشراط الكلاسيكي الذي يعتمد على مبدأ التعلم. إكتسبت الوضعية الرهابية أو بالأحرى المحيط الذي يظاهر فيه السلوك الرهابي القدرة على إثارة القلق الذي يُعتبر كاستجابة شرطية، نتيجة ارتباطه بمثير غير شرطي ذات طابع مُضجر ومقلق والذي يتمثل في الحدث الرهابي.

بعده يلعب الإشراط الإجرائي دورا مهما بحيث يتعلم الشخص من خلال تجنُّبه صرف القلق عنه بسرعة وبهذا يتعلم تجنب الوضعية الرهابية **(Fontaine et autre 1984، ص: 104).**

يؤكد السلوكيون على دور المحيط الذي يعمل كمدعّم للسلوك الرهابي الخاص بالتجنب.

6- النموذج المعرفي السلوكي:

جاء النموذج المعرفي السلوكي ليأخذ بعين الإعتبار كافة نتائج الدراسات السابقة التي أُدرجت ضمن النماذج المعرفية، النماذج السلوكية والنماذج البيولوجية في تفسير إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان. يرتبط هذا النموذج باسم مارشان " Marchand " ولوتارت " Letarte " اللذين إستفادا من نتائج البحوث السابقة في إطار تفسير هذا المرض وأساسها نتائج بحوث " Barlow " عام 1988 ونتائج بحوث كلارك " Clark " عام 1988 ونتائج بحوث ڤلوشتاين " Goldstein " عام 1994 وغيرها.

يرى هذا النموذج بأن اضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان لا يعود لسبب واحد بل هو ناتج عن التفاعل بين عدة عوامل.

تتمثل هذه العوامل في العوامل الإستعدادية(Facteurs prédisposants)، العوامل المعجلة (Facteurs Précipitants) والعوامل المثبتة (Facteurs de maintient) والتي هي ذات طبيعة بيولوجية، نفسية واجتماعية **(Boisvert et Ladouceur، 1999، ص: 68).**

1- العوامل الإستعدادية:

تعرف هذه العوامل بأنها: " مميزات الفرد التي تجعله أكثر عرضة و استعدادا لتطوير إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان.

يصرح " Marchand " (2004) بأن هذه العوامل لا تُسبب مباشرة هذا الإضطراب. وفي هذا الصدد تؤكد نتائج البحوث على وجود أشخاص تتوفر لديهم عوامل الاستعداد، لكنهم لم يطوروا هذا المرض، هذا من جهة، ومن جهة أخرى طوّرَ أشخاص آخرون إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان بدون أن تتوفر فيهم أية عوامل استعدادية لتطوير هذا المرض.

و بناء على هذه النتائج فإن العوامل الاستعدادية ليست دليلا على تطوير إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان ، لكنها تزيد من إحتمال الإصابة به إن وجدت **(Marchand و Letarte ، 2004، ص: 44).**

تتمثل العوامل الإستعدادية في:

1-1- القابلية البيولوجية: La vulnérabilité biologique

حسب النموذج البيولوجي السلوكي لبارلو " Barlow" عام 1988، يبدو بأن أغلبية المصابين باضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان يتميزون بهشاشة بيولوجية (Fragilité biologique) بحيث يستجيبون بأكثر قوة للضغط الناتج عن الأحداث اليومية مقارنة بغيرهم بمعنى أنهم إذا شعروا بالخوف فإنهم يخافون بشدة وهذا راجع إلى إستجابة الإنذار المتعّلمة. (La réaction d alarme apprise)

(Goudreau، 2004، ص: 21).

تظهر القابلية البيولوجية من خلال عنصرين هما:

أ- الميل إلى الشعور بالعصبية (La tendance a être nerveux):

يظهر ميل الشخص للشعور بالعصبية إلى استعداد الشخص الدائم لمواجهة الخطر والذي يظهر من خلال إفراط الشخص في الإستجابة للمتغيرات المحيطية إذ يستجيب على المستوى العصبي البيولوجي بقوة للضغط الناتج عن الأحداث الحياتية.

وبناء على هذه المعطيات يتفق الباحثون على أن القابلية البيولوجية هي تلك الإستجابة المرتفعة الصادرة عن الجهاز العصبي المستقل والجهاز العصبي المركزي

(La vulnérabilité biologique et décrite comme une réactivité élevée du système nerveux autonome et du système nerveux central)

ب- الحساسية لاستجابة الإنذار (La sensibilité a la réaction d alarme):

تدل هذه الحساسية على إصدار الشخص لاستجابة الإنذار بمجرد وجود مستويات ضعيفة من الضغط، وهذا يعني بأن الشخص يصبح حسَّاسًا بحيث يسْهُل نشاط استجابة الإنذار لديه وبالتالي يصبح أكثر قابلية للتعرض يوما ما لنوبات الهلع.

2-1- القابلية النفسية (La vulnérabilité psychologique):

تتمثل القابلية النفسية في عنصرين هما:

أ- **ميل الشخص لإدراك القلق كظاهرة مؤدية أو مضرة**

La tendance a percevoir l'anxiété comme un phénomène nocif ou) (nuisible.

يتميز بعض الأشخاص بحساسية للقلق بحيث يوجهون انتباها غير متناسق مع الأحاسيس الجسمية، كما أنهم يترصدون أدنى وأدق الأحاسيس إذ يدركون التغيرات العادية التي تحدث في الجسم على أنها مؤشرات على وجود تهديد أو خطر.

وفي هذا الصدد أثبتت الدراسات وجود عوامل تعمل على جعل الشخص سريع التأثر نفسيا، وتتمثل هذه العوامل في الإدراكات، الإعتقادات والسلوكات التي يتعلمها الشخص منذ الولادة إلى غاية سن الرشد، كما تلعب دورا هاما في تحديد العلاقة التي تربط الشخص بالقلق.

يتضح من خلال هذه العلاقة بأن الطفل يتعلم الكثير من خلال ملاحظته للآخرين بحيث يقوم بتقليدهم إذ يتبنى نفس أنماط الاستجابة للقلق التي يصدرها أفراد عائلته، سواء كانت إستجابة متوافقة أو غير متوافقة للقلق.

وبخصوص هذا الموضوع يصرح " Marchand" و " Letarte " (2004) بأن المصابين بإضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان قد احتكوا منذ طفولتهم بأشخاص يُقدّرون الأعراض الجسدية السوية بأنها خطيرة، كما يؤكد بأن ملاحظة الطفل للمعاناة الجسدية الحادة لأحد أقربائه يساهم في زرع فكرة مفادها أن الأعراض الجسدية خطيرة وعلى هذا الأساس أصبحت السلوكات الوالدية اليوم تحدد نسبة مهمة وكبيرة كيفية إدراك الطفل لقدرته على التحكم الشخصي في أفكاره، مشاعره ومحيطه إلى جانب قابليته النفسية لتطوير المرض هذا من جهة ومن جهة أخرى فإن السلوكات الوالدية تؤثر بقسط كبير في ميل الشخص لتبني التجنب كاستراتيجية لتسيير القلق وهذا ما يمثل عاملا يجعل احتمال تطوير رهاب المكان كبير.

(Les attitudes parentales exercent une influence importante sur la tendance à avoir recours a l'évitement comme stratégie de gestion de l'anxiété. Ce qui est un facteur de risque pour l'apparition de l'agoraphobie).

ب- العلاقة بين المميزات الوالدية وإدراك التحكم لدى الطفل:

يؤكد " Marchand" و " Letarte " (2004) نتائج البحوث التي توصل إليها لامبرير " Lemperière " عام 1998م بأن النظم التربوية المستقرة التي يقدمها الوالدين تمنح الطفل نتائج توافقية لسلوكاته، والتي تسمح له بتطوير إدراك يتمثل محتواه في القدرة على التأثير على المحيط بطريقة توقعية، بينما تساعد السلوكات الوالدية المتميزة بالصلابة (Rigidité)، التفجر والنرفزة.(explosion) أو الرخاوة والإهمال في تطوير الشعور بالعجز لدى الطفل هذا من جهة . ومن جهة أخرى يسمح عدم الحماية بإفراط وعدم التسلط على الطفل باكتشاف العالم واكتساب مهارات جديدة تفيده في التعامل مع أحداث البيئة التي لم يسبق له معرفتها.

وهكذا تساهم المميزات الوالدية في تدعيم إدراك التحكم(La perception de contrôle) لدى الطفل **(Marchand و Letarte ، 2004، ص: 46-47).**

2- العوامل المعجلة: (Facteurs Précipitants):

تُعجل بعض أحداث الحياة نوبة أو نوبات الهلع الأولى التي تمثل إضطراب الهلع.

ويصرح " Marchand " (2004) بأن هذه الأحداث لا تظهر بالضرورة خلال الساعات الأولى التي تسبق نوبة الهلع بل تكون الإطار الذي يسمح بظهورها من خلال تواجد الشخص في وضعية يفقد فيها قدراته على التكيف.

تمثل هذه الأحداث العوامل المعجلة التي تجعل الشخص أكثر قابلية للإصابة بإضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان ، وبالتالي تفجر إستجابة الإنذار الخاطئة الأولى(le première fausse alarme).**(Marchand وLetarte، 2004،ص: 50).**

لقد توصلت نتائج الدراسة التي قام بها Marchand، Roberge، Dupuis، contandriopoulos، Mainguy و Sarvard عام 2000 بأن العوامل المفجرة لأول نوبة هلع يمكنها أن تظهر في شكل صدمة قد تتمثل في (حادث مرور خطير، وضعية مُحرم جنسي....إلخ)، أو تظهر في شكل عامل ضغط نفسي اجتماعي يتمثل في (الطلاق فقدان شخص عزيز، فقدان عمل، التنقل من مسكن إلى مسكن آخر....إلخ).

وقد تأخذ العوامل المفجرة شكل عامل ضغط مزمن يظهر من خلال (المشاكل الزوجية، الصراعات في الوسط المهني، الإصابة بمرض....إلخ).

يدل الإزمان هنا إلى استمرار ودوام عامل الضغط منذ مدة طويلة بالقدر الكافي لإصابة الشخص بنوبات الهلع **(Goudreau، 2004، ص: 23).**

يُدرج " Marchand" و " Letarte" (2004) هذه العوامل ضمن ثلاثة أقسام حسب طبيعتها، فيتحدث عن عوامل الضغط الجسمية (Les stresseurs Physiques) عوامل الضغط النفسية الإجتماعية (Les stresseurs psychosociaux)، وعوامل الضغط المزمنة (Les stresseurs chroniques).

2-1- عوامل الضغط الجسمية: (Les stresseurs Physiques):

تشمل هذه العوامل الضيق الناتج عن أزمة بسبب إنخفاض مستوى السكر في الدم (crise d'hypoglycémie) حادث الولادة (Un accouchement)، حادث مرور (un accident)، أو تعدي (une agression).

وفي بعض الأحيان توجد آثار جانبية ناتجة عن تناول الدواء أو تعاطي المخدرات. وتؤدي كل هذه العوامل إلى ظهور نوبة الهلع الأولى.

تجعل هذه العوامل الشخص في حالة سيئة بحيث تنفذ طاقته على التكيف إلى أقصى مداها مما يؤدي به إلى التعرض لأول نوبة هلع.

2-2 عوامل الضغط النفسية الإجتماعية (Les stresseurs psychosociaux):

تتمثل هذه العوامل في الطلاق، موت شخص عزيز، فقدان منصب عمل وغيرها من العوامل التي تجعل الشخص أكثر قابلية لتطوير المرض وهكذا تسمح بتفجير نوبة الهلع الأولى.

3-2 عوامل الضغط المزمنة: (Les stresseurs chroniques):

تظهر هذه العوامل عند بعض المصابين بإضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان . وهي عبارة عن ضغط أساسي يدوم في المدة ويؤثر على التوظيف الشخصي وميكانيزمات التكيف.

قد يتمثل عامل الضغط المزمن في مشاكل زوجية (Problèmes conjugaux) صراعات مهنية (conflits au travail)، أو صراعات ناتجة عن الإصابة بالمرض.

يدل الإزمان على طول مدة تعرض المريض لعامل الضغط إلى غاية وقوعه في اضطراب الهلع ثم تطوير التجنب وأحسن مثال عن عامل الضغط المزمن هم العاملين الذين عاشوا خلال سنوات التوقيف عن العمل في وسطهم المهني مما يجعلهم يعيشون في حالة خوف دائمة خشية فقدان منصب عملهم.

3- العوامل المثبتة للمرض: (Les facteurs d'entretien):

تشرح هذه العوامل كيف يدوم المرض ويستمر بدون وعي الشخص وبدون إرادته.

تتمثل هذه العوامل في:

3-1- العوامل الفيزيولوجية:

تتمثل هذه العوامل في :

- الإشراط والتجنب الاستنباهي الباطني:

(le conditionnement et l évitement intéroceptif)

تتفق البحوث في مجال إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان على وجود تعادل قوي بين الخوف والأحاسيس الإستنباهية الداخلية المتعلقة بالقلق .

(Il ya un pairage puissant entre la peur et les sensations d'anxiété intéroceptives (internes) d'anxiété).

يجعل هذا التعادل الأحاسيس الجسمية المشابهة كالقلق، التمارين الجسمية وغيرها من الانفعالات تفجر من جديد إنذارا خاطئا أو تولد لدى الشخص خوفا من تفجيره.

نستنتج من هنا بأن بعض الأحاسيس الجسمية قد ارتبطت أو تعادلت بطريقة خاطئة مع إدراك بمداهمة خطر داخلي مما يؤدي إلى تكوين إشراط إستنباهي داخلي (le conditionnement intéroceptif) يجعل الشخص في تجنب إستنباهي داخلي (l'évitement intéroceptif).

3-2- العوامل المعرفية:

تتمثل هذه العوامل أساسا في:

- التفسير التضخيمي للأحاسيس:

(L interprétation catastrophique des sensations)

تنشط إستجابة الإنذار الخاطئة (La fausse réaction d alarme) أثناء نوبات الهلع الأولى بدون وجود خطر خارجي، الشيء الذي يجعل الشخص يبحث بطريقة أوتوماتيكية عن تفسير داخلي لسبب هذا النشاط القوي الذي أصاب جهازه العصبي.

ومن هنا تنبع فكرة التعرض إلى أزمة قلبية،أزمة دماغية الاختناق، فقدان الوعي و الإصابة بالجنون.

يطور المصابون باضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان هاته الأفكار لأنهم يبحثون عن سبب إستجابة الإنذار المفاجئة والمخيفة التي لا تتماشى مع المواقف التي يتواجدون بها .

(ils cherchent une causse a un déclenchement inapproprié et aléatoire de la réponse L'alarme)

وهكذا تتفاقم هذه الأفكار التي تدخل ضمن التفسير الكارثي من أحاسيس الخوف من الخوف.

يصبح الأشخاص متخوفين من الأحاسيس التي سبق وأن عاشوها لأنهم أدركوا هذه الأخيرة بطريقة خاطئة تتمثل في الإعلان عن حدوث كارثة مداهمة، وبالتالي يقعون في قلق التخوف (Anxiété d'Appréhension) **(Marchand و Letarte، 2004، ص: 53).**

3-3- العوامل السلوكية:

أ- سلوكات التجنب ، سلوكات التخلص والضمانات الموجبة بالأمن :

(Les comportements d évitement, d'échappement et les garanties sécurisantes)

يتمثل التخلص أو المنفذ (échappement) في مغادرة الشخص للوضعية المخيفة، أما التجنب (évitement) فيكمن في عدم الذهاب تماما إلى الوضعية المخيفة.

يشعر المصاب بإضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان بدرجة مرتفعة جدا من الخوف نتيجة خشيته من نوبة الهلع لدرجة أنه ينفد أو يتجنب الوضعية المريعة بدلا من مواجهتها.

يؤدي التجنب أو التخلص إلى شعور المصاب مباشرة بارتياح عميق بسبب إنخفاض نسبة القلق لهذا فهو يختار في غالب الأحيان هذين الحلين كوسيلة لمقاومة القلق وهكذا تثبت فكرة وقوع كارثة بخصوص صحته الجسمية، السلوكية أو الاجتماعية إذا ما بقي في المكان المخيف.

وفي بعض الأحيان يتم لجوء المصاب إلى الضمانات الموجبة بالأمن (les garanties sécurisantes)، وهي شكل من أشكال التجنب تظهر من خلال اللجوء إلى العلاج بالأدوية بطريقة غير موافقة للموقف إذ يتناول المصاب أقراصا مهدئة بمجرد ظهور عرض جسمي خاص بالقلق أو يمتنع عن التنقل في الحافلة بدون الإمساك بقارورة ماء خوفا من الإختناق الذي يسبقه جفاف الفم.

يؤكد اللجوء إلى الضمانات الموحية بالأمن لدى الشخص فكرة عدم وجوده في وضعية خطر هذا فإن حمل هذه الأشياء هو بمثابة إستراتيجية حقيقية لتجنب مواجهة الوضعية المخيفة **(Marchand و Letarte ، 2004، ص: 56).**

بالإضافة إلى اللجوء إلى الضمانات الموجبة بالأمن، يعتمد أغلبية المصابين باضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان على مرافقة أشخاص سماهم كلا من " Marchand " و " Letarte "بالرفاق الفوبيين (compagnons Phobiques) وهم الأكثر قرابة وثقة بالنسبة للمصاب.

يعتقد هؤلاء الرفاق بأنهم يساعدون المريض من خلال اصطحابهم له أو القيام بالمهام التي من المفروض أن يقوم بها، لكن هذه التصرفات تدعم سلوك التجنب لدى المصاب بل ترفع من احتمال الخوف لديه.

لقد قّدم " Marchand " و " Letarte " (2004) قائمة تحتوي على مجموعة ضمانات موجبة بالأمن لدى هذه الفئة من المرضى والتي تتمثل في:

- شخص أي رفيق يكون مصدرا للأمان والطمأنينة (une personne, un compagnon sécurisant)
- الأدوية (Le médicaments) زجاجة خالية من الأدوية (ou une bouteille vide de médicament).
- كيس من الورق.
- أرقام الهاتف الرئيسية للمستشفيات والعيادة القريبة من البيت.
- هاتف نقال يُفيد الاتصال بشخص في حالة الإنزعاج.
- الإحتياز على شيء يجلب الحظ (La possession d un porte -bonheur).
- التفكير في حلول أو تخطيط لتجنب الوضعية أو التخلص منهما أو الإبتعاد عنها بسرعة.
- قيادة السيارة في الطريق السريع بُطئًا.
- قيادة السيارة مع تشغيل الراديو.

- الجلوس أو المكوث بالقرب من منافذ الطوارئ (S’asseoir ou demeurer prés des sortis d’ urgence).
- التعرف على مكان المغسل.
- مسك المقود بقوة كبيرة إلى درجة تجعل الأيدي تبيض.
- إنجاز النشاطات أثناء الأيام المشمسة بدلا من القيام بها أثناء الأيام الممطرة.
- القيام بالنشاطات في الأيام التي يشعر فيها الشخص بالراحة

(Marchand et Letarte ، 2004، ص: 86).

3-4- العوامل المحيطية :

تعتبر هذه العوامل كعوامل مثبتة إضافية للمرض (Les facteurs de maintient additionnels)، وتنقسم إلى ثلاثة أقسام هي: عوامل الضغط المزمنة السند الإجتماعي غير الملائم والأرباح الثانوية.

1- عوامل الضغط المزمنة (Les stresseurs chroniques):

تلعب هذه العوامل دورا هاما في تعجيل ثُم تثبيت المرض لأنها تدخل ضمن العوامل المعجلة للمرض، كما تدخل بفعل استمرارها في الزمن ضمن العوامل المثبتة للمرض.
للتوضيح أكثر فإن تمكن عامل الضغط المزمن من تفجير نوبات الهلع الأولى بفعل وجوده الدائم وتَسبُبِه في قلق شديد فإنه يعمل على تثبيت المرض لأنه يزيد بطريقة مزمنة من المستوى العام للقلق.

وتتمثل عوامل الضغط المزمنة في الصراعات العلائقية الزوجية، عدم الرضا في العمل، المشاكل العائلية، صعوبات في تربية الأطفال تدوم كافة هذه العوامل بحيث يستمر تأثيرها الضاغط في الزمن.

2- السند الإجتماعي غير الملائم (le soutient social inadéquat):

يصرح " Marchand " (2004) بأن نتائج اضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان لا يقتصر تأثرها على لمصاب بل يتمادى إلى حدّ التأثير على المحيطين به.

يتضح هذا التأثير من خلال طلب المصاب مرافقة الأشخاص الذين يعتبرهم مصدر أمن بالنسبة له، لكن عدم فهم هؤلاء لطلبه يؤدي به إلى الشعور بالضيق الشديد خاصة بعد تكليفهم بالتنقل بدلا من الشيء الذي يجعلهم لا يجدون طريقة للتعامل معه.

وفي حالات أخرى يرافق الأهل المريض في كافة تنقلاته بهدف إمداده بالأمان بالرغم من عدم استيعابهم لخوفه. وبالتمادي أي مع مرور الوقت يساهم هذا التجنب في تثبيت المرض بل يعمل على تفاقمه بسبب سلوك الأهل المتميز بعدم الوعي.

وجدت دراسات أخرى بأن الأهل يستجيبون في بعض الأحيان بطريقة عدوانية أو توبيخية مما يؤدي إلى ارتفاع الشعور بالقلق والضيق لدى المريض. وقد يبلغ هذا الشعور درجة عالية جدا لا سيّما عند إمتناعه عن الذهاب إلى العمل مما يجعل العائلة تعاني من مشاكل مادية.

وعموما مهما كان سلوك الأهل سواء المساعدة أو التوبيخ فإنه يزيد من خطورة المرض ويساهم في تثبيته **(Marchand و Letarte ، 2004، ص: 57).**

وأخيرا نذكر حالة الأشخاص الذين لا يجدون أية منافع أو أرباح ثانوية لمرضهم إذ يعيش هؤلاء شعورا عاليا بالضيق والقلق بسبب شعورهم بالعجز.

ولتلخيص كل ما ورد في النظرية المعرفية السلوكية يمكننا القول بأن العوامل الإستعدادية المتمثلة في القابلية البيولوجية والقابلية النفسية لا تقود إلى تطوير إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان دون أن يفجر عاملا من العوامل المعجلة نوبة الهلع بالإضافة إلى هاته النوبة يجب أن تتوفر العوامل المثبتة للمرض التي هي ذات طبيعة فيزيولوجية، معرفية، سلوكية ومحيطية.

علما بأن الشخص يمكنه أن يطور هذا الإضطراب عندما تكون العوامل المعجلة والعوامل المثبتة حاضرة بينما تغيب العوامل الإستعدادية.

نستنتج من خلال ما ذكرناه في هذا الفصل بأن اضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان مثل موضوع دراسات عديدة حاولت تفسيره كلا حسب خلفيتها النظرية بحيث أكدت النظرية البيولوجية لـ**بارلو** على دراسة القابلية البيولوجية للشخص ودورها في تطوير هذا المرض بينما أكدت النظرية التحليلية على دور المرحلة القضية والصراع الأوديبي في تطوير هذا المرض. جاءت النظرية السلوكية هي الأخرى لتوظف مصطلحي الإشراط الكلاسيكي والإشراط الإجرائي في فهم هذا المرض وأخيرا ظهرت النظرية المعرفية السلوكية وحاولت الإلمام بكافة هذه المعطيات التي وردت في النظرية البيولوجية والنظرية السلوكية وتوصلت إلى تحديد عوامل مسؤولة في تطوير هذا الداء.

تظهر هذه الأخيرة من خلال القابلية البيولوجية والقابلية النفسية التي تزيد من إحتمال تطوير المرض والذي لا يتحقق إلا بتوافر عوامل أخرى سمّيت بالعوامل المعجلة التي يعيشها الشخص والتي هي ذات طبيعة ضاغطة تؤدي إلى تفجير أول نوبة هلع متبوعة بنوبات أخرى يفسرها الشخص بطريقة خاطئة بحيث يراها كمهددة لتوازنه الجسمي، النفسي، السلوكي والاجتماعي مما يجعله في رعب شديد ومستمر يبعثه إلى البحث عن حل لذا يلجا إلى حل يريحُه إذ يطلب دوما المساعدة التي هي عبارة عن تجنب وعن إستراتيجية تكيفية مرضية يتعود عليها المصاب مما يُعقد من حالته ويجعله يعاني أكثر مما كان عليه من قبل بحيث تظهر عليه أعراض مرضية ثانوية كأعراض الإكتئاب ،أعراض القلق المعمم وأعراض الرهاب النوعي إلى جانب أعراض مرضية أخرى سوف نتناولها بدقة في الفصل التالي .

الفصل الثالث

- التداخل بين إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان و الاضطرابات الأخرى.

- علاقة تفسيرات المريض المهددة المرتبطة بنوبات الهلع وإضطراب الهلع، سلوك التجنب والأعراض المرضية

مقدمـة :

سوف نعرض في هذا الفصل جزئين:

يتمثل الجزء الأول في عرض شامل لقضية التداخل بين (TP/A) و الإضطرابات الأخرى علما أن التداخل هو التلازم أو بالأحرى الإرتباط بين هذا الإضطراب و الإضطرابات الأخرى .ثم نعرض كيفية القيام بتشخيص فارق بين هذا المرض و الإضطرابات الأخرى من خلال عرض الإختلافات الجوهرية التي تساعد على التمييز بينه وبينها.

خصصنا الجزء الثاني من هذا الفصل لعرض نتائج البحوث في إطار العلاقة بين التفسيرات ذات الطبيعة المهددة التي يقوم بها الشخص المصاب في شرحه لنوبات الهلع التي يتعرض لها واضطراب الهلع مع تجنب الأماكن الذي يعاني منه فيما بعد ، كما نشرح العلاقة بين نفس التفسيرات وسلوك التجنب الذي يتبناه.

I – التداخل بين اضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان والإضطرابات الأخرى:

1- تعريف التداخل (La comorbidité):

يعرف التداخل بوجود إضطرابين على الأقل في نفس الوقت لدى شخص واحد (La comorbidité est la présence simultanée d’au moins deux troubles chez la me personne).

(قودرو " Goudreau "، 2004، ص: 17).

وتصرح جمعية الطب العقلي عام 1994 بأن أغلبية المعانين من إضطراب قلق تظهر لديهم في نفس الوقت أعراض خاصة بإضطراب إضافي واحد على الأقل (Trouble additionnel) ولأن ($TP/_A$) هو من بين إضطرابات القلق سوف نعرض نتائج البحوث التي قدمت مجموع الإضطرابات التي تصاحبه غالبا والتي تعتبر في الحقيقة ثانوية له أي تظهر كنتيجة لأعراضه ، ثم بعدها نحاول توضيح كيفية القيام بتشخيص فارق.

2- نتائج الدراسات في مجال التداخل:

غالبا ما يكون (**$TP/_A$**) مصحوبا بتظاهرات عقلية (Manifestations psychiatriques) كالإكتئاب، الإنتحار، تعاطي الكحول والمخدرات، التبعية للأدوية المسكنة و اضطرابات القلق الأخرى.

لقد لاحظ بعض الباحثين بأن 53% من المعانين بهذا المرض لديهم إضطرابا آخر كتشخيص ثانوي بحيث وُجدت أعراض القلق المعمم (anxieté généralisée).

لدى 25% من الحالات، كما وُجدت أعراض الرهاب الإجتماعي لدى 15% إلى 30% ووُجد ت أعراض الرهاب النوعي لدى 10% إلى 20% وأخيرا وجدت أعراض الوسواس القهري لدى 8% إلى 10% **(Ladouceur et autres ، 1999، ص: 64).**

وفي إحدى الدراسات التي أُجريت على هذه الفئة من المرضى وُجد بأن الاكتئاب ظهر بعد تطوير هذا المرض، كما بيّنت دراسات أخرى بأن المرضى يعالجون القلق الذي يشتد لديهم بتعاطيهم الكحول أو الأدوية مما يجعلهم قابلين لتطوير إضطراب متعلق بإستعمال مادة (Troubles lié a l'utilisation d'une substance).

ويصرح " Laldone" و " Aubut " و " Grunberg " عام 1999 بأن الإكتئاب وُجد بنسبة 50% من الحالات المدروسة.

ويؤكد " Wilson " عام 1993 بأن عددا معتبر من المعانين بهذا الداء ظهرت عليهم أعراض الإكتئاب المتمثلة في فقدان الطاقة (Perte d'énergie) الشعور باليأس (sentiment de désespoir)، نقص تقدير الذات (Manque d' estime de soi)، نوبات البكاء (crisse de larmes) ، القابلية للتهيج (irritabilité)، صعوبة التركيز (Difficultés de concentration) ،فقدان مهم للإهتمام بالنشاطات المعتاد ممارستها (Pete marquée d'intérêt pour les activité habituelles) إنخفاض الرغبة الجنسية (Diminution du désir sexuel) ، إضطرابات النوم (Troubles du sommeil) وتغيرات في الوزن (Variations du poids). **(ويلسون " Wilson "، 1993).**

ويؤكد كابلان، صادوك و كغاب " Grebb " " Sadock" و " Kaplan " (1994) بأنه غالبا ما نجد إضطرابات القلق مُلازِمة لـ (**TP/A**) خاصة لدى المعانين من رهاب مكان خطير، كما تعاني هذه الفئة من المرضى من مشاكل زوجية واضحة خلال التوظيف الإجتماعي كنتيجة لإصابتهم.

وأخيرا وجد هؤلاء الباحثين بأن إحتمال الإنتحار مرتفع لدى المصابين ب(**TP/A**) مقارنة بعينة ضابطة لا تُعاني من أي إضطراب نفسي أو عقلي. يظهر هذا الإحتمال مرتبط بأعراض هذا المرض لأنها لا تعود للإكتئاب الرئيسي أو مشكل تعاطي مواد مخدرة أو كحولية **(كابلان " Kaplan " صادوك " Sadock " و كغاب " Grebb " 1994، ص: 18).**

نستنتج من خلال الدراسات المذكورة آنفا بأن المصاب بإضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان يعاني من الأعراض الممثلة للإضطرابات الأخرى كنتيجة للمرض الذي أصابه. لهذا يعتبر من الضروري الاهتمام بالفروق التشخيصية بين هذا المرض والاضطرابات الأخرى التي سوف نعرضها في التشخيص الفارق.

3- التشخيص الفارق:

أثارت مسألة التشخيص الفارق إهتمام العديد من الباحثين نظرا للتداخل الموجود بين الاضطرابات.

يصعب التمييز بين (**TP/A**) والإضطرابات الجسمية، إضطرابات المزاج، إضطرابات القلق أو إضطرابات تعاطي المواد، لهذا أُقيمت بعض الدراسات كي تُسهل على الممارس العيادي مسألة التشخيص من خلال ما توصلت إليه من نتائج تساعد على الحسم في هذه العملية.

يتمثل العنصر الرئيسي الذي يسمح بالتمييز بين هذا المرض والإضطرابات الأخرى في كون إضطراب الهلع هو المسؤول عن الضيق بحيث يمثل مصدر القلق ويدفع بهذا إلى التجنب.

3-1- التشخيص الفارق بين اضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان والرهاب الاجتماعي:

يُعرف الرهاب الإجتماعي بأنه خوف غير عقلاني مستمر وشديد من التعرض لملاحظة الغير خشية الإهانة وحكم الآخر.

(la phobie sociale se définit par une peur irrationnelle persistante et intense d'être exposé a l'observation d autrui par crainte d' être humilié ou jugé négativement).

يمكن أن يمنع هذا الخوف المصاب من استعمال وسائل النقل المشتركة، الذهاب إلى المسرح أو إلى مكان عمومي وقد يصل تأثير الخوف إلى حدّ رفض المصاب الإقبال على العمل خوفا من نظر وملاحظة الآخرين له.

وبالرغم من أن الخوف يتولد في الأماكن العمومية، لكن ما يخشاه المصاب هو نظر الآخرين له **(مارشان و لوتارت Letarte et Marchand، 2004، ص: 26).**

يتضح من هنا بأن النقطة الرئيسية التي تسمح للممارس العيادي بأن يضع تشخيصا دقيقا هو تركيزه على سبب تفجير نوبات الهلع بدلا من تركيزه على طبيعة الوضعيات الرهابية التي تتشابه في الاضطرابين ، بحيث يرهب المريض في كلتا الإصابتين التجمع والحشد الكبير لكن يختلف سبب الرهاب بحيث يعود سبب الرهاب في ($\mathbf{TP/_A}$) إلى توقع كارثة تتمثل في الإصابات الجسمية التي تؤدي حسب اعتقاد المريض إلى الموت أوالشلل في وسط التجمع بينما ينشغل المصاب بالرهاب الإجتماعي بنظرة الناس إليه وهو يعيش نوبة الهلع.

3-2- التشخيص الفارق بين إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان والرهاب النوعي:

يُعرف الرهاب النوعي بأنه: " رهاب يفجره موضوع معين (حشرة أو حيوان) أووضعية محددة (الرعد، المصاعد).

(La phobie spécifique est une phobie déclenché par un objet précis (insecte ou animal) , une situation spécifique (orages, ascenseur)

(مارشان ولوتارت " Letarte et Marchand " 2004، ص: 25).

وقد يخص الرهاب النوعي الدم والجروح ، ركوب السيارات أو أية وسيلة نقل أخرى .

يختلف التشخيص بين (**TP/A**) و الرهابات النوعية ويكمن في أن الإضطراب الأول يجعل المصاب يخاف من نوبة الهلع بحيث تعتبر هي المسؤولة عن تفجير الخوف بينما في الإضطراب الثاني يخشى المصاب موضوع الخوف (L'objet phobogène) لأن هذا الأخير هو الذي يفجر الخوف.

وفي هذا الموضوع يشرح كخوك " Crocq " (2000) فكرة الإختلاف مفادها أن المصاب بالرهاب النوعي الذي يتمثل في الخوف من ركوب السيارات مثلا يتجنب هذا الموقف نتيجة خوفه من هذه الوضعية المحددة، كما يمكنه أن يعيش إضطراب هلع في حالة ما يضطر للتنقل بالسيارة، لكن ما يجب التأكيد عليه هو أن نوبة الهلع قد نتجت عن هذه الوضعية بالذات وليست ناتجة عن الخوف من التعرض لنوبة هلع **(كخوك، "Crocq "، 2000، ص: 150).**

وتجدر الإشارة أن النقطة الجوهرية في التمييز بين (**TP/A**) وكافة الرهابات الأخرى تكمن في أن الشخص المصاب بـ(**TP/A**) يتعرض لنوبة الهلع بعد وقت معين من تعرضه للوضعية الضاغطة بينما يتعرض في حالة الإصابة برهاب نوعي مباشرة بعد أن يتعرض للموقف الرهابي.

3-3- التشخيص الفارق بين إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان والقلق المعمم:

يعرف القلق المعمّم في الطب العقلي بأنه: " حالة عدم الطمأنينة يسودها الخوف من وضعية غير محددة لكنها مزعجة بل وخطيرة ".

(L'anxiété généralisée est un état de non quiétude dans lequel prédomine L'appréhensions d'une situation qui, bien que

généralement indéterminée, pourrait s'avérer désagréable voire dangereuse).

(بلوخ وآخرين، " Bloch et autres "، 2007، ص: 70).

يتركز الخوف الرئيسي للمصاب باضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان في الخوف من خطر نتيجة إصابة جسمه وبالتالي الموت ، بينما الخوف في القلق المعمم يتضمن أكثر الخوف من أحداث المستقبل.

كما لوحظ بأن التجنب أو الهرب هي الإستراتيجية التي يتبناها المصاب برهاب الأماكن بينما يلجأ المصاب بالقلق المعمم إلى التهيج كطريقة للتعبير عن قلقه.

تبقى عدة أعراض مشتركة بين الإضطرابين كالأحاسيس الجسمية المزعجة والمخاوف وفقدان التركيز إلى جانب إضطراب الوظائف الحيوية.

3-4- التشخيص الفارق بين إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان والإكتئاب:

يصرح كوتخو " cottraux " و مولر " Mollard " (1984) بأن ($\mathbf{TP/_A}$) والإكتئاب هما إضرابين متداخلين، لهذا حاولت الدراسات وجود فروق تشخيصية تُمكن من وضع التشخيص الدقيق كي يكون العلاج فعالا.

يتميز الشخص المكتئب بضيق حيّز نشاطاته، شعور بالعجز واليأس وشعور بالحزن تماما كما نجده لدى المصاب بـ ($\mathbf{TP/_A}$)، لكن الفرق الجوهري بين هذين الإضطرابين هو أننا لا نجد مميزات الإكتئاب الداخلي لدى المصاب بـ ($\mathbf{TP/_A}$) كما أننا لا نجد عدم الإهتمام الكلي بل نجد شعورا مُعتبرا بالإحباط الناتج عن عدم قدرة المريض القيام بما يريد القيام به **(فونتان وآخرون " Fontaine et autre "، 1984، ص: 42).**

3-5- التشخص الفارق بين إضطراب الهلع المصحوب برهاب الأماكن والوسواس القهري

1- الوسواس (Obsession):

الوسواس القهري:

" الوسواس القهري هو عبارة عن أفكار تراود الشخص وتعاوده وتلازمه دون أن يستطيع طردها أو التخلص منها بالرغم من شعوره وإدراكه لغرابتها، وعدم واقعيتها أو جدوها، بل إن المريض يبذل من طاقته الكثير لمحاولة طرد مثل هذه الأفكار عن ذهنه، حتى يصبح شاغله الشاغل هو القضاء عليها واستبعادها محاولا أن يستخدم المنطق (في مجال لا منطق ولا تسلسل فيه) محاولا إقناع نفسه بعدم واقعية الفكرة، بل يلجأ إلى الآخرين محاولا أن يطرح هذه الفكرة بطريقة غير مباشرة **(محمد حسن غانم، 2004، ص: 16).**

كما تعرف الوساوس بأنها أفكار عنيدة وفكر يتخذ طابع الإصرار والإستمرار، ودفعات لفعل أمور معينة، أو صور عقلية وتصورات يجربها الفرد ويقاسي منها، ويرى أنها تقتحم فكره وتتدخل فيه، وأنها غير ملائمة ولا مناسبة، وتسبب قلقا ملحوظا وألما واضحا وضيقا شديدا **(أحمد محمد عبد الخالق، 2002، ص: 35).**

2- الطقوس القهرية (Compulsions):

القهر سلوك حركي أو عقلي أو إنفعالي يتخذ شكلا متكررا (كغسل اليدين، وترتيب الأشياء، والمراجعة) والقهر كذلك أفعال عقلية (كالصلاة، والعد وتكرار الكلمات بطريقة صامتة) ويهدف القهر إلى أن يمنع القلق أو يخفض من الضيق والألم، ولا يهدف إلى أن يجلب للفرد السرور ولا أن يحقق له الإشباع.

لقد أوضحت نتائج الدراسات بأن إضطراب الهلع موجود في الوسواس القهري، كما نجده في ($\mathbf{TP/_A}$) .

إتفق كل من راشمان " Rachman " (1976) مافيساكاليان " Mavissakalian "و بارلو " Barlow "(1980) على مسألة التشابه بين هذين الإضطرابين بحيث يتمثل في عرض مشترك هو الخوف من فقدان التحكم في الذات (La peur de perdre le contrôle).

بيّن " Marchand " و " Letarte " (2004) بأن هذا العرض يظهر لدى المصابين بـ (**TP/$_A$**) نتيجة إحساسهم بتبدد الذات (Dépersonnalisation) والإختلاط الذهني (confusion mentale) بينما يظهر نفس العرض لدى المصابين بالوسواس القهري نتيجة تكرار أفكارهم وسرعتها خاصة وأن هذه الفئة من المرضى تتميز بمحاولتها المستمرة في تحقيق الشعور بالسيطرة أو التحكم في الذات.

إلى جانب هذا العرض، استنتجت بوفار و كول " Bouvard et coll" (1998) بأن المصابين سواء في (**TP/$_A$**) أو في الوسواس القهري يشتركون في توقعهم الإصابة بالجنون.

تظهر هذه الفكرة لدى المصابين بإضطراب الهلع مع رهاب الأماكن من جراء الإحساس تبدد الشخصية والإختلاط الذهني

(Sensation de dépersonnalisation et de confusion mentale)

التي تعود إلى الإفراط في التهوية أي التنفس السريع الذي يعطي انطباعا بفقدان العلاقة مع الواقع **(Marchand و Letarte،2004،ص: 113)**

يظهر نفس العرض مع الخوف الشديد لدى المصابين بالوسواس القهري نتيجة أفكارهم الوسواسية و سلوكاتهم الإضطرارية التي تتسم بالسرعة وطابع الإضطرار الذي يجعلهم واعين بسخافة أعراضهم و الإضطرار إلى القيام بها بوجود غيرهم، الشيء الذي يبعثهم إلى الشعور بالإحراج.

II – علاقة تفسيرات المريض المهددة المرتبطة بنوبات الهلع وإضطراب الهلع، سلوك التجنب والأعراض المرضية.

1- علاقة التفسيرات المهددة للمريض بخصوص نوبات الهلع وإضطراب الهلع:

قبل التطرق إلى هذه العلاقة يجب عرض إستجابة الإنذار التي تصدر عن الشخص في وضعية خطر حقيقية و استجابة الإنذار في وضعية خطر داخلية أي تلك التي تميز نوبة الهلع.

1-1 إستجابة الإنذار عند وجود خطر حقيقي:

تعتبر إستجابة الشخص الناجمة عن عمل كلا من الجهاز العصبي السمبتاوي والجهاز العصبي الباراسمبتاوي في وضعية خطر ضرورية، مفيدة ومحافظة على حياته.

تظهر هذه الإستجابة واضحة من خلال هذا المثال الذي يقدمه " Marchand " (2004) في كتابه **" الخوف من الخوف " (La peur d avoir peur)** بحيث يصف حالة شخص يتجول مع شخص عزيز ثم بعد أن يقطع مسافة 100م مشيا، يسمع فجأة صوتا قويا، فيتلفت لرؤية ما يحدث، وهنا يتفاجأ برؤية جدار ينهار والشخص الذي رافقه يصرخ لأنه محصور تحت الجدار.

هنا تجتاح الشخص إنفعالات مؤلمة وقوية، ثم يهمّ لقطع 100 م بأكبر سرعة ممكنة واستعمال أقصى ما يملك من قوة كي يحرك شفة الجدار الذي يضغط على القفص الصدري للشخص المرافق.

وللتوصل إلى تحقيق هذا، يُجند الجسم الجهاز العصبي السمبتاوي وتبدأ مادتي الأدرينالين و النوأدرينالين تعملان كرسائل هرمونية لمساعدة العضوية على التجنيد الذي يتمثل في الجري بأكبر سرعة ممكنة، واستعمال القوة لتخليص الصديق.

تتمثل التغيرات الفيزيولوجية على مستوى الجهاز العصبي السمبتاوي فيما يلي:

1- يرتفع الضغط الشرياني كما يزيد إيقاع وقوة ضربات القلب بهدف الرفع من مستوى الأوكسجين الذي يصل إلى المناطق الأكثر أهمية المتمثلة في الفخذين والذراعين لأنهما المسؤولين عن الجري بسرعة ومنح الشخص القوة اللازمة لرفع الجدار.

2- تتمدد الأوعية الدموية التي تحمل الدم بطريقة كثيفة لغاية العضلات الخاصة بالفخذين والذراعين، بينما تتقلص الأوعية الدموية الخاصة بأصابع اليدين والرجلين مما يؤدي إلى الشعور بخذر على مستوى الأنامل إلى جانب تعرق اليدين.

لقد إتضح أن تقلص الأوعية الدموية يعود إلى أن هذه المناطق لا تحتاج إلى نسبة كبيرة من الأوكسجين، هذا من جهة ومن جهة أخرى يحفظ التقلص العضوية من النزيف الذي قد يحدث في حالة الإصابة على مستوى الجلد عند رفع الجدار، لهذا فإن عملية تخثُر الدم ترتفع لنفس السبب أي لمنع حصول النزيف.

3- يقل وصول الدم إلى المعدة والأمعاء كما تنخفض عملية الهضم لأن الوقت ليس ملائما للهضم ، بل ما هو مطلوب من الجسم هو أن يكون قويا كي يواجه الخطر.

4- تقل عملية إفراز اللعاب وهذا ما يؤدي إلى الشعور بجفاف الفم مما يولد لدى الشخص الإحساس بالغثيان، الشعور بالإمساك أو الإسهال.

5- يرتفع التقلص العضلي إلى حد توليد الإرتعاشات العضلية في بعض الأحيان، كما تتقلص العضلات التنفسية وتتمدد الرئتين، الشيء الذي ينجر عنه إنطباع خاطىء بحصر في الصدر (oppression respiratoire).

6- إن الزيادة في نقل الأوكسجين إلى العضلات يؤدي إلى تواتر وعمق عملية التنفس بفضل تقلص الصدر والحجاب الحاجز.

تُعتبر عملية التنفس ضرورية في استجابة الإنذار لأنها المسؤولة عن تزويد العضلات بالأوكسجين.

ولكي يتسنى لنا فهم هذه النقطة، يجب التذكر بأن الرئتين تمتلآن أثناء عملية الشهيق بالأوكسجين ($\mathbf{0_2}$) ، فيجتذب الدم هذا الأوكسجين عند مروره بالرئتين ثم يوزعه على خلايا الجسم.

وبهذا فإن الأوكسجين هو الوَقُود إذ ينتشر في الدم ويسير نحو الرئتين اللتين تدفعانه أثناء عملية الزفير، فينتج عن إحتراقه ثاني غاز أكسيد الكربون ($\mathbf{C0_2}$). تشتد هذه العملية في حالة إستجابة الشخص لخطر ما بحيث يتدخل الجهاز العصبي السمبتاوي ليجعل الدم ينتقل سرعة ليُستعْمَل من طرف العضلات التي تطلق ثاني غاز أكسيد الكربون.

تقابل زيادة الأوكسجين إرتفاعا في ثاني غاز أكسيد الكربون، بهذا فإن المعادلة (O_2/ CO_2)ثابتة وتمكن الشخص من استغلال الطاقة الناجمة عن هذه العملية.

7- يؤدي نشاط الجهاز العصبي الكثيف إلى الإرتفاع السريع لحرارة الجسم، وهذا ما يبعث بالجهاز الهرموني إلى تبريد الجسم قصد الوقاية من التزايد غير العادي للحرارة.

8- تتمدد حدقات العين كي ترفع من الرؤية المحيطية.

9- تزيد قدرة الشخص على الإنتباه والتركيز على التهديد، وهذا ما يؤدي إلى إرتفاع طاقة الجسم، وبهذا ينسجم السلوك والانفعالات مع التغيرات الفيزيوولوجية، هذا

يعني بأن الغضب والخوف يهدفان إلى محاربة الخطر بواسطة الهروب من الوضعية أو مواجهتها. **(Marchand و Letarte ، 2004، ص: 101).**

تُمكن هذه السلسة من التغيّرات الفيزيولويوجية، المعرفية و الإنفعالية الشخص من قطع 100 م ليصل إلى موقع الحدث بأقصى سرعة ممكنة، كما تتضاعف قوته لرفع الرافدة وتحرير الشخص من هذه الوضعية التي تهدد حياته.

يعود نجاح مهمة الشخص إلى نشاط الجهاز السمبتاوي الذي يُعتبر ضروريا في إستجابة الطوارئ المسؤولة عن الشعور بالتعب عند إنتهائها بسبب الطاقة الكثيفة والشديدة التي يُسْرفُها الشخص، كما ترتبط نهايتها بنشاط الجهاز العصبي البارسمبتاوي المسؤول عن إعادة الحكم أي إعادة الوظائف المتعلقة بالشعور بالراحة مع استثارة الهضم ثانيةً.

2- التغيرات الفيزيولوجية في نوبة الهلع:

لنُذكر بأن نوبة الهلع هي:" فترة متميزة أو واضحة من الخوف الشديد أو الإنزعاج الشديد، يحدث فيها أربعة من الأعراض التالية فجأة وتصل إلى ذروتها خلال 10 دقائق:

1- خفقان أو تزايد سرعة القلب.
2- تعرق.
3- إرتعاش.
4- إحساسات بقصر التنفس أو الإختناق.
5- غثيان أو ظائقة بطنية.
6- الإحساس بعم الثبات أو التوازن أو خفة الرأس أو الإغماء.
7- تبدُد الواقع أي إحساس بتبدل الواقع (Déréalisation) أو تبدد الشخصية أي أن يكون الشخص منفصلا عن ذاته (Dépernotion).
8- خوف من فقدان السيطرة أو الجنوب.
9- خوف من الموت.
10- الإحساس بالتنميل أو بالوخز.

11- الشعور بومضات حارة.

(تيسير حسون، 2004، ص: 108)

تظهر أعراض نوبة الهلع عندما يكون الشخص في وضعية خطر غير فعلية وغير حقيقية أي غير موجودة في المحيط بل يكمن وجودها في أفكار الشخص، الشيء الذي يؤدي إلى عدم ثبات التوازن بين الأوكسجين وثاني غاز أكسيد الكربون عكس ما يحدث في وضعية الخطر الحقيقية، بمعنى آخر يختل التوازن في المعادلة($0_2/CO_2$) في وضعية الخطر غير الفعلية أي أثناء التعرض لنوبة الهلع بحيث يزيد نقل الأوكسجين إلى الرئتين ويتراكم ثم يُوزّع على عضلات الجسم ،لكن غياب المواجهة أو الهرب الذي يعني غياب صرف الطاقة (CO_2) يجعل الشخص يشعر بأحاسيسه الجسمية بشدة عكس ما يحصل في وضعية الخطر الواقعية أين يهتم الشخص بالهرب أو المواجهة بفضل كافة التغيرات الفيزيولوجية التي هي نفسها في نوبة الهلع.

يؤدي تراكم الأوكسجين في الرئتين في حالة التعرض إلى نوبة الهلع إلى الإحساس بفراغ الرأس ، الشعور بتبدُد الواقع والشعور بتبدد الشخصية. تميز مُجمل هذه الأحاسيس نوبة الهلع التي تعرف بأنها إنذار خاطئ تدفع بالجسم إلى التهيؤ للدفاع بواسطة الإفراط في التهوية (Hyperventilation) **(Marchand و Letarte، 2004، ص: 103).**

و لفهم العلاقة بين تفسيرات المريض يجب أن نفهم بأن مكونات الجهاز العصبي المحيطي تتفاعل بطريقة مستمرة بحيث أن النشاط العقلي الخاص بالجهاز العصبي المركزييعتبرمسؤولا عن التغيرات الفيزيولوجية على مستوى الجهاز العصبي المحيطي.

إن ما نفكر فيه يكون له تأثير عما نشعر به، وفي حالة الإصابة بإضطراب الهلع بتعرض الشخص في أغلب الحالات إلى نوبة الهلع الأولى بطريقة عشوائية ومفاجئة تجعله ينزعج بشدة من الأحاسيس الجسمية المتأتية عنها ، ثم يفسر الشخص هذه النوبة بطريقة خاطئة وغير واقعية بحيث يُضخم الأحاسيس الجسمية المزعجة وينسبُها إلى الأمراض الخطيرة و السلوكات التي تؤدي إلى الموت مما يضخم الإستجابة الإنفعالية ويجعل الشخص يركز أكثر فأكثر على تفسيراته، الشيء الذي ينجر عنه تفجير متزايد ومتوالي لنوبات هلع إضافية .

بالإضافة إلى إصابة المريض بقلق وتخوف من التعرض لها ثانية سواء كان في مواقع النوبات أو تذكر صور أو أحداث أو مؤشرات متعلقة بنوبات الهلع.

حدد شامبلس " Chambless " (1984) مجموعة من الأفكار التي وجدت لدى فئة من المصابين بـ (**$TP/_A$**) وهي ذات طبيعة مهددة.

تخص هذه الأفكار النتائج المترتبة عن نوبات الهلع التي يتعرض لها هؤلاء. وتتمثل في فكرة الإصابة بإضطراب في الهضم يؤدي إلى القيء، الإصابة بالإغماء الإصابة بورم دماغي، الإصابة بنوبة قلبية، الإصابة بالإختناق، الإصابة بالعمى، الإصابة بالجنون، فقدان السيطرة على الذات . تُعبر هذه الأفكار عن إنشغال المرضى الشديد بحالتهم الجسمية، كما تعبر عن انشغالهم بسلوكاتهم وصورتهم الإجتماعية والتي تولد لديهم خوفا شديدا **(بوفار وكوتخو " Bouvard et cottraux"، 2000، ص: 78).**

1- الإصابة بالسكتة القلبية : (je vais avoir une crise cardiaque)

يربط المصابون بـ (**$TP/_A$**) في غالب الأحيان إيقاع القلب المرتفع بالسكتة القلبية لأن نوبة الهلع تجعل القلب ينبض بسرعة لأنه يمتلأ بالأوكسجين استعدادا لمواجهة الخطر، لكن غياب الحركة والنشاط يبعث بالمريض إلى الشعور بالألم على مستوى القلب.

2- الإصابة بالموت نتيجة الإختناق (Je vais mourir d étouffement):

غالبا ما يخاف المصابون بهذا الداء من الموت بالإختناق خلال نوبة الهلع، لأن الإختناق هو عرض ناتج عن تقلص عضلات الصدر، الحبل الحاجز والرقبة. تتقلص هذه العضلات لتسمح بضخ الأوكسجين ووصوله إلى عضلات الجسم الأخرى تماما كما يحدث في حالة الخطر الواقعية التي تهيؤ الشخص للهروب أو المواجهة.

إن هذه التغيرات بغيات إستجابة المواجهة أو الهروب تجعل الشخص يشعر بالإختناق نتيجة التقلص المؤلم للصدر.

3- الإصابة بفقدان الوعي: (je vais m évanouir):

في أغلب الأحيان، يظهر الإحساس بالدوار خلال نوبة الهلع فيربطه المصابون بفقدان الوعي لكن سبَبُه الحقيقي يتمثل في ارتفاع الضغط الدموي والإفراط في التهوية (Hyperventilation) اللذين يصاحبان نوبة الهلع ويعتبران المسؤولين عن الشعور بفراغ الرأس والدوخة وبالتالي يؤكدان فكرة " سوف أفقد الوعي " التي تتسبب في شعور بخوف شديد.

4- الإصابة بالشلل (je vais devenir paralysé):

وُجد بأن الأدرينالين المفرَزة أثناء نوبة الهلع تمُد الساقين بالدم كي يتسنّى للمريض إصدار إستجابة المواجهة أو الهرب يجعل هذا التغيير الفيزيولوجي المريض يشعر بثقل ساقيه مما يؤكد إعتقاده بإستحالة المشي وبالتالي الإصابة بالشلل.

5- الإصابة بالجنون (je vais devenir fou):

يعاني المصابون بإضطراب الهلع مع رهاب الأماكن من الخوف من جراء تفكيرهم في الإصابة بالجنون.

يعود هذا الإعتقاد إلى اختلال التوجه والشعور بالغرابة وتبدد الواقع (Déréalisation) التي تنجر عن عمق عملية التنفس بحيث يقوم المصاب عند شعوره بالخوف بإستنشاق كمية عالية من الأوكسجين الذي يتراكم في الدماغ ويجعل الشخص يعيش في حالة شبه غيبوبة تقطع علاقته بالواقع بحيث يشعر بالدوار ولا يعي بما حوله. إن هذه الحالة فيزيولوجية بحته لكنها توحي لدى كافة المصابين بأنهم سوف يفقدون العلاقة بالواقع إلى الأبد مما يزيد من خوفهم.

6- الإصابة بفقدان السيطرة على الذات: (je vais perdre le contrôle de moi)

عادة ما يخاف المصابون بهذا المرض فقدان التحكم في أنفسهم وإصدار سلوكات غير لائقة بين الناس. يؤكد مارشان و لوتارت " Marchand و Letarte " (2004) ما ورد في نتائج البحوث حول سبب هذه الفكرة التي تنشط مع تكرار نوبات الهلع.

يركز المرضى على أحاسيسهم المزعجة المُميزة لنوبات الهلع إلى درجة تجعلهم يرغبون التخلص منها ووضع حدّ لهذه الأحاسيس. ولما يصعب عليهم تحقيق هذا يعتقدون بأنهم لا يملكون أية سيطرة على ذواتهم مما يجعلهم يخافون بشدة فقدان السيطرة والتحكم في الذات. **(مارشان و لوتارت "Marchand و Letarte "، 2004، ص: 109).**

2- علاقة تفسيرات المريض المهددة المرتبطة بنوبات الهلع وسلوك التجنب:

عندما يتعرض الشخص ذو القابلية البيولوجية التي أسماها بارلو " Barlow " (1988) و (Le premium provens) إلى أحداث حياتية ضاغطة تتمثل في الإنفصال الزواج، الحداد، إتصال مفاجئ بالموت يُصدر إستجابة ضغط تُفجَّر خلالها أول نوبة هلع تلقائية (L'Attaque de panique spontané) **(لادوسُغ، فونتاتن و كوتخو " Ladouceur " Fontaine et cottraux "، 1992، ص: 19).**

تتلو هذه النوبة مجموعة نوبات هلع يتعرض لها الشخص بطريقة فجائية خارج المنزل، وهو يمشي، وهو في العمل أو المدرسة وعموما في حشد أو في الحافلة أو في الطائرة.

ومن هنا يُدرك الشخص الأحاسيس التي يشعر بها خلال نوبات الهلع الأولى كمهددة لكيانه لأنها تؤدي إلى التقليل من قدرته في التوظيف (Capacité de fonctionner) **(مارشان و لوتارت،Marchand و Letarte ، 2004، ص: 50).**

يتمثل هذا الإدراك في مجموعة اعتقادات تمنح إنطباعا للشخص المصاب بأنه سوف يختنق ويموت، سوف يفقد الوعي ويسقط، سوف يفقد السيطرة على نفسه ويصبح مجنونا، سوف يُصاب بسكتة قلبية وأخيرا يصاب بأمراض خطيرة.

تعمل هذه الإعتقادات ذات الطابع المأساوي، الكارثي والمهدد لتوازن الشخص على تكرار نوبات الهلع مع قلق شديد يشعر به الشخص كلما فكر فيه. وبهذا يكون قد طوّر إضطراب الهلع (AP)- يظهر تأثير هذه الإعتقادات على تنقُّل الشخص بحيث يشعر بالخوف الشديد كلما كان بمفرده في أماكن أو وضعيات يعتقد بأنه من الصعب التخلص منها أو تلقي المساعدة في حالة التعرض لنوبة هلع.

تتمثل هذه الأماكن غالبا في الأماكن العمومية المتاجر أو الأسواق، التنقل على إنفراد في السيارة أو الحافلة وفي الحالات الخطيرة يخاف الشخص بشدة المكوث في البيت.

تتسبب كافة هذه الوضعيات في عجز الشخص وفقدان إستقلاليته وهكذا يكون قد طور إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان (**$TP/_A$**).

يؤدي الشعور بالعجز إلى تكوين شبكة من العلاقات التي تُوفر السّند المرضي، كما يلجأ إلى إستراتيجيات تكيف غير ملائمة وغير مفيدة أساسها التجنب بحيث يمتنع كليًّا عن الخروج في الحالات البالغة الخطورة أو يُرغِم من يحيطون به على اصطحابه إلى هذه الأماكن بصورة دائمة وبهذا يصبحوا " الرفاق الفوبيين " له ويدعموا أكثر تجنُبه.

أما في حالات أخرى يتخذ المريض سلوكات تُطمئنه كأن يتناول الدواء الذي يخفف من خوفه أو يحمل أرقام المستشفيات، أو يبحث دوما عن المنافذ أي الأبواب (les sorties) كي يتمكن من الفرار في حالة شعوره بالهلع علما أن كل هذه السلوكات تدخل في إطار التجنب وتُقيِّد الشخص كما تُغير مجرى حياته.

وكخلاصة لهذا الفصل يمكننا القول بأن (**$TP/_A$**) يتطور غالبا بتضاعف نوبات الهلع وشدة التجنب مما يؤدي إلى حرمان المصاب من إستقلاليته وبالتالي شعوره بقيمة ذاته وبقوته، الشيء الذي ينتج عنه إختلال شخصيته برمتها إذ تظهر عليه أعراض الإكتئاب وفي حالات خطيرة الإنتحار، أعراض التبعية للكحول، التبعية للدواء، أمراض القلب، تعقيدات إجتماعية وعائلية (فقدان العمل، الطلاق، الصراعات الزوجية) بالإضافة الى أعراض القلق ومخاوف شديدة أخرى . وعموما يؤدي هذا المرض إلى تقهقر معتبَر لنوعية وجودة الحياة.

الفصل الرابــع

التدخــلات العلاجيـــة

مقدمـة :

يتناول هذا الفصل جزءين:

يتمثل الجزء الأول في عرض العلاج الطبي في إطار الإصابة بإضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان.

وفي الجزء الثاني نعرض هذه النماذج العلاجية في إطار الإصابة بإضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان مع مختلف تقنياتها وكيفية تطبيقها.

1- العلاج الطبي في إطار الإصابة باضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان:

لقد ظهر استعمال الأدوية في علاج ($TP/_A$) نافعا منذ بداية الستينات مع أولئك الذين يعانون بشدة من هذا المرض، غير أن قضية فعالية الأدوية لازالت تُثير جدالا كبيرا

تسمح الأدوية التي تدخل في قسم مضادات القلق (les anxiolytiques) ومضادات الإكتئاب (les antidépresseurs) بالتقليل من الأحاسيس الجسمية المزعجة.

1-1- مضادات القلق (les anxiolytiques):

وتُسمى كذلك بالمهدئات (Les tranquillisants)أوالبنزوديازيبين(les benzodiazépines) تتمثل هذه الأدوية في الألبرا زولام (L'Aprazolam) المعروف بالإسم التجاري ڤزاناكس (Xanax) الذي يتميز بتأثيره على القلق على المدى القصير، اللورازيبام (Lorazépam).

المعروف باسم (Ativan) والذي يتميز هو الآخر بتأثير قصير المدى ، الكلونازيبام (Clonazépam) واسمه التجاري هو ريفوتريل (Rivotril) الذي يتميز بتأثير مطول على أعراض المرض.

تشترك هذه الأدوية في أنها تؤثر على القلق، لكنها تخلق تبعية جسمية ونفسية لدى المريض بحيث يشعر بالرغبة في تزايد الكميات كي تنخفض نوبات الهلع التي يتعرض لها. بالإضافة إلى هذا، فإن التوقف الكلي عن تناول البنزوديازيبين ينجر عنه ظهور آثار جانبية تتمثل في الإفراط في الحركة الذي قد يصل إلى درجة شديدة، كما أن إخضاع المريض للفطم السريع (Sevrage rapide) يمكنه أن يُثير إرتدادا للقلق يكون أكثر شدة

وخطورة من نوبات الهلع التي يحشاها المصاب. لهذا يصف الأطباء مضادات القلق بكميات قليلة في بداية العلاج قصد التقليل من الآثار الجانبية ثم ينصحون المريض بزيادة الكميات لحد التوصل إلى تأثير الأدوية للحدّ المرغوب فيه أما إذا كانت الكميات الموصوفة متباعدة خلال اليوم، يشعر المريض بالقلق أثناء الفترة الممتدة بين التناول الأول والتناول الثاني.

لهذا السبب يُوجه الأطباء المريض لتناول دواء ڤزاناكس (Xanax) و أتيفان (Ativan) اللذين يتميزان بتأثير مُـطول إذ يوصف بنسبة يبلغ تقديره المتوسط 3 إلى 6 مع في اليوم ومن المعروف اليوم بأن مضادات القلق تتحكم بطريقة جيدة في الأعراض لكن يُحتمل أن ينتكس الشخص بمجرد توقُّفه عن تناولها.

2-1- مضادات الإكتئاب (les antidépresseurs):

تعرف مضادات الإكتئاب بأنها: " الأدوية التي تبعث إلى إستقرار المصاب بدون احتمال تطوير أية تبعية لديه ".

تنقسم هذه الأدوية إلى ثلاث فئات تتمثل في المواد التي تكف إعادة إمتصاص السيروتونين (les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) (ISRS) الأدوية الثلاثية الأدوار (Les tricycliques) والمواد الكابحة للمركب الحيوي المشتق من الحامض الأميني المتبلور (les inhibiteurs de la monoamine oxidase) ((IMAO).

تشترك هذه الفئات في أنها فعالة لمدة طويلة في علاج الأعراض البيولوجية في مجال إضطرابات القلق بما فيها إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان.

يستغرق تأثيرها ثلاثة أسابيع منذ بداية تناولها بحيث تزيد من شدة الأعراض في الأسابيع الأولى التي تلي بداية العلاج إذ يتعرض المصاب لنوبات هلع بطريقة متكررة، الشيء الذي يجعل المرضى يتوقفون عن متابعة العلاج مع ذلك بيّنت نتائج

البحوث الطبية بأن مضادات الإكتئاب مفيدة جدا عند وصفها بكمية كافية ولمدة طويلة لأنها تؤدي إلى إنخفاض أعراض القلق.

أ- المواد التي تكف إعادة إمتصاص السيروتونين:

(ISRS)les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine)

تتمثل أحدث الأدوية التي تدخل ضمن هذه الفئة من مضادات الإكتئاب في :

- الباروكزتين (Le paroxétine) المعروف باسم باكسيل (Paxil)
- السرترالين (La sertraline) المعروف بإسمه الجاري زولوفت (Zoloft)
- الفليفوكزامين (Le Fluvoxamine) وإسمه التجاري ليفوكس (Luvox)
- لسيناألوبرام (Le citalopram) ذو الإسم التجاري سليكسا (Celexa)
- وأخيرا فليوكستين (Le Fluoxétine) والمعروف ببروزاك (Prozac)

يتحمل المريض المواد التي تكف إمتصاص السيرتونين أكثر مما يتحمل المواد ثلاثية الأدوار (Les tricycliques) التي سوف نتطرق إليها بالتفصيل مع هذا تبقى الآثار الجانبية للمرض تؤثر على المصاب بحيث يعاني هذا الأخيرمن التهيج، الإرتعاش، أوجاع الرأس، التعرق ، الغثيان وفقدان النوم. كما يشكي من إنخفاض الرغبة الجنسية وعدم القدرة على الوصول إلى اللذة الجنسية.

وبالرغم من أن هذه الآثار تزول مع انخفاض نسبة الدواء الموصوفة بعد ثلاثة أسابيع من تناولها إلا أن المرضى ينسحبون قبل إنهاء العلاج.

لهذا السبب أدلت نتائج الدراسات الطبية بضرورة تناول الأدوية التي تدخل ضمن المواد التي تكف إعادة إمتصاص السيروتونين (ISRS) بكميات قليلة بحيث يبدأ المريض تناول (Paxil) بنسبة 5 أو 10 مع في اليوم وقد تصل الكمية الموصوفة إلى غاية 20 إلى 40 مع حسب تقييم الطبي للأعراض، كما يُنصح بتناول (Zoloft) بنسبة 12،5 أو 25 مغ في اليوم وقد تتراوح النسبة بين 50 إلى 100 مغ حسب شدة الأعراض **(Marchand و Letarte ، 2004، ص: 172-173).**

وعموما تبقى المواد التي تكف إعادة إمتصاص السيروتونين معروفة بفعاليتها في مجال علاج إضطراب الهلع لكن يشترط الإدخال التدريجي لها والذي ينشط في مدة تتراوح من أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع من العلاج المنتظم **(Emmannel، 2006، ص: 66).**

ب- المواد الثلاثية الأدوار (Les tricycliques):

تحتوي الأدوية ثلاثية الأدوار على :

- لِمبرامين (L imipramine) والذي يعرفه بإسمه التجاري.

-التوافرانيل (Tofranil)

- والكلوميبرامين (Le clomipramine) المعروف بأنافرانيل (Anafranil)

- إلى جانب الدزيبرامين (La désipramine) المعروف بإسم النورپرامين (Norpramine)

- والنورتربتلين (Le nortriptyline) المعروف باسم (Aventyl)

- وأخيرا الأمتربتلين (L'Amitriptyline) المعروف بإلافيل (EL avil)

تشترك كافة هذه الأدوية بتأثيرها المضاد للهلع، لكنها لا تخفض بالضرورة من قلق التخوف، كما تتميز جميعها بتأثيرات جانبية تتمثل في جفاف الفم، الإمساك، تشوش الرؤية إلى جانب إحتمال إنخفاض الضغط الدموي و ارتفاع الوزن وأخيرا إحتمال ظهور إضطرابات جنسية.

وتجدر الإشارة إلى أن هذه الآثار الجانبية تنخفض خلال الأسابيع التي تَلِي تفاقم أعراض القلق وتزول تماما في نهاية العلاج،فالتوفرانيل (Tofranil)مثلا يوصف في بداية العلاج بنسبة 10 مع في اليوم لكن تزداد الكمية العلاجية لتتراوح بين25 و 300 مغ

جـ- المواد الكابحة للمركب الحيوي المشتق من الحامض الأميني المتبلور:

.les inhibiteurs de la monoamine

تدخل هذه الأدوية ضمن مضادات الإكتئاب، وتُستعمل في علاج إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان في حالة عدم نجاعة مضادات الإكتئاب .

تتمثل هذه الأدوية في الفنلزين (Le Phenelzine) المعروف تجاريا بناريديل (Nardil) لقد أثبتَ هذا الأخير نجاعته لكن يبقى العائق الرئيسي في حالة تناوله هوضرورة إتباع حمية دقيقة جدا خالية من مادة التيرامين (Tyramine) لأن تفاعله مع بعض المواد كتلك المحتواة في الجبن على سبيل المثال يمكن أن يؤدي إلى نتائج خطيرة بحيث يؤثر على الضغط الدموي إذ يؤدي إلى إنخفاضه، كما يزيد من وزن المريض وتصل تأثيراته إلى غاية التسبب في اضطرابات جنسية وصعوبة النوم، لكن تزول هذه التأثيرات بعد بعض الأسابيع التي تَلي العلاج.

لقد حُددت كمية (Nardil) في بداية العلاج 15 مع موزعة على ثلاث مرات في اليوم،ويمكن أن يرفع الطبيب من نسبتها حسب تقييمه الطبي لحالة المريض إلى غاية 90 مع بالإضافة إلى ناغديل (Nardil)، يوجد دواء المانغيكس (Manérix) الذي يتطلب هو كذلك حمية خاصة.

1-3- مضادات القلق ومضادات الإكتئاب:

تعود الفكرة في إقامة دراسات حول فعالية العلاج بمضادات القلق ومضادات الإكتئاب معا إلى نتائج العلاج بمضادات القلق وحدها ونتائج العلاج بمضادات الإكتئاب وحدها بحيث أظهرت النتائج عدم اختفاء الأعراض في كلتا الحالتين .

اذ أثبتت الدراسات بأن نوبات الهلع تظهر من جديد لدى المصاب عند التوقف عن شرب الأدوية كما يظهر عليه التهيج في حالة تناول مضادات القلق وحدها.

كما أثبتت نتائج البحوث بأن مضادات القلق تخلق تبعية جسمية ونفسية لدى المريض بحيث يشعر هذا الأخير بالرغبة في تناول كميات متزايدة كي يصل إلى التأثير المرغوب فيه المتمثل في نقص نوبات الهلع و إنخفاض أعراض القلق والأحاسيس المزعجة أما مضادات الإكتئاب فقد تبين أن تأثيرها يستغرق مدة طويلة ل.

لهذا إتفق الباحثون في مجال الطب بأن علاج إضطرابات القلق باستعمال مضادات القلق ومضادات الاكتئاب معا فعال للغاية بحيث ينصح الطبيب المريض بتناولهما في أول وهلة معا،ثم عندما يصل تأثيرها الحد المرغوب فيه المتمثل في اختفاء أعراض الهلع

يطلب الطبيب من المريض التوقف عن تناول مضادات القلق لما لديها من تبعية وآثار جانبية ، ويتم الإحتفاظ بمضادات الإكتئاب مع تتبع حالة المريض.

2- العلاج النفسي في مجال الإصابة بإضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان:

إن وجود مُكونة بيولوجية في (**TP/$_A$**) لا يعني بأن تناول الأدوية هو العلاج الوحيد الذي يقضي على الأعراض، كما أنه ليس الحل الأفضل لما تُسببهُ من آثار جانبية ومن تبعية نفسية بمجرد التوقف عن تناولها، كما أنها لا تُمكن المريض من التخلص من الهلع ولا تُعلّمه إستراتيجيات لتسيير القلق. لهذا بقي البحث في مجال علاج هذا المرض سائرا قصد الوصول إلى طريقة فعالة تُعيد للمصاب إستقلاليته وقيمته.

2-1- العلاج التحليلي:

يهدف التحليل النفسي إلى الكشف عن الأسباب الحقيقية والدوافع المكبوتة والمعاني الرمزية للأعراض، وتعريف الكتب وتنمية بصيرة المريض، وتوضيح الغريب وتكوين عاطفة طيبة نحو مصدر الخوف يتم هذا بواسطة التداعي الحر وتفسير الأحلام والتنويم المغناطيسي **(العتيبي، 2005، ص: 39).**

يستعمل المحلل النفساني هذه الطرق لإكتشاف أنواع الصراع النفسي الداخلي بطريقة تدريجية بحيث يبحث عن الحادثة المكبوتة ليجعل منها مفتاحا للعلاج.

وغالبا ما ترتبط هذه الحادثة بعقدة أوديب ومشاعر العدائية والإندفاعات السادية تجاه الوالدين وبخصوص (**TP/$_A$**) كغيره من الرهابات الأخرى، يتمثل العلاج في العودة إلى عقدة أوديب وتحليلها تحليلا دقيقا مع ربطها بعناصر أو أحداث رهابية أخرى ثم استخراج الصراع.

ويبدو بأن القلق الناتج عن الصراعات التي يعيشها الشخص هو المسؤول عن نشاط الهلع لهذا فإن العلاج يتركز على جعل المريض يَعِي بهذا الصراع ثم يعي بدوافع هذا

الصراع التي جعلت المصاب يشعر بأن كيانه مُهدّد لا سيّما في أماكن يصعب الفرار منها.

يتم العمل العلاجي أثناء حصص علاجية تشتد فيها ملاحظة المعالج الذي يلعب دورا كبيرا في تسيير العلاقة العلاجية التي تُسمى بالتحويل.

وفي هذا الشأن يؤكد " Bayle " على ضرورة الإنتباه في الحصة إلى التمثيل الشعوري، التمثيل أو التمثيلات اللاشعورية، النشاطات ما قبل الشعورية بالإضافة إلى ضرورة الحذر في تحليل الكبت، ميكانيزم الإنكار والعزل، عملية النكوص ونمط التحويل أكثر من الإنتباه إلى العرض الذي يمثل موضوع الرهاب. **(Bayle، 1999، ص: 78).**

2-2- العلاج المعرفي السلوكي:

تركز مختلف أنواع العلاج المعرفي السلوكي على التجنب الأقورافوبي بحيث تعالج التنادرهلع – رهاب المكان (Le syndrome panique- agoraphobie) .تتم الحصص بطريقة إنتقالية (Les méthode ambulatoire) بحيث ينتقل المعالج من العلاج المعرفي إلى العلاج السلوكي. كما يحاول خلق جو من الثقة خلال الحصص العلاجية الذي يختلف عن جو التبعية. يباشر المعالج بشرح المشكل ثم مساعدة المريض على فهمه خلال التحليل الوظيفي ، ثم بعدها يقترح التقنيات التي تسمح بالتحكم في نوبات الهلع وفي التقليل من القلق المرتبط برهاب المكان .

(لادوسغ " Ladouceur "، فونتان " Fontaine "، وكوتخو " cottraux "، 1999،ص: 21).

وفي نفس الموضوع يصرح كلا من مارشان و لوتارت " **Marchand و Letarte** " (2004) بأن هذا العلاج يشترط ممارسا عياديا يتبع الخطوات بدقة، كما يجب عليه أنا يجعل المريض يتيقن من نجاح العلاج لأن ثقة المريض بالعلاج تُعتبر خطة هامة تعمل على تمكين المريض من التحكم في انشغالاته والتحرر من تنقلاته.

يتمثل العلاج المعرفي السلوكي في تطبيق تقنية التزويد بالمعلومات حول اضطراب الهلع (Technique d’apport d’information sur le trouble panique) ثم تقنية إعادة البناء المعرفي (Technique de restructuration cognitive) بالإضافة إلى تقنية الإسترخاء (Technique de Relaxation) وتقنية التعريض للمثيرات الإستنباهية الداخلية (Technique d’ exposition aux stimuli intéroceptifs).

كما نجد تقنية التعريض للوضعيات الرهابية (Technique d’ exposition aux situations phobogènes).

إلى جانب كافة هذه التقنيات تُطبق تقنية إعادة التربية التنفسية (Technique de rééducation respiratoire) في مجال علاج هذا الاضطراب، كما تطبق تقنية التعريض بالتخيل (Technique d’ exposition en imagination).

1- تقنية التزويد بالمعلومات حول اضطراب الهلع:

تتمثل هذه التقنية في تقديم شرح للمريض حول نوبة الهلع وما يترتب عنها من تغيُّرات بيولوجية كيميائية وعصبية. وهنا يحرص الممارس العيادي على تبسيط هذا الشرح كي يكون في متناول المريض. تهدف هذه التقنية إلى إزالة الغموض عن نوبة الهلع والنتائج المترتبة عنه.

(Démystification de L’attaque de panique et ses conséquences

يتطلب تطبيق هذه التقنية المرور بمراحل:

المرحلة الأولى تتمثل في تقديم شرح بخصوص إستجابة الطوارئ التي يصدرها الفرد عندما يكون في وضعية خطر حقيقية أي تلك التي يكون فيها الخطر خارجي ومتواجد في محيط الشخص.

وفي المرحلة الثانية يُقدم المعالج تفسيرا حول استجابة الطوارئ في وضعية خطر داخلية أين لا يوجد الخطر في محيط الشخص بل يتواجد في أفكاره التي تميز نوبة الهلع.

المرحلة الثالثة : يقوم المعالج بتوضيح الاختلاف في كلتا الاستجابتين الصادرتين عن المريض أي في حالة استجابة الطوارئ أمام خطر خارجي و استجابة الطوارئ أمام خطر داخلي.

أ- مرحلة تفسير إستجابة الطوارئ أمام خطر خارجي:

تهدف هذه الإستجابة إلى المحافظة على الحياة من خلال نشاط الجهاز العصبي بحيث تصدر عن الشخص كلما واجه خطرا في محيطه وتكون بهذا ضرورية ومفيدة.

يستجيب المريض بفضل الجهاز العصبي المركزي والجهاز العصبي المحيطي.

ترتبط المراكز العصبية بالأعصاب، وتعتبر مسؤولة عن مناطق مختلفة من العضوية، بحيث تتعامل مع الرسائل الخاصة بالأحاسيس والتفكير.

يتكون الجهاز العصبي على المستوى التشريحي من الجهاز العصبي المركزي والجهاز العصبي المحيطي أما الجهاز العصبي المركزي، فيتكون من المخ، المخيخ والجذع المخي الذي يمتد من النخاع الشوكي الموجود بداخل العمود الفقري .

(Marchand و Letarte ، 2004، ص: 96).

يُنظم هذا الجهاز عمل أعضاء الجسم المختلفة، كما أنه المكان الذي تجري فيه العمليات الذهنية العليا. ونظرا للأهمية الحيوية التي يكتسبها الجهاز العصبي المركزي فإنه يتمتع بحماية خاصة، فهو مُغطى في الخارج ببنية عظمية إذ يوجد المخ داخل تجويف الجمجمة، بينما يحاط الحبل الشوكي بعظام العمود الفقري الذي يُبقي على الجسم منتصبا **(روكا و سيرانو، 1998، ص: 12).**

يتكون الجهاز العصبي المحيطي من مجموعة الأعصاب المتصلة بالجهاز العصبي المركزي كما هو مبيّن في الرسم رقم 1 **(Marchand و Letarte، 2004،ص: 96)**

يقسم العلماء الجهاز العصبي المحيطي إلى جزأين: جزء جسدي وجزء مستقل (Système nerveux automne Système nerveux somatique) .

تكمن وظيفة الجزء الجسدي في السيطرة على العضلات ونقل المعلومات الحسية من أعضاء الحس إلى المخ. أما الجهاز العصبي المستقل، فيهتم بالسيطرة على الأعضاء الحشوية الضرورية لاستمرار الحياة مثل القلب، الأوعية الدموية، الجهاز الهضمي والجهاز التناسلي وغيرها **(القذافي، 1999، ص: 46).**

يتوفر الجهاز العصبي المستقل على مكونتين هما: الجهاز العصبي السمبتاوي (Le Système nerveux sympathique) (S.N.S) والجهاز العصبي الباراسمبتاوي (Le Système nerveux Parasympathique)(S.N.P).

يتفاعل هذين الجهازين بصفة مستمرة لضبط الوظائف التابعة للجهاز العصبي المستقل. يعمل الجهاز العصبي المسبتاوي على إنذار الجسم وتهيئته على المستوى الجسمي والعقلي في حالة الخطر وكل الحالات التي تتطلب نشاطا كثيفا لبعض الوظائف الجسمية كما يرتبط نشاطه بناقلين عصبيين هما الأدرينالين (Adrénaline) و النورأدرينالين (noradrénaline) **(Marchand و Letarte ، 2004، ص: 98).**

يُفرز هذين الناقلين من طرف الغدة الكظرية ويتم تنبيههُما من طرف الأعصاب السمبتاوية .**(شلش، 1984، ص: 134).**

يعتبر هذين الناقلين العصبيين مسؤولين عن ارتفاع نشاط القلب، زيادة عملية التنفس، توسيع الشعب الهوائية، توسيع حدقة العين، إرتفاع الضغط الشرياني، إزدياد إفراز العرق وانخفاض النشاط الهضمي.

أما الجهاز الباراسمبتاوي، فهو يعمل على تبطئة عامة لوظائف الأعضاء عملية الهضم التي تُنشّط. كما يرتبط عمله بالأستيلكولين (Acétylcholine) المسؤول عن انخفاض الوظائف والحفاظ على حالة الراحة خلال النشاطات التي لا تتطلب مجهودًا.

وعموما فإن عمل الجهاز السمبتاوي والجهاز الباراسمبتاوي متناقضين على مستوى الوظائف المختلفة.

ثم يوضح المعالج بواسطة جدول عمل كل جهاز كي يتسنى للمريض فهم المثال التالي حول عمل هذين الجهازين في وضعية الخطر.

وظائف الجهاز السمبتاوي	وظائف الجهاز الباراسمبتاوي
- يوسع حدقة العين	- يقلص حدقة العين
- يكبح عملية إفراز اللعاب	- يثير عملية إفراز اللعاب
- يوسع القصبات الهوائية	- يقلص القصبات الهوائية
- يزيد من ضربات القلق	- يُقلل من ضربات القلب
- يُثير إفراز غدد العرق	- يُقلل من إفراز غدد العرق
- يقلص الأوعية الدموية	- يُوسع الأوعية الدموية
- يكبح عملية الهضم	- يثير عملية الهضم
- يثير إفراز الأدرينالين والنورأدرينالين	- يثير إفراز الأستلكولين
- تُرخى المثانة	- يُقلص المثانة
- إرتفاع الضغط الشرياني	- غياب الضغط الشرياني

يطلب المعالج من المريض تخيل الوضعية التالية: أنت تتجول في الحي الذي ترعرعت فيه بمرافقة شخص عزيز عليك، وتستمر في المشي بينما يتوقف هذا الشخص لبعض اللحظات كي يرى عمارة مهدّمة. وبعدما تقطع 100 م مشيا، تسمع فجأة صوتا قويا فتلفت لرؤية ما جرى، وهنا تتفاجأ برؤية جدار ينهار والشخص الذي تحبّه يصرخ لأنه محصور تحت رافدة.

هنا تجتاحك انفعالات مؤلمة وقوية، ويكون هدفك هو قطع 100 م بأكبر سرعة ممكنة واستعمال أقصى ما عندك من قوة كي تحرّك الرافدة التي تضغط على القفص الصدري للشخص العزيز.

يُجند جسمك نتيجة تحديد هدفك مجموعة من الميكانيزمات من خلال هذه التغيرات الفيزيولوجية التي تتمثل في :

1- زيادة خفقان القلق و ارتفاع الضغط الشرياني.

2- إرتفاع مستوى الأوكسجين وتمدد الأوعية الدموية التي تحمل الأوكسجين لغاية العضلات الكبيرة الخاصة بالفخذين والذراعين لأنهما المسئولين عن الجري بسرعة ومنح القوة لرفع الرافدة.

3- تقلص الأوعية الدموية الخاصة بأصابع الذراعين والساقين قصد الوقاية من النزيف الذي قد يحدث في حالة الإصابة على مستوى الجلد عند رفع الرافدة.

4- كبح عملية الهضم المصحوبة بانخفاض إفراز اللعاب مما يسمح للشخص باستعمال قوة أكبر لمواجهة الخطر.

5- إنقباض العضلات الصدرية والحجاب الحاجز.

6- إرتفاع حرارة الجسم نتيجة النشاط المكثف لوظائف الجسم مما يؤدي إلى إفراز العرق.

7- توسيع حدقات العين وزيادة الإنتباه والتركيز على الخطر.

يواصل المعالج في الشرح بحيث يوضح للمريض بأن هذه السلسلة من التغيرات الفيزيولوجية، المعرفية والانفعالية هي التي تُمكن الشخص من قطع المسافة بينه وصديقه بأقصى سرعة، إلى جانب تضاعف قوته والتمكن من تحرير الشخص العزيز من هذه الوضعية التي تهدد حياته.

يجب التأكيد للمريض بأن نجاح هذه المهمة يعود إلى عمل الجهاز العصبي السمبتاوي الذي يعتبر ضروريا ومفيدا في الوضعيات التي يعتبرها الشخص مهددة. والتي يشعر بعد مواجهتها بالتعب لأنه قَدّم طاقة كبيرة وفي وقت قصير.

يأتي بعدها عمل الجهاز العصبي الباراسمبتاوي ليُعيد كافة الوظائف إلى مجراها العادي بفضل الناقل العصبي المتمثل في الإستيلكولين.

ثم يحاول المعالج في الخطوة التالية تفسير إستجابة الطوارئ الخاصة بنوبة الهلع.

ب- مرحلة تفسير إستجابة الطوارئ أمام خطر داخلي:

هي مرحلة أساسية في العلاج،يحاول المعالج من خلالها شرح نوبة الهلع للمريض.

من الضروري أن يفهم المريض بأن ما يشعر به حال تعرضه لنوبة هلع هو نفس ما يشعر به عندما يقوم بإنقاذ الشخص العزيز. ثم تليها خطوة مهمة، يتناول فيها المعالج كل تغير سبق ذكره في المرحلة السابقة، و يطابقه بالإحساس الخاص بنوبة الهلع.

يتمثل الهدف من هذه الخطوة في تفسير الأحاسيس الخاصة بنوبة الهلع وهذا لإزالة كل غموض مسؤول عن إعادة تعرض المريض لها.

1- تزداد ضربات القلب نتيجة إرتفاع كمية الدم الخارجة من القلب وزيادة المقاومة المحيطة الناتجة عن التقلصات الوعائية مما يؤدي إلى الإنطباع الخاطئ بالنوبة القلبية.

2- تنقبض العضلات الصدرية نتيجة إرتفاع ضغط الإنقباض الناتج عن تنبيه الأدرينالين و النورأدرينالين، مما يُولد لدى الشخص إنطباعا خاطئا بتقلص الصدر وصعوبة التنفس وبالتالي الإحساس بالإختناق.

3- يؤدي تقلص الأوعية الدموية الخاصة بأصابع اليدين والساقين قصد الوقاية من النزيف إلى الشعور بالتنمل والخدر على مستوى الأنامل.

4- يقل وصول الدم إلى المعدة والأمعاء، فتنخفض عملية الهضم لأن الوقت ليس ملائما للهضم بل يتطلب من الشخص القوة، كما تقل عملية إفراز اللعاب، الشيء الذي ينجر عنه الإحساس بجفاف الفم والحلق، الإحساس بالغثيان والإحساس بتشنج المعدة. كل هذه التغيرات الفيزيولوجية تجعل المريض يعتقد بأنه سوف يتقيأ.

5- يُولد التقلص المفرَط للعضلات لدى المريض الإرتعاشات العضلية كما قد يُثير تقلص العضلات التنفسية التي تعمل على اتساع الرئتين إلى تكوين إنطباع خاطئ بحصر الصدر.

6- تؤدي الزيادة في كمية الأوكسجين التي تنتقل إلى العضلات في حالة شعور المصاب بخطر إلى عمق عملية التنفس بفضل تقلص الصدر والحجاب الحاجز.

لهذا يعتقد المصاب بأنه سوف يختنق، كما يجعله يشعر بالدوخة، بفراغ الرأس يتبدد الواقع وتبدد الذات.

ج- مرحلة تفسير الفرق بين استجابة الطوارئ أمام خطر خارجي ونوبة الهلع:

بعدما يشرح المعالج للمريض نوبة الهلع ويطابق كل إحساس خاص بها بتغير فيزيولوجي خاص باستجابة الطوارئ، يؤكد على أن نقطة الإختلاف بينهما تكمن في أن المريض لا يجد معنى لما يشعر به في نوبة الهلع لذا يزيد خوفه ويزيد تعرضه لهذه النوبات. عكس إستجابة الطوارئ التي تجعل خوف المريض إيجابيا بحيث يجعله يواجه الخطر.

ثم يواصل المعالج بتقديم تعريف نوبة الهلع على أنها استجابة إنذار تُنَشَّط دون وجود أي خطر حقيقي وأنها بدون أية فائدة لكنها ليست خطيرة. وليست مضرة بل تهدف إلى تهيئة العضوية كي تواجه الأفكار السلبية التي تخبر الشخص بمداهمة الخطر.

(Lorsque la réaction d’alarme s’active dans un contexte ou il n ya aucun danger réel, bien qu’elle soit inutile elle n’est pas dangereuse pour autant. Elle est inoffensive,elle vise a immobiliser l’organisme pour le protéger).

ولكي تتحقق هذه المرحلة بفعالية، يعرض المعالج جدولا للمريض يحتوي على أهم المعطيات العلمية بطريقة بسيطة حول مهارات أعضاء الجسم في حالة الراحة، في حالة إصدار إستجابة عند خطر خارجي وفي حالة إصدار إستجابة عند خطر داخلي وفي حالة القيام بمجهود مكثف.

2- تقنية إعادة البناء المعرفي:

(Technique de restructuration cognitive)

تهدف هذه التقنية تغيير الخطاب الداخلي بخصوص تفسير نوبات الهلع. و تتم بمساعدة المعالج الذي يمُد المريض بتفسيرات تتميز بأكثر واقعية وأكثر منطقية بدلا من التفسيرات التضخيمية، غير الواقعية والمأساوية التي تميز تفكيره حاليا والتي تعتبر المسؤولة عن تثبيت المرض من خلال تكرار نوبات الهلع وسلوك التجنب.

ولكي تتم هذه التقنية بفعالية، يشرح المعالج للمريض هدف هذه الأخيرة الذي يتمثل في التدريب على طريقة تفكير جديدة ثم يُقدم له أمام كل تفسير غير واقعي وغير عقلاني لنوبة الهلع تفسيرا منطقيا وبنَّاءً ثم يطلب من المريض ممارسة التمارين بهدف القضاء على الميكانيزمات الأوتوماتيكية التي تثبت هذا التفكير.

سوف نعرض فيما يلي ما يجب أن يقوله المعالج للمرض بالضبط كي يُسَهِّل له عملية التدريب.

2-1 تغيير الخطاب الداخلي:

1- سوف أتعرض لنوبة قلبية: (Je vais faire une crise cardiaque)

يظهر إرتفاع إيقاع القلق وقوة التدفق الدموي غير ضار تماما للقلب لأن هذا الأخير هو عضلة متكونة من ألياف قوية جدا أكثر مما تتصور.

إن للقلب قدرة كبيرة على المقاومة، وبالرغم من أنه ينبَض بسرعة أثناء نوبة الهلع ويمتلأ بكمية كبيرة من الأكسجين تجعلك تشعر بألم شديد إلا أنه لن يتوقف تماما عن النبض كما هو الحال في الأزمة القلبية التي تحدث نتيجة نقص الأكسجين في القلب وتجعل المصاب بها يشعر بألم قوي. لذا فإن نوبة الهلع مختلفة تماما عن السكتة القلبية ، ولكي تتمكن من التخلص من تفسيرك الخاطئ- تذكر باستمرار التفسير المنطقي.

وخاطب نفسك حال الشعور بارتفاع ضربات قلبك قائلا: " إن قلبي هو عضلة قوية تكمن مهمتها في النشاط المستمر. إنه ينبض بسرعة لأنني أعيش في حالة قلق. على كل حال

سبق وأن تعرضت لعدة نوبات هلع ولم أُصَب بسكتة قلبية أدت إلى موتي. سوف أترك قلبي ينبَض إلى غاية عودته لحالته الطبيعية بهدوء تماما كما كان ينشط في الماضي ".

2- سوف أموت مختنقا: (je vais mourir d'étouffement)

إن استجابة الإنذار أمام خطر حقيقي تجعل عضلات صدرك، عضلات الحبل الحاجز وعضلات الرقبة تتقلص لتسمح باتساع أكبر للرئتين، وبالتالي أكسدة أفضل. يتصاحب التقلص العضلي بألم يؤدي بك إلى الإعتقاد بضيق في التنفس و الإختناق. إنك في الواقع لا تكون بحاجة للهواء أثناء تعرُضك لنوبة هلع لأن الهواء لا ينقُصك بل يكون لديك نسبة كبيرة ومفرطة تجعل تنفُسك مضطرِبا نتيجة خوفك من جراء تفكيرك في الإختناق.

يتوجب عليك أن تُقلل من إيقاع وشدة التنفس عندما تشعر بالخوف لأن هذا من شأنه أن يُعيد التوازن بين الأكسجين (0_2) و ثاني غاز أكسيد الكربون ($C0_2$).

خاطب نفسك عندما تشعر بالهلع قائلا:

" أنا أشعر بضيق التنفس لأنني في حالة شد عالية كما أن عضلاتي متقلصة، إنني لن أصاب بالاختناق لهذا السبب، بالعكس أنا أتنفس بطريقة أسرع وأقوى من العادة، لهذا من المستحيل أن أختنق بسبب القلق.

3- سوف يُغمَى عليّ: (je vais m'évanouir)

يظهر الإحساس بالدوار في نوبة الهلع مرتبطا بتوقعك بالإغماء وبالتالي يتولد لديك الرعب. إعلم بأن هذا الإحساس بالدوار سببُه الشعور بفراغ الرأس الذي يعود إلى الإفراط في التهوية الناتجة عن تراكُم الأكسجين في الدماغ. إن هذه الأحاسيس لا تُشكل أدنى خطر وتختفي بمجرد معاودة التنفس العادي، ثم إن مجرد المشي قليلا يُساعد على تعديل الوضعية، لكن تبقى أفضل طريقة للقضاء على الدوار هي تقبُل الأحاسيس بَدَلا من محاربتها. لا يجب أن تفكر في فقدان الوعي وأنت تشعر بالدوار بل عليك

أن تخاطب نفسك على النحو التالي: " أنا بالفعل أحس بالدوار لكن لن يُغمى عليّ- إنني أعاني من القلق مما يجعلني أتنفس بطريقة سريعة تجعل الأكسجين يتراكم في الدماغ. إنه شعور يزعجني لكنه ليس خطير ولن يؤدي إلى فقدان الوعي لأن فقدان الوعي يعود غالبا إلى نقص الأكسجين في الدماغ عكس حالتي تماما.

سوف أتنفس بسرعة اقل وأشعر بانخفاض القلق وبالتالي يزول شعوري بفقدان الوعي.

4- سوف أصبح مشلولا نتيجة الخوف:

(je vais devenir paralysé à cause de le peur)

تُمدِّد الأدرينالين المفرزة أثناء نوبة الهلع الأوعية الدموية على مستوى الساقين، فيتراكم الدم في العضلات كي يجعلك قادرا على المواجهة. تُوَلد هذه الظاهرة إنطباعا لدى الشخص بفشل ساقيْه وثِقَلِها وتجعله يخاف بشدة ويُفكر بأنه يستحيل أن يمشي وأنه سوف يصبح مشلولا .يجب أن تطمئن لأن فَشل ساقيك ما هو إلا انطباع وتَهيُّؤ لمواجهة الخطر كما يُعتبر تجنيد جسمك لإصدار إستجابة الخطر. إن ساقَّيك يمكنها أن تَقوُدَك إلى حيث شئت وتُسندُك أطول مدة رغْبت فيها ، لذا تقبَّل الأحاسيس وثق في ساقيك لأنها لن تتركك تسقط ولن تُشَّل أبدًا وبما أن طريقة تفكيرك هذه هي المسؤولة عن خوفك، يتوجب عليك أن تُغيرها وتفكر بطريقة عقلانية كلما وردت إلى ذهنك هذه الأفكار:" إن ساقيّ مملؤة بالأوكسجين أكثر من المعتاد، لهذا هي في أقصى قدراتها على حملي".

يُمكنني أن أثق فيها لأنها قادرة على حملي، لهذا لا مجال للتفكير في الشلل، والدليل هو أن الشلل هو عبارة عن فشل الساقفين لعدم استجابتها للأوامر التي تصدر عن الدماغ بينما ساقيّ في حالة تأهب لمواجهة الخطر الخارجي نتيجة تلقيها لأفكاري التي تُنذِر بوجود خطر. لذا يجب أن أطمئن وأُريح نفسي كي ينخفض الخوف وتزول أحاسيس بفشل ساقيَّ.

5- سوف أصبح مجنونا: (je vais devenir fou)

يتسبب الإفراط في التهوية أثناء التنفس حالَ التعرض لنوبة الهلع في الأحاسيس الخاصة باختلال التوجه وعدم واقعية المحيط،بحيث يشعر الشخص بتبدد الواقع و الإختلاط الذهني.إن ما يجعلك تخاف الإصابة بالجنون هو شعورك بأنك غريب عن عالمك مع ذلك يجب أن تطمئن لأن هذه الأحاسيس تعود إلى تغيُّر مؤقت في التوازن بين الأكسجين وثاني غاز أكسيد الكربون ($Equilibre\ 0_2 / CO_2$) ولا علاقة لها بالجنون.

تذكر كذلك بأن أغلبية المعانين من نوبات الهلع يخافون الجنون لكن لم يسبق وأن أصيب المعاني من نوبات الهلع بالجنون إن الأحاسيس بالغرابة تختفي بمجرد إعادة التوازن ($0_2 / CO_2$).

إحتفظ كذلك بفكرة أن الجنون لا يمكنه أن يظهر بطريقة فجائية ولا يمكن أن ينتج عن نوبات الهلع بل يتطور عبر السنوات وعلى هذا فإن نوبات الهلع التي تعيشها لن تجعلك أبدا مجنونا مهما بلغت شدة أحاسيسك بالغرابة.

دَرِب منذ الآن على الأفكار التالية التي تعتبر منطقية وبناءة حال الشعور بالغرامة " لا أحب هذه الأحاسيس لكن أعلم بأنها أعراض ناتجة عن الإفراط في التهوية لا يوجد أية علاقة بين التنفس السريع والإصابة بالجنون، فلم يحصل أبدا أن أُصيب شخص ما بالجنون بسبب نوبات الهلع، وأنا شخصيا لم أصَبْ بالجنون بالرغم ن تعرضيِ عدة مرات لنوبات الهلع سوف أحاول التخفيض من سرعة تنفسي وإن لم أتوصل فهذا ليس خطيرا لأنني سوف أنتظر حتى أتمكن من تجاوز هذه الصعوبات لوحدي ".

6- سوف أفقد التحكم في نفسي: (je vais perde contrôle de moi)

غالبا ما يخاف الناس من فقدان السيطرة على الذات بسبب الأحاسيس الشديدة، على مستوى كافة الأجهزة التي يشعرون بها خلال نوبة الهلع.

يعتقد المصاب بإمكانية مباشرته في الصراخ أو الجري في كل الاتجاهات، وبالرغم من أن هذا الخوف كثير التواجد في حالات الهلع إلا أن فقدان السيطرة على الذات لم يحدث ولن يحدث أبدا.

يعود سبب العلاقة بين الهلع وفقدان التحكم في النفس إلى تركيز إنتباهك على الرغبة في الهروب من الوضعية والتخلص منها وعندما يستحيل عليك تحقيقها وتضطر إلى المكوث في نفس المكان يزداد خوفك من فقدان السيطرة على نفسك، لكن هذا إنطباع فقط لا غيرَ.

7- سوف أتعرض لنوبة دماغية: (je vais avoir une attaque cérébrale)

ترتفع حرارة الجسم بسبب إرتفاع الضغط الشرياني من جراء تكثيف نشاط كافة الأعضاء على مستوى الجهاز العصبي المركزي والجهاز العصبي المحيطي.

إن شعورك بالحرارة الشديدة على مستوى رأسك وعمودك الفقري يجعلك تفكر خطئا بتعرضك لحادث وعائي دماغي، لهذا عليك أن تُغير طريقة تفكيرك على النحو التالي: " إن ضغطي الدموي مرتفع بهدف تجنيد جسمي قصد مواجهة الخطر. من المزعج أن يتجند جسمي، كن هذا ليس بالشيء الخطير بل إن نشاط جهازي العصبي هو في الحقيقة حماية بالنسبة لي ضد أفكاري المحيّرة والمهددة بالخطر.، لذا عليّ أن أزيل فكرة الإصابة بنوبة دماغية كي ينخفض إحساسي بالحرارة.

ولكي تنجح هذه المرحلة العلاجية، يقدم المعالج جدولا للمريض، يسجل فيه كافة التفسيرات والأحاسيس غير الواقعية من جهة والتفسيرات الواقعية والبناءة من جهة أخرى. ثم يطلب من المريض أن يتطلع عليها كل يوم كي يعزز خطابه الداخلي، وبالتالي يقضي على الإنذار الذي تعلمه (l'larme apprise) نتيجة التعود على التفكير الخاطئ بمداهمة الخطر.

3- تقنية التعريض للمثيرات الإستنباهية الداخلية

(La procédure d'exposition aux stimuli intéroceptifs)

تنطلق هه التقنية العلاجية من أساس علمي مفاده أن الميكانيزم الذي يحكم إضطراب الهلع يتمثل في الإشراط الإستنباهي الداخلي(conditionnement intéroceptif) الذي يعني بأنه يوجد تزاوج بين الأحاسيس البدنية واستجابة الإنذار، ثم أن العلاج هو بمثابة حل هذا التزاوج الذي من شأنه أن يُقلّل من الحساسية للعوامل الداخلية المفجرة للهلع.

يشترط تطبيق هذه التقنية عدم معاناة المصاب من أي مرض عضوي كالصرع ،الربو مشاكل عل مستوى القلب كاضطراب نبضات القلق (Arythmie cardiaque) أو تليف القلق (Fibrillation cardiaque)، بالإضافة إلى ضرورة عدم معاناة المريض من سوابق فقدان الوعي، إنخفاض الضغط الشديد وحالات الحمل بالنسبة للنساء.تتمثل هذه التقنية في تعريض المعالج المريض للأحاسيس الجسمية التي يشعر بها خلال تعرضه لنوبات الهلع والتي ولدت لديه خوفا شديدا من التعرض لها ثانية. تهدف هذه التقنية إلى خلق التعود والتآلف مع هذه الأحاسيس وبالتالي القضاء على استجابة الرعب التي ارتبطت بها .

تتمثل هذه التمارين في: هز الرأس (secouer la tète) ،تقويم الرأس (Redresser la tête) ، الجري في نفس المكان أو الصعود والنزول من درج السلّم (courir sur place ou monter ou descendre une marche) ،تقليص كل الجسم (contracter tout le corps)، الإحتفاظ بالتنفس (Retenir sa respiration)، الدوران في نفس الموضع (tourner sur place)، الإفراط في التهوية (hyperventiler)، التنفس بواسطة أنبوب (Respirer a travers une paille)، التركيز على نقطة في الجدار (Fixer un point au mur)، البلع السريع (avaler rapidement) ، تصور أسوأ إحساس (Imaginer votre pire sensation) وتثبيت النظر على صورة أو على يدك (Fixer votre image ou votre main) وأخيرا الضغط على الذراع (Faire une pression sur le bras).

3-1خطوات التعريض للتمارين الإستنباهية الداخلية:

1- إختيار التمارين الملائمة :(Sélection des exercices pertinents)

يرافق المعالج المريض في كافة التمارين، ويحدد برفقته التمارين التي تفجر لديه الأحاسيس المشابهة لتلك التي يعيشها أثناء تعرضه لنوبات الهلع والأحاسيس المخيفة التي يعيشها في وضعيات أخرى غير وضعيات الهلع.

2- القيام بالتمارين الإستنباهية الداخلية:

(Exercices d'exposition aux sensations)

بعدما يميز المريض بين المجموعتين من الأحاسيس المخيفة أي تلك التي ترتبط بوضعيات الهلع وتلك التي ترتبط بوضعيات القلق الأخرى، يقوم المريض بكل تمرين يفجر لديه إحساس الهلع وكلما قام بتمرين برفقة المعالج طرح عليه هذا لأخير الأسئلة التالية:

1- ما هي الأحاسيس التي شعرت بها عندما قمت بالتمرين ؟

2- ما هي شدة الأحاسيس التي شعرت بها؟ اختر رقما على سلم يتراوح من 1 إلى 8، علما أن 1 هي أضعف درجة و 8 هي أقصى درجة في الشدة.

3- ما هي شدة الخوف الذي عشته نتيجة هذه الأحاسيس حسب سلم يتراوح من 1 إلى 8.

4– ما هي درجة التشابه بين الأحاسيس التي شعرت بها بعد كل تمرين والأحاسيس التي تشعر بها أثناء نوبات الهلع ؟ حدد الدرجة على سلم يتراوح من 1 إلى 8 مع لعلم بأن 1 هي أضعف درجة في التشابه و 8 هي الدرجة التي تعبر على أقوى تشابه.

جدول يمثل التمارين الإستنباهية الداخليةالمراقبة الذاتية : بعد الإنتهاء من التمارين الإستنباهية الداخلية، يقدم المعالج قائمة التمارين للمريض كي يمارسها يوميا في منزله مع التقييم الذاتي للأحاسيس، شدة الأحاسيس، شدة الخوف أو القلق أو الإنزعاج، تقيم درجة تشابه الأحاسيس التي يولدها التمرين مع أحاسيس نوبة الهلع، ثم تقييم التمارين التي تولد أكثر خوفا وتلك التي تولد درجة قليلة من الخوف.

4- التعريض للوضعيات الرهابية:

(L'exposition aux situations phobogènes)

ترتبط إستجابة الإنذار المُتعلَّم ببعض الوضعيات التي يخشاها المصاب باضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان والتي يتجنبها بدلا من مواجهتها.

يعتقد المريض بأن تجنب هذه الوضعيات هو النفاذ من كارثة، لهذا نجده يشعر بإرتياح عميق في كل مرة يتجنب فيها الوضعية المخيفة.

لقد اتفق الباحثون أمثال" Ladouceur " " Boisvert " و" Marchand " (1999) بأن سلوك التجنب يرفع من احتمال إعادة إصداره لأنه يمنع المصاب من مواجهة الوضعية المخيفة وبالتالي التأكد من عدم حدوث أي مصيبة وعلى هذا الأساس تتمثل أحسن طريقة للمواجهة في سلب الحساسية عن طريق إستعمال تقنية التعريض التدرجي، المطول والمتكرر.

تقنية التعريض التدريجي، المطول والمتكرر:

تقوم هذه التقنية على مبدأ سلب الحساسية لإستجابة الإنذار المُتعَلّمة من خلال تعريض المصاب للوضعيات المُدركة بطريقة خاطئة على أنها وضعيات مهدّدة.

يتم هذا التعريض بطريقة تدريجية، مطولة ومتكررة

(L'exposition graduelle , prolongée et répétée)

يعتبر هذا التعريض تدريجي لأنه يشترط أن يباشر المعالج في تعريض المريض للوضعيات الأكثر سهولة أي تلك التي تُثير أقل نسبة من الخوف، ويطلب منه تعريض نفسه لهذه الوضعيات حتى يزول الخوف تماما.

بعدها يبدأ المعالج في التعريض من جديد للوضعيات التي تخيف نوعا ما والتي يعتبرها المريض كصعبة مقارنة بالأولى، لكن في هذه الحالة يعتبر المعالج بأن المريض قد إكتسب ثقة في نفسه تجعله متمكنا من مواجهة هذه الوضعيات، وهكذا تزداد صعوبة الوضعيات بإزدياد درجة الخوف.

ويؤهل الباحثون هذا التعريض بالمطوّل لأنه يتطلب تدريب المريض على مواجهة الوضعية أكبر وقت ممكن أي أطول مدة ممكنة إلى غاية إنخفاض القلق.

وأخيرا يصف الباحثون هذا التعريض بالمتكرر لأنه يخضع لنفس المبدأ مع اختلاف درجة الخوف فقط.

وفي أغلب الأحيان يتمكن المرضى بفضل ممارسة هذه التقنية من التعود على الوضعيات التي كانت من قبل مُفَجرة للخوف الشديد

(مارشان و لوتارت " Marchand و Letarte " ، 2004، ص: 138).

5- تقنية التعريض بالتخيّل:

(Technique d'exposition en imagination)

طُبقت هذه التقنية في حالة الإصابة باضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان وأثبتت فعاليتها في التحكم في الخوف ومواجهة الوضعيات الباعثة للقلق كالقدرة على التنقل على إنفراد.

يصرح مولر و كوتخو " Mollard et cottraux " (1984) بأن تطبيقها يتطلب تسجيل المعالج لكافة الوضعيات المرعبة التي عاشها المريض والتي شعر خلالها بأحاسيس مزعجة، ثم في الخطوة الثانية يُعَرض المعالج المريض لنفس الوضعيات ونفس الأحاسيس لمدة تتراوح بين ساعة إلى ثلاث ساعات لغاية إنطفاء إستجابة القلق. (Extinction de la réponse d'angoisse).

وخلال تطبيق هذه التقنية، يطلب المعالج من المريض تقييم درجة القلق على سلم يتراوح من 0 إلى 8.

يهدف هذا التقييم الذاتي للقلق تطوير التحكم في القلق.

يتم هذا التقييم كل خمس دقائق علما بأن تطبيق هذه التقنية يشترط استعدادا كبيرا من طرف المعالج خلال وبعد تطبيقها لأنها قد تُثير لدى المريض إستجابات إنفعالية لا تظهر خلال الحصة العلاجية، لكنها تظهر بعد الإنتهاء منها، لهدا يُعتبر من الضروري

أن يعود المريض في الغد وبعد الغد للإلتقاء بالمعالج **(فونتان، كوتخو، لادوسُغ، " Fontaine" " Cottraux" "Ladouceur" ، 1984، ص: 54).**

6- إعادة تقنية التربية التنفسية (Rééducation respiration):

تتمثل إعادة التربية التنفسية في التقليل من إيقاع وسعة التنفس وإعادة تعلم التنفس بواسطة الحجاب الحاجز بدلا من التنفس بواسطة العضلات الصدرية. تهدف هذه التقنية تغيير المكونة الجسمية للحالات الإنفعالية لا سيّما تلك الخاصة بالقلق **(Marchand و Letarte ، 2004، ص: 155).**

يصرح " Cottraux " (1998) بأن هذه التقّنية تستعمل في مجال الإصابة بإضطراب الهلع مع رهاب المكان قصد التقليل من خفقان القلب وبالتالي مواجهة نوبة الهلع التي تصدر في الوضعيات لأنها الوسيلة الأسرع والأنجع في عملية التخفيض من هذا الإحساس.

- طريقة تطبيق إعادة التربية التنفسية:

يطلب المعالج من المريض الإفراط في الضغط على البطن (Hyperpression abdominale) من خلال حبس الهواء لمدة خمس (5) ثواني. تهدف هذه العملية إلى التقليل من إيقاع ضربات القلب وإثارة الإحساس بالحرارة إلى جانب التخفيض من إيقاع عملية التنفس، ثم بعد حبس الهواء يطلب المعالج من المريض تحرير هذا الهواء من خلال القيام بعملية الزفير وأن يترك العنان لنفسه وينتبه إلى حالة الهدوء بداخله. يجب أن يُعيد المريض هذا التمرين عشر مرات خلال الحصة وممارسته.

وفي الغالب يستعمل المعالجون هذه التقنية كمصاحبة لتقنيّة التعريض بالتخيل.

إن الهدف من إستعمال التقنيتين معا يكمن في إنقاص القلق عندما يواجه المريض الصورة المثيرة للقلق- كما يمكن أن تُستعمل إعادة التربية التنفسية مع التعريض الحيوي

(Exposition in vivo) لأن تأثيرها أسرع من تأثير الإسترخاء أمام وضعية ذات مستوى عالي من القلق.

(لادوسُغ، فونتان و كوتخُو، " Ladouceur , Fontaine et cottraux "، 1992، ص: 22).

7- تقنية الاسترخاء التدريجي لجاكوبسون:

(Technique de relaxation progressive Jacobson)

يُعتبر التدريب على الإسترخاء الذي وضعه **جاكوبسون " Jacobson "** بمثابة مهارة تؤدي إلى التقليل من الشد العضلي والشد العصبي. يتمثل هدف هذه التقنية في أنها تسمح للشخص بالوعي بحالات الشد و الإسترخاء وتعلُّم كيفية المرور من حالة إلى حالة أخرى مع التركيز على إحساس الاسترخاء المريح. يشترط تعلُّم هذه التقنية السيطرة على مجموع العضلات باتباع نظام مُعيِّن عند القيام بالشد و الإسترخاء. كما يوجد شروط طبيعية تخُص المكان الذي يجري فيه الإسترخاء ووضعية الإسترخاء.

1- شروط تطبيق تقنية الإسترخاء لجاكوبسون:

1- إختيار مكان هادى:

تعتبر هذه الخطوة الأولى التي يجب أن تتوفر بحيث يتوجب على المعالج أن يوفر الجو الملائم لتطبيق هذه التقنية إذ تكون الضوضاء والإضاءة منخفضين إلى أقصى درجة

2- وضعية الإسترخاء:

يستلزم على المريض أن يتمدد على فراش أو أريكة بحيث يكون جسمه مُدْعما وفي وضعية مريحة .

3- التركيز واحترام الوقت:

يشرح المعالج للمريض ضرورة القيام بشد مجموعة العضلات التي يحددها فقط مع ترك أجزاء الجسم الأخرى مسترخية. وعند تحديد مجموعة من العضلات يجب أن

يقوم المريض بالشد لمدة 5 ثواني ثم يرخي هذه العضلات لمدة خمس ثواني مع الإنتباه إلى الفرق بين الشد و الإسترخاء يكرر هذا التمرين ثلاث مرات وهكذا حتى ينتهي من التمارين الخاصة بكل مجموعة من العضلات على مستوى الجسم.

4- التقليل من الحركة أثناء إجراء التمرين:

يشترط نجاح عملية الإسترخاء عدم التحكم في الجسم. لهذا يؤكد المعالج على ضرورة التحرك بأقل قدر ممكن، كما يؤكد على وجوب إرخاء العضلات في نفس الموضع الذي كانت تقع به عند شدتها، ثم عدم تحريكها بعد الإسترخاء.

5- وجوب ترك العنان للنفس بعد الإسترخاء:

يشرح المعالج للمريض بأن القيام بمجهودات قصد التوصل إلى الاسترخاء يؤدي بلا شك إلى عدم نجاح التقنية لأن الاسترخاء الجيد يكمن في غياب أي مجهود وعدم إجبار النفس على الراحة.

2- طريقة تطبيق تقنية الإسترخاء:

التمرين الأول: اليدين:

يبدأ المعالج بتدريب المريض على شد اليد اليسرى مدة خمس ثواني ثم إرخائها، ينتقل بعدها إلى الساعد الأيسر ويقوم بشده خمس ثواني ثم إرخائه.

التمرين الثاني: الجبهة:

يركز المريض على شد عضلات الجبهة لمدة خمس ثواني ثم يُتبع الشد بالإسترخاء على مستوى هذه المنطقة لمدةخمس ثواني. ويعيد التمرين خمس مرات.

التمرين الثالث: العينين:

ينتقل المريض إلى إغلاق العينين والجفون بقوة لمدة خمس ثوان ثم يفتح عينيه بهدوء ويتمتع بحالة الإسترخاء لمدة خمس ثوان مع التمييز بين حالة الشد و الإسترخاء.

التمرين الرابع: الفم:

ينقسم هذا التمرين إلى جزئين:

الجزء الأول:

يطلب المعالج من المريض التركيز على شد عضلات الفم من خلال الإبتسام بطريقة مُبالَغ فيها (sourire exagère) لمدة خمس ثواني. ثم يقوم بترك كافة العضلات تسترخي مع الوعي بحالتي الشد و الإسترخاء بنفس المدة .

الجزء الثاني:

يضغط المريض على اللسان من خلال وضعه وراء أسنان الفك السفلي وهذا لمدة خمس ثواني ثم يطلق العنان لعضلات اللسان لمدة خمس ثواني، ويعيد التمرين 3 مرات.

التمرين الخامس: الرقبة:

يتطلب هذا التمرين من المريض ثني الرأس إلى الأمام بوضع الذقن على الرقبة ثم يضغط عليها لمدة خمس ثواني ويعيدها إلى موضعها مع التركيز على حالة الإسترخاء.

التمرين السادس: الكتفين:

يجب على المريض أن يبعث بكتفيه إلى الوراء ويضغط عليهما مع وضع مرفقيه فوق الأريكة يحاول المريض أن يشُد عضلات كتفيه لمدة خمس ثواني ثم يترك التحكم ويُرخي جسمه فوق الأريكة لمدة 3 ثواني..

التمرين السابع: الصدر والبطن:

في أول وهلة يُقلص المريض صدره مع حصر تنفسه لمدة خمس ثواني، ثم يقوم بالزفير بحيث يتنفس بطريقة طبيعية مع جلب إنتباهه إلى حالة شد عضلات الصدر وما تتركه من تأثير حالة إرخاء العضلات الصدرية وما ينجم عنها من راحة.

التمرين الثامن: الساقين:

يضم هذا التمرين ثلاثة أجزاء إبتداء من الساق الأيسر ثم الساق الأيمن.

الجزء الأول:

يركز المريض على شد عضلات الفخذ الأيسر من خلال رفع الرجل اليسرى عن مستوى الفراش لمدة خمس ثواني ثم تركها تسقط على الفراش مع إحترام الوقت الاعتيادي وهو خمس ثواني لكل من حالة الشد وحالة الإسترخاء.

الجزء الثاني:

يجب أن يشُد المريض أصابع الرجل اليسرى ويوجه القَدَم تجاه الساق ويبقى في هذه الوضعية لمدة خمس ثواني ثم بعدها يترك ساقه تسترخي ولا يتحكم فيها مع التركيز على حالتي الشد و الإسترخاء والتمييز بين الحالة الإنفعالية التي تميز كل منها.

الجزء الثالث:

يضغط المريض على عضلات ربلة الساق بحيث بثنيها تجاه الفخذ ويرفعها تجاه الوجه لمدة خمس ثواني بعدها يُزيل التحكم عن هذه العضلات ويحاول التمييز بين ما يشعر به عندما يشد عضلاته وما يشعر به عندما يُزيل التحكم عنها.

يقوم المريض بنفس التمارين بالنسبة للرجل اليمنى.

8- فعالية العلاج المعرفي السلوكي:

بحثت دراسات عديدة حول فعالية التقنيات المعرفية السلوكية في علاج المصابين باضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان.

تصرح " Bouvard "(2007) بأن تقنية إعادة البناء المعرفي تتمثل في إعادة النظر في الأفكارالأوتوماتيكية (Remise en question des pensées automatiques et rationelles)و تُتبع هذه العملية بضرورة عقلنة هذه الأفكار.

(la rationalisation des idées automatiques). تسمح هذه التقنية بإقبال أفضل للتعريض الحيوي (exposition in vivo)،كما تجعل سيرورة التعود أو التآلف مع الأحاسيس المزعجة فعالة (processus d'habituation).كل هذا من شأنه أن يجلب الراحة للمريض ويوفر الوقت للمعالج

(بوفار "Bouvard" ،2007،ص 398).

ويصرح " Barlow " و " Craske " (1994) بأن تقنية التعريض للمثيرات الإستنباهية الداخلية قد أثبتت فعاليتها في مجال الإصابة باضطراب الهلع مع رهاب المكان، كما أن التحكم في عملية التنفس من خلال تقنية إعادة التربية التنفسية إلى جانب التدريب على الإسترخاء العضلي يمثلان أفضل العلاجات السلوكية في مجال الإصابة بهذا الداء.

9- العلاج الإجتماعي:

يتمثل هذا العلاج في تقديم سند للمريض من خلال أفوج التعاون المتبَادَل (Les groupes D'entraide). تتكون عناصر أفواج التعاون المتبَادَل من عياديين ومختصين في تقييم وعلاج إضطرابات القلق، من المرضى وأقاربهم بالإضافة إلى الأشخاص المهتمين بهذا المرض.

يكمن هدف هذه الأفواج في تطوير مصالح تتولى إخراج المريض من وحدته وتقيده للبحث عن المساعدة المهنية بالإضافة إلى تحسيس المجتمع بهذه المشكلة.

تنشط هذه الأفواج بمساعدة إسهامات أعضائها، كما تستفيد في بعض الأحيان من الدعم المالي العام بحيث تتلقى تمويلات بواسطة التبرعات والإعانات المالية من طرف الجمعيات أو عامة الناس.

تساعد هذه الأفواج المصابين بهذا المرض على القضاء على الإستقلالية ومعاودة النشاط من خلال تقديم المعلومات، النصائح، المراجع، الورشات، الدروس، اللقاءات في المقاهي وتنظيم الأفواج أسبوعيا.

بعد عرض كافة أنواع العلاج، سوف نقدم في الجانب التطبيقي من هذا البحث كيفية إستعمال المعطيات النظرية في الميدان وكيفية تطبيق العلاج المعرفي السلوكي الذي حاولنا الإلتزام به بأقصى دقة ممكنة وبطابع مميّز ظهر من خلال المدة الزمنية التي يشير إليها العلاج بالإضافة إلى الرسومات تم استعمالها لتوضيح مجرى العلاج

الـــجانـب التطبيقي

الفصل الأول

منهج البحث وإجراءاته

I : أدوات البحث:

1- الدراسة الاستطلاعية:

لقد دامت هذه الدراسة ثلاثة أشهر تم خلالها الإتصال بالأطباء المختصين الذين يستقبلون المصابين بالهلع في حالة خوف من مرض على مستوى القلب أو الجهاز الهضمي أو الدماغ بسبب ما يشعرون به من أحاسيس وآلام خلال نوبة الهلع.

أجمع كافة الأطباء على أن هذه الفئة تتقدم للفحص الطبي بسبب إضطراب الهلع أكثر من تجنب الوضعيات لأن ما يُقلق هؤلاء المرضى هو حالة الجسم والخوف الشديد من الموت بالإختناق، بالسكتة القلبية إلى جانب الشكاوي من الدوار حالة التنمل والخدر إلى جانب جفاف الحلق و عدم الرغبة في الأكل التي هي أعراض لا يجدون شرحا لها ويعانون كثيرا راغبين التخلص منها.

كما تم القيام في مرحلة ثانية بمقابلات مع هؤلاء المصابين بعدما وُجهوا لنا إلى العيادة النفسية ، وكانت المقابلة الاولى تهذف إلى التحقق من إصابتهم باضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان حسب معايير DSM4.

2- العينة:

تتكون عينة البحث من أربع حالات، يبلغ عدد الذكور من أفراد العينة (01) بينما يبلغ عدد المصابات (03) بعدما استثنينا حالتين لم يكن يتوفر فيها معيار المستوى العلمي .

يتراوح سنُّ أفراد العينة ما بين 24 و 54 سنة يعانون جمعيهم من إضطراب الهلع مع رهاب المكان .

ونشير بأن اختيار العينة لم يكن بطريقة عشوائية بل كان بطريقة مقصودة أي خاضع لمجموعة من المعايير تتلخص فيما يلى :

أولا : المستوى التعليمي الذي حددناه بالسنة السادسة إبتدائي فما فوق لهذا لم نتمكن من إدماج المرضى الأميين لأن الإستبيانات تتطلب أدنى مستوى من الفهم كما يتطلب التقييم الذاتي مستوى من الإستيعاب يتعذر على من لم يدخل المدرسة القيام به كما يتعذر على الاميين ملأ جداول المراقبة الذاتية .

ثانيا : إختيار مرضى راشدين يتجاوز سنهم 20 سنة حتى نبتعد عن مرحلة المراهقة .
ثالثا :تحديد معيار عدم العلاج بالأدوية خلال مذة العلاج كي نتمكن من التعرف على فعالية العلاج النفسي بدون أي علاج طبي .
رابعا : حددت مدة المرض بسنة فما فوق وهذا للتأكد أن المرض أصبح مهيكل وخاضع للتنادر هلع- رهاب المكان .

3 – مكان البحث:

لقد تم استقبال المرضى في العيادة النفسية الارطوفونية الواقعة بالحراش والتي تستقبل المرضى الذين يعانون من مشاكل نفسية ومشاكل لغوية تتطلب التكفل الارطوفوني كالإصابة بالحبسة ، التأتأة واضطرابات اللغة بصفة عامة من فئة الراشدين ،المراهقين والأطفال كما يوجد بنفس العيادة التكفل النفسي الذي نشرف عليه بأنفسنا بحيث نستقبل عادة المصابين باضطرابات القلق من المراهقين والراشدين بالإضافة إلى الأطفال المصابين بإضطرابات الطبع والسلوك .
يوجد في العيادة مكتب خاص بالتكفل العيادي ،مكتب خاص بالتكفل الأرطوفوني وقاعة كبيرة خاصة بالأطفال المعانين من صعوبات نفسية .

4- أدوات القياس:

4-1- المقابلة العيادية:

المقابلة هي قلب العمل الإكلينكي، وتُعدُّ إحدى الأدوات الأساسية التي يستخدمها الباحثون لهذا لجأنا إلى المقابلة العيادية الموجهة التي تقع وسطا بين المقابلة الحرة والمقابلة المحددة تحديدا تاما. لقد أجمع الباحثون بأنها تتميز عن النوع الأول من المقابلة بأنها أكثر دقة وضبط، وتفوق النوع الثاني من المقابلة بأنها أكثر مرونة من باب أنها لا تُقيد المريض بل تجعله يُعبر عن معاناته بأكثر ارتياح كما يؤهلها الباحثون بأنها من أفضل الوسائل التي يمكن أن توفر معلومات عن السلوك اللفظي وغير اللفظي.

ونشير إلى أن هذا النوع من المقابلة يخدم الأبحاث ذات الخلفية المعرفية السلوكية لاسيّما تلك التي تهتم بدراسة طبيعية الإدراكات، العلاقة بين المتغيرات بالإضافة إلى تقييم فعالية العلاج. ولأن بحثنا يهتم بدراسة العلاقة بين المعارف الأقورافوبية وإضطراب الهلع، سلوك التجنب إلى جانب الأعراض المرضية المتأتية عن هذا الداء في الجزء الأول

أما الجزء الثاني من البحث فهو يتناول فعالية العلاج للتقليل من الأثر السلبي لهذه المعارف من خلال تقييم شدة وأعراض إضطراب الهلع، درجة سلوك التجنب ودرجة الأعراض المرضية إرتأينا استعمال المقابلة العيادية مع أفراد العينة بغرض التحصل على معلومات حول الأفكار التي يتبناها المصابون بـ ($TP/_A$)، أحاسيسهم المزعجة أثناء نوبات الهلع، كيف يتجنبون هذه الأحاسيس والوضعيات التي تظهر فيها. كما حللنا من خلال المقابلة التقييمية التطلع على تقييم المريض الكمي والكيفي للعلاج الذي إستفاد منه.وبناء على كافة هذه المعلومات إستنتجنا بأن المقابلة العيادية كانت وسيلة ناجحة، هامة وفعالة في بحثنا.

4-2- المراقبة الذاتية:

تعرف المراقبة الذاتية بأنها ملاحظة مباشرة للسلوك الظاهر والسلوك الكامن المراد تعديله. ويقوم بها المريض نفسه من خلال تسجيله له.

يؤكد الباحثون حاليا بأن عملية تسجيل السلوك المرتبط بمعاناة الفرد ليست مجرد عملية ميكانيكية لتدوين السلوكات وإنما هي عملية علاجية على مستوى عالي من الأهمية، إذ يمكن لعملية التسجيل البسيطة والمستمرة للسلوك أن تحدث تغييرا في ذلك السلوك.

وفي هذا الصدد نُعطي مثال الشخص الذي يؤدي تسجيل مذكراته في مجال معين من التجربة كالعلاقة الزوجية والذي يمكن أن يؤدي إلى تحسين تجربته في هذا المجال.

وهكذا فإن الفعل في عملية المراقبة لا يعود للعمل الميكانيكي التسجيلي فيها وإنما يعود لما تحدثُه من ردود فعل تُحفز على التغيير.

(كمال علي، 1994، ص: 312).

ويقول سبيلبرجر "Spielberger" (1983) بأن هذا التسجيل اليومي للسلوك المشكل يؤدي إلى وعي المريض بسلوكه وملاحظته ومن هنا تدوينه وبهذا فهو بصدد إعادة

هذا السلوك على نفسه بصوت مسموع، الشيء الذي يُدعم وعْيَه به ويُمكنه من إكتساب الضبط الذاتي.

وعلى هذا فهي تُعتبر من أهم التقنيات التي تُزود المعالج بمعطيات هامة حول مدى تكرار السلوك المشكل التي يكون المريض مصدرا لها بالرغم من عدم ظهور هذا السلوك أثناء المقابلات العيادية ويُشير الباحثون إلى أن هذه التقنية يصعُب في بعض الأحيان تطبيقها لعدم الوعي بالسلوك المشكل، ويعود هذا إلى كون الشخص غير دقيق الملاحظة في مراقبته لذاته فكريا وسلوكيا.

(كمال علي، 1994، ص: 312).

لهذا من المستحسن أن يُسَطّر المعالج برنامج مراقبة تَتَبعية. نظرا لكل هذه الفوائد التي تتميز بها المراقبة الذاتية إخترنا أن تكون تقنية أساسية في بحثنا خلال مرحلة العلاج، أما عن استخدامها فقد طالبنا المريض بتسجيل الأحاسيس والأفكار غير الواقعية المتعلقة بتفسيره لنوبات الهلع و تسجيل الأفكار الواقعية والبناءة التي استفاد منها خلال العلاج. كما طبقنا المراقبة الذاتية في مجال التدريب على الإسترخاء بحيث قُمنا بإعداد جدول يساعد المريض على الوعي بحالة عضلاته أثناء تطبيق تمرين الإسترخاء. وكانت المراقبة الذاتية حاضرة في التمارين الخاصة بالتعريض للأحاسيس الإستنباهية الداخلية.

4-3- أدوات القياس:

تتمثل أدوات القياس المستعملة في دراستنا في خمسة مقاييس. تُستعمل عادة في إطار الإصابة بالرهاب تحصلنا على هذه المقاييس باللغة الأجنبية مما اضطرنا إلى ترجمتها والتأكد

من الصفات السيكومترية أي الصدق والثبات الذي سف نعرضها بالنسبة لكل مقياس.

1- إستبيان المخاوف: (Questionnaire des peurs)

1-1- تعريفه:

وُضع هذا الإستباين من طرف ماركس وما تيوز " Marks et Mattews " بهدف قياس الخوف لدى المصابين بالرهاب يُستعمل هذا الإستبيان مع عدة أنواع من الرهاب ،

كما يُوجه الممارس العيادي نحو نوع الرهاب الذي يتطلب العلاج. يحتوي على خمسة عشر (15) بند تخص أنواعا مختلفة من الرهاب متوزعة عبر سلالم تقيس رهاب المكان، رهاب الدم والجروح، الرهاب الإجتماعي، كما يحتوي هذا الإستبيان على خمسة بنود تقيس أعراض القلق وأعراض الإكتئاب المصاحبة للرهاب.

وأخيرا ينتهي الإستبيان على مستوى السلالم التي تقيس أنواع الرهاب المراد علاجها من طرف المريض من خلال الإجابة على البند الأول والبند الأخير.

1-2- الخصائص السيكومترية للإستبيان:

أ- الصدق:

يُعتبر الصدق من أهم المواصفات التي يجب أن تُميز أداة البحث وقدرتها على قياس ما يريد الباحث قياسه. **(بوحفص، 2011، ص: 214).**

يصرح سعد عبد الرحمان (1983) بأن الإختبار لا يمكن أن يكون صادقا إلا إذا توفرت فيه الشروط التالية :

1- أن يكون الإختبار قادرا على قياس ما وُضع لقياسه بمعنى أن يكون ذا صلة وثيقة بالقدرة التي يقيسها.

2- أن يكون الإختبار قادرا على قياس ما وُضع لقياسه فقط، بمعنى أن يكون هذا الإختبار قادرا على أن يُميز بين القدرة التي يقيسها والقدرات الأخرى التي يُحتمل أن تختلط بها أو تتداخل معها.

2- أن يكون الإختبار قادرا على التمييز بين طرفي القدرة التي يقيسها، بمعنى أن يُميز بين الأداء القوي والأداء المتوسط والأداء الضعيف .

(سعد عبد الرحمان، 1983، ص: 224).

توجد عدة طرق للتأكد من صدق الأداة وقد اخترنا صدق المُحكمين بحيث عرضنا الإستبيان بعد ترجمته على عشرة أساتذة من قسم علم النفس والذين أجمعوا على أن أسلوب الإستبيان بسيط ومفهوم.

بعدها تم تطبيق هذا الإستبيان مع عينة المرضى المصابين باضطرابات القلق في العيادة ولوحظ بأن هؤلاء تمكنوا من فهم معنى البنود .وبهذا تأكدنا من صدقه مما شجعنا على تطبيقه في عينة البحث

ب- الثبات:

يعرف الثبات كصفة أو خاصيّة يتميز بها الإختبار الذي يمنح نتائج متشابهة تقريبا عند تطبيقه عدة مرات على نفس مجموعة أفراد.

(سيلاّمي " Sillamy "،1999،ص: 109).

لقد إخترنا أن تكون الطريقة المطبقة بالنسبة لهذا الإستبيان هي طريقة الإختبار وإعادة الإختبار بحيث تمثل تطبيقه في فترتين زمنيتين على عينة ضابطة أي لا تعاوني من أي اضطراب.

وقد كان اختيارنا لهذه الطريقة (Echantillon contrôle) مستمدًا من نتائج الدراسات الأصلية حول الثبات التي قام بها ماركس و ماتيوز " Marks et Mattews " عام 1979 والتي أوضحت بأن معامل الإرتباط كان قويا وأن الإختبار ثابت.

لقد كانت العينة الضابطة المتمثلة في الأشخاص غير المصابين من أي اضطراب من أوساط الطلبة وكان عددهم 53 طالب.

بلغت المدة الزمنية الفاصلة بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني أسبوعين وبعدها حُسب معامل الإرتباط وبلغ 0.83 مما يؤكد بأن الإستبيان ثابت.

2- سلّم تقييم الرهابات، نوبات الهلع والقلق المعمّم:

(Echelle d'évaluation des phobies , attaques de panique et anxiété généralisée :(PPAG)).

2-1- تعريف السلّم:

وُضع هذا السلم من طرف كوتخو " Cottraux " عام 1993، وهو بمثابة أداة تسمح بتقييم ثلاثة أنواع من القلق بما فيها الرهابات، نوبات الهلع والقلق المُعّمم. تم وضعها حسب المعايير التشخيصية لـ **(DSMIV).**

يجب أن يُعرّف الشخص القائم بعملية التقييم وضعيتين رئيسيتين للخوف المرضي واللتين تمثلان إعاقة وتعرقلان مجرى حياته لهذا يطلب منه المعلج أن يمنح درجة لكل وضعية .

ويوجد بندين كيْفيّين يسمحان بالتأكد من ظهور و استمرار ظهور اضطراب الهلع لدى المريض حسب معايير **(DSMIV)** مع مراعاة الشهر الماضي في التقييم.

2-2- الصفات السيكومترية للسلم:

أ- الصدق:

تأكدنا من صدق هذا السلم باستعمال صدق المحكمين من خلال اللجوء إلى آراء مجموعة أساتذة في علم النفس. أخذنا بعين الاعتبار ملاحظاتهم حول الترجمة التي قمنا بها.

ثم قمنا بكتابة محتوى السلم في صيغته النهائية بعد تطبيقه على العينة المرضية والتي كانت عينة المصابين باضطرابات القلق التي تتقدم للفحص النفسي.

ب- الثبات:

إعتمدنا على نفس الطريقة المتبعّة في الإستبيان الأول وهي طريقة التطبيق وإعادة التطبيق على عينة ضابطة لا تعاني من أي إضطراب نفسي.

كانت العينة من أوساط الطلبة عددها 53 طالب قاموا بملأ هذا الإستبيان في المرة الأولى ثم بعد خمسة عشر يوما قاموا بملئه ثانية. وتم التأكد من صحة النتائج المتحصل عليها عند مقارنتها في التطبيقيتين و بلغ معامل الإرتباط 0.85 وهذا ما يدل على أن هذا السلم ثابت.

3- الرائز السلوكي للتجنب (Le test comportemental d'évitement):

يعتبر هذا الرائز بمثابة مقياس وصفي للسلوك الرهابي يحدد فيه المريض أربع وضعيات رهابية تتطلب المواجهة. ثم يطلب المعالج من المريض أن يصف هذه الوضعيات ثم يعيشها ويُقيّم درجة الإنزعاج التي يشعر بها حين يكون في هذه الوضعيات.

3-1- الصفات السيكومترية للرائز:

أ- الصدق:

إخترنا طريقة صدق المحكمين بعدما قمنا بترجمة هذا الرائز وعرضه على أساتذة في علم النفس الذين أبدوا رأيهم في الترجمة.لم تكن آراؤهم مختلفة بل أجمعوا كلهم على حسن الترجمة وسهولتها، لهذا احتفظنا بها.

ب- الثبات:

إن طريقة التطبيق وإعادة التطبيق على عينة بلغت ثلاث وخمسون طالبا بيّنت بأن هذا الرائز ثابت بحيث بلغ معامل الإرتباط 0.93، كما كانت المدة الزمنية الفاصلة بين التطبيقين تُقدر بأسبوعين.

4- إستبيان المعارف الأقورافوبية:

(Questionnaire des cognitions agoraphopiques)

4-1- تعريف الإستبيان:

وضع هذا الإستبيان شامبلس " Chambless " عام 1984 وتُرجم من طرف كوتخو " Cottraux " عام 1998.يتقدم هذا الاستبيان في شكل قائمة تخص النتائج السلبية المتعلقة بالقلق والهلع والتي تظهر من خلال تفكير الشخص.

تمنح التقييمات الذاتية الكمية للمريض درجة الإنشغالات الجسمية ودرجة الإنشغالات الاجتماعية والسلوكية.

4-2- الصفات السيكومترية للإستبيان:

أ- الصدق:

تم التأكد من صدق الإستبيان من خلال صدق المحكمين كطريقة معتمدة للتحقق من قياس الإستبيان ما وضع لقياسه.

ب- الثبات:

بلغ معامل الإرتباط بين التطبيقين الذي تم على عينة الطلبة بـ 0.73 وهذا ما يؤكد على أن المعطيات هي نفسها في التطبيقين ولمدة زمنية تبلغ أسبوعين.

5- إستبيان الأحاسيس البدنية:

(Questionnaire des sensations corporelles)

5-1- تعريف الإستبيان:

يُقيم هذا الإستبيان الخوف من الأحاسيس الجسمية المتعلقة بالقلق، وقد وُضع من طرف شامبلس " Chambless " عام 1984 وتُرجم من طرف لهانس "Lahance " **(بوفار** " Bouvard " **و كوتخو** " Cottraux **"، 2000، ص: 70).**

يظهر هذا الاستبيان في شكل قائمة متمثلة في سبعة عشر (17) بُند يقوم الشخص بترقيمها بواسطة تقييمه الذاتي لدرجة خوفه من كل وضعية واردة في كل بُند.

ثم يجمع المعالج مجموع النقاط التي تعتبر درجة الخوف من الأحاسيس البدنية بمعنى آخر التقييم الذاتي للإنشغالات الجسمية.

5-2- صدق وثبات الإستبيان:

تم التأكد من صدق الاستبيان من خلال إستعمال صدق المحكمين وأما بالنسبة للثبات فقد بلغ درجة0,79.

6- منهج البحث:

يقوم البحث الحالي على المنهج العيادي الذي يتخذ طريقة التصميم التجريبي ذو المفحوص الواحد (Le protocole expérimental à cas unique).

يؤكد هذا الأخير على الطريقة التجريبية نفسها وينطلق من فلسفة العلوم الطبيعية لذلك فهو يسمح بدراسة العلاقات السببيّة بين المتغيرات.

(هيدج " Hedge"، 1987، ص: 217).

وفي نفس الموضوع يؤكد فونتان كوتخو ولادوسغ " **Fontaine , cottraux et Ladouceur** " (1984) بأن التصميم ذو المفحوص الواحد يهدف إلى التعرف على العلاقة السببية بين التدخل العلاجي والتغيرات لإيجابية التي تظهر على المريض .

(فونتان وآخرون " Fontaine et autre "، 1984، ص: 34).

بمعنى آخر فإن هذا التصميم يقارن بين سلوك المريض تحت ظروف العلاج وبدون العلاج عكس ما يحدث في تصميم المجموعات الذي يعتمد مقارنة سلوك الأفراد الدين يتعرضون للعلاج وأولئك الذين لا يتعرضون للعلاج.

توصل الباحثون إلى الاتفاق على أن التصميم ذو المفحوص الواحد هو إستراتيجية تتفوق على إستراتجيات تصميم المجموعات في الميدان العيادي في مجالات عديدة منها:

1- أنها تسمح بتقييم آثار العلاج على الحالات الفردية.

2- أنها تُحرر العيادي من ضرورة إختيار المجموعات الواسعة والمتعددة إذ أن الباحث العيادي يواجه دوما مشكلة عدم التمكن من تشكيل مجموعات كثيرة ومتعددة من المضطربين عندما يرغب في بحث العلاقات السببيّة بين الظواهر التي يدرسها.

3- يعتمد التصميم التجريبي على القياسات المتكررة والمتعددة والمتتابعة في العلاج وأثناء العلاج وبعد العلاج.

لهذا فإن هذا القياس يُقدم صورة أفضل لمسار التغيرات في المتغيّرات بالمقارنة مع تصميم المجموعات الذي غالبا ما يعتمد على القياس القبلي والقياس البعدي.

وعلى هذا فإن التصميم ذو المفحوص الواحد يسمح بدراسة واسعة ومُكثفة للحالات الفردية.

4- يحرر هذا التصميم العيادي من الدلالات الأخلاقية بعدم تقديم العلاج للمرضى.

5- يسمح بتقدير مستويات فعالية العلاج.

6- يستعين بالرسومات التي توضح أكثر كيفية العلاج وتقييمه.

ونظرا لكل هذه الايجابيات ارتأينا الإعتماد على هذا التصميم في دراستنا لنبين العلاقة السببية بين الأفكار الخاطئة ونوبات الهلع مع سلوك التجنب بالإضافة إلى الأعراض المرضية من جهة وبين التدخل العلاجي والتغيرات الإيجابية التي ظهرت على المريض على مستوى نوبات الهلع ، سلوك التجنب والأعراض المرضية الثانوية لاضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان من جهة أخرى.

كما بيّنا مستويات الفعالية من خلال القياسات المتكررة إبتداء من المستوى القاعدي أي الفترة التي سبقت التدخل علاجي إلى غاية سنة بعد العلاج وهي الفترة التقييمية الثالثة بعد التتبع.

II. طريقة إجراء البحث:

لقد أُحِيل المرضى إلى العيادة النفسية من طرف طبيب مختص في أمراض القاب و طبيب مختصفي أمراض الأعصاب اللذين أوضحا للمرضى بأن مرضهم ليس راجعا إلى إصابة القلب أوإصابة في الدماغ وهذا ما تبين من خلال الفحوصات الطبية ونتائج الأشعة بل إن حالتهم تتطلب التدخل العلاجي النفسي.

وقد حضر هؤلاء إلى الفحص النفسي وتمّ في أول لقاء معهم تقديم دور الطبيب النفسي وأهميته في شفاء هذا المرض الذي لا يعود فقط إلى العمل النفسي أي فعالية البرنامج العلاجي بل يعود إلى دافعيتهم في الشفاء و مجهوداتهم في التدريب على التقنيات التي سوف تُلقن خلال العلاج، علما بأننا لم نُدمج في عينة البحث المرضى الأميين الذين يستعصى عليهم ملأ جداول المراقبة الذاتية وقد بلغ عددهم إثنان، وأبقينا على أربعة مرضى كان من السهل عليهم الإجابة على أسئلة الإستبيانات التي تمّ تطبيقها في الحصة الرابعة لأن الحصص الثلاث الأولى كانت مُخصصة لجمع المعلومات الخاصة بالمرض تطوره وتثبته

حسب دليل المقابلة العيادية كانت المقابلة الخامسة هي أول حصة علاجية والتي دامت ساعة كاملة كغيرها من الحصص العلاجية.

بُرمجت باقي الحصص العلاجية على مدى خمسة أشهر بمعدل حصة في الأسبوع. خصصت الثلاث حصص الأولى لجمع البيانات الشخصية وحياة الشخص بالإضافة إلى كيفية ظهور المرض. خصصت الحصة الرابعة لتطبيق الإستبيانات ثم أُتبعت بثلاث حصص علاجية إعلامية حول المرض بحيث قُدمت المعلومات حول إضطراب الهلع ثم بعدها خصصنا ثلاث حصص أخرى لتغيير الخطاب الداخلي للمريض من خلال تطبيق تقنية إعادة البناء المعرفي وأضفنا خمس حصص للتدريب على عملية الإسترخاء وأخيرا خمس حصص لتطبيق التعريض للمثيرات الإستبناهية الداخلية أي الأحاسيس المزعجة كتلك التي يشعر بها أثناء نوبات الهلع.

بعد هذه الحصص قمنا بتطبيق الإختبارات التي تم تطبيقها قبل بداية العلاج ثم قطعنا الاتصال بالمرضى وإتفقنا معهم على موعد بعد ستة أشهر.

أعدنا خلال هذه المقابلة تطبيق نفس الاختبارات وكان الأمر كذلك بعد سنة من العلاج.

قمنا بعدها بمقارنة النتائج علما أن المرضى لم يتلقوا أي علاج آخر طيلة هذه المدة بل كنا في كل لقاء نستلم جداول المراقبة الذاتية الخاصة بإعادة البناء المعرفي الإسترخاء والتعريض للمثيرات الاستنباهية الداخلية.

III -1- الخطوات العلاجية:

1- الحصة العلاجية الأولى، الثانية والثالثة: التحليل العاملي:

لم تُقدّم خلال هذه الحصص أي تقنية علاجية، بل كانت عبارة عن جمع البيانات الشخصية والمعلومات حول تاريخ الشخص، تاريخ المرض، كيفية ظهوره وكيفية تثبيته ثم تحليل هذه العوامل وتحديد العوامل الإستعدادية، العوامل المفجرة لأول نوبة هلع والعوامل المثبتة لهذا المرض وهنا جاءت تسمية هذه المرحلة بالتحليل العاملي.

وفي نفس المجال تمَّ تطبيق دليل المقابلة لتطويق العوامل المرُاد البحث فيها وهي العوامل المثبتة المعرفية أي الأفكار الأقورافوبية إلى جانب أعراض المرض أي شدة إضطراب الهلع وطبيعته.

بالإضافة إلى سلوك التجنب والأعراض المرضية الثانوية لهذا المرض.

2- الحصة العلاجية الرابعة: المستوى القاعدي:

تمَّ خلال هذه الحصة تطبيق الإختبارات قبل القيام بأي تدخل علاجي قصد تحديد مستوى الأفكار الأقورافوبية ومستوى أعراض ($TP/_A$) أي مستوى إضطراب الهلع ومستوى التجنب بالإضافة إلى مستوى الأعراض الثانوية لهذا الداء، لهذا سُميّت هذه المرحلة بمرحلة المستوى القاعدي التي تدل على عدم تدخل أي تغيير على مستوى أعراض المرض.

3- الحصة العلاجية الخامسة، السادسة والسابعة:المرحلة الإعلامية حول المرض:

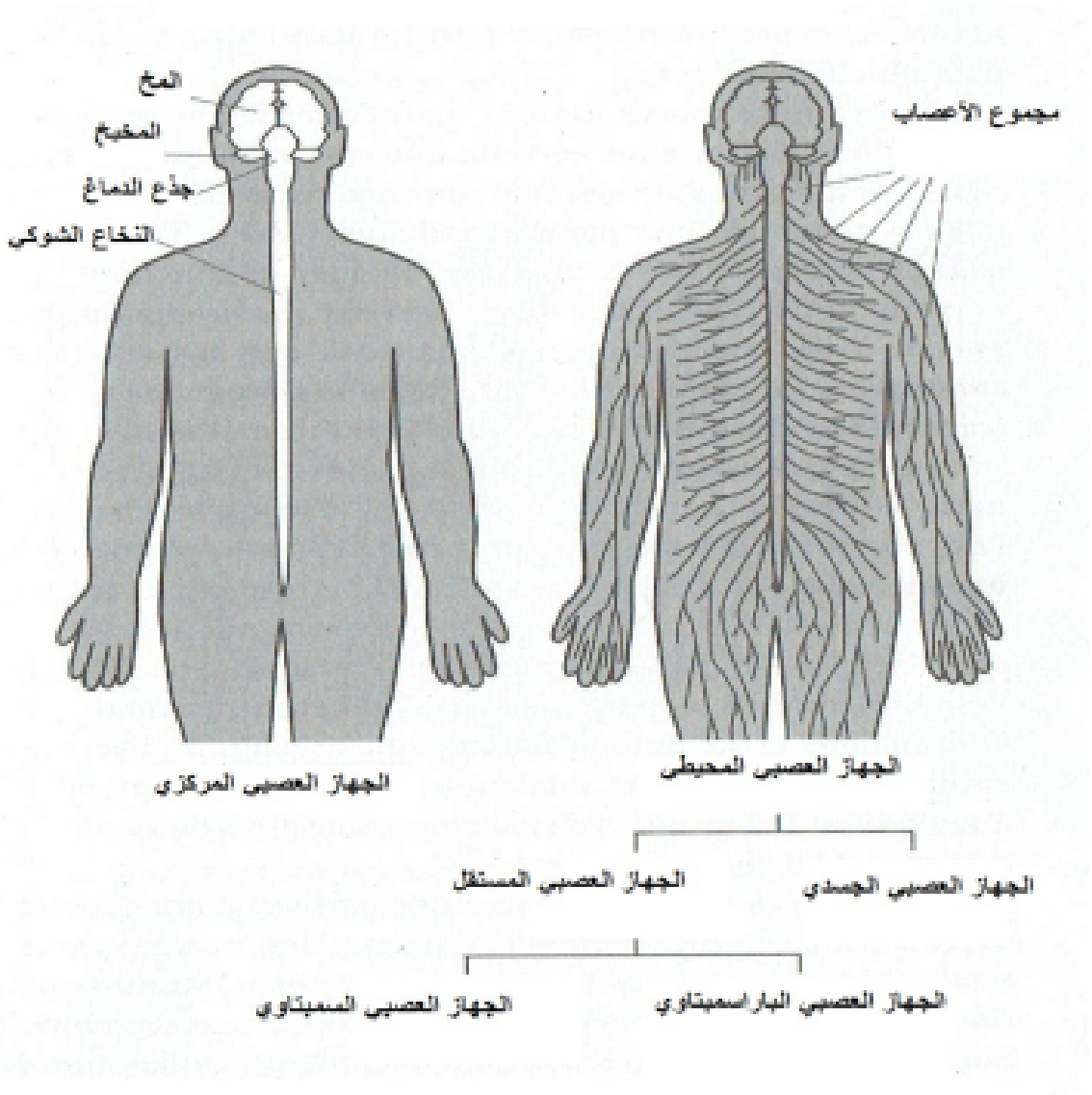
كانت هذه الحصص تصبو إلى إزالة الغموض عن اضطراب الهلع من خلال تقديم معلومات حول استجابة الطوارئ التي تصدر عن الإنسان أمام خطر حقيقي خارجي كما قدّمنا للمريض معلومات حول استجابة الطوارئ أمام خطر داخلي يقع على مستوى أفكاره مما يؤدي إلى تفجير نوبات الهلع ثم في المرحلة الأخيرة قدمنا للمريض مقارنة بين الإستجابتين مُستعينين برسومات حول الجهاز العصبي السمتباوي والباراسمبتاوي اللذين يتدخلان في حالة التعرض للخطر.

لقد بسّطنا بقدر ما تمكن لنا الشروح الخاصة بالأعضاء المُكونة لكلا الجهازين، كما تناولنا دور كل واحد منهما والتغيّرات التي تطرأ على الأعضاء الحشوية حَالَ التعرّض للخطر الداخلي والخارجي.

ونشير بأننا قد أوضحنا كافة هذه المعلومات من خلال تقديم نفس المثال لكافة المرضى ونفس الرسومات حرصًا منّا على توحيد العلاج بهدف التحصُّل على نتائج صادقة.

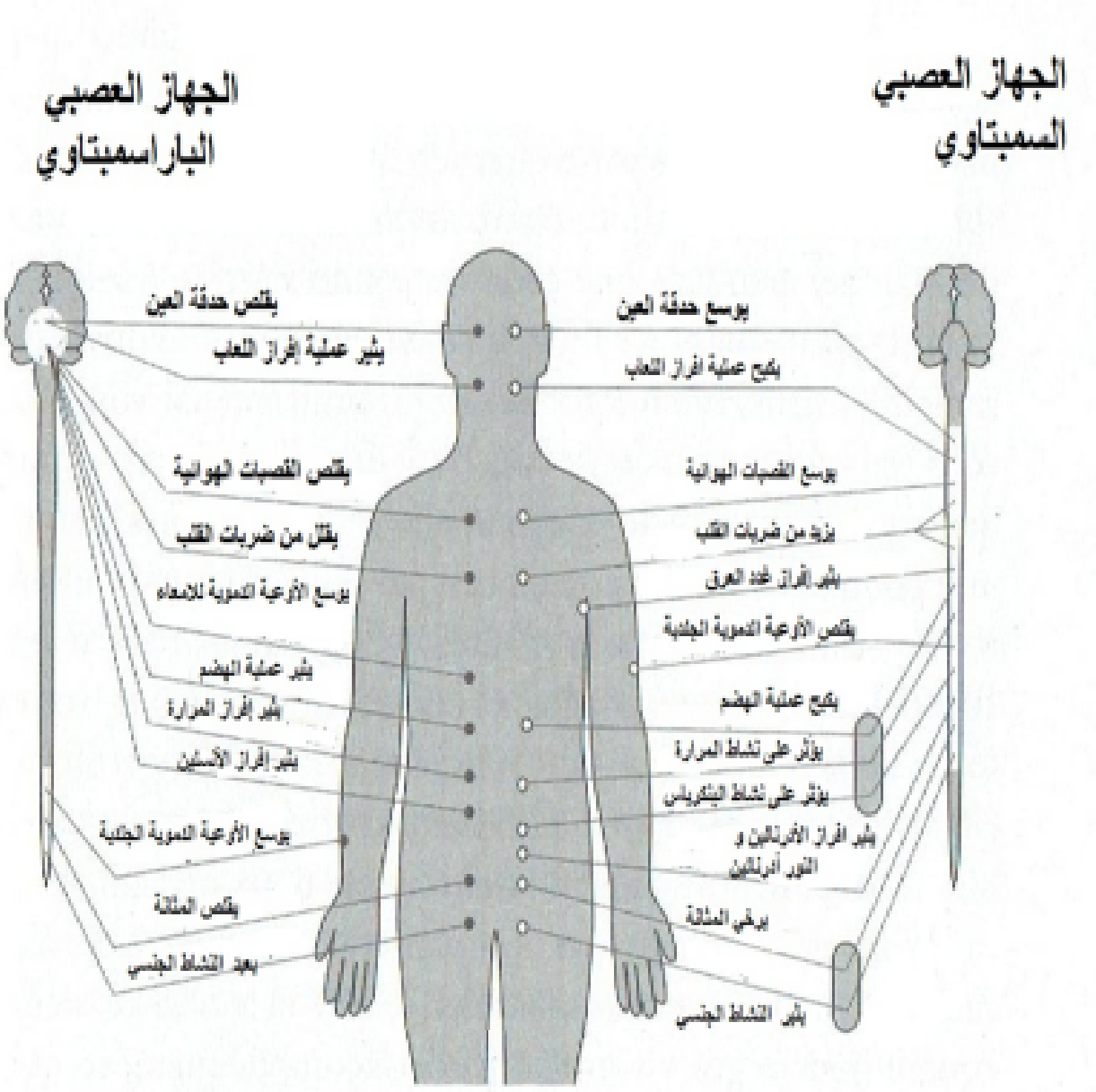
1-3 الحصة الخامسة :

لقد قدمنا في الجزء الأول من هذه الحصة معلومات حول الجهاز العصبي المركزي والجهاز العصبي المحيطى بقسمية السمبتاوي والباارسمتباوي كما هو مبين في الرسم التالي.



ثم طلبنا من المرضى تخيُّل أنفسهم في وضعية خطر خارجية تتمثل في تواجدهم أمام صديق يطلب النجدة وهو مُنضغط تحت جدار إنهار عليه. كانت إجابة المرضى تدور حول الإسراع لتخليص هذا الصديق، وهنا تدخلنا لنشرح كيف يعمل الجاز العصبي السمبتاوي ليُمكنهم من هذه المُهمّة و ماهي التغيّرات التي تطرأ عليه، ثم كيف يُعيد الجهاز

العصبي الباراسمبتاوي التوازن للشخص والهدوء بعد ما ينتهي من هذه المهمة وقد إستعنّا بالرسومات حول الجهازين كي نوضح أكثر المعلومات.

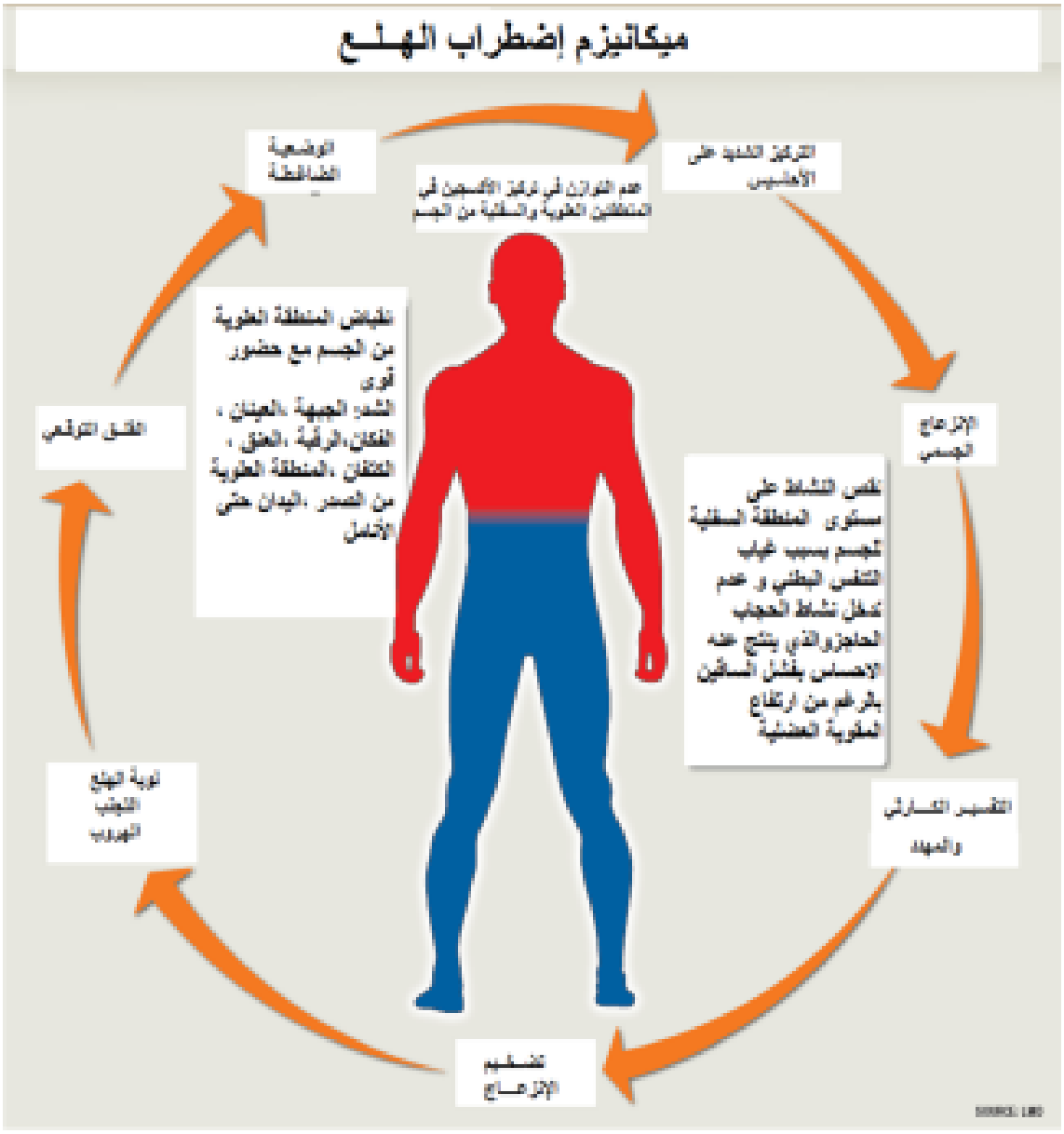


في **الحصة السادسة** تناولنا وضعية الخطر الداخلية اعتماد على ما قدمناه في الحصة السابقة، بحيث طلبنا من المرضى أن يصفوا ما يشعرون به لو أنهم شعروا بكافة التغيّرات التي تحدث في حالة الخطر الحقيقية مع غياب الخطر في المحيط. كانت أجوبة المرض كلها تدور حول صعوبة فهم هذه التغيِّرات ومن هنا إحساس بالخوف عند الشعور بهذه التغيرات. وهنا تدخلنا للمطابقة بين التغيّرات الفيزيولوجية عند وجود خطر في المحيط والتفكير في ضرورة تخليص الصديق والتغيرات الفيزيويولجية بدون وجود خطر في

المحيط أي عند اشتداد الخوف بعد التفكير في وجود خطر حلّ على جسم الشخص وهوما أ سميناه بنوبة الهلع.

لقد ساعدنا المرضى على استيعابهم فكرة مفادها أن التغيّرات الفيزيولوجية في الوضعية الأولى هي نفسها في الوضعية الثانية.

لكن في الوضعية الأولى كانوا منشغلين بفكرة تخليص الصديق ويستعملون كافة التغيّرات على مستوى الجهاز السمبتاوي كي يتخلصون من خطر خارجي وهي إستجابة الطوارئ الضرورية التي تترافق بالنشاط والحركة بينما في الوضعية الثانية تؤدي حالة الخوف الشديد إلى تفسير خاطئ تكون نتيجته التركيز على الأحاسيس واشتداد الخوف ومن تمة نوبة الهلع لقد استعنا بالرسم التالي لتوضيح كافة التغيرات الخاصة بنوبة الهلع كي يتسنى للمرضى فهم ماهية نوبة الهلع وأسبابها .



خصصنا **الحصة السابعة** لتقديم جدول يبين بصورة واضحة حالة الأعضاء الضغط الدموي، عملية لتنفس، الأوعية الدموية، العضلات، الجهاز الهضمي والحرارة في وضعية الراحة، في وضعية الإنذار الحقيقية وفي وضعية الإنذار الخاطئ (نوبة الهلع).

إن تقديمنا لهذا الجدول يصبو إلى إمداد المرضى بالمعلومات التي من شأنها إزالة الغموض عن إضطراب الهلع و اكتساب نظرة جديدة عن الهلع خالية من كل تضخيم.

	حالة الراحة	إستجابة الإنذار الواقعية	الإنذار الخاطئ	المجهود المكثف
القلب	يقذف 4 إلى 5 لتر من الدم في الدقيقة الواحدة	يضاعف إيقاع القلق 2 أو 3 مرات	يضاعف إيقاع القلق 2 أو 3 مرات	يضاعف إيقاع القلق من 4 أو 7 مرات
	يبلغ معدل التواتر 72 في الدقيقة الواحدة	يرتفع معدل التواتر	يرتفع معدل التواتر	يبلغ معدل التواتر 240 في الدقيقة الواحدة
الضغط الدموي	عادي	مرتفع	مرتفع	مرتفع
التنفس	من 10 إلى 14 تنفس في الدقيقة الواحدة في حالة الراحة - من 5 إلى 7 تنفسات أثناء النوم	مكثف وشديد جدا	مكثف وشديد جدا	مكثف وشديد جدا
	هدوء التنفس	إنطباع بضيق التنفس الذي يعود إلى التقلص العضلي وجفاف القنوات التنفسية	إنطباع بضيق التنفس الذي يعود إلى التقلص العضلي وجفاف القنوات	إنطباع بضيق التنفس الذي يعود إلى التقلص العضلي وجفاف

			التنفسية	القنوات التنفسية
	حالة الراحة	إستجابة الإنذار الواقعية	الإنذار الخاطئ	المجهود المكثف
أكسدة الدم	التوازن	التوازن	العلاقة 02/C02	التوازن
الأوعية الدموية	الحالة السوية	امتداد الأوعية الدموية الكبيرة، وتقلص الأوعية الدموية في المناطق الأخرى	امتداد الأوعية الدموية الكبيرة وتقلص الأوعية في المناطق الأخرى	إمتداد الأوعية الدموية وتقلص الأوعية في المناطق الأخرى
العضلات		إرتفاع قوة التقلص	إرتفاع قوة التقلص	إرتفاع قوة التقلص
الجهاز الهضمي	تَصُبُ فيه المواد الغذائية بطريقة طبيعية	كف عملية الهضم	كف عملية الهضم	كف عملية الهضم
حرارة الجسم	37 ,5 c	تهدف عملية التعرق المحافظة على حرارة الجسم	37 ,5 c	//

4- الحصة العلاجية الثامنة، التاسعة والعاشرة: مرحلة تغيير الخطاب الداخلي:

إنصب اهتمامنا خلال هذه الحصص حول تحديد أفكار المريض المسؤولة عن تفجير نوبات الهلع، وتقديم الأحاسيس المرتبطة بهذه الأفكار التي لا أساس لها من المنطق

لقد حاولنا أن نوازي بين كل فكرة غير منطقية وغير عقلانية حددها المريض بالإحساس المرُعب الذي يترتب عنها حتى انتهينا من كافة الأفكار.

ثمُ في الخطوة الثانية قدمنا أمام كل فكرة غير عقلانية فكرة بناءة وطلبنا من المريض أن يتبناها بعد التدرب عليها. شرحنا له بأن هذه العملية تدخل في إطار تغيير الخطاب الداخلي من خلال إستبدال الأفكار المتسببة في إضطراب الهلع الذي يعاني منه بأفكار واقعية لا تثير الهلع لديه. ثم قدمنا له جدولا يتضمن الإحساس المزعج مع الفكرة التي تُثيرهُ والتي تقابلها الفكرة المنطقية والبنّاءة.

الأحاسيس والتفسيرات غير الواقعية	التفسيرات الواقعية والمنطقية
نبضات القلب المتزايدة + فكرة " قلبي سوف يرتخي وسوف أموت بسكتة قلبية ".	إن قلبي و عبارة عن عضلة قوية تكمن مهمتها في النشاط المستمر.إنه ينبض بسرعة لأنني أعيش في حالة قلق. على كل حال سبق وأن تعرضت لعدة نوبات هلع ولم أُصب بسكتة قلبية أدت إلى موتي. سوف أترك قلبي ينبض إلى غاية عودت لحالته الطبيعية بهدوء تماما كما كان ينشط في الماضي.
الدوار + فكرة " سوف أفقد الوعي ".	أنا أعاني من الدوار لأنني مصاب بالقلق وأتنفس بطريقة سريعة للغاية. إنها حالة إفراط في التهوية وهي مزعجة لكنها ليست خطيرة. سوف أتنفس بأقل سرعة واقل قوة لكي تتحسن حالتي. زد على هذا، لم يسبق لي وأن فقدت وعي بسبب الدوار.

	بالإضافة إلى هذا فإن نسبة الأوكسجين هي الآن مرتفع: لأنني قلق عكس ما يسود في حالة فقدان الوعي الذي تكون فيه نسبة الأوكسجين منخفضة.
الإحساس بضيق الصدر + فكرة " سوف أختنق ".	أنا أشعر بضيق التنفس لأنني في حالة شد عالية، كما أن عضلاتي متقلصة. إنني لن أُصاب بالاختناق لهذا السبب بالعكس أنا أتنفس بطريقة أسرع وأقوى من العادة، لهذا من المستحيل أن أختنق بسبب القلق.
الإحساس بضيق الصدر + فكرة: إنني في مكان ينقصه الهواء لذا أرغب في الخروج ".	بالرغم من الاختلاف في الضغط الجوي بين الميترو والطريق، إلا أن الهواء هو بنفس المقدار في كلا المكانين، كما أنه كافي للتنفس الجيد.
الإحساس بتبدد + فكرة: " سوف أصبح مجنونا وأُحجز في مصحة ".	لا أحب هذه الأحاسيس لكن أعلم الآن بأنها أعراض خاصة بالإفراط في التهوية. لا يوجد أية علاقة بين التنفس السريع والإصابة بالجنون، فلم يحصل أبدا أن أُصبت شخص ما بالجنون بسبب نوبات الهلع وأنا شخصينا لم أُصْب بالجنون بالرغم من تعرُّضي لعدة نوبات هلع. سوف أحاول التخفيض من سرعة تنفسي وفي حالة ما لم أتوصل، فهذا ليس خطير لأنني سوف أنتظر حتى أتمكن من تجاوز هذه الصعوبات بمفردي.

الإحساس بتبدد الواقع، الإحساس بالخدر الدوخة إختلال الرؤية وقصر التنفس. + فكرة " سوف أفقد التحكم في نفسي وأبدأ في الصراخ والجري في كل الاتجاهات ".	أعلم أن سبب هذه الأحاسيس هي التنفس السريع جدا الذي لن يُفقدني التحكم في نفسي، فلم يسبق وأن فقدمت تحكمي في نفسي.في الحقيقة، عندما أقرر بأنني في حالة خوف شديدة، وأنني أريد الخروج من الوضعية. أتمكن من التحكم في كل شيء حولي. يجب أن أتذكر بأن جهازي العصبي في أقصى قدراته بخصوص التفكير السريع وإيجاد الحلول.
الإحساس بالحرارة على مستوى العمود الفقري والرأس. + فكرة: " سوف أتعرض لحادث دماغي وعائي (AVC).	إن ضغطي الدموي مرتفع بهدف تجنيد جسمي قصد مواجهة الخطر. من المزعج أن يتجند بدون أي سبب لكن هذا ليس خطيرا. إن نشاط جهازي العصبي يُفيد حمايتي، فلا يمكن أن يكون طيرا بالنسبة لي. على كل حال، لو كان الأمر خطيرا بخصوص نوبات الهلع التي تعرضت لها أنا موجود حاليا في حالة حيرة.
الإحساس بفشل الساقين + فكرة: " لا أستطيع أن أتحرك، سوف أسقط ".	إن ساقي مملؤة بالأوكسجين كثر من المعتاد، فهي ليست قادرة على حملي فحسب بل هي في أقصى قدراتها على تحمل ثقل جسمي. يمكنني أن أثق في ساقيّ لأنها سوف تُسندني ويمكن أن تحملني أينما رعبتُ.

كما قدمنا له الجدول التالي الذي يدخل في إطار المراقبة الذاتية وطلبنا منه تسجيل الأحاسيس والأفكار اللاعقلانية والتي تقابلها الأفكار العقلانية.

وأكدنا على ضرورة التسجيل اليومي لهذه الأفكار لأن هذه العملية من شأنها أن تساعده على الوعي بمحتوى أفكاره، كما تسهل عملية تغيير أفكاره وبالتالي التقليل من الهلع الذي يعيش فيه ويعاني منه.

الأحاسيس والتفسيرات غير الواقعية	الأحاسيس والتفسيرات الواقعية
	.

5- الحصة العلاجية الحادية عشرة، الثانية عشرة، الثالثة عشرة والرابعة عشرة والخامسة عشرة: التدريب على الاسترخاء العضلي:

لقد فكرنا في تدريب المرضى على الاسترخاء قبل تعريضهم لأحاسيسهم المميزة لنوبات الهلع قصد مساعدتهم على النجاح في المرحلة التالية.

إن الهدف الأساسي لهه التقنية هو الوعي بحالة الشد العضلي وحالة الاسترخاء العضلي التي من المفروض أن يكتسبها المرضى وأن يُبقُوا عليها حتى تصبح الحالة المميزة لهم.

لهذا خصصنا خمس حصص للبلوغ إلى التدريب الجيد الذي طلبنا من المرضى القيام به مرتين في اليوم لمدة عشرين دقيقة في آخر اليوم وقبل النوم.

بالإضافة إلى هذا أعددنا جدولا خاصا بالمراقبة الذاتية لعملية الاسترخاء وكان مبادرة منّا هدفها هو وعي المريض بطبيعة التمرين من خلال تسجيل الحالة التي كانت تميز عضلاته خلال التمرين، وأكدنا على ضرورة الإنتباه المستمر لحالة العضلات طيلة اليوم لهذا قدمنا جدول المراقبة الذاتية الخاص بالإسترخاء العضلي الذي صممناه شخصيا حسب احتياجات الدراسة.

حالة العضلات / الأعضاء المختلفة	مسترخية جدا	مسترخية	متقلصة جدا	متقلصة	مؤلمة	أحاسيس أخرى
عضلات اليد اليسرى						
عضلات اليد اليمنى						
الجبهة						
عضلات العينين						
عضلات الفم						
عضلات الأنف						
عضلات الوجه						
عضلات الرقبة						
عضلات الكتفين						
عضلات الصدر						
عضلات البطن						
عضلات الرجل اليسرى						
عضلات الرجل اليمنى						
طبيعة عملية التنفس						

6- الحصة السادسة عشرة، السابعة عشرة، الثامنة عشرة، التاسعة عشرة والحصة العشرون: التعريض للمثيرات الاستنباهية الداخلية:

تناولت هذه الحصة المعاش الجسمي و الإنفعالي المُميز لنوبات الهلع .

لقد أمددنا المرضى في المرحلة الأولى بمعلومات كانت بمثابة إعداد نفسي لعملية التعريض.

لقد استعملنا نفس العبارات بالنسبة لكافة المرضى وكانت كالتالي: " إن نجاحك في هذه الحصة يعني نجاحك في العلاج والذي يتوقف على قدرتك على مواجهة أحاسيسك الجسمية التي تعيشها في نوبات الهلع "، ثم واصلنا: " إن تقبّل الأحاسيس المزعجة التي سوف تتعرض لها هي مفتاح نجاحك بينما إذا إستمريت في محاولة التخلص منها من خلال شعورك بالخوف الشديد بمجرد الإحساس بها،هذا لا يمكن أن يجعلك تتخلص منها "

ثم باشرنا في تعريض المرضى لكافة التمارين المبينة في الجدول التا لي ولاحظنا درجة الهلع التي يعيشونها مع كل تمرين.

التمرين	المدة	التعليمات
هز الرأس.	30 ثانية	أمل رأسك قليلا وهزّه من اليسار إلى اليمين مع فتح عينيك. بعد 30 ثانية إرفع رأسك واحتفظ به مستقيما لبعض الثواني.
تقويم الرأس.	دقيقة	بينما أنت جالس على مقعد، إنحنِ برأسك بين ساقيك إلى مستوى أدنى من مستوى القلب وبعد ثانية ارفع رأسك في وهلة واحدة وانتصب.
الجري في نفس الموضع أو الصعود و النزول من	دقيقة	إجر في مكانك أو موضعك مع رفع الركبتين إلى غاية الوركين إن أمكن أو

درج السلم.		اصعد ثم أنزل من درج السلم.
تقليبص كل الجسم.	دقيقة	وأنت جالس على المقعد، قلص كل العضلات الكبيرة مع رفع خفيف لفخذيك من كل المقعد.
الاحتفاظ بالتنفس.	30 ثانية	قم بعملية شهيق طويلة مع سد الأنف والفم بواسطة يدك. إذا لم تتمكن من القيام هذه العملية لمدة 30 ثانية، يمكنك أن تتوقف.
الدوران في نفس الموضع.	دقيقة	وأنت جالس على مقعد ذو عجلتين، قم بعملية دوران وأنت في موضعك مع فتح عينيك بدون التركيز على أية نقطة.. إذ لم يتوفر لديك المقعد قم بالدوران حول نفسك وأنت واقف بالقرب من جدار تتوكأ عليه في حالة ما تشعر بالدوخة
الإفراط في التهوية.	دقيقة	إستنشق ثم قم بعملية الزفير بعمق عن طريق فمك بقوة كافية حتى تستمع إلى نَفَسِك.
التنفس.	دقيقتين	أمسك فتحتي أنفك وتنفس من خلال أنبوب بلاستيكي.
التركيز على نقطة الجدار.	دقيقتين	ركز على نقطة في الجدار بدون إزاحة نظرك عنه لمدة دقيقتين.

البلع السريع.	أربع مرات	إبلع بأسرع ما يمكن أربع مرات متتالية (من الطبيعي أن تكون عملية البلع صعبة بدون الشرب والأكل).
تصور أسو إحساس.	مدتين	إغلق عينيك، فكر في نوبة الهلع وتصور أسوأ إحساس لمدة دقيقتين.
تثبيت النظر على صورة أو على يدك.	دقيقتين	ثبت نظرك على المرآة أو على راحة يدك بحيث تتحدد المسافة الفاصلة بين المرآة ووجهك أو يدك ووجهك بـ 15 إلى 20 سم
الضغط على الذراع.	دقيقة	ارفع الجهة الأمامية من ذراعك وبواسطة اليد اليمنى إضغط على ذراعك الأيسر بحيث تقلل من خلال هذه العملية من الدورة الدموية.

بعد الإنتهاء من هذه التمارين باشرنا في تطبيق المراقبة الذاتية من خلال طلبنا من المرضى أن يصفوا أحاسيسهم في كل تمرين، أن يحددوا شدة الأحاسيس التي شعروا بها على سلم يتراوح من 1 إلى 8، ثم طلبنا منهم أن يحددوا درجة الخوف أو القلق أو الانزعاج التي شعروا بها خلال التمرين وفي الأخير طلبنا منهم تحديد درجة التشابه بين ما أحسّوا به خلال التمرين وما تعودوا الإحساس به خلال نوبات الهلع التي يتعرضون لها كما طلبنا منهم ترتيب التمارين حسب درجة الخوف.

وبعدما تعرف المرضى على التمارين ورتبوها حسب درجة الخوف التي يشعرون بها في كل تمرين، إتفقنا معهم بأننا سوف نباشر في التمرين الذي يثير أقل درجة من الخوف وسوف نعيده ثلاث مرات ثم نتقل إلى التمرين الثاني إلى غاية الانتهاء من كافة التمارين.

لقد لاحظنا بأنا مرافقتنا للمرضى كان له دور فعال بحيث تشجع المرضى على القيام بالتمارين خاصة بعد رؤيتنا ونحن نقوم به بدون أي خوف.

وفي آخر **الحصة الثامنة عشرة** قدمنا الجدول التالي الخاص بالمراقبة الذاتية بعدما تأكدنا من قدرة المرضى على القيام بالتمارين بمفردهم بدون أي خوف.

يتضمن هذا الجدول نفس المحاور المقدّمة في الحصة العلاجية أي تسجيل الأحاسيس التي يشعر بها المرضى بعد الانتهاء من التمرين، تحديد شدة الأحاسيس، تحديد شدة الخوف أو القلق أو الانزعاج، تحديد درجة التشابه مع أحاسيس نوبات الهلع وترتيب التمارين تصاعديا حسب درجة الخوف.

التمرين	الأحاسيس	شدة الأحاسيس من1-8	الخوف/ القلق/ الإنزعاج من 1-8	التشابه من 1-8
هز الرأس				
تقويم الرأس				
الجري في المكان نفسه أو الصعود والنزول في درج السلم				
تقليص كل الجسم				
الإحتفاظ بالتنفس				
الدوران في نفس الموضع				

التمرين	الأحاسيس	شدة الأحاسيس	الخوف/ القلق/ الإنزعاج من 1إلى 8	التشابه من 1-8
الإفراط في التهوية				
التنفس من خلال أنبوب بلاستيكي				
التركيز على نقطة في الجدار				
البلع السريع				
تصور أسوأ إحساس				
تثبيث النظر على صورة أو على يدك				
الضغط على الدراع				

لقد إتفقنا مع المرضى بأن نجاحهم في هذه التمارين يتوقف على تكرارها في المنزل مرتين في اليوم في نفس التوقيت الذي تم التدريب فيه على عملية الإسترخاء وهذه المدة عشرين دقيقة.

لقد خصصنا **الحصة التاسعة عشرة والحصة العشرون** لمناقشة التمارين التي قام بها المرضى في المنزل من خلال مناقشة جداول المراقبة الذاتية.

وفي آخر الحصة العشرين هيّأنا المرضى إلى عملية التدريب وشجعناهم ودعمناهم من خلال إمدادهم بمعلمات حول إمكانية التعرض لنوبات الهلع حتى أثناء عملية التدريب وهذا ليس بالشيء السلبي حيث استعملنا العبارة التالية مع كل مريض: " يجب أن تعلم بأن تعرُّضَك لنوبات الهلع خلال تدرُّبك لا يعني فشل العلاج بل يعني عدم إكتساب السيطرة على خوفك وهذا شيء طبيعي لأن عملية السيطرة أو التحكم تتطلب وقتا لهذا من

الضروري التدرب طيلة الستة أشهر المُقبلة حتى تتخلص من إضطراب الهلع. وتتمكن من مواجهة الوضعيات التي تتجنبها ".

7- الحصة الواحد والعشرون إعادة تطبيق الإختبارات

تم خلال هذه الحصة تطبيق نفس الاختبارات التي تمّ تطبيقها في الحصة الرابعة وكانت هذه آخر حصة جمعتنا بهؤلاء المرضى. وقدمنا في آخرها موعدا للمرضى.

8- مرحلة التتبع ستة أشهر بعد العلاج:

لقد إلتقينا من جديد بالمرضى وطبقنا دليل المقابلة التقييمية، كما طبقنا نفس الإختبارات التي قُدمت في الحصة الرابعة بالإضافة إلى أننا ناقشنا جداول المراقبة الذاتية

9- مرحلة التتبع: سنة بعد العلاج:

كانت هذه أخر مرحلة أي آخر تقييم لنتائج العلاج، قمنا خلالها بطرح أسئلة المقابلة التقييمية، كما قمنا بتطبيق الاختبارات التي سبق وأن طُبقت خلال الحصة الرابعة، الحصة الواحدة والعشرون والحصص التي تدخل في إطار التتبع.

لقد قمنا بعدها بتحليل النتائج التي سوف نعرضها في الفصل التالي بعدما نعرض الجدول الملخص لهذا العلاج بكافة مراحله.

ثلاثة أسابيع.	التحليل العاملي.	الحصة 1، 2، 3.
أسبوع.	تطبيق الاختبارات قبل العلاج (المستوى القاعدي).	الحصة 4.
ثلاثة أسابيع.	المرحلة الإعلامية حول المرض.	الحصة 5، 6، 7.
ثلاثة أسابيع.	تغيير الخطاب الداخلي.	الحصة 8، 9، 10.
خمسة أسابيع.	التدريب على الاسترخاء.	الحصة 11، 12، 13، 14، 15.
خمسة أسابيع.	التعريض للمثيرات الاستنباهية الداخلية.	الحصة 16، 17، 18، 19، 20.
أسبوع.	تطبيق الاختبارات بعد العلاج + المقابلة التقييمية.	الحصة 21.
ستة أشهر بعد العلاج	تطبيق الاختبارات + المقابلة التقييمية.	التتبع.
سنة بعد العلاج.	تطبيق الاختبارات + المقابلة التقييمة.	التتبع.

الفصل الثــاني

عــرض نتائج البــحث ومناقشتها

I – عرض نتائج البحث ومناقشتها :

1- الحالة الأولى:

1-1- تقديم الحالة:

يبلغ السيد (د) من العمر 54 سنة، الأخ الأصغرلثلاثة (3) ذكور و خمسة (5) إناث. يبلغ مستواه الدراسي الثالثة ثانوي، والده متوفي لكن والدته لازالت على قيد الحياة. متزوج وأب لطفلين، يقطن بالجزائر العاصمة ولديه مهنة حرة.

1-2- سبب التقدم إلى الفحص النفسي:

تقدم السيد (د) إلى الفحص النفسي بسبب مخاوفه الشديدة التي صعب عليه التحكم فيها والتي يعتبر نفسه مسجونا بداخلها بحيث تُمثل بالنسبة له عائقا كبيرا إذ لا يستطيع المكوث في البيت لوحده والتنقل منفردا مهما كانت وسيلة النقل، كما لا يمكنه الإبتعاد عن مقر سكناه حتى في حالة الضرورة.

يشكو المريض أيضا من خوفه الشديد من الموت ومن التواجد في حشد من الناس لأن الاكتظاظ يُخيفه ،كما يمتنع عن التنقل في مساحات مفتوحة خالية من الناس لأنه يخشى عدم وجود مساعدة في حالة شعوره بالإنزعاج والخوف.

لاحظ السيد (د) بأن الضجيج أو الصوت العالي يزيد من خوفه، كما تجعل فكرة القيام بالفحوصات الطبية المريض في حالة رعب لأنه يخشى إصابته بالأمراض لاسيمّا داء السكري و إرتفاع ضغط الدم إلى جانب خوفه من ارتفاع مادة الكوليستيرول في الدم، لهذا يتجنب كلّيا زيارة الطبيب. بالإضافة إلى هذا يُصرح بأنه ينزعج كثيرا حين يكون مُرغما على أخذ حمام وينسب انزعاجه إلى عدم قدرته على الخروج من الحمام في حالة ما يشعر بالإختناق وسرع نبضات قلبه. لهذا يجد بأن هذا النشاط يُمثل بالنسبة له مشكلا عويصا لا يجد له حلاًّ.

طلب المريض يد المساعدة للتخلُص من خوفه من فقدان التوازن والسقوط أو الإغماء، كما قدّم شكواه من الإحساس بالدوار الدائم إلى جانب إحساسه بجفاف حلقه وتقلص عضلات أنفه والإحساس بالإختناق.

3-1- تاريخ المريض الشخصي:

نشأ المريض في وسط مُلتزِم وصارم بحيث كان والده يولي أهمية كبيرة للدراسة والخُلق الحميدة التي تظهر في الجديّة في الدراسة، الإلتزام بأوقات محدّدة يوميا للدخول إلى البيت، عدم التدخين ، عدم السفر، عدم مصاحبة ذوي السلوك غير الحميدة، حسن معاملة الغير وتجنب الدخول في صراعات معهم. كان المريض مُتفوقا في الدراسة حارصًا على إرضاء والده الذي كان جدُّ مُتعلق به عكس الأخ الذي لم يكن يبالي بالدراسة وكان يُعاقَّب بإستمرار على النتائج السيئة التي كان يتحصل عليها.

يروي المريض طريقة عقاب الأب التي كانت عبارة عن عنف جسدي مُوجه نحو أخيه والذي كان يُثير لديه خوفا شديدا من تلقِّيه يوما ما نفس العقاب وكان يدفعه لبذل مجهودات كبيرة قصد التحصل على نتائج جيدة.

يصف المريض والده بالإنسان البسيط، الطيب، الصارم حتى تجاه نفسه بحيث كان يُكرر بإستمرار بأنه لا يقبل ولن يقبَل أبدا أبناء منحرفين.

أما والدته فقد كانت تعتني به كثيرا وتخاف بشدة بمجرد أن يعاني من آلام حتى وإن كانت بسيطة، كما كانت جدُّ مُرعبة من فكرة إصابته بالحوادث لذا كانت تُحذرُه دوما من عدم الابتعاد عن البيت وعدم تجاوز ساعات محددة وعدم التدخين خوفا من عقاب الأب أو فقان حبه.

يصرح السيد (د) بأن طفولته كانت تتسم غالبا بالخوف الشديد المستمر لكنه بالرغم من هذا الخوف كان ناجحا في دراسته ويبدو بمظهر الطفل المثالي سلوكا وذكاء.

فَقَد المريض والده وهو يبلغ من العمر 17 سنة بعدما تم إدخاله إلى المستشفى على إثر إصابته بداء السكري.

يقول المريض أنه شعر بالضّيَاع بعد وفاة والده وبدأت الصراعات العائلية ومحاولة تحكم الأخ له التي قاومها بشدة. إنضم المريض إلى فرقة موسيقية شعبية وأصبح ينتقل معهم ويتمتع بإكتشاف العالم. أعاد المريض السنة الثانية ثانوي لأول مرة و في السن العشرين (20) رسب في إمتحان البكالوريا وحاول بعدها هجرة البلد لكنه فشل في هذا المشروع وشعَر بخيبة أمل كبيرة مما إضطره البحث عن العمل فأصبح مُمثلا تجاريا

لإحدى الوكالات ، يذكر المريض بأنه عندما بلغ سن 21 سنة عاش حاديا صدميا تمثّل في زلزال الشلف وكان لهذا الحدث أثرا قويا بحيث جعله يعيش في حالة رعب مستمرة لم يتمكن التخلص منها.

وعندما بلغ سن 30 توقف عن عمله كممثل تجاري بعد مشاكل صادفها وكان فقدان عمله قد أثّر فيه تأثيرا كبيرا وجعله يخاف من وجود نفسه بدون مصدر عيش، لكنه تمكن من وجود عمل آخر لم يكن مُقتنعا به لكنه لم يجد الخيار وعمل كسائق سيارة أجرة.

عَقِبَ هذا الحادث المُزعج تذكر المريض بأنه صُدِم صدمة شديدة بعد فقدان أخته فجأة وهو يبلغ من العمر 32 سنة. وبعد سنتين فقد المريض ابن أخيه الذي كان ضحية للإرهاب وحدث هذا في يوم كانت تحتفل فيه العائلة بحدث سارٍّ تمثل في عرس أخ المريض.

يصف المريض السنوات التي ساد فيها الإرهاب كما إشتد خوفه الشديد من الموت بالإضافة إلى كثرة الصراعات العائلية وفشل علاقة عاطفية في السن 38.

1-4- تاريخ ظهور المرض:

ظهرت أول نوبة هلع لدى المريض في سن 32 وهو مسافر إلى مدينة وهران كان يقود السيارة عندما تلقى هاتفيا خَبر وفاة أخته، فشعر على إثر هذا الخبر بالتنمّل على مستوى جسمه، كما شعر بصعوبات في عملية التنفس وشعر بالإختناق مع خوف شديد من الموت نُقل المريض إلى المستشفى أين تلقى الإسعافات بواسطة المهدئات، وطلب الطبيب منه فحوصات خاصة بالقلب لأنه كان يعاني من آلام في الصدر. قام المريض بكافة الفحوصات والتي بيّنت بأنه لا يعاني من أي مشكل عضوي، لكن الخوف من الموت وأحاسيسه المزعجة بالإختناق وخفقان القلب كانت تشتد مما أدى إلى إمتناع المريض عن التنقل خارج البيت لأنه كان يخاف الشعور بالإنزعاج وعدم وجود شخص يُسعفه.

إمتنع المريض عن إستعمال وسائل النقل المشتركة منفردا،وفي حالة ركوبه السيارة برفقة صديقه كان يشترط عدم السير في الطرق السريعة وفي النفق لأنه يشعر فيهما بأنه بعيد عن الإسعاف ولأن حالة المريض تأزمت لجأ هذا الأخير إلى العلاج بالرقية الذي لم يُجْدِ نفعا.

عندما بلغ 43 سنة باشر في العلاج الكيميائي والعلاج النفسي معا بحيث إستفاد من أربع حصص علاجية نفسية وتعاطى مضادات القلق ومضادات الإكتئاب (Laroxyl et tranxéne)، ثم توقف عن العلاج النفسي بعد توجيه الأخصائية النفسانية له إلى العلاج الكيميائي لأنها وجدت بأن حالته تتطلب العلاج الطبي فقط.

دوام المريض على العلاج الكيميائي لمدة سنتين لكنه لم يتحرر من خوفه من الموت بنوبة قلبية، كما إشتد خوفه من فقدان التحكم في نفسه بحيث كان يخشى أن يُغمى عليه وأن يسقط ويفقد السيطرة على عضلات ساقية مما جعله يتفادى الإبتعاد عن مقر سكنه.

إلا في حالة ما يكون مصحوبا بشخص يثق به وهو صديق رافَقَّه أول مرة إلى عيادتنا النفسية.

1-5- وصف حالة المريض خلال الفحص النفسي:

بَدى السيد (م) بمظهر شخص مكتئب بحيث كان يخطو خطوات ثقيلة وكانت نظرته مملؤة بالتساؤلات عن ماهية هذا المرض وعن كيفية التخلص منه.

لقد أبدى المريض رغبة شديدة في التخلص من مرضه لدرجة أنه بكَى وهو يصف مرَضه كعائق كبير للشعور بالفرحة من جراء حرمانه من الإستقلالية وشعوره الدائم بالتبعية إذ لاحظنا بأنه تقدم إلى الفحص النفسي مرفوقا بصديق له. كان المريض مستعدا للعلاج ولفهم ما يحصل له لأنه لم يجد تفسيرا لخوفه الدائم الذي يعترف بعدم عقلانيته.

بالرغم من هذا صرح المريض بأن هذا الخوف المرضي هو إحساس شاق ومُتعب ومنفذ القوى، وأنه بالفعل يُفقد كل المنطق عندما يتعرض لنوبة هلع والتي يصفها كصَامة كهربائية تمر في كامل جسمه.

1-6- عرض محتوى المقابلة العيادية قبل العلاج وبعد العلاج:

أ- قبل العلاج:

لقد أجابنا السيد (د) عن الأسئلة التي تدخل ضمن مختلف المحاور المُوضحة في دليل المقابلة والتي تظهر على النحو التالي:

- كنكون مْقلق نقول بلي راح نتصرع ونطيح.

- كنتقلق نخاف بزاف قلبي يحبس ونموت

- jai très peur de manquer d oxygène et d étouffer.

- je crains beaucoup le sentiment d étourdissement car je me dis que je vais perdre mon équilibre.

- نحس روحي دايما نخاف ونقول ضرك نطيح وما نلقاش الّي يدّيني للسبيطار

Je sens toujours le besoin d avoir quelqu ‘un a mes cotes pour me sentir sécurisé.

- كنكون نعيش الخلعة، Je me dis que je suis incapable de respirer .

- Pendant que je panique je me sens essoufflé.
- Je sens la faiblesse au niveau de mes jambes.
- Jai la gorge sèche.

- كنكون في الخلعة نتاعي نحس روحي Suffoqué.

Le pire des sensations que je craignes c’est tomber a la renverse au marché.

J’ai très peur du mourir subitement pendant l’attaque de panique.

- غير npaniqui نحسي نيفي il se serre

Je ne prends pas un moyen de transport tel qu’il soit.

- نخاف خطراش نقول يبطاوْ بيّا باش يسلكوني.

Je vis dans la panique a longueur de journée.

- كتجيني الخلعة تبطّى معاي حتى تفشلني.

- Je me supporte pas le chahut des enfants .
- J’ évite de boire le café.
- J’ai peur d’avaler de travers en mangean donce je fais très attention et je mange pas rapidement.

- Ma cadence sexuelle n’est pas satisfaisante car la peur me bloque aussi sur le plan sexuel.
- Je ne peux pas prendre la responsabilité d’une famille donc c’est ma femme qui se charge de celà.
- Je ne pars pas chez le médecin que lorsque je suis contraint d’yaller car Jai peur qu il me dise, tu es hypertendu .
- J’ ai peur d avoir le diabète, mon père est décéde par le diabète.
- Je n’arrive pas a faire des analyses médicales

نقول، Peut etre ، عندي، Colesterol طالع.

- نقول لو كان، J’aurais un malaise ما يسلكونيش .

- ما نحبش Le bruit خطراش نقول كاش حاجة ماشي مليحة صرات كيما مثلا كاش طفل طاح.

- نشوف روحي والو ملّي حكمني الخوف، وليت أكثر من Minus .

- كرهت ڤع لعْرب.

- مُخي ماهوش في الخدمة ڤع، لا مع ولادي لا مع داري.

- Je ne m'aime pas.
- Je ne termine jamais ce que je commence ,et j’ai aussi un manque d’appétit.

- نحس روحي مقصّر في حياتي، ووليدي ما نحسش بيه. Je culpabilise .

- نقول دايما ياربي ما نتبهدلش ونطيح قدام الناس.

ب)- بعد العلاج:

ضرك لو كان تجيني الدوخة نروح ونخليها تجي.

- Je panique plus comme avant.

-Je me déplace tout seul avec appréhension.

- Je me rassure facilement auprès la psychologie rapide.

-Je m’exerce sur la nouvelle conception des attaques de .
panique

- Je me suis pas reconnu dans mes réactions aux mauvaises
nouvelle

-Je suis parvenue a partir a 33 km loin de chez moi.

- خذيت عاهد على نفس ما نخليهاش تغلبني.

- تحبْ تجِنِي بصح ما تقدرش.

1-7- عر ض نتائج الإختبارات قبل العلاج وبعد العلاج:

سوف نعرض النتائج التي تحصلنا عليها من خلال تطبيق الاختبارات الخاصة بإستبيان المخاوف، سلم تقييم الرهابات، نوبات الهلع والقلق المعمم، الرائز السلوكي للتجنُب، إستبيان المعارف الأقورافوبية واستبيان الأحاسيس الجسمية.

كما هذا التطبيق قبل العلاج، في نهاية العلاج، ستة أشهر بعد العلاج وسنة بعد العلاج.

1- نتائج إستبيان المخاوف:

الــجزء الوصــفي

نوع الرهاب ودرجة تجنبه / مدة العلاج	الرهاب الرئيسي المراد علاجه	درجة التجنب	الرهاب الثانوي	درجة التجنب	الشعور الثانوي الشاق	درجة المعاناة
قبل العلاج	رهاب الموت	8	رهاب الابتعاد	8	الشعور بالذنب	8

			عن البيت منفردا		واليأس	
بعد العلاج	رهاب الموت	4	رهاب الابتعاد عن البيت منفردا	4	الشعور بالتعب الجسمي والعقلي	5
ستة أشهر	رهاب الموت	3	رهاب الابتعاد عن البيت منفردا	3	الشعور بالتعب الجسمي والعقلي	4
سنة العلاج	رهاب الموت	3	رهاب الابتعاد عن البيت منفردا	2	الشعور بالتعب الجسمي والعقلي	3

الــجزء التقديــري

نوع الرهاب / مدة العلاج	رهاب المكان (40-0)	رهاب الدم والجروح (40-0)	الرهاب الاجتماعي (40-0)	القلق والإكتئاب (40-0)	الإنزعاج الناتج عن السلوك الرهابي
قبل العلاج	35	32	20	30	8
بعد العلاج	26	27	8	23	7
ستة أشهر بعد العلاج	20	18	3	17	5

سنة بعد العلاج	**12**	**10**	**3**	**11**	**3**

2- نتائج سلم تقييم الرهابات، نوبات الهلع، والقلق المعمم:

الجزء الأول: تقييم الرهابات:

نوع الرهاب ودرجة التجنب وشدة القلق / مدة العلاج	**الخوف المرضي الأول**	**درجة التجنب**	**الخوف المرضي الثاني**	**درجة التجنب وشدة القلق**
	رهاب الموت	**8**	**رهاب الابتعاد عن البيت منفردا**	**8**
	رهاب الموت	**4**	**رهاب الابتعاد عن البيت منفردا**	**4**
	رهاب الموت	**3**	**رهاب الابتعاد عن البيت منفردا**	**3**
	رهاب الموت	**3**	**رهاب الابتعاد عن البيت منفردا**	**2**

الجزء الثاني: تقيم نوبات الهلع التلقائية :

1- تقييم تواتر نوبات الهلع:

تواتر نوبات الهلــع / مدة العــلاج	عدد نوبات الهلع (8-0)
قبــل العــلاج	7
بعــد العــلاج	4
ستة أشهر بعد العــلاج	3
سنة بعد العــلاج	2

2- تقييم أعراض نوبات الهلع:

عدد أعراض نوبات الهلــع / مدة العــلاج	عدد الأعــراض (13-0)
قبــل العــلاج	6
بعــد العــلاج	3
ستة أشهر بعد العــلاج	3
سنــة بعد العــلاج	2

3- تقييم إضطراب الهلع:

معاناة المريض من إضطراب الهلع / مدة العلاج	إضطراب الهلع
قبل العلاج	نعم
بعد العلاج	لا
ستة أشهر بعد العلاج	لا
سنة بعد العلاج	لا

4- تقييم قلق التخوف:

قلق التخوف / مدة العلاج	إضطراب الهلع
قبل العلاج	نعم
بعد العلاج	لا
ستة أشهر بعد العلاج	لا
سنة بعد العلاج	لا

الجزء الثالث: تقييم شدة القلق المعمّم:

القلق المعمم / مدة العلاج	شدة القلق (8-0)
قبل العلاج	8
بعد العلاج	5
ستة أشهر بعد العلاج	3
سنة بعد العلاج	2

3- نتائج الرائز السلوكي للتجنب:

التجـنب / مـدة العلاج	درجـة التجـنب (8-0)	درجـة الإنزعـاج (32-0)
قبـل العـلاج	4	26
بعـد العـلاج	2	16
ستة أشهر بعد العـلاج	1	8
سنــة بعد العـلاج	1	4

4- نتائج إستبيان المعارف الأقورافوبية:

الانشغـالات / مدة العلاج	الإنشغالات الإجتماعية والسلوكية (35-0)	الإنشغالات الجسمية (35-0)
قبـل العـلاج	16	35
بعـد العـلاج	10	15
ستة أشهر بعد العـلاج	8	9
سنــة بعد العـلاج	5	8

5- نتائج الأحاسيس البدنية:

الأحاسيس البدنيــة / مـدة العـلاج	درجـة الخـوف (85-1)
قبـل العـلاج	77
بعـد العـلاج	32
ستة أشهر بعد العـلاج	27
سنــة بعد العـلاج	17

8-1- مناقشة النتائج قبل العلاج وبعد العلاج:

1- تحليل محتوى المقابلة العيادية قبل العلاج و بعد العلاج:

أ) قبل العلاج:

يظهر من خلال إجابات السيدج (د) بأن خطابه الداخلي وهو في وضعية باعثة للقلق هو خطاب ذو طابع مهدّد بحيث يتميز بأفكار سلبية مسؤولة عن تفجير الهلع لديه. تأكد هذا من خلال تصريحاته الشفهية خلال المقابلة العيادية " كنكون مقلق، نقول بلي راح نتصرع ونطيح " .

وفي نفس الصدد يوضح لنا المريض بأن الأحاسيس التي يخشاها وهو يعيش نوبة هلع هي توقف ضربات قلبه مما يجعله يفكر في الموت.

تظهر هذه التفسيرات من خلال ماورد في المقابلة العيادية من تصريحات المريض والتي جاءت على هذا المنوال:" كنتقلق نخاف بزاف قلبي يحبس ونموت ".

كما يوضح بأنه يفكر بشدة في الاختناق مما يُولد لديه رعب شديد، فيذكر خلال لقائنا به: " Jai très peur de manquer d oxygène et d étouffer " .

بالإضافة إلى هذا يُخاطب نفسه سلبيا حال شعوره بالقلق، الشيء الذي يؤدي إلى شعوره بالدوار أو الدوخة والذي يشتد كلما ركّز في أفكاره السلبية التي تخص فقدانه التوازن ويعبر خلال المقابلة عن هذا قائلا:

Je crains beaucoup le sentiment d étourdissement car je me dis que je vais perdre mon équilibre "

بالإضافة إلى هذا نجد المريض يركز على عدم وجود شخص يسعفه إذا ما شعر بالهلع لهذا يشتد خوفه وهذا ما يظهر عندما يقولنا لنا: " نحس روحي دايما خايف ونقول ضرك نطيح وما نلقاش اللي يدّيني للسبيطار ".

تجعل هاته الأفكار التي ترد إلى ذهن المريض والتي يُفسر بها ما يشعر به من قلق إلى إشتداد الخوف لديه لأن طبيعة أفكاره مهددة للشخص ومثيرة لنوبات الهلع وللخوف من التعرض لها ثانية.

كما تؤكد تصريحات المريض الذاتية بأنه يلجأ لتجنب التواجد بمفرده نتيجة تعرضه لنوبات الهلع المتأتية عن تفكيره في الإختناق، الدوار، توقف القلب وغيرها من الأحاسيس الشاقة. إن مرافقة شخص موثوق به هو بمثابة الضمان الموحى بالأمن الذي يفتقده المريض وهو بمفرده،كما يعتبره حلا وجده لحل مشكلته وفي هذا الصدد يقدم لنا المريض خلال المقابلة العيادية كافة الوضعيات التي يتجنبها نتيجة نظرته لأحاسيسه بحيث تتمثل هذه الأخيرة في استعمال وسيلة نقل بحيث يقول:

" Je ne prends pas un moyen de transport tel qui soit "

كما تجعل هذه التفسيرات المريض في حالة رعب دائمة، الشيء الذي يبعث به إلى تجنب التنقل لوحده لأنه لا يشعر بالأمان كما يسعى دوما للبحث عن شخص يثق به ليصطحبه إلى حيث شاء.

عبّر المريض عن هذا قائلا: "

Je sens toujours le besoin d avoir quelqu'un a mes cotés pour me sentir sécurisé .

ويذكر المريض خلال المقابلة العيادية تجنّبه للنشاطات الطبيعية التي في اعتقاده هي المسؤولة عن نوبات الهلع كشرب القهوة وبلع الأكل بسرعة وهذا ما يتبين من خلال أقواله: "

Jai peur d'avaler de travers en mangeant donc je fais très attention et je mange pas rapidement.

يظهر بأن طريقة تفكير المريض في تفسيره لنوبات الهلع أثرت على حياته برمتها وأدت به إلى تجنب نشاطاته اليومية مما انعكس على حياته بحيث أدى إلى خوفه الشديد من إصابته بالأمراض ورفضه القيام بأي فحص أيًّا كان خوفا أن يُشخّص لديه مرض إرتفاع ضغط الدم أو داء السكري أو ارتفاع مادة الكوليستيرول، كما أصبح يخاف القيام بعد إصابته بـ($\mathbf{TP/_A}$) بالتحاليل الدموية بحيث عبّر قائلا " ":

Je narrive pas a faire des analyses médicale,

نقول عندي Cholestérol طالع، Peut être.

وفيما يخص الاكتئاب فقد لاحظنا بأن عبارات عديدة استعملت من طرف المريض وتدل على معاناته من الإكتئاب بسبب أعراض إشتداد (**$TP/_A$**) بحيث يظهر من خلال تقديره الواطئ للذات إذ يعتبر نفسه بدون أية قيمة بل ويُدنّي نفسه لحد عدم منحها أي اعتبار. يعبر المريض عن هذا قائلا: " نشوف روحي والو ملّي حكمني الخوف، وليت أكثر من Minus ".

كما ظهر الإكتئاب لديه في الشعور بالذنب بحيث عبّر عليه المرض عند ذكره لتقصيره في تربية إبنه منذ أن أصابه هذا المرض، كما عبّر عن غياب اللذة الجنسية وغياب الشهية واختلال العلاقات مع الغير.

بالإضافة إلى الإكتئاب تُوضح تعبيرات المريض في المقابلة العيادية بأنه يخاف بشدة فقدان التوازن والسقوط أمام الناس مما يجعله يقلق بشأن هذا الأمر بحيث يُبين لنا بأنه أصبح ينشغل بحكم الناس منذ أن أُصيب بهذا المرض وأنه لا يقوى على الدفاع عن نفسه عندما تُوجه له إنتقادت من طرفهم بخصوص مرضه إذ يتجرأ البعض على إعطائه ملاحظات بسبب عدم تنقله بمفرده مما يزيد من قلقه، ويقول في هذا الشأن " نقول دايما ياربي ما نتبهدلش ونطيح قدام الناس " وكل هذا إن دلّ على شيء فإنه يدل على الرهاب الاجتماعي الثانوي لاضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان الذي يعاني منه المريض.

وعن القلق المعمم، يشرح لنا المريض حالة القلق التي يعيش فيها بصورة دائمة بحيث يتحدث عن عدم قدرته على تحمّل أدنى صوت أو ضجيج، كما يصف لنا حالة الشد والضغط التي يعيش فيها منذ أن تفجرت لديه أول نوبة الهلع وكيف أخذ هذا القلق يزداد إلى حد منعه عن التركيز ويوضح لنا خلال المقابلة العيادية بأنه غير قادر على تكملة المهام التي يبدؤها وعن عدم تركيزه.

كما يصف لنا حالة التهيج التي يعاني منها والتي انعكست بشدة على حياته الزوجية

نستنتج من خلال هذا التحليل لمحتوى المقابلة قبل العلاج بأن المريض يعاني من اضطراب الشخصية برمتها من جراء إصابته بهذا المرض لاسيّما القلق، الإكتئاب الرهاب الاجتماعي و رهاب الدم والجروح.

ب) بعد العلاج:

تبين نتائج المقابلة العيادية التقييمية سنة بعد العلاج بأن المريض لم يتعرف على نفسه بعد العلاج بفضل التغير الدي طرأ على تفسيره لما يحس به وهو يشعر بالقلق إذ يشرح المريض بأنه لم يعد يبالي بأحاسيسه من خلال تصريحه " تحب تجيني بصح ما تقدرش ".

كما أن الربط الذي قام به المريض بين إستماعه لحدث سيء يدور حول الموت أو المرض وشعوره بالهلع قد زال علما أن أول نوبة هلع إقترنت بتواجده في الطريق وسماعه لخبر فقدان أخته. قلّ هذا المشكل بدرجة ملحوظة بفضل العلاج المعرفي السلوكي.

كما بينت نتائج المقابلة التقييمية بأن المريض قد نجح في التنقل إلى الأماكن التي لم يكن قادرا على التفكير في التواجد بها بفعل المسافة التي تقطع بينها ومقر سكناه شوفالي حسين داي، خميس خشنة، بليدة، جبل شنوة وتيبازة.

وبالرغم من شعوره بأحاسيس مزعجة قبل التنقل إلا أنه أصبح قادرا على كبحها بعد التدرب سنة كاملة وهذا إن دلّ شيء فإنه يدل على أن المريض أصبح يُسيطر على أفكاره إلى حد بعيد لهذا لم يَعُد يتبنى التجنب بل أصبح يُواجه بالرغم من تردده قبل التنقل

وتبين نتائج المقابلة التقييمية بأن نوبات الهلع لم تعُد تُسيطر على هذا المريض لأنه أصبح على دراية بما يحدث بداخله من أفكار بحيث إستوعب بأن نوبات الهلع التي كان يتعرض لها بإستمرار ناتجة عن قلقه الذي كان يُفسره في كل مرة بطريقة خاطئة مما خلق فيه قوة وقدرة على التحكم وفي هذا الشأن يقول: **"** على بالي بلّي ما تديرلى والو**".**

وفيما يتعلق بالأعراض المرضية الثانوية ل (TP/A) فقد بدت متغيرة نحو الإيجاب بحيث زالت أعراض الإكتآب لا سيما الذي إرتفع بحيث أصبح المريض يتحدث عن نفسه بفعالية ويتحدى نوبات الهلع قائلا**:** **"** خذيت عاهَدْ على نفسي ما نخليهاش تغلبني **"**، كما نجد بأنه أصبح يثق في نفسه في التنقل بمفرده بالرغم من أنه يُحبذ أن يرافقه صديقه، لكنه يوضح لنا بأنه يمكنه التنقل بمفرده .

تُعتبر هذه خطوة جيدة ونتيجة لم نكن ننتظرها في مثل حالة هذا المريض لهذا لم نضغط عليه وتأكدنا من أن العلاج المعرفي السلوكي قلّل إلى حد عالي من التبعية

ومن نوبات الهلع بالرغم من شعوره بأحاسيس مزعجة قبل التنقل لكنها لا تمثل بالنسبة له تهديدا وعائقا.

وبخصوص خوفه من حكم الناس الذي يدخل في إطار الرهاب الإجتماعي ، يصرح المريض بأنه ليس قلقا كما كان من إنتقدات الناس له ولا يُبالي بها كما كان من قبل،بل أصبح يرغب في التجمع مع الناس و حضور حفلات دون الخوف من الإنزعاج أمامهم. وبناء على هذه النتائج المتأتية عن تحليل محتوى المقابلة العيادية والمقابلة التقييمية نستنتج بأن السيد (د) قد إستجاب للعلاج المعرفي السلوكي بحيث انخفضت كافة أعراض المرض كما إنخفضت الأعراض الثانوية للمرض مما أدّى إلى تحسن توظيف المريض النفسي والإجتماعي .

2- تحليل نتائج الاختبارات قبل العلاج وبعد العلاج:

1- تحليل نتائج إستبان المخاوف:

تظهر نتائج إستبيان المخاوف في جزئيه الوصفي والتقديري مختلفة قبل العلاج بعد العلاج، ستة أشهر بعد العلاج وسنة بعد العلاج.

بالنسبة للجزء الوصفي ذكر المريض بأن الرهاب الرئيسي الذي يريد علاجه هو رهاب الموت والذي حدّد درجته بأقصى الدرجات وهي (8) لكن هذا الرهاب إنخفض بعد إستفادة المريض من التقنيات العلاجية بحيث نجد الدرجة 8 إنخفضت إلى غاية متوسط الدرجات وهي 4 وهذا إن دلّ على شيء فإنه يدل على تجاوب المريض مع العلاج واكتسابه التدريب الجيد على التقنيات العلاجية لاسيما تقنية التعريض للمثيرات الإستنباهية الداخلية بمعنى تعريضه لأحاسيسه التي لطالما تجنبها. إن أكثر ما كان يخشاه المريض هو الخوف من الإختناق، الخوف من الإصابة بسكتة قلبية والخوف من فقان الوعي. يأتي بعدها الخوف من الإصابة بالأمراض كالورم الدماغي والنوبة الدماغية ثم يأتي خوفه من الجنون ومن القيء. ولأننا لاحظنا بأن التركيز كان منصبا أكثر على الإختناق بسبب الإفراط في التهوية بمعنى أن الخوف كان يجعل المريض يُفرط في إستنشاق الأوكسجين مما تسبّب له في الشعور بفراغ الرأس والدوار وبالتالي الخوف من

السقوط.حرصنا على تقديم هذه المعلومات للمريض الذي استجاب إيجابيا لهذه المرحلة أي مرحلة إزالة الغموض عن وضعية المرض ثم عملنا على استبدال أفكاره الخاطئة بأفكار منطقية وأضفنا الاسترخاء والتعريض، وهنا لاحظنا أن نهاية العلاج قد شهدت إنخفاضا في الشدة بالنسبة لرهاب الموت الذي لم يَعُد يؤثر في المرحلة التتبعية ستة أشهر بعد العلاج كما كان عليه من قبل بحيث بلغت درجته 3 وهي درجة تدعمت بنتائج المقابلة العيادية التي صرّح خلالها المريض الذي إستجاب إيجابيا هذه المرحلة أي مرحلة إزالة الغموض عن وضعيته المرض ثم عملنا على استبدال أفكاره الخاطئة بأفكار منطقية.

وهنا أخذ رهاب الموت ينخفض في الشدة، وزاد انخفاضه مع تعريض المريض بعد عملية الإسترخاء إلى أحاسيسه وكان النجاح واضحا بحيث تراوحت درجات الخوف عند تمرين الإفراط في التهوية (8) ثم أخذت تندرج في الإنخفاض إلى أن أصبحت لا تؤثر على المريض إذ قدرت درجته ثلاثة (3) في المرحلتين التتبعيتين .

أما الرهاب الثانوي الذي حدد المريض درجته بأقصى الدرجات وهي (8) فقد إنخفضت إلى درجة (4) بعد العلاج وهي معدل الدرجات لتدل على بداية تغيّر المريض من إنسان اتخذ من التجنب طريقة للدفاع عن نفسه من أفكاره المهددة بالموت إلى إنسان تعلّم التحكم في أفكاره ومواجهة الوضعيات المرعبة بالنسبة له. وإذا أخذنا النقل الذي كان وضعية مخيفة جدا بالنسبة للمريض نجد بأن المسافة الفاصلة بين الأماكن التي تنقل إليها المريض كانت تزداد في كل مرة إلى غاية منطقة تيبازة التي تُعتبر بعيدة عن مقر سكنه والتي تعكس درجة (2) التي حددها سنة بعد العلاج.

وفيما يتعلق بالشعور الثانوي الشاق فقد تمثل في الشعور بالذنب الراجع لعدم قدرته على التنقل مع إبنه والشعور باليأس من مرضه وحددهما بدرجة (8) وهي درجة عالية على سلم الإنزعاج، ثم في نهاية العلاج اختفى هذا الشعور ليترك المكان لشعور أخف وهو الشعور بالتعب الجسمي والعقلي و الذي قيّمه بدرجة (5) .

وقد فسرنا هذا الشعور بالمجهودات التي كان يبذلها المريض بإستمرار لتغيير أفكارٍ لطالما نَشُطت وميّزت تفكيره بخصوص مرضه، كما كان يبدل مجهودات لتغيير حالة جسمية من التملص إلى الإسترخاء والأصعب هو تدريب نفسه على مواجهة أحاسيس كانت

بإستمرار تُثير رعْبه، لهذا كان المريض يشكو دوما من التعب عند تقدمه إلى الفحص النفسي لكن هذا الأخير لم يبق في نفس الدرجة بل أخذ ينخفض، كلما سَهُلت عملية التدريب على النظرة الجديدة للمرض بالإضافة على الاستجابة الجديدة للمرض إلى غاية درجة (4) ستة أشهر بعد العلاج ودرجة (3) سنة بعد العلاج.

وفي الجزء التقديري، تظهر الدرجات على مستوى رهاب المكان كأعلى الدرجات لأنها الإصابة الرئيسية التي يعاني منها المريض حيث بلغت درجة (35) قبل العلاج ثم بدأت تنخفض تدريجيا بعد تقديم العلاج بحيث بلغت في نهاية العلاج درجة (26) وتحسنت في المرحلة التتبيعة أي ستة أشهر بعد العلاج لتبلغ درجة(20) وأخيرا توصلت إلى درجة (12) سنة بعد العلاج.

أما بالنسبة لرهاب الدم والجروح فقد بلغ درجة عالية قبل العلاج بحيث حدده المريض بدرجة (32) قبل العلاج وهي درجة تتماشى مع معطيات المقابلة العيادية التي ذكر خلالها المريض خوفه الشديد من الأمراض ومن الدم ومن كافة الفحوصات الطبية.

لكن تقييم المريض لهذا الرهاب إختلف وانخفضت الدرجة في نهاية العلاج إلى درجة 27 التي تدل على تحسن حالة المريض الذي استمر في عملية التغيير من خلال ممارسته للتدريب على التقنيات العلاجية المقدمة إلى غاية تحديد درجة خوفه بدرجة (10)التي توحي بعدم تركيز المريض على جسمه وما يشعر به.

وبخصوص الرهاب الاجتماعي كسمة من سمات الشخصية التي اختلت بعد الإصابة بهذا المرض فقد بلغت الدرجة المعدّل أي درجة متوسطة قبل العلاج وهي (20) توحي بانشغال المريض بحكم وإنتقادات الناس له نتيجة الأعراض التي تظهر لديه لكن هذه الدرجة انخفضت مما يدل على تحسن المريض في نهاية العلاج والذي إرتفع سنة بعد العلاج مما يوحي بزوال ملحوظ للقلق الاجتماعي إذ حدد درجته ب(3) وهي نتيجة تدعمت بنتائج المقابلة العيادية بحيث أصبح المريض يقوى على تنشيط الحلقات في المسجد بدون أي خوف من التعرض للنوبات وبدون انشغاله بموقع الباب الذي كان باستمرار يترقبه قبل العلاج .

أما القلق والإكتئاب اللذين تم تقييمهما من طرف المريض من خلال هذا الاستبيان الذي يمزج بينهما والدي بلغ درجة (30) قبل العلاج وهي درجة تفوق المتوسط وتدل على معاناة المريض الشديدة من جراء أعراض هذا المرض لكنه بعد الإستفادة من التكفل النفسي تحسن حالته وانخفض القلق و الإكتئاب لديه بحيث وصل إلى غاية (11) سنة بعد العلاج بعدما بلغ درجة (30) قبل بداية العلاج ودرجة (23) في نهاية العلاج ودرجة (17) سنة أشهر بعد العلاج ثم (11)سنة بعد العلاج .

تتفق هذه النتائج مع ما ورد في المقابلة العيادية التي صرح فيها المريض بتدني تقدير ذاته وشعوره بالذنب وعدم رغبته الجنسية وهي أعراض تدل كلها على حضور الإكتئاب بشدة في حياته منذ إصابته بهذا المرض.

ولأن تقييم الإكتئاب والقلق ظهر بصورة مشتركة في هذا الإستبيان ، فسوف نعرض في نتائج الإستبيان التالي درجة تقييم المريض للقلق المعمم المصاحب لهذا الرهاب بأعراضه المختلفة .

وفي الأخير يظهر المريض أقل إنزعاجا مما كان عليه في بداية العلاج بحيث بلغت درجة الإنزعاج (8) ثم أخدت تتحسن كلما تدرب المريض على التقنيات العلاجية إذ وصلت (7) في نهاية العلاج ثم (5) بعد ستة أشهر من العلاج (3) سنة بعد العلاج والتي هي دليل على أن الرهابات التي أساسها رهاب المكان المتسبب في رهاب الدم والجروح والرهاب الإجتماعي لم يعد لهم تأثير سلبي بعد علاج رهاب المكان .

2- تحليل نتائج سلم تقييم الرهابات، نوبات الهلع والقلق المعمم:

تأتي نتائج هذا الاختيار لتُدعم ما ورد في استبيان المخاوف بخصوص تحديد نوعين من الرهاب اللذين يعرقلان حياة المريض مع درجة التجنب وشدة القلق وكان جواب المريض نفسه يدور حول رهاب الموت و رهاب الإبتعاد عن البيت منفردا وهو نفس التقييم في استبيان المخاوف . يدل هذا على أن النتائج صادقة أي تقييمات المريض الذاتية هي نفسها بحيث بلغت درجات رهاب الموت (8) قبل العلاج، (4) في نهاية العلاج، (3) ستة

أشهر بعد العلاج وبقيت نفس النسبة (3) سنة بعد العلاج بينما بلغت نسب رهاب التنقل بعيدا عن البت (8) قبل العلاج ، (4) في نهاية العلاج ، (3) ستة أشهر بعد العلاج و (2) سنة بعد العلاج علما أن المريض كان قد أكد في المقابلة العيادية تجنبه لكل ما يفكره بالموت كما يتجنب كل النشاطات التي تتطلب التنقل منفردا.

وفي الجزء الثاني من هذا السلّم، حدد المريض عد نوبات الهلع التلقائية التي يتعرض لها في الأسبوع وكانت النتائج مختلفة ودالة على تحسن المريض بعد التكفل النفسي بحيث انخفضت الدرجات من درجة (7) قبل العلاج والتي تُوازي تُعرض المريض لنوبات الهلع مرة على الأقل في الأسبوع وأخيرا وبعد سنة من العلاج أصبحت الدرجة (2) والتي تدل على تعرض المريض مرة على الأقل في الأسبوع لكن تجدر الإشارة إلى أن نوبات الهلع التي قيّمها المريض ستة أشهر بعد العلاج وسنة بعد العلاج فقدت من طابعها التهديدي وأصبحت عبارة عن أحاسيس مزعجة نوعا ما لكنها ليست معيقة.

وفيما يتعلق بتقييمه للأعراض الخاصة باضطراب الهلع الذي يعني نوبات الهلع المستمرة المصحوبة بخوف شديد من التعرض لها ثانية، يُقيّم المريض الأعراض بستة أعراض (6) قبل العلاج ثم في نهاية العلاج انخفض عدد الأعراض بعدما تغيّر الوضع وتم التكفل بهذا المريض بحيث أصبح عدد الأعراض حسب تقيميه (3) أعراض وهذا ما يدل على التأثير الايجابي للعلاج المقدّم الذي ظل تأثيره إلى غاية ستة أشهر بعد العلاج بحيث أصبح عدد الأعراض (3) ثم درجة (2) أي عرضين فقط ويشير بأنها أحاسيس خفيفة فقط بإمكانه التحكم فيها .

أما بخصوص إضطراب الهلع الذي كانت معاييره سائدة في بداية العلاج بحيث شرح لنا المريض بأنه يشعر بنوبات الهلع ويخاف التعرض لها ثانيتا كما يقلق بشأنها وما قد يترتب عنها من إصابة قلبه وبالتالي الموت بالسكتة لقلبية وإصابته بالموت بالإختناق مما أدي إلى تغيير سلوكه وتجنبه لأماكن .أما بعد العلاج اختلف الوضع مع ما تلقاه من شروح مكنته من إكتساب خطاب داخلي جديد كما تمكن تدريب جسمه وتعريضه لما يخشاه فاختفى اضطراب الهلع وقلق التخوف لديه بصورة ملحوظة ولم يعد ينشغل بنوبات الهلع كما كان من قبل

يقيس الجزء الأخير من هذا السلم سمة القلق المعمم التي تعني عدم التركيز، فقدان النوم، الشد أو الضغط والتهيج. لقد بلغت درجة القلق لدى المريض أقصاها في بداية العلاج و هي (8) هذا ما عبّر عليه خلال المقابلة بخصوص نقص تركيزه وعدم القدرة على النشاط وإنهاء مهامه وتشوش أفكاره بخصوص المرض الذي أصابه، لهذا قيّم درجة القلق بالعالية جدًّا قبل الإستفادة من العلاج لكن بمجرد أن انتهى العلاج إنخفضت درجة القلق لديه بحيث قيّمها بدرجة (5) الي تدل على انخفاض القلق وليس زواله كما تدل على استمرار تأثير المرض في حياته. لكن الفترة التي امتدت من نهاية العلاج إلى غاية المرحلة التتبعية أي ستة أشهر بعد العلاج كانت جدّ نافعة وهذا ما يثبت تحسن حالة المريض بمعنى سيطرته على أفكاه وبالتالي القلق الثانوي الناتج (TP/A) .إنخفضت درجة القلق إلى غاية (3)ستة اشهر بعد العلاج وإنخفضت أكثر إلى غاية (2) سنة بعد العلاج.

3- تحليل نتائج الراكز السلوكي للتجنب:

يظهر من خلال نتائج هذا الرائز سيطرة التجنب لدى المريض بحيث بلغ درجة (4) قبل العلاج بمعنى أن هذا الأخير كان يجد في التجنب حلاّ سريعا لمشاكله بحيث يتجنب كل الوضعيات التي يعتقد بأنها سوف تُثير لديه نوبات الهلع إذ ذكر تجنّبه لوسائل النقل المشتركة، تجنبه التواجد في أماكن مغلقة خصوصا الحمام ، تجنبه الذهاب إلى أماكن خالية وكذا الأماكن المكتظة كالسوق ، تجنبه للتواجد في البيت منفردا بدون وجود شخص يُمكن أن يُسعفه في حالة التعرض لنوبات الهلع وهي من الوضعيات التي تُبين حقا بأن المريض يعاني من درجة عالية من إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان، وهذا ما يؤكد نتائج رهاب المكان الذي ورد في إستبيان المخاوف، لكن انخفض التجنب بدرجتين وهذا ما يدل على تغيير إستراتيجيات مواجهة المريض من التجنب إلى المواجهة.

يعتبر هذا تحسّن ملحوظ تواصل إلى غاية نهاية المرحلة التتبعية الأولى أي ستة أشهر بعد العلاج بحيث بلغ درجة 1 أي نشاط فقط وبقي في نفس المستوى سنة بعد العلاج لكن بدرجة انزعاج بلغت (4) وهي درجة عادية يمكن أن يشعر بها كل شخص عندما يكون في مكان بعيد عن بيته ولا يعرفه .

وفيما يتعلق بدرجة الانزعاج التي حددها المريض بالنسبة لمجموع النشاطات التي يتجنبها فهي (26) قبل العلاج وهي درجة معتبر ة مقارنة بالدرجة القصوى أي (32) لكن هذه الدرجة انخفضت بعد التكفل النفسي لتبلغ درجة (16) في نهاية العلاج، ثم درجة (8) ستة أشهر بعد العلاج و (4) سنة بعد العلاج.

وكل هذه النسب تدل على فعالية العلاج المقدّم.

4- تحليل نتائج إستبيان المعارف الأقورافوبية:

تدل النتائج التي تحصل عليها المريض بخصوص الإنشغالات الإجتماعية والسلوكية على تأثر هذا الأخير بالقلق الذي يشعر به وتفسيره بطرقة سلبية جعلته يحدد درجة (16) بالنسبة لانشغاله بسلوكه وبمظهره الإجتماعي وهو مصاب بهذا الداء، لكن بعد العلاج إنخفض انشغاله وهذا ما يظهر في درجة (10) التي لا تصل المعدّل، وبقي الإنخفاض مستمرا ستة أشهر بعد العلاج إذ بلغت الدرجة (8) ثم (5) سنة بعد العلاج والذي يدل على لامبالاة المريض بسلوكه ولا بمظهره الاجتماعي، هذا لأن المرض لم يعُد يؤثر سلبا مما انعكس على هذا المستوى من الحياة.

أما انشغالات المريض الجسمية فقد وصلت لأقصاها بحيث بلغت درجة (35) قبل العلاج، لكنها انخفضت في نهاية العلاج لتصل درجة (15) أي دون المتوسط بدرجتين ثم إستمرت في الانخفاض لتصل درجة (9) ثم (8) سنة بعد العلاج. إن هذه الدرجات التي هي تقييم المريض الذاتي تدل على فعالية التكفل النفسي إذ أن المريض لم يكن يستفد خلال مرحلة العلاج وما بعد العلاج من أي علاج آخر.

5- تحليل نتائج إستبيان الأحاسيس البدنية:

يتضح من خلال نتائج هذا الإستبيان بأن الخوف من الأحاسيس كان شديدا قبل العلاج بحيث حدده المريض بدرجة 77 من الدرجة الكلية 85 وهي درجة عالية توحي بتعرضه للخوف من كافة أحاسيسه البدنية، ثم نلاحظ بأن هذا الخوف في نهاية العلاج قد إنخفض ليبلغ درجة 32 وهي نتيجة إيجابية يظهر من خلالها بأن المريض أصبح يسيطر

على أفكاره وبالتالي على خوفه من جراء ما يحس به ، وتواصل التحكم إلى أن أصبح المريض يسيطر كليا على أحاسيسه التي يدل عليها تقييمه الذاتي بدرجة (17) سنة بعد العلاج . فبالرغم من وجود أحاسيس مزعجة لكنها ليست مرضية .

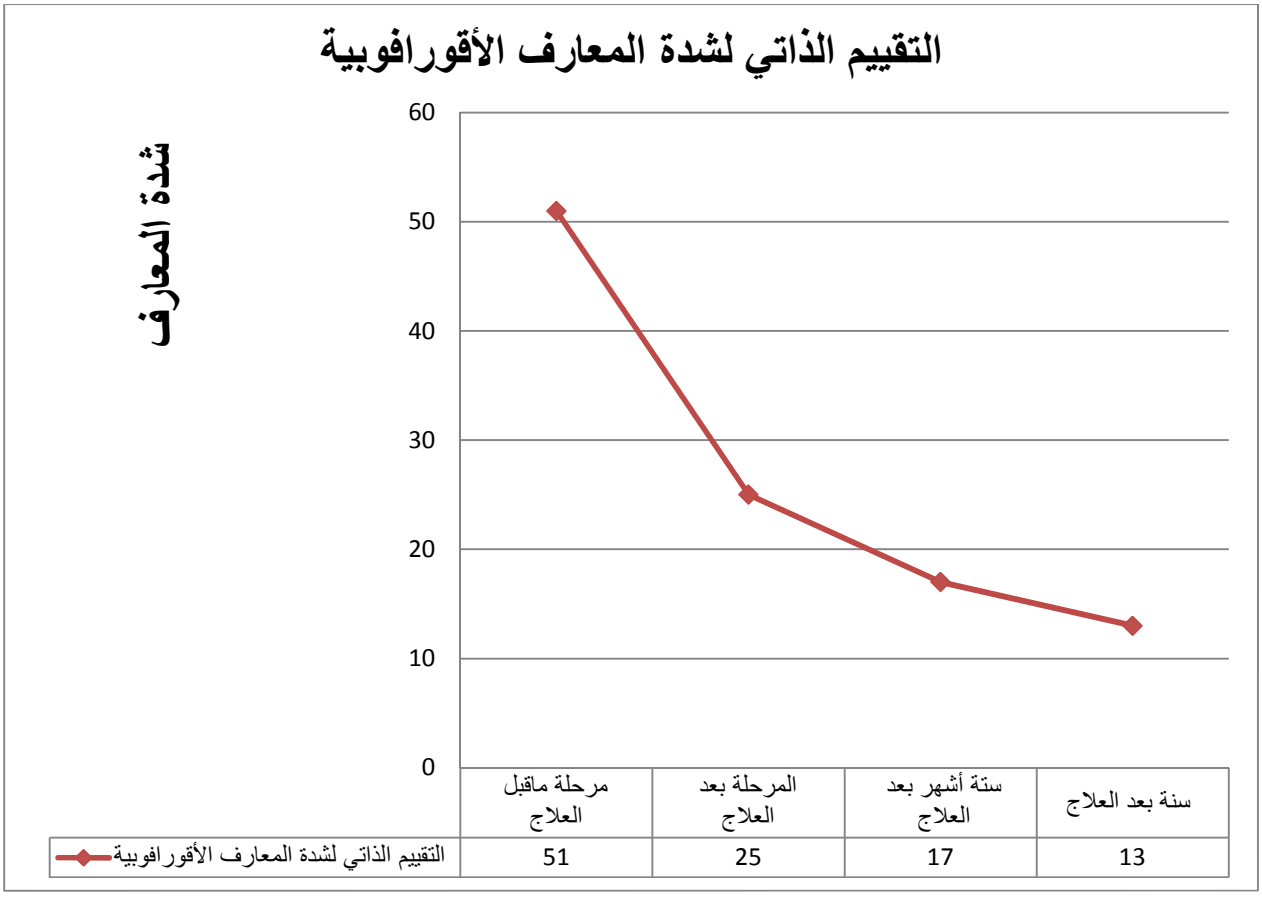
1-9- عرض تقييم المريض الذاتي:

لقد مثَّلنا تقييم المريض الذاتي لشدة المعارف الأقورافوبية التي تعتبر المتغير المستقل في هذه الدراسة وتواتر الهلع، قلق التخوف والسلوك التجنبي كالمتغيرات التابعة. كان تمثيلنا عن طريق منحنيات حتى تتوضح لنا طريقة تسيير العلاج بدقة مع كل مرحلة وتقنياتها العلاجية، ثم نُتبع هذا المنحنى بتعليق تظهر من خلاله عد معطيات متعلقة بمجرى العلاج.

لقد عمدنا أن نُمثل مدة العلاج بطريقة مختلفة بين المتغيرين إذ مثلناها بالنسبة لمراحل العلاج بالنسبة لشدة المعارف الأقورافوبية بينما مثلناها بعدد الحصص العلاجية في إضطراب الهلع (تواتر نوبات الهلع، قلق التخوف) وسلوك التجنب بأن المريض قد وظّف معلماته الجديدة بخصوص أعراض المرض الذي أصابه هذا من جهة، كما تدرّب على التقنيات المعرفي السلوكية من جهة أخرى.

وتتابعت مجهودات المريض التي أثرت إيجابيا عليه بحيث قللت من خوفه الذي بلغ درجة 32 بعد العلاج ثم 27 ستة أشهر بعد العلاج و 17 سنة بعد العلاج.

1- التقييم الذاتي لشدة المعارف الأقورافوبية

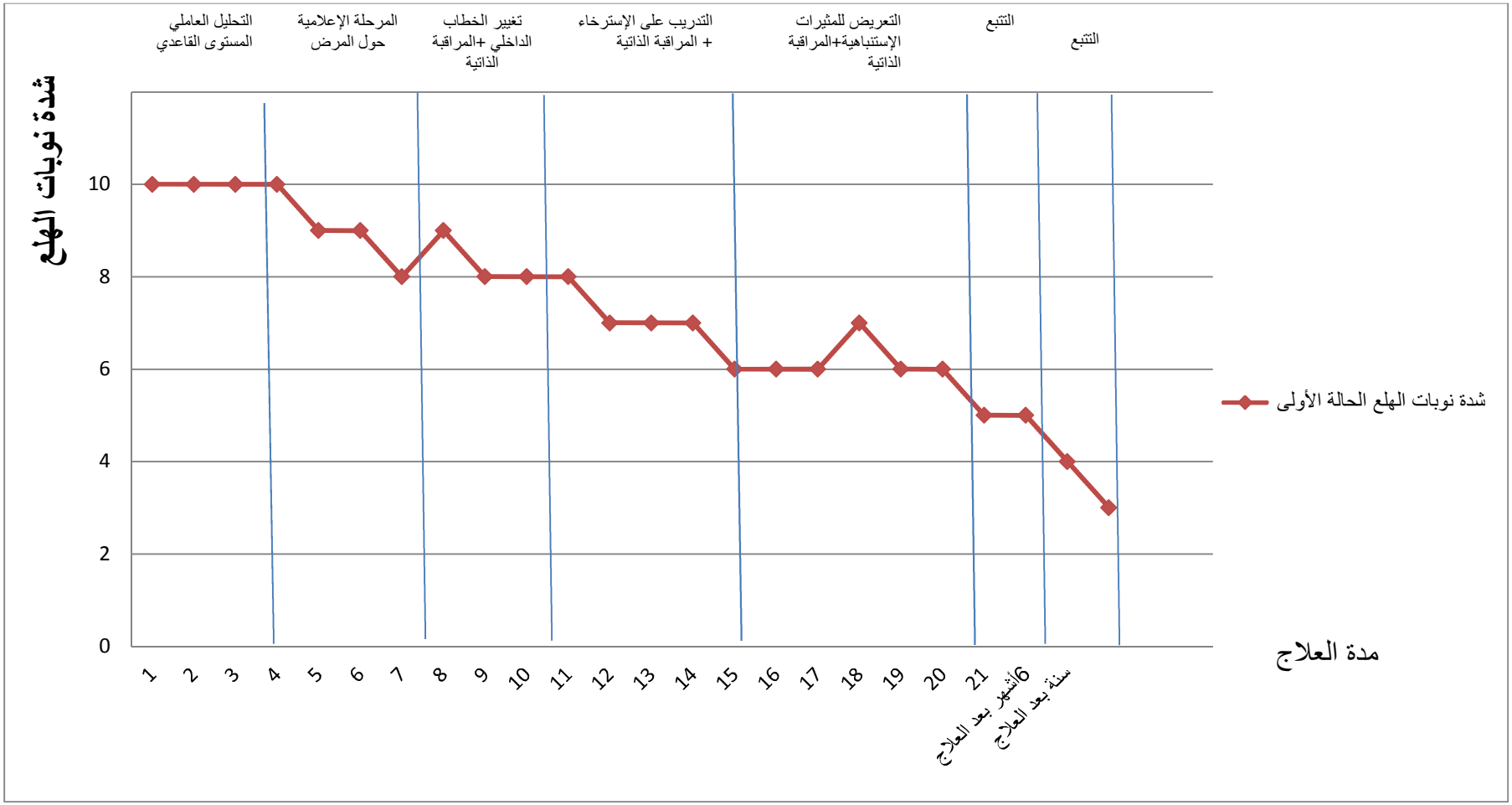


التعليـق:

يمثل هذا المنحى شدة الأفكار المتعلقة برهاب المكان أي الأفكار الأقورافوبية والتي تمثل إنشغالات المريض الاجتماعية والسلوكية إلى جانب إنشغالاته الجسمية والتي بلغت في مجملها درجة 70 علما أن أقصى درجة هي 35 بالنسبة للانشغالات السلوكية والاجتماعية والسلوكية، كما تحصل على درجة 16 بالنسبة للانشغالات الاجتماعية والسلوكية و 35 بالنسبة للانشغالات الجسمية. لقد جمعنا الدرجتين الخاصة على الدرجة الكلية لمجموع الانشغالات الخاصة بكل مرحلة من العلاج. وهكذا تحصلنا على درجة 51 في المرحلة ما قبل العلاج، ثم انخفضت شدة هذه الأفكار لتصبح 25 في المرحلة الخاصة بنهاية العلاج وانخفضت أكثر لتبلغ درجة 17 ستة أشهر بعد العلاج ثم درجة 13 سنة بعد العلاج.

يظهر التحسن واضحا ويوحي بإستجابة المريض للعلاج المعرفي السلوكي بحيث فقدت أفكاره من شدتها بفضل شعوره بفعالية ذاته التي جعلته يكتسب سيطرة وتحكم كبيرين.

2- التقييم الذاتي لشدة نوبات الهلع:



التعليق:

يتضح من خلال هذا المنحنى بأن نوبات الهلع لدى المريض بدأت في الإنخفاض مع تطبيق الاختبارات خلال الحصة الرابعة ثم مع تطبيق المرحلة الإعلامية للمرض شعر المريض بإرتياح وانخفضت شدة نوبات الهلع لديه لكنها إرتفعت من جديد بعد تطبيق الحصة الأخيرة من العلاج .

حاولنا الإستفسار حول السبب الذي أدى إلى هذا الارتفاع وفهمنا بأن المريض تعرض لنوبة هلع وهو يحاول أن يتنقل إلى السوق الذي هو مكان يُثير لديه الكثير من الخوف. إن هذا الارتفاع لا يعني بأن هذه التقنية لم تكن فعالة بالعكس تدل رغبة المريض في التنقل بعد هذه الحصة العلاجية إلى نجاح هذه التقنية.

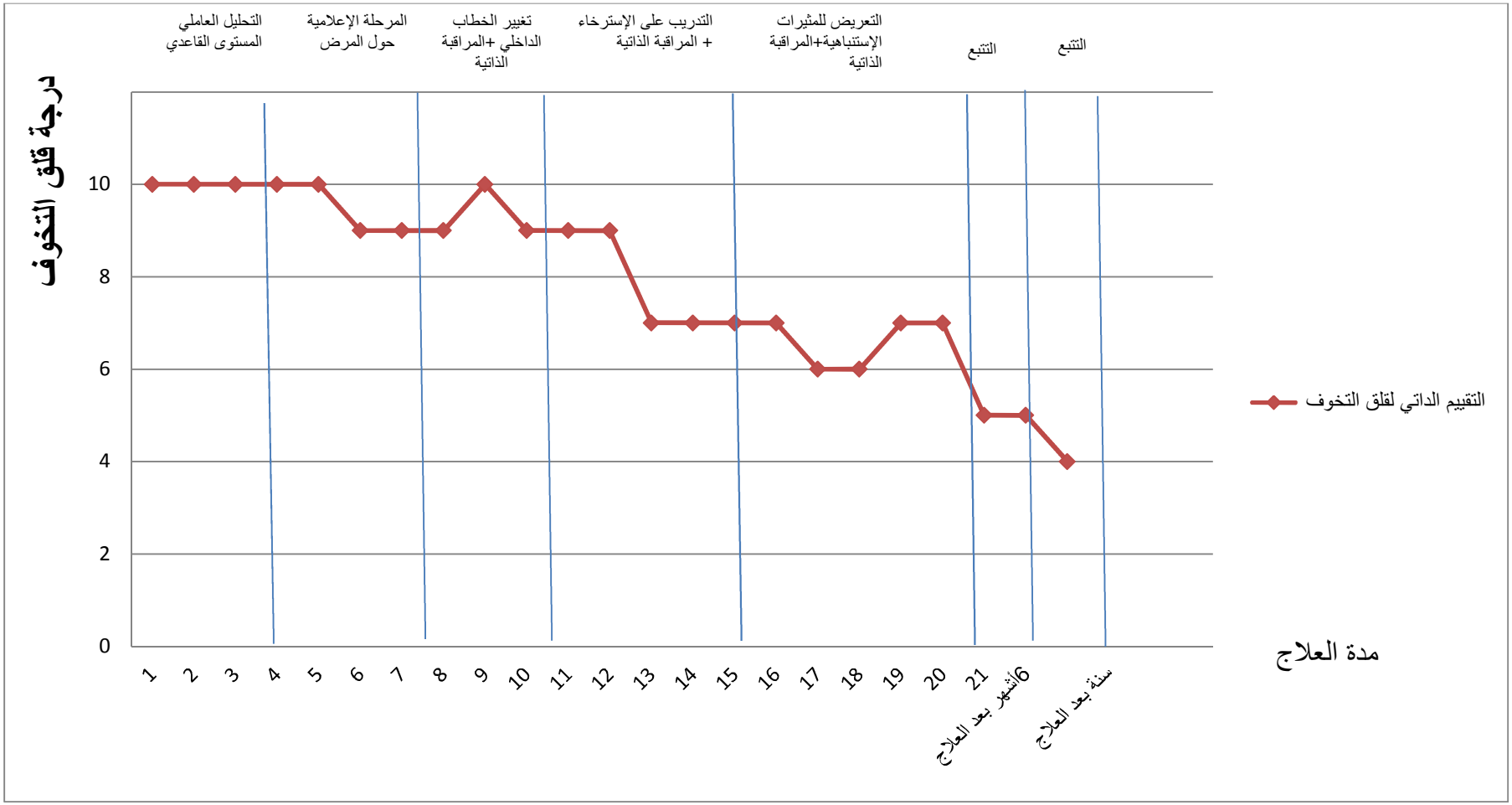
إن الإرتفاع الثاني خلال مرحلة التعريض للمثيرات الإستنباهية الداخلية ناتج عن وضعية ضاغطة عاشها المريض خلال هذه المرحلة وكان مضطرا إلى الحضور في المحكمة وسط حشد من الناس.

تُعتبر هذه خطوة إيجابية بالرغم من أنها أثارت رعبا لديه على حدّ قوله :

Jai transporté le malaise dans cette attaque de panique, Jai eu une " peur bleue.

وعموما فإن كل المراحل تظهر على مستوى المنحنى بتحسّن ملحوظ إبتداء من أول تقنية إلى المرحلة التبعية الأخيرة مع التأكيد بأن مرحلة التدريب على الإسترخاء كانت مرحلة جد مريحة حسب تصريحات المريض بحيث تمكن بفضلها من ضبط تنفسه مما جعله يشعر بسيطرة على التقلص العضلي الصدري .

3- التقييم الذاتي لقلق التخوف:



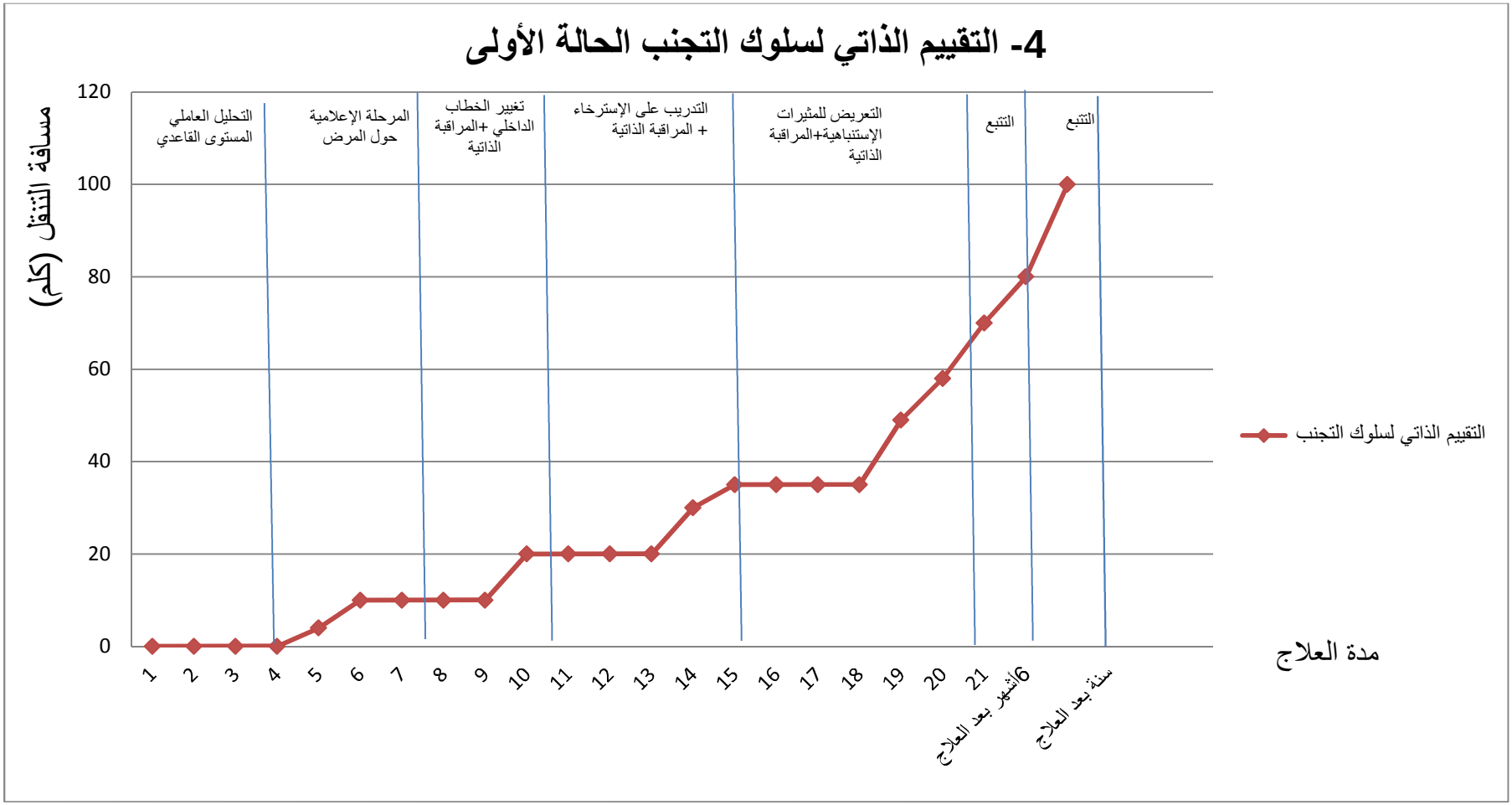
التعليق:

يتضح من خلال هذا المنحنى بأن قلق التخوف لم ينخفض في المرحلة ما قبل العلاجية أين قمنا بالتحليل العاملي لكنه بدأ في المرحلة الإعلامية التي قدمنا من خلالها تفسيرا للأحاسيس التي يخشاها المريض في الانخفاض، وتواصل هذا الأخير في المرحلة التي قدمنا فيها نظرة جديدة للمريض وعلمنا المريض كيفية إستبدال أفكاره اللاعقلانية بأفكار أكثر منطقية.

شهدت هذه المرحلة تحسُّنا ملحوظا لقلق التخوف ما عدا في الحصة الثامنة التي تعتبر محاولة من طرف المريض تعريض نفسه لوضعية رهابية لكن عموما لاحظنا بأنه أصبح يُسيطر على أحاسيسه من خلال الإعتقادات الجديدة التي اكتسبها . ومع تطبيق الإسترخاء ارتفع شعور المريض بفعاليته في التحكم في قلقه وكانت هذه الحصة العلاجية جد مريحة بالنسبة له لأنها بمثابة تطبيق لمعلومات نظرية إكتسبها في المرحلة السابقة حول الإفراط في التهوية وكيفية التحكم فيه .

وأخيرا كانت مرحلة التعريض مرتبطة بأدنى درجات قلق التخوف مقارنة بالمراحل العلاجية الأولى، أما مرحلة التتبع فقد شهدت إنخفاضا ملحوظا ، لكن قلق الخوف لم يزُل تماما وبقي في درجة (3) ويصرح المريض بأن هذا القلق لم يعُد له تأثير على حياته، كما كان من قبل، فما أن يشعر به حتى يبدأ في توظيف الأفكار الجديدة ويُرخي عضلاته.

4- التقييم الذاتي للسلوك التجنب بخصوص التنقل:



التعليق:

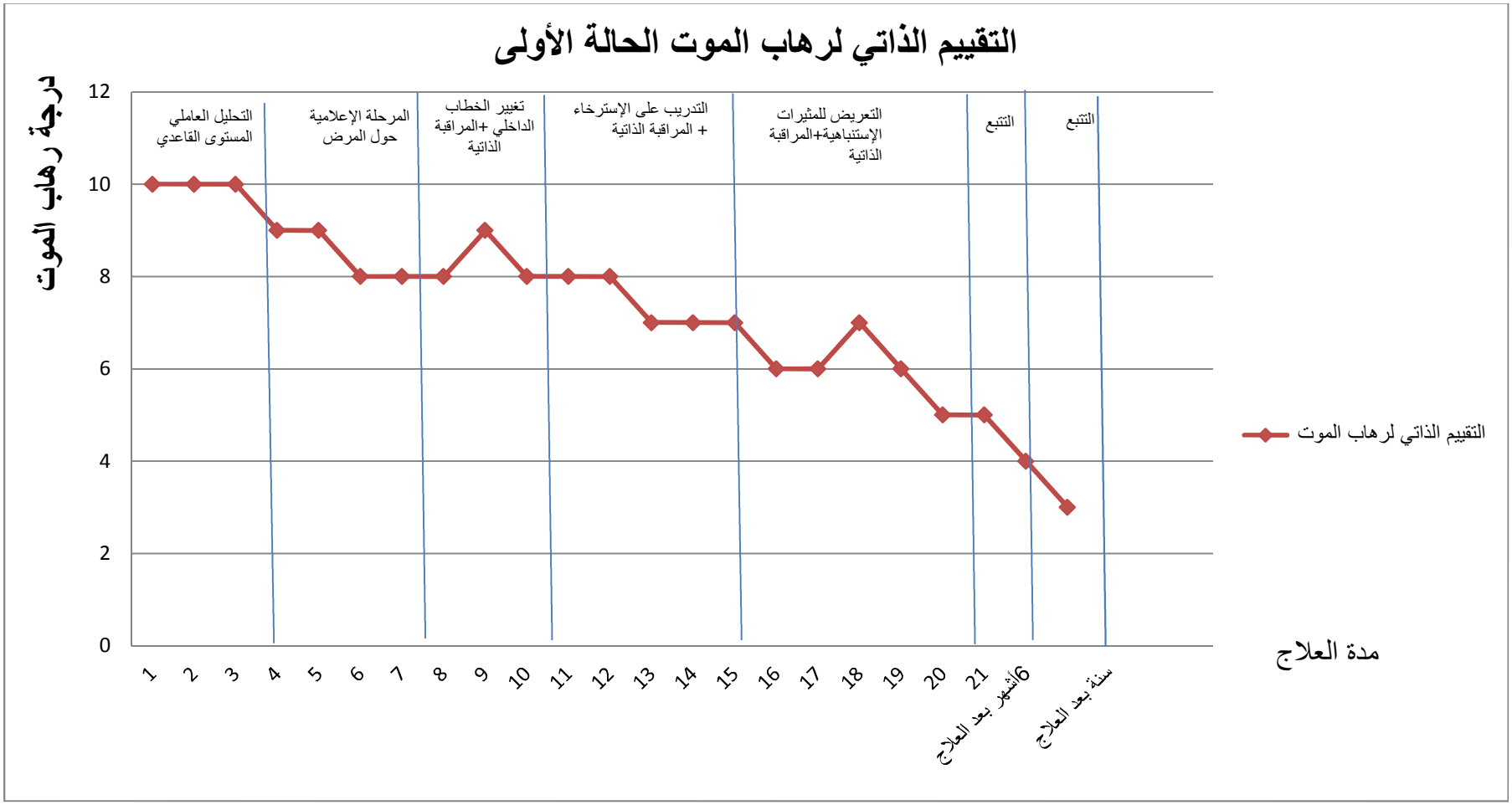
يبين هذا المنحنى الممثل لتقييم المريض للمسافة التي تمكن من قطعها بفضل العلاج والتي إرتفعت تدريجيا إنطلاقا من 3 كلم وهي المسافة الفاصلة بين مقر سكنه والمكان الذي تنقل إليه ثم 4 كلم ثم 10 كلم خلال المرحلة الإعلامية حول المرض والتي منحته أكثر فهم وإستيعاب لمرضه وجعلته يُباشر في إكتساب نظرة جديدة بعيدة عن التهديد، لذا نجده في مرحلة تغيير الخطاب الداخلي توصل إلى الإبتعاد 20 كلم عن مقر سكنه ثم 30 كلم و 35 كلم خلال مرحلة التدريب على الاسترخاء العضلي و 49 كلم في مرحلة التعريض للمثيرات الاستنباهية الداخلية.

من هنا نرى بأن التحسن إستمر إلى غاية 80 كلم بحيث يصرح المريض بأنه قد تمكن التوصل إلى منطقة تيبازة وجبل شنوة دون التعرض لنوبات هلع.

تعُد هذه الخطوة ناجحة جدا بالنسبة للمريض الذي تجاوب مع العلاج و شعرنا با نه وثق به وطبق كل مرحلة بجدية

.

5- التقييم الذاتي لدرجة رهاب الموت:



التعليق:

يظهر من خلال المنحنى الممثل لتطور التحسن على مستوى رهاب الموت خلال مدة العلاج وما بعد العلاج بأن المريض لم يتحسن بطريقة مستمرة ومتتالية بفعل وجود بعض الارتدادات التي لم تكن متعددة لكنها ظهرت خلال مدة العلاج.

وإذا علّقنا على هذا المنحنى نجد بأن بداية لقائنا مع المريضة خلال الثلاث حصص الأولى أدلت بمستوى عالي من رهاب الموت الذي انخفض بدرجة واحدة بعد الحصة الثالثة.

إن تفسيرنا لهذا الانخفاض الخفيف يعود حسب رأينا إلى تقاسم المريض معاناته وبداية الأمل لديه في التخلص من مرضه- بقيت درجة الرهاب إلى غاية الحصتين الأوليتين للمرحلة الأولى في العلاج ثم انخفضت في نهاية الحصة الثالثة بعد الحصة الإعلامية حول المرض والتي أدت إلى بداية اكتساب نظرة جديدة لنوبات الهلع أي لطريقة تفسيرها.

لقد لاحظنا بأن المريض إنتكس في الحصة الثالثة الخاصة بتغيير الخطاب الداخلي وحاولنا الاستفسار عن تقييمه الذاتي لدرجة رهاب الموت، وهنا وجدنا بأن المريض شعر في الحصة الثامنة بضغط شديد نتيجة إستدعاء المعلمة له بخصوص الإفراط في الحركة الذي يعاني منه إبنه والذي جعل المريض يخشى عدم القدرة على تسيير هذا المشكل الذي أصبح حسب المعلمة يعرقل بالفعل نتائجه المدرسية. جعل هذا الحدث المريض في حالة ضغط شديدة جعلته يفكر في مرضه ويخشى الموت وترك إبنه. أما الإنتكاس الثاني على مستوى الحصة الثامنة عشرة فقد فسرناه حسب شرح المريض إلى ضرورة تنقل المريض بعيدا عن البيت في إطار عمله في الميدان العقاري.

علما أن المريض كان منذ إصابته بالمرض يتفادى التنقل لوحده إلا برفقة صديقه. يدل هذين العاملين بأن فعالية العلاج لا تعود لفعالية التقنيات العلاجية فقط بل تعود لعدة عوامل. مع هذا كان المنحنى يوحي بتحسين كبير بالرغم من أحداث البيئة.

2- الحالة الثانية:

2-1- تقديم الحالة:

تبلغ الفتاة (ج) من العمر أربع وعشرون (24) سنة وهي البنت الكبرى لخمسة إخوة ذكور علما أن الإخوة يعيشون مع الوالد بينما تعيش هي مع والدتها التي إنفصلت عن والدها عندما كانت تبلغ سنتين، تحصلت الفتاة على شهادة ليسانس في الأدب العربي لكنها لم تجد بعد منصب عمل.يبلغ الأب من العمر واحد وخمسون (51) سنة وهو طبيب بينما تبلغ الأم من العمر خمسين (50) سنة وهي حالياماكثة بالبيت.

تعيش الفتاة مع والدتها وعائلة الوالدة وتقطن في إحدى ولايات غرب الجزائر العاصمة.

2-2- سبب التقدم إلى الفحص النفسي:

تقدمت الفتاة إلى الفحص النفسي بسبب خوفها من البقاء بمفردها في البيت بحيث يظهر هذا الخوف من خلال تسارع نبضات قلبها وفشل ساقيها كما تخشى السقوط إذا ما تنقلت خارج البيت لهذا فهي دوما برفقة والدتها، بالإضافة إلى والدتها نجد بأن المريضة لا يمكن أو تستغني عن حمل أقراص الكاليسبورنات (Calcibronat).

كما أنها تمتنع عن الدخول إلى الحمام لأنها تذكر يوم سقطت وهي بداخله. وتشكو من خوفها الشديد للشجارات بين الناس الشيء الذي جعلها ترفض الإلتقاء بهم وتشعر بقلق عالي إذا تلقّت العائلة زيارة غرباء.

تصرح المريضة كذلك بخوفها الشديد من التواجد بأماكن عالية واستعمال وسائل النقل المشتركة كما تخاف بشدة من التواجد بأماكن مزدحمة كالأسواق والمتاجر الكبرى حتى وهي مرفقة الأم.

2-3- تاريخ المريض الشخصي:

عاشت هذه الفتاة مند صغرها مع والدتها وعائلة الوالد في وسط مملوء بالصراعات.

تُصرح الأم بأن هذه الفترة كانت من أصعب الفترات التي عاشتها هي شخصيا وكذا إبنتها التي كانت في مرحلة الرضاعة. تقول الأم بأنها كانت تُرضع المريضة وهي في حالة

إكتئاب عالية، الشيء الذي جعلها تطلب الانفصال عن زوجها أي والد المريضة. وبالفعل إنفصل والديْ المريضة وعاشت المريضة ووالدتها مع الجد والجدة والأخوال. تذكر المريضة بأن عائلة والدتها لم تكن تُحب والدها. وكانت تنتقده بإستمرار لذا تكونت لديها صورة سيئة عن والدها الذي لم ترَه إلا وهي تبلغ الخامسة عشرة من العمر.

لم يكن الوسط الذي عاشت فيه المريضة وسطا هادئًا بل كان مليئًا المشاكل بفعل التعايش وعدم التفاهم مما أدى إلى شعور المريضة باستمرار بالخوف وتعرضها لكوابيس ليلية الشيء الذي دفع بالأم إلى حمايتها من خلال مرافقتها المستمرة إلى المدرسة ومنعها من الابتعاد عن المنزل ومن اللعب مع أقرانها. تقول المريضة بأنها كانت ترفض فكرة اللقاء مع والدها الذي كان يريد لقاءها لأنها ترى فيه الشخص الذي لم يُساندها ولم يكن يُحسن لوالدتها لكن هذا الأخير أصرّ على الالتقاء بها وبذل قُصار جُهده لكي يكسب ثقتها ومحبتها وتمّ هذا عندما بلغت الخامسة عشرة من عمرها وتعرفت على إخوتها، لكن هذه العلاقة لم تستمر ومنذ ثلاث سنوات عندما بلغت الواحد والعشرون سنة قطع الأب علاقته بها الشيء الذي جعله تعيش حالة حزن شديدة في نفس السنة بينما كانت تحضر الدرس في الجامعة شعرت فجأة بتسرع نبضات قلبها كما شعرت بالحرارة على مستوى جسمها ثم فقدت الوعي.

أسعفت الفتاة وشُخصت حالتها على أنها حالة قلق بما أن الفحوصات والتحاليل لم تبين أي مشكل عضوي. تحصلت الفتاة على شهادة الليسانس لكنها لم تتمكن من إيجاد عمل ومكثت بالبيت ولم تكن تتحمس للخروج و الإتصال بالناس إلاّ من حين لآخر. حاولت الأم مرارا إقناعها بضرورة الخروج وتغيير الجو للبحث عن العمل، وضغطت عليها في يوم من الأيام، فخرجت الفتاة لكنها في الطريق وهي تسير تعرضت لنوبة هلع شديدة شعرت على إثرها باهتزاز جسمها وضيق صدرها وتسارع نبضات قلبها. ومنذ ذلك الحين وهي ترفض الخروج بمفردها، كما أصبحت منذ أربعة أشهر ترفض المكوث في البيت منفردة ولا تشعر بالراحة إلا بوجود أمها.

2-4- تاريخ ظهور المرض:

تعود أول نوبة هلع إلى السن الواحدة والعشرين والتي أفقدتها الوعي من جراء ما شعرت به من تسارع نبضات القلب، الحرارة وفقدان السيطرة على الجسم.

ثم أُسعفت على إثر هذه النوبة بالمهدئات وأجرت بعدها كافة الفحوصات لكنها لم يتبين أي سبب عضوي لهذه النوبة.

لم تُركز المريضة على هذه النوبة بالرغم من تحفظها للخروج وحدها، لكنها تعرضت ثانية لنوبة هلع أخرى وهي في السن الثالثة والعشرين جعلتها تهتز وتختنق، كما ولدت لديها شعورا بخوف شديد لأن قلبها نبضَ بسرعة فائقة، وأكدت الفحوصات الطبية بأن السبب ليس عضويا وأن كافة الأعضاء الداخلية سليمة. لهذا وُجهت للفحص النفسي تكنها لم تواصل لأنها وجدت بأن الحصص العلاجية كانت تدوم عشرة دقائق الشيء الذي لم يرضها .

وبقيت سنة كاملة في البيت، كانت لا تخرج إلا للضرورة، وعندما بلغت أربع عشرون سنة خرجت تحت تأثير والدتها وكانت نوبة الهلع التي تعرضت لها جدّ صعبة لأنها جعلتها في حالة قلق مستمرة منذ أربعة أشهر إذ كانت تعاني من الرعب باستمرار، وعدم القدرة على التنقل والمكوث في البيت بمفردها، الشيء الذي جعلها تكتئب بشدة وتتوقع في كل لحظة التعرض ثانية لحالة الرعب التي عاشتها الشيء الذي جعلها تتقدم للفحص النفسي.

2-5- وصف حالة المريض خلال الفحص النفسي:

بدت المريضة بمظهر فتاة مُهذبة، هادئة وخجولة. تتحدث بصوت خاف ويبدو عليها الخوف الشديد من مصيرها بحيث تُعبر عن هذا في المقابلة العيادية **" مْقَلقة كيمارانيش نخرج " .**

كما لاحظنا بأن عضلات جسمها تبدو في حالة شد عضلي أما الأم فقد دخلت في أول لقاء مع المريضة ووصفت حالتها كما عبرت عن تأسفها على ما أصاب إبنتها من

مرض وتود أن تفهمه كي تساعدها. سردت الأم الوقائع التي تعرضت لها إبنتها على أنها وقائع صعبة للغاية منذ ولادتها.

كما وصفت حالة الإكتئاب التي عاشتها عندما كانت حاملا بالمريضة. لقد لاحظنا بأن الأم كانت تعبر طول المقابلة بدلا من إبنتها مما جعلنا نفكر في وجود تبعية كبيرة من طرف المريضة تجاه والدتها.

2-6- عرض محتوى المقابلة العياديةقبل العلاج وبعد العلاج:

أ) قبل العلاج:

- دايما وليت نخمم ونقول ضرك يْوليلي هذا المرض.
- دايما نخاف هذا المرض اللي مرضتو و نـقول لو كان نْولي لها ذيك الحالة التي كنت فيها.
- كنكون خايفة نـقول في نفسي رايحة نتقيا.
- كنكون مرعوبة حتى وراني في الدار نـقول خلاص ضرك نموت ونحس ڤلبي رايح يحبس.
- دايما نحس رجليا فاشلين وثمة نزيد نخاف.
- النهار أوطول وأنا خايفة.
- يتقطعلي النفس كنبدا نحس بهذاك الخوف.
- ما نحبش نخرج خطراش نخاف نطيح برا
- عندي ربْعْ (4) أشهر وأنا ڤاعدة في الدار وما نـقدرس نخرج.
- لو كان زعمة ما نصيبش Calcibronat في الدار نتقلق.
- وليت ما نحبش نخرج خطراش نخاف نطيح برّى.
- نخاف كنـقعد وحدي. عندي 4 اشهر ملّي بداتني الحالة.
- دايما نخمم في المرض. نوسوس و نـقول بلاك نرجع لهذاك المرض.
- نتقلق وڤلبي يْوَلي يخبط.

- المشكل نتاعي يكون غير في النهار، ما نحبش Le mouvement، نحب Le calme.

- تغيضني عمري كينتقدوني.

- ماعنديش ثقة بالنفس.

- تغيضني عمري Surtout كنْعزَلت على المجتمع وجاتني خدمة في Le domaine نتاعي وما خدمتش.

- كنتفكر كيفاش كنت وكيفاش وليت نتقلق.

- وليت ما نحبش نْدُوّش خطراش مرة طُحت وأنا ندُوّش- من بكري عند الخلعة بصح ملي مرضت زادت عليّا.

- كِمَتربية عند جدتي نحس روحي غريبة عندهم

- وليت نحس بالنقض ملّي مرضت و نـقول كيفاش كنت كيفاش وليت.

- حتى ماما موسوسة وْمحافظة عليّا بزاف وملي مرضت زادت.

- رجعت ما نديروالو في الدار. ما نطيّب ما نصنع ڤاطو، رَجعت الكآبة مْسَيْطرة عليّا بزاف.

- ما نـقدرش نخرج وحدي، ما عنديش الثقة في النفس.

- نتقلق من الناس كيْجو نـقول ضُركَ يهدرو عليّا.

- يولي ڤلبي يخبط يخبط وأنا في ا لدار وما عندي حتى مشكل.

ب) بعد العلاج:

- كنت من قبل ما نخليش ماما تخرج وضرك نخليها.

- دايما ندعيلك في الصلاة خطراش ما كنتش متصورة بلي رايحة نتحسن

- نْقَص القلق عليّا.

- أنا عندك اللي ارتحت بزاف، موالفة نروح Psychologue يشدوني غير عشر دقايق بصح عندك ارتحت.

- في الدار بْدا ينقص الخوف.

- هاني نروح نشري الـڤازوز وحدي.

- هاذي المرة خرجت، رحت عند خالتي بالطموبيل.

- رحت للعرس ملي بديت العلاج وكنت قاعدة على أعصابي، ماكنتس à laise بصح تغلبت على روحي.

- رحت للحمام بعيد على الدار بزوج كلم.

- خرجت ورحت نقضي في المارشي اللي بعيد عن الدار بثلاثة كلم.

- قلبي ما عادش يخبط بزاف ومانيش نخاف كيما كنت.

- نبغي L'ambiance وما نبغيش نقعد وحدي.

- نبغي ضرك نخرج، بكري كنت دايما في الدار و 4 أشهر اللي فاتو ما نقدرش نخرج.

- كنت من قبل ما نْجي كئيبة ما نبغيش نمشط، ما نبغيش نلبس بصح ضرك راني خير والقلق نقص عليّا.

- ضرك نقدر نْبعد التلفون اللي كنت ما نستغناش عليه.

- المرض القاوي القاوي راحلي.

- ما كنتش متوقعة بلي نبرى هكذا.

- كنت في الدار والو مْضَرْبة وراقدة وضرك الحمد لله.

- ضرك الحصة اللي نْجي ليها ينقص فيها الخوف.

2-7- عرض نتائج الإختبارات قبل العلاج وبعد العلاج:

1- نتائج إستبيان المخاوف:

الجزء الوصفي

نوع الرهاب ودرجة تجنبه / مدة العلاج	الرهاب الرئيسي المراد علاجه	درجة التجنب (8-0)	الرهاب الثانوي	درجة التجنب (8-0)	الشعور الثانوي الشاق	درجة المعاناة (8-0)
قبل العلاج	رهاب التنقل خارج البيت منفردة	8	رهاب المكوث بالبيت منفردة	7	الشعور بعدم الثقة	8
بعد العلاج	رهاب التنقل خارج البيت منفردة	6	رهاب المكوث باالبيت منفردة	4	الشعور بعدم الثقة	6
ستة أشهر بعد العلاج	رهاب التنقل خارج البيت منفردة	5	رهاب المكوث بالبيت منفردة	3	الشعور بعدم الثقة	5
سنة بعد العلاج	رهاب التنقل خارج البيت منفردة	4	رهاب المكوث بالبيت منفردة	2	الشعور بعدم الثقة بالنفس	4

الجزء التقديري

نوع الرهاب مدة العلاج	رهاب المكان (40-0)	رهاب الدم والجروح (40-0)	الرهاب الاجتماعي (40-0)	القلق والإكتئاب (40-0)	الإنزعاج الناتج عن السلوك الرهابي (40-0)
قبل العلاج	40	26	33	32	8
بعد العلاج	29	21	22	20	6
ستة أشهر بعد العلاج	20	18	20	12	5
سنة بعد العلاج	19	16	12	10	4

2- نتائج سلم تقييم الرهابات، نوبات الهلع والقلق المعمم:

الجزء الأول: تقييم الرهابات:

نوع الخوف المرضي ودرجة تجنبه وشدة القلق مدة العلاج	الخوف المرضي الأول	درجة التجنب (8-0)	الخوف المرضي الثاني	درجة التجنب وشدة القلق (8-0)
قبل العلاج	رهاب الخروج من البيت على إنفراد	8	رهاب البقاء في البيت منفردة	7
بعد العلاج	رهاب الخروج من البيت على إنفراد	6	رهاب البقاء في البيت منفردة	4
ستة أشهر بعد العلاج	رهاب الخروج من البيت على إنفراد	5	رهاب البقاء في البيت منفردة	3

سنة بعد العلاج	**رهاب الخروج من البيت على إنفراد**	**4**	**رهاب البقاء في البيت منفردة**	**2**

الجزء الثاني: تقييم تواتر نوبات الهلع:

1- تقييم تواتر نوبات الهلع:

تواتر نوبات الهلــع / مدة العــلاج	**عدد نوبات الهلع (8-0)**
قبــل العــلاج	**8**
بعــد العــلاج	**4**
ستة أشهر بعد العلاج	**3**
سنة بعد العــلاج	**2**

2- تقييم أعراض نوبات الهلع:

عدد أعراض نوبات الهلع / مدة العــلاج	**عدد الأعــراض (13-0)**
قبــل العــلاج	**5**
بعــد العــلاج	**4**
ستة أشهر بعد العلاج	**3**
سنة بعد العــلاج	**2**

3- تقييم إضطراب الهلع:

معاناة المريض من إضطراب الهلع	إضطـراب الهلـع
قبـل العـلاج	نعـــم
بعـد العـلاج	نعـــم
ستة أشهر بعد العلاج	لا
سنة بعد العـلاج	لا

قلق التخوف / مـدة العـــلاج	إضطـراب الهـلع
قبـل العـلاج	نعـم
بعـد العـلاج	نعـم
ستة أشهر بعد العـلاج	لا
سنـــة بعد العـلاج	لا

الجزء الثالث: تقييم شدة القلق المعمم:

القلق المعمم / مدة العـــلاج	شدة القـلق (0-8)
قبـل العـلاج	8
بعـد العـلاج	5
ستة أشهر بعد العلاج	4
سنة بعد العـلاج	3

3- نتائج الرائز السلوكي للتجنب:

التجـنب / مـدة العلاج	درجـة التجـنب (4-0)	درجـة الإنزعـاج (32-0)
قبـل العـلاج	4	30
بعـد العـلاج	3	18
ستة أشهر بعد العـلاج	2	14
سنــة بعد العـلاج	2	13

4 نتائج إستباين المعارف الأقورافوبية:

التجـنب / مـدة العلاج	الإنشغالات الاجتماعية والسلوكية (4-0)	الإنشغالات الجسمية (32-0)
قبـل العـلاج	30	35
بعـد العـلاج	18	20
ستة أشهر بعد العـلاج	14	19
سنــة بعد العـلاج	10	10

5- نتائج إستبيان الأحاسيس البدنية:

الخوف من الأحاسيس البدنية / مـدة العلاج	درجـة الخـوف (85-0)
قبـل العـلاج	80
بعـد العـلاج	29
ستة أشهر بعد العـلاج	27
سنــة بعد العـلاج	20

2-8- مناقشة النتائج قبل العلاج وبعد العلاج:

1- تحليل محتوى المقابلة العيادية قبل العلاج وبعد العلاج:

أ) قبل العلاج:

يظهر من خلال إجابات الفتاة (ج) بأن إضطراب الهلع المصحوب برهان المكان قد أثّر بدرجة كبيرة على حياتها اليومية بحيث ظهرت الأعراض من خلال عدم تمكنها من الخروج لوحدها وعدم المكوث في البيت منفردة إلا إذا وُجدت الأم برفقتها لأن الأم تلعب دور الرفيق القوبي التي توحى لها بالأمن، كما يظهر اصطحابها للدواء، قارورة ماء والهاتف النقال كضمانات موجبة بالأمن والتي تدُل جميعها على شدة مرضها لأنها لا تكتفي بوجود ضامن واحد بل عدة ضمانات، كما تعاني بشدة من قلق التخوف وهذا ما صرحت به خلال المقابلة العيادية قائلة: دايما نخاف هذا المرض اللي مرضتو ونـقول لو كان نْولي لها ذيك الحالة التي كنت فيها ". " يْولي قْلبي يخبط يخبط وأنا في الدار وما عندي حتى مشكل ".

وأما عن تفسيرها لما تشعر به، فإن المريضة تفكر في فقدان الوعي وفي السكتة القلبية باستمرار نتيجة احساسها بضيق في التنفس وتسارع ضربات القلب وعدم التوازن ، الشيء الذي جعلها تخاف وتتجنب التواجد بمفردها سواء في البيت أو خارج البيت، لهذا تبحث دوما عن والدتها التي ترتاح برفقتها لأنها ترى بأنها تُسعفها إذا ما تعرضت للخوف الشديد أو بالأحرى لنوبة هلع وتُعبر المريضة عن تجنبها بسبب الهلع بما يلي: " ما نحبش نخرج خطراش نخاف نطيح برّى ".

كما تعبر عن تجنبها المكوث بالبيت قائلة: " نخاف نـقعد وحدي، عندي 4 أشهر ملّي بدْاتني الحالة ". لقد لاحظنا من خلال تحليل محتوى المقابلة وجود عناصر زادت من هذا الخوف كالإستحمام ورؤية الناس والمكوث على إنفراد في البيت، كما تزيد كل التنقلات من شدة هذا الخوف وتجعله يدوم طوال اليوم مما يُولد لدى المريضة الشعور

بالحزن والفشل واللذان تُعبر عنهما قائلة: " رجعت ما نديرو والو في الدار، ما نطيّب ما نصنع ڤـاطو، رَجْعت الكآبة مْسْيطرة علِيـّا بزاف ". كما ظهر الشعور بالنقص لديها من جراء إصابتها بهذا الداء لأنها تُقارن بين ما هي عليه حاليا وماكانت عليه من قبل. وهذا ما يظهر واضحا في أقوالها خلال المقابلة العيادية: " وليت نحس بالنقص ملّي مرضت ونڤول كيفاش كنت و يفاش ولّيت ".

لقد لاحظنا بأن المريضة واعية بحالتها وبفقدان الثقة الذي تعيشه بحيث تقول: " ما عنديش ثـقـة بالنفس كما تتأسف لحالة الإنعزال التي جعلتها تُضيِّع فرصة العمل بحيث تُوضح هذا من خلال تعبيرها على النحو التالي: " تْغيضني عُمري Surtout كنعزلت على المجتمع وجاتني خدمة في Le domaine نتاعي وما خدمتش ".

كما يظهر اختلال التوظيف الاجتماعي واضحا من خلال تجنب المريضة لانتقادات أفراد محيطها لأعراض المرض الذي تعاني منه والتي جعلتها تتجنب الإلتقاء بهم بحيث عبرت عن هذا قائلة :" تغيضني عمري كينتقدوني " كما تقول خلال المقابلة في هذا الشأن: " نتقلق من الناس كيجُو نـڤول ضرك يهدروا عْلِيا ".عند تحليل هذه التصريحات نجد بأن المريضة أصبحت تنزعج من أحكام من يحيط بها بخصوص عدم خروجها بمفردها وعدم المشاركة في التجمع معهم مما يجعلها في حالة سيئة ويائسة تمنعها من التحدث أو التصرف أمام جماعة من الناس حتى الأقرب منها ممن يزورها خوفا من تلقي أي سؤال بخصوص مرضها. إلى جانب الرهاب الإجتماعي تعاني المريضة من فقدان التركيز في مهامها اليومية البسيطة، كما تشكو من فقدانها النوم من كثرة قلقها على مصيرها مما يؤدي إلى شعور دائم بالضغط والإستثارة السريعة مع أمها، توحي هذه التصريحات للمريضة بأن حالة القلق مرتفعة لديها بسبب أعراض المرض الذي أصابها والذي لم تجد له حلاّ.

وتذكر المريضة خوفها من تفاقم حالتها التي لم تفهم سببها لكن بعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي إختلفت حالة المريضة عما كانت عليه وهذا ما تبينه النتائج الموالية.

ب) بعد العلاج:

لقد إستنتجنا من خلال تحليل محتوى المقابلة التقييمية التي جمعت بيننا والمريضة بأن، العلاج المعرفي السلوكي كان فعالا في التخفيف من أعراض المرض بحيث تمكنت هذه الأخيرة من تعديل الأفكار التضخيمية و الكارثية التي كانت تفسير بها حالة القلق التي كانت تنتابها مما كان يعرضها لنوبات الهلع، واستبدلتها بأفكار منطقية ساعدتها إلى حد كبير التحفييف من أعراض المرض التي انخفضت أكثر بعدما تعلمت عملية الإسترخاء وتدربت عليها وعلى مواجهة أحاسيسها المزعجة.

أصبحت المريضة قادرة على المكوث في البيت بمفردها لأن الخوف بدأ ينقص حسب رأيها لكننا إذا حللنا هذه النتيجة نجد بأنها أصبحت تتحكم في خوفها بعد تغيير نظرتها وحالة جسمها مما أدى إلى ارتفاع فعالية ذاتها في البقاء بالمنزل منفردة.

وفي هذا الصدد تقول: " في الدار بْدا ينقص الخوف كما تحمد الله على ما أصبحت عليه قائلة " الحمد لله نقص عليّا والخلعة بعد هذا العلاج ".

وقد لاحظنا بأن المريضة أصبحت تشعر بالأمان وهي وحيدة، فلم تعُد تفرض وجود والدتها برفقتها وتبدو جدّ مسرورة عند الحديث عن هذا قائلة: " كنت من قبل ما نخليش ماما تخرج وضرك نْخليها ".

إن إستغناء المريضة عن حضور والدتها لهو خطوة جدّ إيجابية في العلاج لأنها مؤشر على اكتسابها الثقة في النفس التي كانت تفتقدها في بداية العلاج.

يبدو وكذلك من خلال تحليل محتوى المقابلة بأن المريضة أصبحت قادرة على التنقل بمفردها لغاية البقالة الواقعة بالقرب من البيت، كما تصرح بأنها تمكنت من الذهاب إلى الحمام الذي كانت تخشاه بشدة بسبب خوفها من التعرض لنوبة هلع وهي تؤكد بأن الحمام بعيد عن المنزل باثنين كلم.. تبدو المريضة جدّ راضية على العلاج الذي جعلها تكتسب فعالية ذاتها التي ظهرت كذلك من خلال قدرتها على استقبال الغرباء

في البيت والتجمع برفقتهم، ولم يقتصر الأمر على هذا الحد بل أصبحت قادرة على الذهاب إلى الحفلات بالرغم من معاناتها من عناء وضيق كبيرين لكنها توضح عندما أجابتنا على أسئلة المقابلة بأنها بإستمرار تحاول تغيير نفسها وهذا يبدو خلال خلال تصريحاتها الذاتية:

" رحت للعرس ملي بديت العلاج " " وكنت قاعدة على أعصابي ماكنتش قاعدة à laise بصح تغلبت على روحي " صرحت المريضة كذلك بأن التنقلات ليست بالشيء السهل بالنسبة لها لكنها بإستمرار تقوم بمجهودات قصد التغلب على نفسها لا سيمّا أفكارها المهدّدة بوقوع خطر.

يظهر قلق التخوف متحسّنا في حالة هذه الفتاة، بحيث تُعبر عن إنخفاضه إذ تقول: " قلبي ما عادش يخبط بزاف وما نيش نخاف كيما كنت ".

لقد ظهرت فعالية العلاج كذلك في إنخفاض حالة القلق والإكتئاب بحيث توضح المريضة بأنها أصبحت ترغب في الإعتناء بمظهرها والخروج لزيارة خالتها.

كما أصبحت لا ترغب في الإنعزال مما يدل على رغبتها في الحياة الناتجة عن إنخفاض أعراض المرض.

وتضيف بأنها أصبحت تُخطط لمستقبلها إذ حضرت ملفّا للمشاركة في مسابقة للتحصيل على منصب شغل.

كذلك تبينت فعالية العلاج في إنخفاض ملحوظ للقلق المعمم لدى المريضة والذي يعتبر ثانويا لهذا المرض بحيث إسترجعت تركيزها على مهامها اليومي، كما إسترجعت القدرة على النوم والأكل وأصبحت تتمتع برغبة في العيش والعمل، وزالت الحيرة التي كانت تُصاحبها وهي تعاني من أعراض المرض.

لقد تمكننا من خلال تطبيق التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية من القضاء على خوف المريضة من تعقد حالتها وخوفها من الدم بفعل شعورها بفعالية ذاتها وقدرتها على مواجهة أي حادث تعرضت له.

وبناء على هذه المعطيات يبدو واضحا بأن العلاج أدى دوره وأثر إيجابيا على كافة الأعراض الثانوية للمرض بحيث ساعد المريضة على التقليل من التبعية المفرطة للأم التي لعبت دور الضمان الموحي بالأمن والتي نجد من خلال التحليل بأنها عرقلت تحسن المريضة بخصوص تنقلها خارج البيت منفردة بفعل خوفها الشديد عليها الذي لم يخدم المريضة بل منعها من الإتكال على نفسها وتصرح بذاتها قائلة: " حتى ماما موسوسة ومحافظة عليا بزاف وملّي مرضت زادت ".

2-8- مناقشة النتائج قبل العلاج وبعد العلاج :

1- تحليل نتائج إستبيان المخاوف:

يبدو الفرق واضحا على مستوى نتائج إستبيان المخاوف في كل مرحلة أي مرحلة ما قبل العلاج، بعد العلاج، ستة أشهر بعد العلاج وسنة بعد العلاج.

أما فيما يخص الجزء الوصفي، حددت المريضة الرهاب الرئيسي الذي تريد علاجه برهاب الخروج على إنفراد والذي منحته درجة (8) على سلم التجنب علما بأن هذه الدرجة هي أقصى درجة توحي بالخوف الشديد من الوجود على إنفراد خارج البيت لكن هذه الدرجة انخفضت بعد العلاج لتصل درجة (6) وهي درجة تدل على تحسن المريضة الذي لم يقتصر على هذه المرحلة بل تعدّاها إلى فترة ستة أشهر بعد العلاج بحيث انخفضت الدرجة إلى غاية (5) و إمتد التحسن إلى غاية سنة بعد العلاج بحيث انخفضت الدرجة إلى غاية (4) بعد العلاج.

أما بخصوص الرهاب الثانوي، فقد حددته المريضة برهاب المكوث في البيت على انفراد والذي قيّمته بدرجة (7) ثم بدرجة (4) في نهاية العلاج، ثم ظهر التحسن تدريجيا بحيث إنخفضت الدرجة إلى (3) سة أشهر بعد العلاج وبعد (2) سنة بعد العلاج. وكافة هذه النتائج تتفق مع نتائج تحليل محتوى المقابلة التي صرحت فيها المريضة بعدم شعورها بأي انزعاج وهي بمفردها في البيت بينما بقي الانزعاج إلى حد ما وهي خارج البيت.لكن لم يبق على ما كان عليه من قبل ولم يمنعها من مواصلة حياتها.

وفيما يخص الشعور الخاص بالإنزعاج من جراء الإصابة بهذا المرض فقد حدّدته المريضة بعدم الثقة بالنفس وقدّرته بدرجة (8) في بداية العلاج ثم (6) في نهاية العلاج وهذا ما يدل على إستجابتها للتقنيات العلاجية المقدّمة، وبعدها إرتفع هذا الشعور ليصل إلى درجة (5) ستة أشهر بعد العلاج ودرجة (4) سنة بعد العلاج. تدل هذه الدرجات على تحسن واضح على المستوى النفسي، الشيء الذي يؤكد فعالية العلاج المعرفي السلوكي والذي لاحظنا تأثيره الإيجابي منذ مرحلة التحليل العاملي التي جعلت تقدم المريضة للعلاج في أول لقاء وتحدثها عن معاناتها يخلق فيها الثقة في العلاج والتي انعكست بعد تقديم التقنيات العلاجية على الثقة بنفسها في مواجهة خوفها.

وفيما يتعلق بالجزء التقديري للإستبيان، تحددت درجة الرهاب الأول أي رهاب المكان بأقصى درجة وهي (40) لكن بفضل التقنيات العلاجية التي إستفادت منها المريضة تحسنت حالتها وظهرت من خلال إنخفاض هذه الدرجة إلى غاية درجة (29).

يعتبر هذا التحسن خطوة جيدة وهذا راجع إلى حدة الإضطراب التي تمكنت التقنيات العلاجية من التأثير عليه والتقليل منه إلى أن وصل إلى نصف الدرجة الكلية بحيث بلغ درجة (20) وهذا إن دلّ على شيء فإنه يدل على إستجابة المريضة للعلاج التي دامت إلى غاية سنة بعد العلاج انخفضت خلالها إلى درجة (19). وبخصوص رهاب الدم والجروح الذي يُعتبر في هذا البحث كسمة من سمات الشخصية الذي تأثر من جراء الإصابة بهذا المرض بحيث بلغ درجة (26) قبل العلاج ثم قدرته المريضة بدرجة (21) في نهاية العلاج وبعدها أصبحت الدرجة المقدّرة هي (18) ستة أشهر بعد العلاج ثم (16) سنة بعد العلاج. أما بخصوص الرهاب الاجتماعي الذي ظهر ما قبل العلاج مرتفعا بحيث بلغ درجة (33). والذي لاحظنا بأنه يتلو رهاب المكان في درجته بفعل أنه نتيجة له. يدل هذا على أن المريضة تخاف بشدة من التواجد مع جماعة خوفا من أحكامهم وآرائهم وأسئلتهم لها عما أصابها وأعاقها عن الخروج من البيت.

بالإضافة إلى خوفها من ملاحظتهم لها وهي تتأهب للتعرض لنوبة هلع هي جالسة معهم لهذا تصرح خلال المقابلة العيادية بأنها تخاف أن تُصدر سلوكات غير لائقة وإيماءات الانزعاج. لقد إنخفض هذا الخوف من درجة (33) إلى درجة (22) ستة أشهر بعد العلاج بحيث أصبحت تتحكم في هذا الخوف بفعل فعالية ذاتها التي إرتفعت بفضل تغيير أفكارها عن هذا المرض و إكتسابها التحكم في جسمها بالإضافة إلى مواجهة ما كانت تخشاه دوما، واستمر التحسن لغاية درجة (12) وتشير المريضة هنا أن الغياب الكلي للرهاب الاجتماعي لم تتوصل إليه لأنها لازالت تخشى الابتعاد كثيرا عن البيت منفردة لاسيّما بالمراكز التجارية المكتظة بالناس. وإذا قارنّا بين الرهابين اللذين حددتهما نجد بأن الرهاب الاجتماعي كنتيجة رهاب المكوث في البيت منفردة انخفضت أعراضه أكثر من الرهاب الاجتماعي الناتج عن التنقل خارج البيت.

وفيما يتعلق بالقلق والإكتئاب المرتبطين برهاب المكان فهما أساسيتين يوحيان هما الآخران بفعالية هذا العلاج بحيث بلغت درجتهما (32) وهذا ما يؤكد المعطيات التي ظهرت من خلال تحليل محتوى المقابلة العيادية أين ظهر غياب تخطيط المريضة للمشاريع المستقبلية، كما ظهر اليأس والتشاؤم لديها بدرجة مرتفعة، لكن إستجابتها للعلاج منذ مرحلة التحليل القاعدي التي عبرت عليها بشعورها بالراحة وهي تتقاسم معاناتها مع أخصائي نفسي جعلت درجة الإكتئاب والقلق تنخفض بدرجة خفيفة ومع تقديم كل تقنية لاحظنا بأن هذين العرضين تدرجا في الانخفاض بحيث بلغت درجتهما (20) في نهاية العلاج بعدما كانت تبلغ درجة (32) وهي درجة مرتفعة مقارنة مع الدرجة الكلية ثم قدّرتها المريضة بدرجة (12) ستة أشهر بعد العلاج ودرجة (10) سنة بعد العلاج.

وبالنسبة للانزعاج الذي شعر به المريضة والناتج عن السلوك الرهابي فقد حددته المريضة بدرجة (8) في بداية العلاج ثم أصبحت تشعر بتحررها من الرهاب.

فأصبح التقييم أفضل بحيث بلغت درجة (6) وتتَابع هذا التحسن لتصبح الدرجة (5) ستة أشهر بعد العلاج ثم إنخفض هذا التحسن لدرجة (4) سنة بعد العلاج.

وهذا ما يدل على أن العلاج كان فعالا وتمكن من التخفيف من حالة الانزعاج التي تظهر في الحياة اليومية للمريضة.

2- تحليل نتائج سلم تقييم الرهابات، نوبات الهلع والقلق المعمم:

تظهر درجات التجنب وشدة القلق الخاصة بالخوف المرضي الأول والخوف المرضي الثاني مختلفة في كل فترة من العلاج، فبالنسبة للخوف المرضي الأول الذي حددته المريضة بالخوف الشديد عند الخروج من المنزل وحيدة قيّمت درجته بأقصى الدرجات وهي (8). تدعم هذا التقييم بما جاءت به المريضة في المقابلة العيادية بحيث عبّرت عن الأسباب التي جعلتها ترهب الخروج لوحدها والتي تمثلت أساسا في تخوفها المستمر من فقدان الوعي وهي خارج البيت في فضاء واسع أو في مكان مزدحم.

إن هذه الأعراض تغيّرت بعد إستفادة المريضة من الفهم الجيد لهذا الداء إلى جانب تدريب نفسها على الاسترخاء ومواجهة ألأحاسيسها البدنية الممثلة أساسا في تسارع نبضات القلب والحرارة والانزعاج على مستوى البطن.

لهذا نجد بأن درجة التجنب وشدة القلق انخفضت من درجة (8) إلى درجة (6) في نهاية العلاج وأخذت تنخفض حتى بلغت درجة (5) ستة أشهر بعد العلاج وبلغت إلى درجة (4) سنة بعد العلاج.

كما أن النوع الثاني من الخوف المرضي والذي قيّمته المريضة بأقل شدة تغيّر هو الآخر إيجابيا بحيث انتقل من درجة (7) قبل بداية العلاج إلى غاية درجة (2) سنة بعد العلاج.

يدل هذا على أن المريضة تحكمت جدا في هذا المظهر من رهاب المكان أكثر من تحكمها في المظهر الأول، فالخروج من البيت انخفض لكن ليس بالقدر الذي انخفض به الخوف من المكوث في البيت.

يدل هذا على أن التقنيات العلاجية كانت فعالة في تخليص المريض من اختلال التوظيف الذي أصبحت تُعاني منه بعد إصابتها بهذا المرض.

أما بالنسبة للجزء الثاني الذي تضمن تقييم المريضة لتواتر نوبات الهلع التي تتعرض لها بطريقة مفاجئة فقد أصبحت تظهر خلال الأسبوع لكن بدرجات منخفضة بعد ما كانت تظهر بطريقة مستمرة أثرت على حياتها برمتها.

قيمت المريضة عددها في الأسبوع بدرجة (8) بعد إجابتها بأنها تتعرض عدة مرات في اليوم ثم في نهاية العلاج انخفضت الدرجة إلى (4) مما يدل بأنها تتعرض في بعض الأحيان خلال الأسبوع وحسنت المريضة بفعل تحديدها لدرجة (3) ستة أشهر بعد العلاج ثم درجة (2) سنة بعد العلاج وتشير المريضة إلى شدة الأحاسيس سنة بعد العلاج التي أصبحت لا تؤثر عليها لأنها بمجرد الشعور بها تقرها وتتغلب عليها وتؤكد أنها تبرز خارج البيت فقط أما بداخل البيت فلا تشعر بأي إحساس مزعج.

وإذا جئنا إلى تحليل نتائج تقييم المريضة لأعراض الهلع، نجد بأنها انخفضت بصورة واضحة بحيث أخذت تتدرج من (8) أعراض خلال نوبة الهلع الواحدة وهذا قبل

العلاج أي عند تقييم المريضة في المرحلة الأولى الخاصة بالمستوى القاعدي إلى (4) أعراض في النوبة بعد العلاج ثم (3) أعراض ستة أشهر بعد العلاج وعرضين سنة بعد العلاج.

وهنا كذلك تؤكد المريضة بأن شدة الأعراض التي حدّدتها بفشل الساقين والخوف من عدم السيطرة عليها إلى جانب الخوف من خفقان القلب والخوف من فقدان الوعي خفيفة ويمكنها السيطرة عليها مقارنة بما كانت عليه من قبل.

يعود عدم زوال الأعراض تماما إلى عامل لاحظناه لدى هذه المريضة وهو خوفها الشديد من المواجهة بحيث أنها أبدت عدم إستعداد في الحصة الأولى لتطبيق تقنية التعريض للمثيرات الإستنباهية الداخلية والتي قدمنا قبل تطبيقها معلومات كي تفهم كيفية يسرها، فلاحظنا عليها خوفا وتردُدا في تقبّل هذه التقنية، لهذا أخذنا وقتا كافيا لإقناعها بأن التدريب على الاسترخاء الذي إستفادت منه سوف يساعدها وعندما شعرنا بأنها مستعدة بدأنا في عمل المواجهة.

يدل هذا السلوك على تجنّب المريضة الذي طغى على جهازها الدفاعي، لذا عملنا على تدعيمها منذ بداية العلاج. كما فعلنا بالنسبة لكافة المرضى بحيث حرصنا على تشجيعها وهذا ما ساعدها على رفع شعورها بفعالية ذاتها خاصة وأنها أكدت على شعورها الثانوي الشاق المتأتي عن هذا المرض وهو عدم الثقة بالنفس.

وفيما يتعلق بإضطراب الهلع فقد بدى واضحا في بداية العلاج وحتى في نهاية العلاج لكن بدرجة مختلفة في الشدة حسب تقييم المريضة، وقد حاولنا التدقيق في هذه النقطة كي نُقيم وجود أو عدم وجود بمعنى عدم المعاناة من إضطراب الهلع وهنا سجلنا من خلال تصريحات المريضة بأن نوبات الهلع الناكسة لازالت تتردد على المريضة بأعراض أقل مما كانت عليه قبل العلاج، وبأن الخوف من فقدان الوعي لازال سائدا لكن بأقل شدة إلى جانب الخوف في السكتة القلبية، كما أن الخروج خارج البيت لازال يزعج المريضة.

وعلى هذا قيّمنا وجود اضطراب الهلع بعد العلاج لكن بشدة أقل من إضطراب الهلع قبل العلاج. إن الفترة التي تلت العلاج والتي تميزت بالتدريب على كافة التقنيات أدت

إلى زوال اضطراب الهلع بفعل لامبالاة المريضة بأحاسيسها المزعجة علما أننا أكدنا على ضرورة التدريب وقدمنا جداول المراقبة الذاتية كي نُسهل هذه العملية.

وبخصوص قلق الخوف فقد ظهر سائدا في بداية العلاج في إضطراب الهلع بحيث كانت المريضة تتخوف فقدان الوعي، فشل الساقين السكتة القلبية، الخوف من القيء ومن الإصابة بالأمراض .وأخيرا الخوف من تعقد المرض. لقد تبين بأن كافة هذه المواضيع الممثلة للتخوف قد زالت ستة أشهر بعد العلاج بينما ساد البعض منها في نهاية العلاج.

هذا يعني بأن قلق التخوف قد انخفض لديها بحيث لم تعُد تتأهب للتعرض لنوبات هلع إضافية إذ تعلمت كيف تُطمئن نفسها بنفسها من خلال الخطاب الداخلي الذي تَكوّن لديها من جهة ومن خلال تقنية الاسترخاء التي تعلمتها في العلاج إلى جانب تعرّضها لموضوع خوفها وهي أحاسيسها المزعجة من جهة أخرى.

تظهر شدة القلق المعمم في الجزء الأخير من هذا السلم والذي يعتبر في هذا البحث كمتغير مهم يدخُل في إطار سمات الشخصية المرضية التي ظهرت من جراء الإصابة باضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان مرتفعة قبل العلاج بحيث بلغت درجة (8) وهي أقصى درجة توحي بمعاناة المريضة من الضغط بدرجة عالية. كما كانت تشكو من فقدان النوم بسبب الأفكار المحيّرة بخصوص ما أصابها بالإضافة إلى عدم تركيزها واختلال وظائفها الحيوية خصوصا وظيفة الأكل وهذا ما لاحظناه خلال المقابلة العيادية بالنسبة لمظهر المريضة إذ كانت تبدو نحيفة مقارنة بأقرانها. لقد كان شغلها الشاغل هو التخلص من نوبات الهلع التلقائية لاسيّما ضربات القلب المتزايدة التي لم تفهم معناها بعدما أجرت كافة الفحوصات التي تدل على القلق وتأكدت من سلامته.

يبدو هذا الانشغال من خلال إرتفاع شدة القلق المعمم لديها أما انخفاضه في نهاية العلاج فهو يدل على استمرار بعض المظاهر من المعاناة وليس جميعها بحيث تؤكد المريضة بأن القلق لم يعُد يظهر وهي في البيت بعدما أخذت تطبق وتتدرب على كافة التقنيات بينما لازال مرتفعا خارج البيت.

أما الفترة التي تلت العلاج أي ستة أشهر بعد العلاج غيّرت من شدة القلق الذي انخفض أكثر ليصل درجة (4) وهي درجة توحي بتحكم المريضة في نفسها وبالتالي في أعراض المرض ثم إرتفع هذا التحكم . كما ارتفعت فعالية الذات لديها وهي تصرح بأنها قادرة على السيطرة على أفكارها سنة بعد العلاج والتي تميزت بدرجة(3) بخصوص تقييمها لشدة القلق.

تؤكد هذه التقييمات بأن إستفادة المريضة من محتوى العلاج المعرفي السلوكي جعلتها تتحكم في القلق الذي كانت تشعر به لأنها فهمت أصبحت تفسر ما تشعر به بطريقة منطقية وواقعية مما انعكس على جسمها الذي أصبح يتميز بالاسترخاء ولازالت لحد الآن أي سنة بعد العلاج تحاول تحسين حالتها بخصوص الابتعاد لمسافات كبيرة عن البيت وهو الشيء الذي لم تتعود عليه المريضة حتى قبل إصابتها بهذا المرض، لكن ما هو مهم هو أن هذا المرض لم يصبح معوقا لحياتها كما كان عليه من قبل.

وبهذا يمكننا الإقرار بفعالة التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية في التقليل من القلق كعرض ثانوي لاضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان.

3- تحليل الرائز السلوكي للتجنب:

لقد بينت نتائج هذا الرائز بأن المريضة كانت تتجنب أربعة نشاطات تمثلت حسب تصريحاتها في تجنب البقاء في البيت منفردة وتجنب الخروج من البيت على إنفراد بالإضافة إلى تجنب الالتقاء بالناس والذي كان يزعجها كثيرا تماما. كما كان يزعجها النشاطين الأولين وقد اختارت المريضة نشاطا أخيرا وهو تجنبها لكل المهام المنزليــة

ويجعلها تشعر بالذنب تجاه والدتها التي تقول أنها من المفروض أن تريحها بعدما عانته. لقد قدرت المريضة درجة الانزعاج من كافة هذه الناشطات التي تتجنبها (30) وهي درجة عالية بالنسبة للدرجة الكلية (32) ثم في نهاية العلاج أصبحت المريضة تتجنب النشاطين المتمثلين في الخروج على إنفراد والمكوث في البيت إلى جانب الالتقاء بالناس.

أما بخصوص تجنب المهام المنزلية فقد زال وحتى بالنسبة للنشاطات المحددة من طرفها نلاحظ بأن درجة التجنب قد انخفضت بحيث بلغت درجة (18) أي قريبة من المتوسط ثم حددت المريضة في الفترة التي إمتدت إلى غاية ستة أشهر من العلاج نشاطين لازالت تتجنبهما لكن بدرجة أقل هو الخروج من البيت على إنفراد والالتقاء أو التجمع مع الناس لكن بدرجة أقل بلغت (14). وبقي نفس النشاطين سنة بعد العلاج بدرجة إنزعاج أقل بلغت (13) أما البقاء في البيت منفردة فهو نشاط زال عنه التجنب.

كل ها يدل على فعالية التقنيات العلاجية التي إستفادت منها المريضة.

4- تحليل إستبيان المعارف الأقورافوبية:

تظهر الإنشغالات الإجتماعية والسلوكية مرتفعة لدى المريضة قبل العلاج وهذا ما يؤكد معطيات المقابلة العيادية التي تؤكد إنطواء المريضة لاسيّما بعد إصابتها بهذا الداء بحيث أصبحت تنشغل بسلوكه وبمظهرها الاجتماعي لاسيّما ظهورها بدون تحكم وسيطرته على سلوكها وعلى حديثها وهذا ما تؤكده النتيجة المرتفعة قبل العلاج (30) لكن هذه الأخيرة تغيرت في نهاية العلاج إلى حد كبير بحيث بلغت درجة (18) والتي تدل على تحسن المريضة وعدم تثبيت أفكارها على سلوكها وصورتها الاجتماعية.

وكلما إستفادت المريضة من تقني علاجية كنا نلاحظ بأنها أكثر إرتياحا وتعبر عن هذا في المقابلة العيادية " ضرك الحصة التي نجي ليها ينقص فيها الخوف ".

وفي المرحلة التتبُعية الأخيرة بلغت درجة الانشغالات (10). أما الانشغالات الجسمية فقد كانت مُهمة لديها بحيث بلغت درجة (35) وهي أقصى درجة قبل العلاج ثم انخفضت إلى درجة (20) بعد العلاج أي في نهايته وهذا ما يدل على بداية التحكم والنتائج الايجابية للتقنيات العلاجية. لم يقتصر التحسن على هذه الدرجة بل وصل إلى غاية درجة (19) ستة أشهر بعد العلاج ثم درجة (10) سنة بعد العلاج.

يدل هذا الانخفاض على التوظيف الجيد الذي وصلت له المريضة بفضل ما قدّم لها من علاج وبفضل مواظبتها والثقة الكبيرة التي وضعتها فينا بحيث عبّرت عليه عدة مرات في المقابلة العيادية التقييمية بما يلي: " الحمد لله نقص عليّا القلق والخلعة بعد هذا العلاج "

5- تحليل إستبيان الأحاسيس البدنية:

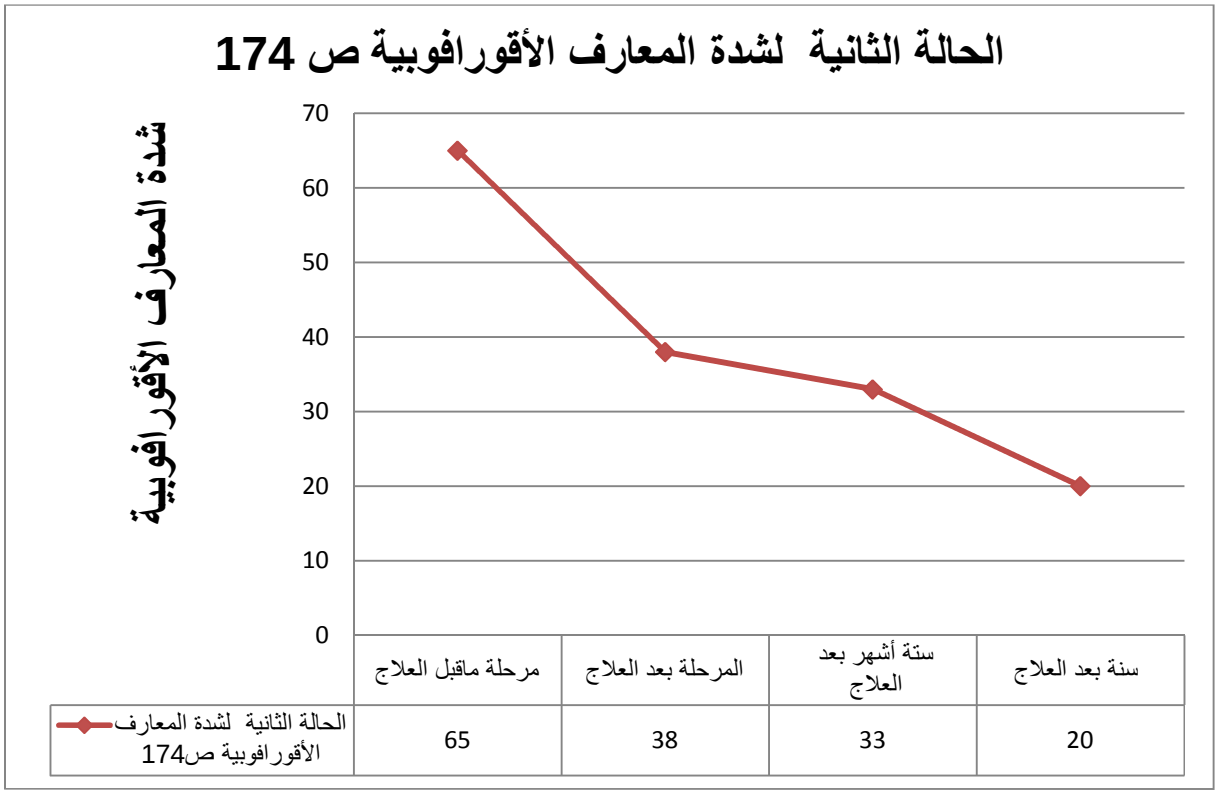
يظهر من خلال نتائج هذا الإستبيان بأن المريضة بعد إزالة الغموض عن وضعية المرض التي كانت تعاني منها والتدريب على التحكم في أحاسيسها وهي في حالة إسترخاء توصلت إلى التغلب عل الخوف الشديد الذي كانت تشعر به وهذا يظهر واضحا من خلال النتائج التي تبين بأن درجة الإنشغال بما تحس به المريضة كان عاليا وبلغ درجة (80) وهي درجة تتفق مع نتائج المقابلة العيادية التي تصرح خلالها المريضة بأن أكثر ما تخشاه هو توقف قلبها وفقدانها الوعي بعد فشل ساقيها. إن هذه الدرجة انخفضت إلى درجة (29) وهي درجة توضح التحسن الملحوظ على مستوى هذا الخوف. إن هذه لدرجة انخفضت أكثر ستة أشهر بعد العلاج ثم سنة بعد العلاج بحيث بلغت درجة (20).

تدل هذه النتائج على سيطرة المريضة على أحاسيسها وثقتها في نفسها بخصوص التحكم في هذا القلق من خلال خطابها الداخلي أساسا والقضاء على الشد العضلي بالإضافة إلى المواجهة للأحاسيس المرعبة.

كل هذه المظاهر الخاصة بالتحسن هي دليل قاطع على فعالية العلاج المعرفي السلوكي الذي إستفادت منه.

2-9-عرض تقييم المريض الذاتي:

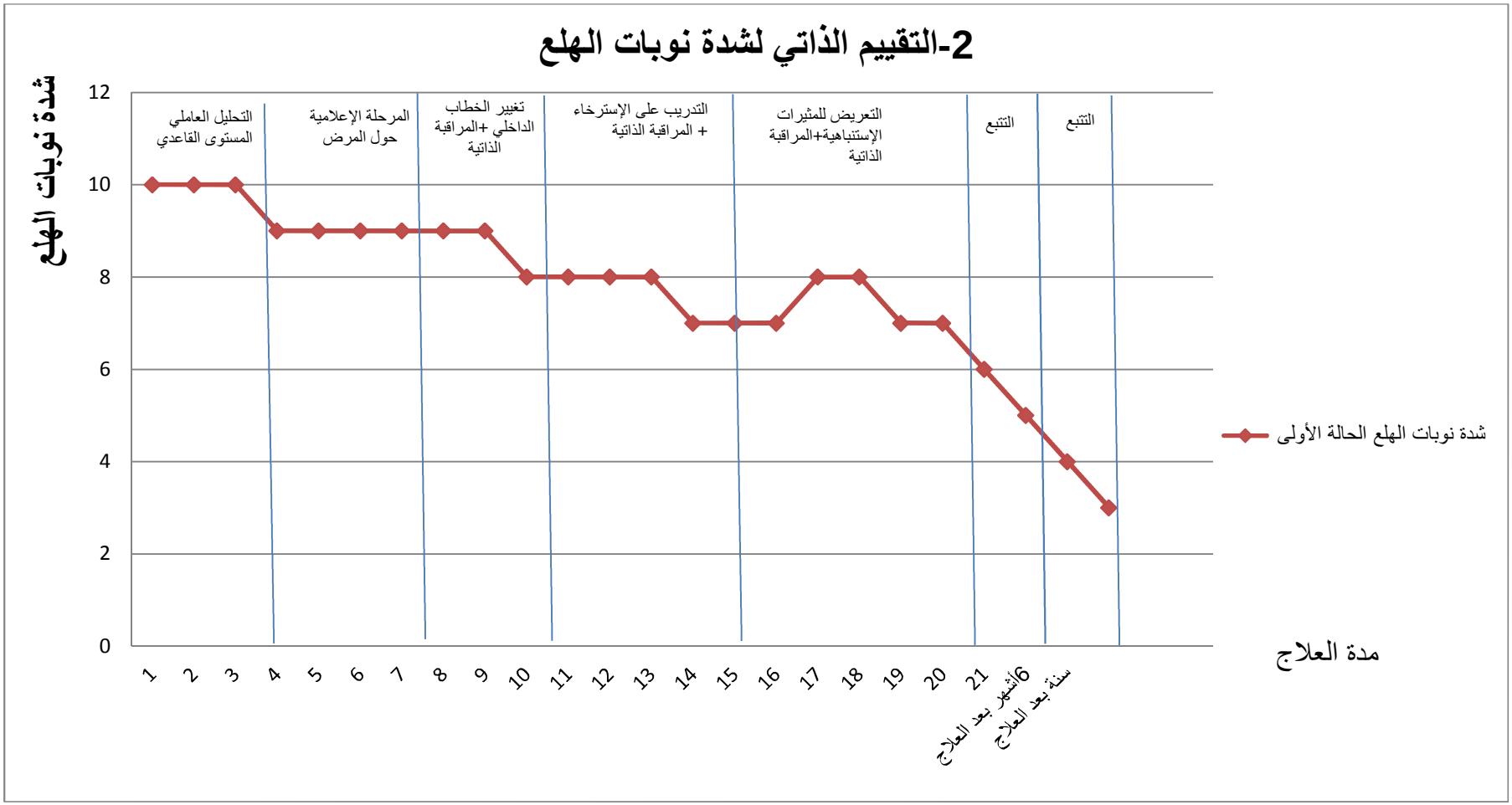
1- التقييم الذاتي لشدة المعارف الأقورافوبية:



التعليق:

يُظهر المنحنى نتائج التقييم الذاتي للمريضة بخصوص أفكارها المتعلقة باضطراب الهلع و رهاب المكان والتي هي نوعين: الإنشغالات الإجتماعية والسلوكية والانشغالات الجسمية والت بلغت في مجملها درجة (65) من الدرجة الكلية (70). توحي هذه الدرجة باشتداد الخوف لدى المريضة بفعل تميّز أفكارها بالتهديد وهذا قبل بداية العلاج. لن تبق هذه الدرجة على ما هي عليه بل انخفضت مع تقديم التقنيات العلاجية بحيث انخفضت إلى المتوسط تقريبا بحيث بلغت درجة (38) وبقي التحسن مستمرا مع تدريب المريضة على هذه التقنيات إلى أن بلغت درجة الإنشغالات (33) وهي درجة دون المتوسط تدل على فعالية العلاج الذي ظهر أكثر سنة بعد العلاج من خلال تحصل المريضة على درجة (20).

2- التقييم الذاتي لشدة نوبات الهلع:



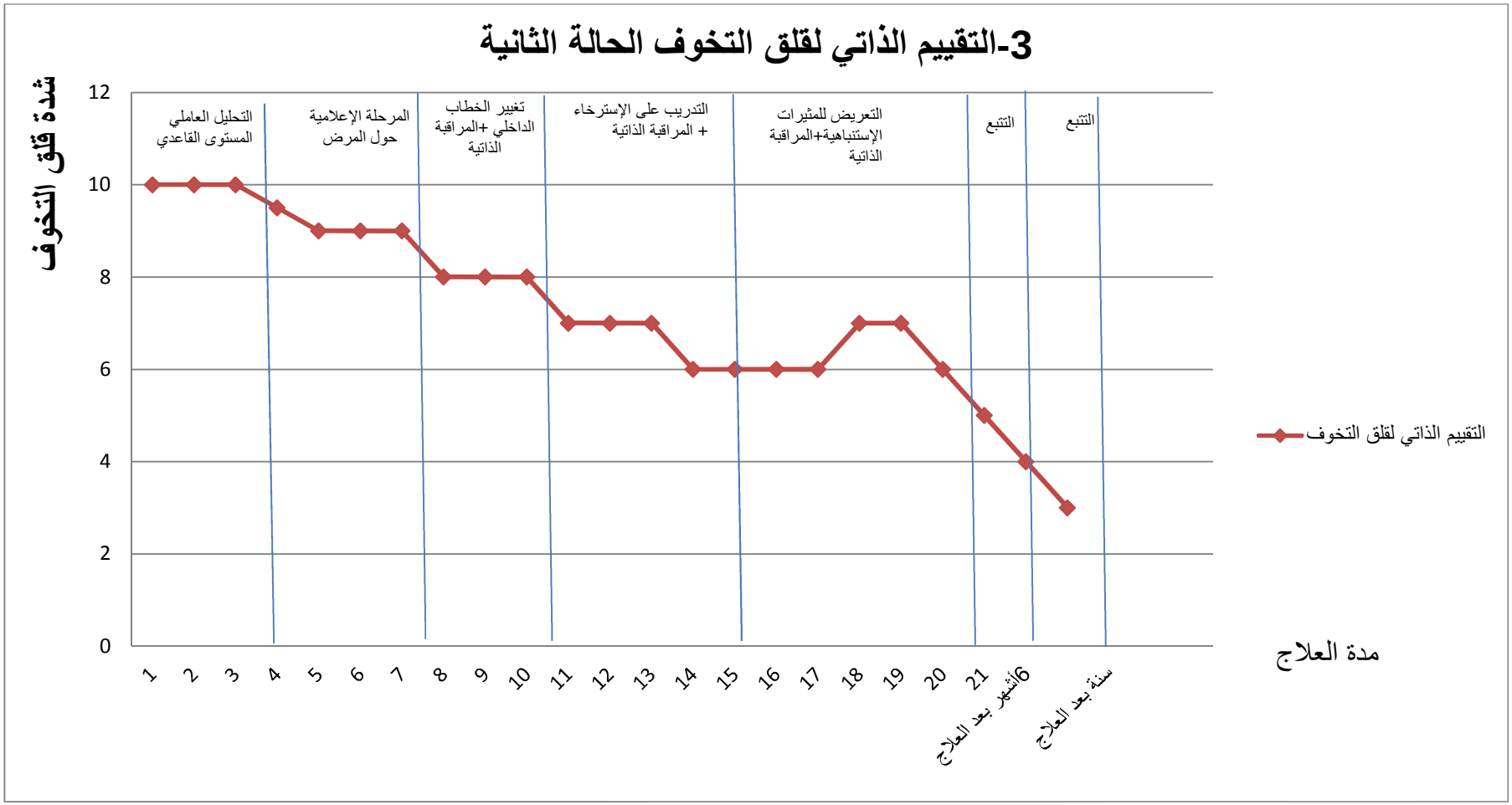
التعليق:

تظهر شدة نوبات الهلع على مستوى المنحنى الخاص بالفترة العلاجية والفترة ما بعد العلاجية في تحسن ملحوظ خلال المرحلة الإعلامية حول المرض ثم مرحلة تغيير الخطاب الداخلي ثم مرحلة التدريب على الإسترخاء مع تطبيق تقنية المراقبة الذاتية ثم مرحلة التعريض للمثيرات الاستنباهية الداخلية مع المراقبة الذاتية. في هذه المرحلة ظهر إنتكاس جعل المريضة تعيش نوبات الهلع بشدة تراوحت درجة (8) بعدما كانت منخفضة إلى درجة (7).

تدل هذه النتائج حسب تصريح المفحوصة بتعرضها إلى الوضعيات في الحياة اليومية التي بعثت إلى هذا الإرتفاع وحددت المريضة هذه الأحداث بمحاولة إبتعادها عن البيت بمفردها بمسافة كبيرة بحثا عن العمل. إن هذه الخطوة ليست سلبية بل إيجابية ومتوقَّعة لأنها عبارة عن تطبيق التقنيات في الميدان الحيوي ويظهر بأن المريضة تحكمت في هذا الخوف وهذا ما يتضح على مستوى المنحنى بحيث عاد التحسن من جديد ودام إلى غاية سنة بع_د العلاج.

كل هذا يدل على فعالية التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية في التقليل لحد كبير من أعراض المرض وفي كل مرحلة علاجية إبتداء من مرحلة التحليل العاملي الذي شهد تحسّنا على مستوى الشدة مما يدُل على وعي المريضة بشدة نوبات الهلع التي تتعرض لها ووعيها إلى غاية آخر مرحلة من العلاج.

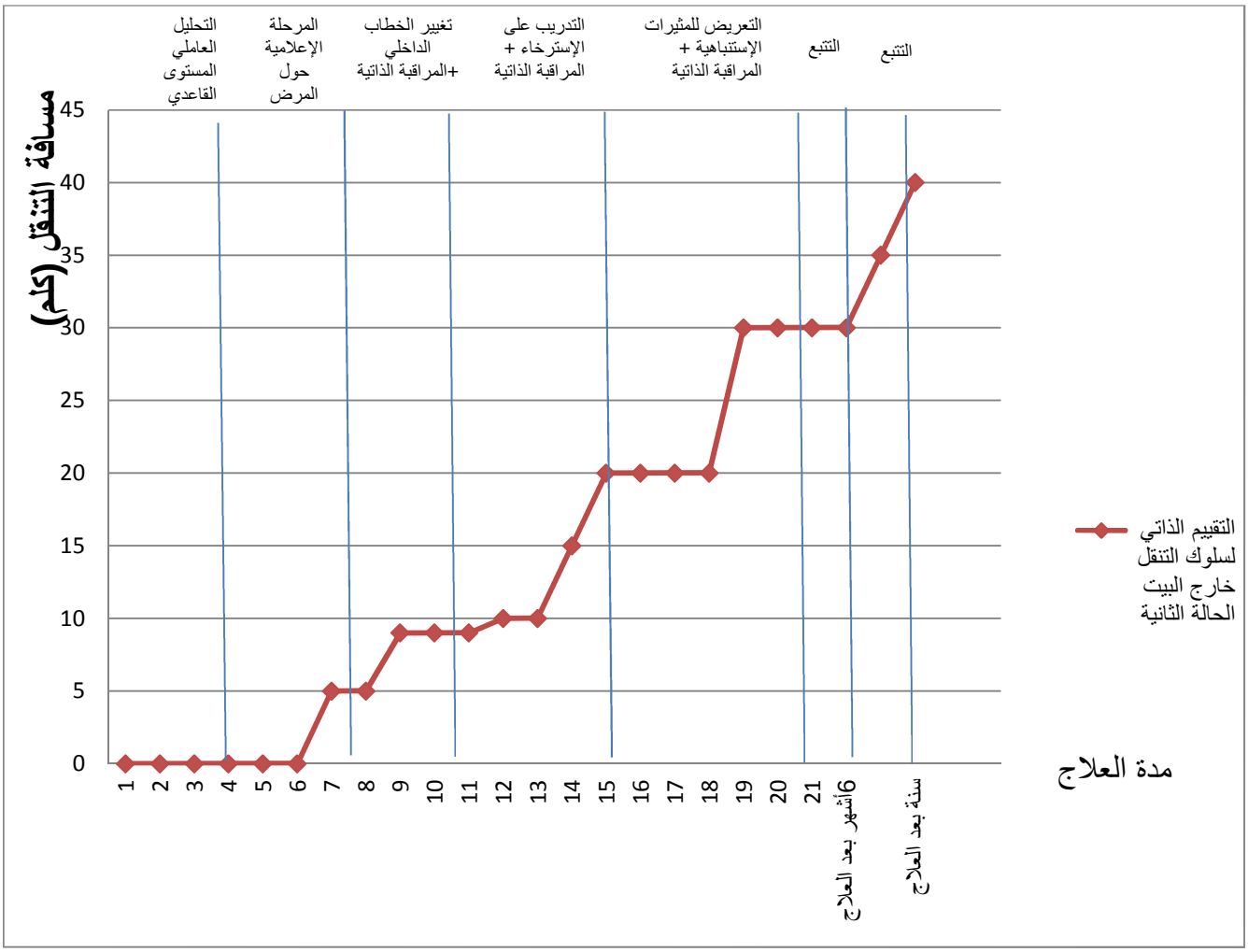
3- التقييم الذاتي لقلق التخوف:



التعليق:

يظهر هذا المنحنى لقلق التخوف الخاص بالمريضة متحسنا تدريجيا مع كل مرحلة من مراحل العلاج لاسيّما مرحلة الإسترخاء أين تم خلالها تدريب المريضة على الوعي بحالة الشد والاسترخاء العضلي، كما تم خلالها التأكيد على عملية ضبط التنفس بينما لاحظنا انتكاس المريضة في مرحلة التعريض أي مواجهة أحاسيسها وهذا ما ظهر من خلال تقييمها الذاتي لقلق التخوف بحيث قيمت درجة خوفها فى الحصة الثالثة من تطبيق هذه التقنية بدرجة (7) الدالة على ارتفاع راجع لمواجهتها الحيوية التي تعتبر خطوة إيجابية ونلاحظ هنا بأن هذا التقييم كان مشابها لتقييمها لشدة نوبات الهلع وهو العنصر الذي يبني مصداقية تقييماتها الذاتية.لكنها وبالرغم من تعريضها الحيوي تغلبت في الحصص التالية بحيث أنخفض هذا القلق واستمر في الإنخفاض في المراحل التتبُّعية للعلاج.

4- التقييم الذاتي لسلوك التنقل خارج البيت:



التعليق:

يتبين من خلال هذا المنحنى بأن التنقل خارج البيت لم يعد شيئا مستحيلا بالنسبة للمريضة كما كان عليه من قبل العلاج فقد أصبحت ترغب في الخروج وفي بعض المرات كانت منفردة وفي مرات أخرى مرفوقة.

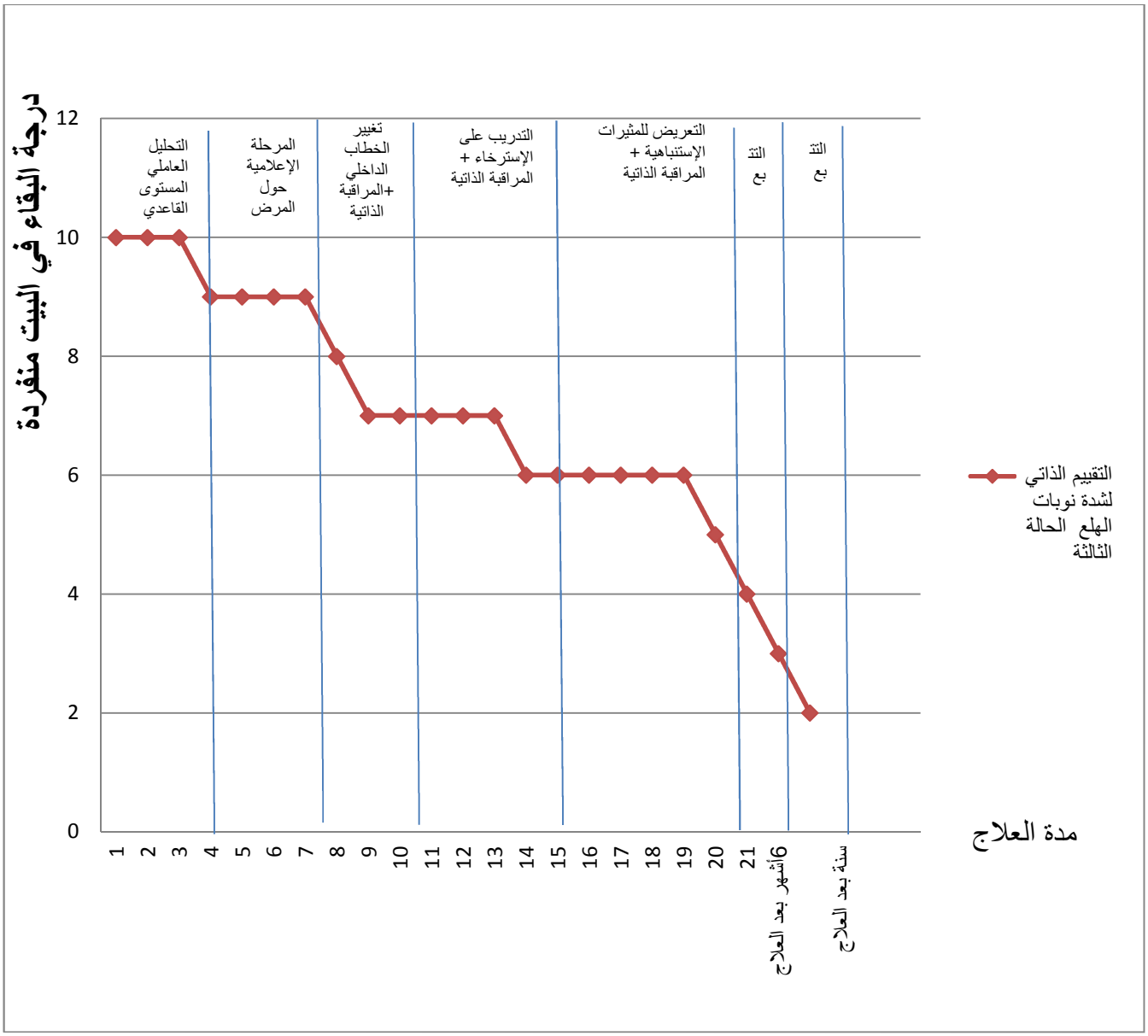
تُثبت التصريحات الذاتية للمريضة بأنها لا تصدّق بأنها تمكنت من الذهاب إلى الحمام بمفردها والذي يبعد عن المنزل با ثنين كيلومترات، كما أنها ذهبت لاقتناء بعض الحاجيات من متجر يبعد عن المنزل وتنقلت للبحث عن العمل باستعمال وسائل النقل المشتركة. لقد أبدت المريضة في إحدى المقابلات العيادية رضّا كبيرا عن العلاج النفسي بحيث صرحت قائلة: " راني نروح نشري الڤازوز وحدي " . كانت المريضة جدّ راضية وأبدت فرحًا كبيرا بعدما كانت يائسة من حالتها.

لقد لاحظنا بأن رغبة المريضة في التخلص من إعاقتها كانت كبيرة وبالرغم من خوفها الشديد وخوف أمها عليها الذي دعم خوفها ولم يساعدها بالمرة لأنها كانت في كل مرة تود مرافقتها كي تُريحها. كان هذا العنصر في رأينا من العناصر التي أعاقت السير الجيد للعلاج وفكرنا في إجراء مقابلة مع الأم كي نُحذرها منت عواقب سلوكها لكننا امتنعنا وفضلنا ملاحظة تطور الحالة بدون تدخل على مستوى الرفاق الفوبيين لأننا حرصنا على أن يكون العلاج مُوحدّا بالنسبة لكافة أفراد العينة.

بالرغم من وجود الأم كانت المريضة تقوم بمجهودات كبيرة وبيت لنا كم كانت تتعب لتجاوز الصعاب قائلة " رحت للعرس ملي بديت العلاج، وكنت ڤاعدة على أعصابي، ما كنتش a al aise بصح تغلب على روحي ".

لقد لاحظنا كذلك بأن المسافة التي تمكنت المريضة من قطعا هي خطوة جدّ إيجابية مقارنة باستحالة خروجها من البيت من قبل خوفا من التعرض لنوبة هلع وهي بعيدة عن البيت.لكن تجدر الإشارة بأن المريضة لازالت تفضل أن تكون مرفوقة بالرغم من ملاحظتها بقدرتها العالية على الإستغناء على الغير. ما هو إيجابي هو أن رغبتها في أن تكون مرفوقة ليس بسبب إسعافها في حالة ما تعرضت لنوبات الهلع بل تكون بأنه شكل من الراحة لاسيّما إذا كان الرفيق هو الوالدة.

5- التقييم الذاتي لسلوك تجنب البقاء في البيت:



التعليق:

يظهر من خلال هذا المنحنى بأن المريض تحسنت بدرجة عالية من حيث تجنبها البقاء لوحدها بحيث بدأ التحسن يظهر ابتداء من المرحلة الإعلامية حول المرض والتي بدأت خلالها تكون مفهوما جديدا حول المرض الذي أصابها وأساسا الخوف الشديد الذي ينتابها وهي لوحدها في البيت.

نلاحظ أن المرحلة التالية أي مرحلة تغيير الخطاب الداخلي ساعدتها هي الأخرى على دم تجنب البقاء بمفردها وهذا إن دل على شيء فإن يدل في ثقتها في نفسها التي أخذت تتحسن مع كل مرحلة علاجية. تواصل التحسن كما يتبين في المنحنى وشهدت مرحلة

التدريب على الاسترخاء العضلي هي الأخرى تحسّنا كبيرا بحيث بلغ التجنب درجة (6) من (10) وهذا ما يدل على إنخفاض خوفها من التواجد بمفردها.

إن مرحلة التعريض للمثيرات الداخلية أي للأحاسيس المزعجة التي تعودت الشعور بها والذي أدى إلى خلق المواجهة لديها جعلها تبتعد عن التجنب والخوف من البقاء بمفردها لأنها أصبحت لا تتوقع حدوث كارثة. إستمر التحسن إلى غاية ستة أشهر وسنة بعد العلاج زال الخوف لدرجة كبيرة جدا ولم يبق إلا الخوف العادي الذي يشعر به أي إنسان والذي لا تعتبره مرضيا بل نجده طبيعيها بحيث يشعر أغلبية الناس بالوحدة ويفضلون البقاء مع شخص يرتاحون برفقته.

3-الحالة الثالثة:

3-1- تقديم الحالة

السيدة (خ) هي امرأة متزوجة تبلغ من العمر 37 سنة، تقطن بالجزائر العاصمة مستواها الدراسي هو السنة السادسة إبتدائي، أم لأربعة أطفال وهي الأخت الكبرى لخمسة إخوة وأخوات.

3-2- سبب التقدم إلى الفحص النفسي:

وُجهت المريضة إلى الفحص النفسي من طرف الأخصائية في أمراض القلب التي وجدت بأن حالتها تعود إلى أسباب نفسية بما أن كافة الفحوصات على مستوى القلب خالية من الإختلالات العضوية. تمثلت أسباب الفحص النفسي بالنسبة لمريضة فيما يلي: المعاناة من الإرتعاش، خفقان القلب، عدم القدرة على المشي والشعور بالحرارة. نقص التركيز مشاكل في النوم، آلام على مستوى الصدر ومشكل عدم القدرة على التنقل على إنفراد.

3-3- تاريخ المريض الشخصي:

نشأت المريضة في عائلة بسيطة، كان والدها أميّا يعمل كلحام وكانت والدتها أميّة وماكثة في البيت. نشأت في العائلة الكبيرة مع أعمامها الذين لم يمنحوا قيمة واعتبار لوالدها الذي تصفه بالشخص الطيب، الخجول والمتجنب لكل أنواع المشاكل.

قرّر أعماها مصيرها ومصير إخوتها اللواتي مُنعن من إنهاء الدراسة. يبلغ الوالد سبع وستُون سنة ويعاني من مرض القلب بحيث يصعب عليه التنفس بسبب انسداد الوريد كما يُعاني من مرض إرتفاع ضغط الدم.

تبلغ الأم سبع وخمسون سنة وتعاني من روماتيزم القلب. تصفها المريضة بالأم الطيبة الحنونة التي تُشبه زوجها بحيث لا تدافع على نفسها وعلى أنبائها وتتفادى الدخول في صراعات.

تربط السيدة (جْ) علاقة جيدة مع إخوتها وأخواتها لكنها في صراع دائم مع عائلة الزوج الذي يُعتبر ابن خالها لهذا تركت المنزل العائلي للزوج منذ ثمان سنوات لتسمكن برفقة والدتها. عاشت المريضة في ضغط شديد منذ طفولتها وكذا مراهقتها بسبب ما كانت تراه من شجارات في الوسط العائلي للوالد أي أعماها الذين كان لهم الحق في التدخل

في حياتها وحياة إخوتها بحكم أنهم يشتركون في لقب واحد علما أنها كانت تقطن في إحدى المناطق المعزولة البعيدة عن الجزائر العاصمة والتي كانت تطبق فيها العادات القديمة على البنت بحيث لا يمكنها أن تخرج أو تشارك في المجتمع. قرر مها توقيفها عن الدراسة وقيل الأب بدون أي اعتراض. عندما بلغت عشرون سنة تقدم زوجها لطلب يدها لكنها ترددت لأنها لم تكن تشعر بأنها مستعدة الزواج بفعل أنها لم تكن تُجيد أية مهنة وكانت ترى بأنها لم تتعلم شيئا في الحياة، لكن إلحاح زوجها جعلها تقبل الزواج.

وبدأت الحياة الزوجية بصراعات و إصطدامات مع عائلة الزوج في تلك الفترة شعرت المريضة بأوجاع الرأس التي تطورت وأصبحت صداعا مزمنًا عرقل حياتها مما دفعها إلى اتباع علاج مع طبيب الأعصاب لكن بدون أية جدوى. في السن الثلاثين اكتشف الأطباء بأن المريضة تُعاني من مشكل اختلال هرموني على مستوى الغدة الدرقية وهي لحد الآن تتابع علاجا كيميائيا، كما وُجهت إلى مختص في علم النفس لكنها تابعت العلاج لمدة ستة أشهر ثم توقفت عنه. أنجبت المريضة طفلين ذكور وكانت تتمنى إنجاب بنت لهذا حملت منذ ثلاث سنوات وأنجبت بالفعل بنتا لكنها توفيت بعد الولادة بسبب مشكل خلقي على مستوى القلق. وكانت بداية المعاناة.

3-4- تاريخ ظهور المرض:

أدى فقدان الإبنة المريضة إلى التعرض لأول نوبة هلع شعرت منذ سنتين خلالها بدوار وفراغ الرأس بالإضافة إلى عدم استقرار شديد ورعب من فقدان الوعي والسقوط بعد الشعور بفشل الساقين وصداع شديد. بالإضافة إلى هذا تصف المريضة الآلام الصدرية التي شعرت بها في تلك النوبة والتي جعلتها تخاف من إصابتها بمرض القلب، الشيء الذي جعلها تُسرع لتُتابع فحوصات عند المختص في أمراض القلب.

بالفعل قامت المريضة بعدة فحوصات والتي بيّنت بأن مرضها ليس راجعا إلى أسباب عضوية إذ أوضح التقرير الطبي بأن أشعة القلب سليمة، كما بينت أشعة الرأس بأن جهازها العصبي سليم.

تقول المريضة بأن الخوف لم يُفارقها مند أن أُصيبت بأول انزعاج أي أول نوبة هلع وبالرغم من نتائج الفحوصات أصبحت تتعرض أكثر وأكثر لنوبات الهلع تتصف بخفقان القلب والإحساس بعدم الإستقرار والدوخة بالإضافة إلى الشعور بعدم التوازن مما يجعلها في خوف مستمر من السقوط أرضا. بالإضافة إلى هذا تشتكي المريضة من شعورها المفاجئ بالحرارة ومن الارتعاش والاهتزازات العضلية. كل هذه الأحاسيس تجعلها في حالة خوف دائمة بحيث تخاف من السكتة القلبية ومن فقدان الوعي، كما تخاف من ارتفاع الضغط الدموي.

3-5- وصف حالة المريضة خلال الفحص النفسي:

ظهرت المريضة خلال الفحص النفسي بمظهر متروك بمعنى أنها تبدو امرأة لا تعتني بمظهرها الخارجي كما كانت تخطو خطوات متثاقلة. كان حديثها خلال المقابلة العيادية مملؤًا بالتساؤلات حول مرضها الذي نجد بأنه قضى على حياتها بفعل عدم قدرتها على التكفل بأبنائها وزوجها لأنها تقضي معظم اليوم متمددة بسبب شعورها بالدوار أو الدوخة.بدت المريضة يائسة من حالتها ومستبعدة فكرة الشفاء لاسيّما بعد مرورها بتجربة سابقة في علم النفس بعد فقدان إبنتها وظهور مشكل الغدة الدرقية.

3-6- عرض محتوى المقابلة العيادية قبل العلاج وبعد العلاج:

أ) قبل العلاج:

- نخاف الزنقة وما نقدرش نخخرج وحدي. يخبط قلبي وتحكمني الرجفة وتطلعلي السخانة.

- نخاف نخرج وحدي. زوج ميترات ما مشيهمش وحدي. إذ مشيت مع راجلي في الزنقة ولاّ يمَّ في الدار.

- يجيني خلاص رايحة نطيح وندوخ ونتمايل ونحس ما عنديش التوازن.

- أنا لو كان ما تكونش طموبيل ما نمشيش، ما نقدرش.

- كنوُقف نـقول راح نمرض، هاي رايحة تجيني الدوخة والخباط.

- كنْسِيِّي نخدم الشغل، نعيا وندوخ ونطيح.

- ما نحبش كتجيني الحالة هاذي ونكون مع الناس نحب الكالمْ (Calme)، ماذا بيّا نروح وحدي ونشد مْخدتي ونرقُّد.

- شغُل راني في بواطة ما نقدرش نوقف وما نقدرش نخرج- لازم نمشي في الدار نشَد وليدي وتمشي غير تشْويه.

- كنسمع صوت راجلي خًلاص نْرّيح.

- ما نحملش نكون في Les tunnels ، نقول ضرك كراني تحت اللّرض، تصرى حاجة وماكاش وين نهرب.

- ننوض دايما مخلوعة وندير Les cauchemars .

- أنا حياتي كامل ضاعت وما نقدرش كامل نقوم بولادي- الصباح ما نوضش ويجيني الْعْجَز.

- خلاص يْئست من حياتي – ملّي بداني هذا المرض حْبَسْت.

- نخاف المرض ونخاف يزيد عليّا الحال أكثر من ضرك.

- ما نروحش للطبيب نخاف.

- أنا شكّيت كاش عَرْق مْبُوشي بصح ما لـقاولي والو . قلبي صحيح وراسي صحيح.

- نتقلق مع الناس.
- نحس مرات روحي غريبة- شغُل نشوف العباد ونستعجب.
- نتقلق الغاشي وما نحبش كيصقصوني.
- نخدم بالخوف، ما نيش مركزة في الحاجة وما ذبيّا نزرب

ب) بعد العلاج:

- ريّحت كعرفت الطبيب فهمني- هاذي الحصة دارتلي الأمل خطراش عرفت بلي راني مصابة نفسيّا.
- راني نمشي وحدي بْلا ما نشد، ما خفتش نطيح.
- قدرتَ نمشي 6 كلم مع راجلي- كانت عندي القوة.
- شغل فطنت ضرك ملّي بديت العلاج- ما نيش نعيَا، ما نيش نخاف.
- ما وليتش نخلّي الحاجة لغُدوى.
- شغل كنت مِيتة وحْيت- مام (Même) لـقواتخْ (le goitre) جابلي ربي راح.
- كانت تحكمني خطرة في سمانة وضرك وحدة في شهرين خفيفة وتروح.

3-7- عرض نتائج الاختبارات قبل العلاج وبعد العلاج:

1- عرض نتائج إستبيان المخاوف:

الجزء الوصفي

الرهاب ودرجة التجنب / مدة العلاج	الرهاب الرئيسي المراد علاجه	درجة التجنب (8-0)	الرهاب الثانوي المراد علاجه	درجة التجنب (8-0)	الشعور الثانوي الشاق	درجة المعاناة (8-0)
قبل العلاج	رهاب المشي منفردة داخل وخارج البيت	8	رهاب الإستحمام	6	الشعور باليأس	8
بعد العلاج	رهاب المشي منفردة داخل وخارج البيت	5	رهاب الإستحمام	3	الشعور باليأس	4
ستة أشهر بعد العلاج	رهاب المشي منفردة داخل وخارج البيت	4	رهاب الإستحمام	2	الشعور باليأس	3

سنة بعد العلاج	رهاب المشي منفردة داخل وخارج البيت	4	رهاب الإستحمام	2	الشعور باليأس	3

الجزء التقديري

نوع الرهاب ودرجة التجنب / مدة العلاج	رهاب المكان (40-0)	رهاب الدم والجروح (40-0)	الرهاب الاجتماعي (40-0)	القلق والاكتئاب (40-0)	الانزعاج الناتج عن السلوك الرهابي (40-0)
قبل العلاج	40	19	24	38	08
بعد العلاج	23	17	16	19	04
ستة أشهر بعد العلاج	19	13	11	12	03
سنة بعد العلاج	18	10	08	08	03

2- عرض نتائج سلم تقييم الرهابات، نوبات الهلع والقلق المعمم:

الجزء الأول: تقييم الرهابات:

شدة القلق ودرجة التجنب / مدة العلاج	الخوف المرضي الأول	شدة القلق ودرجة التجنب	الخوف المرضي الثاني	شدة القلق ودرجة التجنب
قبل العلاج	المشي داخل وخارج البيت منفردة	8	الخوف في الاستحام على إنفراد	6
بعد العلاج	المشي داخل وخارج البيت منفردة	5	الخوف في الاستحام على إنفراد	3

ستة أشهر بعد العلاج	المشي داخل وخارج البيت منفردة	4	الخوف في الاستحام على إنفراد	2
سنة بعد العلاج	المشي داخل وخارج البيت منفردة	4	الخوف في الاستحام على إنفراد	2

الجزء الثاني: تقييم نوبات الهلع:

1- تقييم تواتر نوبات الهلع:

تواتر نوبات الهلـــع / مدة العــلاج	عدد نوبات الهلع (8-0)
قبــل العــلاج	8
بعــد العــلاج	4
ستة أشهر بعد العلاج	3
سنة بعد العــلاج	3

2- تقييم أعراض نوبات الهلع

عدد أ عراض نوبات الهلع /	عدد الأعراض (13-0)
قبــل العــلاج	5
بعــد العــلاج	4
ستة أشهر بعد العلاج	3

سنة بعد العـلاج	3

3- تقييم إضطراب الهلع:

إضطراب الهلع / مدة العــلاج	معاناة المريضة من إضطراب الهلع
قبـل العـلاج	نعم
بعـد العـلاج	نعم
ستة أشهر بعد العلاج	لا
سنة بعد العـلاج	لا

الجزء الثالث: تقييم القلق المعمم:

القلـق المعمـم / مدة العــلاج	شـدة القـلق
قبـل العـلاج	8
بعـد العـلاج	4
ستة أشهر بعد العلاج	3
سنة بعد العـلاج	3

3- نتائج الرائز السلوكي للتجنب:

التجنب والإنزعاج / مـدة العلاج	درجـة التجـنب (4-0)	درجـة الإنزعـاج (32-0)
قبـل العـلاج	4	22
بعـد العـلاج	3	11
ستة أشهر بعد العـلاج	3	08

سنــة بعد العـلاج	3	07

4 عرض نتائج إستبيان المعارف الأقورافوبية:

مـدة العلاج / التجـنب	الانشغالات الاجتماعية والسلوكية (35-0)	الانشغالات الجسمية (35-0)
قبـل العـلاج	18	23
بعـد العـلاج	17	27
ستة أشهر بعد العلاج	07	15
سنـة بعد العـلاج	08	08

5- عرض نتائج إستبيان الأحاسيس البدنية:

مـدة العلاج / الخوف من الأحاسيس البدنية	درجـة الخـوف (85-0)
قبـل العـلاج	48
بعـد العـلاج	35
ستة أشهر بعد العـلاج	22
سنــة بعد العـلاج	15

8-3- مناقشة النتائج قبل العلاج وبعد العلاج:

1- تحليل محتوى المقابلة العيادية قبل العلاج وبعد العلاج:

يتضح من خلال نتائج المقابلة العيادية بأن المريضة كانت تعاني جدا قبل العلاج من إصابتها بإضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان الذي ظهر لديها من خلال خوفها الشديد من المشي وهي منفردة سواء خارج البيت أو داخل البيت، كما ظهر لديها من خلال تجنبها التواجد بالسيارات في الطرق السريعة. تُضيف المريضة بأن الخوف ينتابها بشدة وهي في الحمام لأنها تعتقد بأنه يصعب عليها الخروج من الحمام حال تعُّرضها لنوبة هلع.

كما توضح المريضة بأن كافة الوضعيات التي ذكرتها تُولد لديها رعبا كبيرا لأنها بمجرد التواجد بها تُفكر في عدم القدرة على الحصول على المساعدة في حالة التعرض للإنزعاج الذي أكدت عليه المريضة من خلال خوفها من السكتة القلبية حين يخفق قلبها بسرعة بحيث تعبر عن هذا قائلة خلال المقابلة: " يخبط قلبي وتحكمني الرجفة وتطلعلي السخانة ".

تذكر المريضة بأن هذه الأحاسيس المزعجة تنتابها حينما تمشي سواء داخل بيتها أو خارج بيتها لهذا يتطلب الأمر أن تكون دوما مرفوقة بوالدتها أو إبنها الأكبر أو زوجها إذا كانت خارج البيت.

توضح المريضة بأن أفكارها تدور حول فقدان التوازن بحيث أن خطابها الداخلي وهي في حالة قلق يتمثل في أنها سوف تفقدان التوازن كما أنها سوف تصاب بالسكتة القلبية وهذا ما تأكد عند طرحنا عليه أسئلة حول أفكارها وهي تعيش حالة الهلع: " يجيني خلاص رايحة نطيح وندوخ ونتمايل و نحس ما عنديش التوازن.

كما تقول: " كنوقف نقول راح نمرض، هاي رايحة تجيني الدوخة والخباط ".

لقد طغت هذه الأفكار على تفكير المريضة بحيث جعلتها تعيش تخوفا كبيرا من الشعور أكثر فأكثر بالدوار ومن ثمة فقدان التوازن وخفقان القلب إلى جانب الرجفة والحرارة هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن نفس الأفكارالتي إرتبطت بوضعيات كالتواجد بالحمام، التواجد بالبيت منفردة، التواجد في السيارة بالطرق السريعة أو النفق- لقد لاحظنا بأن كافة هذه الوضعيات تشترك في أنها وضعيات يصعب الفرار منها حسب اعتقاد المريضة، إلى جانب هذا فإن قلق التخوف متواجد لدى المريضة وهذين العرضين كانا المحددين لتشخيص إضطراب الهلع بجانب تغيير سلوك المريضة منذ إصابتها.

لقد تبين من خلال تحليل محتوى المقابلة العيادية بأن الأفكار الكارثة المتميزة بالطابع التهديدي ميّزت تفكير المريضة التي كانت مسؤولة عن معاناتها المستمرة من فقدان التوازن .

لقد انعكس هذا التفكير على حياة المريضة برمتها بحيث تسبّب في الشعور باليأس الذي هو أساس الإكتئاب والذي تعبر عنه بصورة واضحة حيث سألناها عما تأتّى

عن مرضها: " أنا حياتي كامَلْ ضاعت وما نقدرش كامل نقوم بولادي. الصباح ما ننوضش و يجيني العْجَز ".

يتبين جليّا بأن إصابة المريضة بهذا الداء منعها من تحمل مسؤولياتها كزوجة وأم، وبدلا من لعب دور الأم فإن المريضة تستأنس بحضور أبنائها وهي بالبيت .

وهذا ما تعبر عنه قائلة: " شغُل راني في بواطة ما نقدرش توقف وما نقدرش نخرج. لازم كنمشي في الدار نشد وليدي ونمشي غير شويه ".

يدل هذا على مخلفات المرض الوخيمة لهذا الداء والمتمثلة في ضرورة الشعور بالأمن عند وجود إبنها الأكبر.تعبر المريضة كذلك من خلال استعمالها لهذه العبارة بأنها تشعر وكأنها مسجونة وتستعمل كلمة " بواطة " التي تعني السجن والتي تبين مدى شعور المريضة بأنها في حالة ضغط شديدة نتيجة خوفها في التنقل داخل وخارج البيت.

وتضيف المريضة بأن عملية التركيز لديها انخفضت كثيرا بحيث أنها غير متمكنة من ا لقيام بمهامها كأم وفي حالة ما تحاول ذلك فهي تُسرع بسبب الخوف من فقدان توازنها على حد قولها: " نخدم بالخوف، ما نيش مركزة في الحاجة وماذا بيّا نزرب ".

وبخصوص وظائفها الحيوية فقد اختلّت كذلك كالنوم الذي أصبح مضطربا ورغبتها في الأكل التي أصبحت لا تتحكم فيها.

إن كافة هذه الأعراض لهي دالة على شعور المريضة بقلق كبير تعمّم في حياتها وطغى عليها نتيجة إصابتها بهذا المرض.

كما أن حالة الإكتئاب التي تجلت من خلال عدم رغبتها في أي شيء وعدم قدرتها على القيام بدورها إلى جانب شعورها بالضياع واليأس والعجز.

لم تقتصر مخلفات المرض على أعراض القلق والإكتئاب بل تعدتها إلى غاية الخوف من تعقد مرضها والإنشغال بصحتها بالإضافة إلى خوفها من الدم وعن هذا تقول: " أنا شكيت كاش عرق مْبوشي بصح ما لقاولي والو قلبي صحيح وراسي صحيح ".

إن هذه العبارة تدُل على قلق المريضة نتيجة عدم فهمها مرضها، الشيء الذي أدى بها إلى محاولة فهمه حسب ما تلقته من معلومات في حياتها وحسب معاشها الخاص الذي ظهر من خلاله خوفا من أن تكون الأوعية على مستوى الرأس والقلق مصابة بإنسداد. كما

ظهر من خلال تحليل محتوى المقابلة بأن إصابة المريضة بهدا الداء جعلها أكثر حساسية للدم والجروح بحيث تذكر خلال الفحص النفسي بأنها لا تتحمل الدخول إلى المستشفيات وتخاف بشدة عندما تفكر في إصابتها بالإضافة إلى خوفها من العمليات الجراحية ومن جراح الأسنان.

ويبدو أن المرض لم يُخلف آثارا سلبية ظهرت على مستوى الخوف من الأمراض والدم والجروح بل تعداه إلى القلق الإجتماعي الذي تجاوز حَدَّه بحيث أصبحت المريضة ترفض أن تلتقي بالناس تجنبّا لأسئلتهم حول أعراض مرضها، كما أنها تنزعج عندما تكون في جماعة من الناس لأنها أصبحت أكثر حساسية للضجيج.

إن علاقات المريضة هي الأخرى اختلت بعد هذا الداء مما جعلها تنعزل وتركز أكثرها على حالتها، الشيء الذي زاد في حالتها الإكتئابية.

اختلفت الأمور بعد العلاج النفسي حسب تصريحات المريضة التي قمنا بتحليلها عاما أنها هُيئت من طرف طبيبة أمراض القلق التي نفت كل سبب عضوي لمرضها وجعتلها على دراية بنتائج الفُحوصات.

عبرت المريضة عن الأمل الذي شعرت به منذ أول حصة والذي ظهر من خلال أقوالها: " ريّحت كعرفت الطبيب فهمني- هاذي الحصة دارتلي الأمل خطراش عرفت بلي راني مصابة نفسيا ".

ومع تطبيق الحصص العلاجية ظهرت التغيّرات واضحة على مستوى الهلع، التجنب وسمات الشخصية التي اختلت نتيجة المرض بحيث أصبح الهلع أقل شدة وأقل تواترا خاصة داخت البيت إذ تصرح المريضة خلال المقابلة التقييمية بأنها كانت تتعرض لنوبة خلال الأسبوع لكنها تصرح بعد العلاج بأنها تتعرض لنوبة خلال شهرين ووصفتها بالحفيفة والذي يعني بأنها قادرة على التحكم فيها بفعل توظيفها لأفكارها الجديدة كما تصرح المريضة بأنها بعد العلاج تمكنت من المشي بمفردها دون البحث عن سند خاصة داخل البيت مما جعلها تتشجع وتأمل في أخذ زمام الأمور وبالفعل زالت الكآبة عنها وأصبحت قادرة على التكفل بعائلتها بحيث تبدو جد راضية وفرحة وتشبه نفسها بالشخص الذي كان ميتا ثم عادت إليه الحياة. ثم تصف المريضة حالتها الصحية .

وتقول بأنها تشعر وكأنها ليست مصابة بمشكل الغدة الدرقية الذي أصبحت في الحقيقة لا تُركز عليه كما كانت من قبـل كما أصبحت تقوى على التجمع نوعا ما مع الناس. وتخرج مع زوجها وتمشي دون أن تتكأ عليه لكن تؤكد بأن حضوره لازال مهما و مفضلا من طرفها.

تدل كافة هذه التصريحات بأن الخوف من الإصابة بالدوار وعدم الإستقرار انخفض بدرجة كبيرة مما يوحي بفعالية العلاج المعرفي السلوكي الذي يتمثل أساسا في تغيير خطابها الداخلي وطمأنة نفسها وعدم الإكتراث بخصوص الإحساس بالدوخة كما تمثل في إكتسابها حالة جسمية جديدة بعيدة عن كل شد عضلي كان في السابق يزيد من هلعها وأخيرا فإن مواجهة أحاسيسها بالدوار عمِل لصالحها بحيث دعمت أ'فكارها بعدم حدوث أي شيء مما كانت تفكر فيه.

إن هذا العمل الذي قامت به المريضة بمساعدتنا في العلاج انعكس على سمات شخصيتها التي أختلت بحيث قلّل بدرجة كبيرة من خوفها من تعقد هذا المرض الذي أصابها والإصابة بأمراض أخرى، كما تمكن في جعل علاقاتها الاجتماعية أحسن بحيث زال قلقها من أسئلة من يحيط بها، كما زال الإكتئاب والقلق.

وقد عبّرت المريضة عدة مرات عن هذه النتائج مصرّحة بأنها كانت في غيبوبة واستيقظت منها قائلة: " شغل فطنت ضرك ملّي بديت العلاج- مانيش نعيا، مانيش نخاف- ما وليتش نخلّي الحجة لغدوى ".

إن استجابة المريضة للعلاج جدّ إيجابية ظاهرة من خلال حالتها النفسية، مظهرها خلال المقابلة العيادية، أملُها في التحسن أ'كثر وفي المقابلة التقييمية أبدت رضاها وعبرت عن الانخفاض المعتبر على مستوى أعراض القلق قائلة: " كانت تجيني غمة في قلبي ونتقلق ومن بعد نْولي نرجف. كانت تجيني الدوخة و ماذابيا ما ننوضش من الفراش صح ضرك نقصت عليا بزاف ".

تعتبر هذه التصريحات دليل قاطع على فعالية العلاج المعرفي السلوكي الذي تقدير مكّن من القضاء على اعتقادات خاطئة فسرت بها مرضها و استبدالها باعتقادات عقلانية و

منطقية خالية من كل خوف مما أدى بها إلى التقليل من تجنبها و التحكم في أحاسيسها و بالتالي انخفضت الاعراض المرضية الثانوية للداء الذي أصابها.

2- مناقشة نتائج الإختبارات:

1- مناقشة إستبيان المخاوف:

تظهر نتائج هذا الإستبيان مختلفة قبل العلاج وبعد العلاج بحيث يبدو التحسن واضحا على مستوى الجزء الوصفي والجزء التقديري للإستبيان.

فبالنسبة للجزء الوصفي حددت المريضة الرهاب الرئيسي الذي تريد علاجه برهاب المشي منفردة داخل وخارج البيت والذي حددته بدرجة (8) قبل العلاج ودرجة (5) في نهاية العلاج ثم انخفضت الدرجة إلى (4) ستة أشهر بعد العلاج ثم بقيت في نفس الدرجة سنة بعد العلاج.

وهذا يعني بأن المريضة كانت في بداية العلاج تمتنع تماما عن المشي منفردة سواء داخل البيت أو خارج البيت بحيث أكدت خلال المقابلة العيادية بأنها تستند دوما بابنها الأكبر داخل البيت وفي بعض الأحيان بوالدتها، أما خارج البيت فهي دوما مرفوقة بزوجها، لهذا كانت لا تمشي أبدا لوحدها خوفا من فقدان التوازن نتيجة أفكارها المتعلقة بنوبة الهلع.

أما بعد العلاج وبعدما اكتسبت المريضة مفهوما جديدا بسبب هذا الخوف وتعلمت كيف تواجه هذا الإحساس أساسا وأحاسيس أخرى كالشعور بتوقف القلب أصبحت أقل خوفا مما كانت عليه من قبل لكنها لازالت تميل إلى الجنب وتفضل أن تكون مصحوبة كي تتفادى السقوط. إن الفترة التي امتدت من نهاية العلاج إلى غاية سنة بعد العلاج ساعدت المريضة بحيث أخذت تتدرب على تغيير أفكارها من خلال في مرحلة تغيير الخطاب الدالي ومن خلال ما عاشته في مرحلة المواجهة وهو الشيء الذي ساعدها على اكتساب الثقة والمشي بدون الاعتماد على الرفاق الفوبيين.

لهذا قدرت درجة التجنب بدرجة (4) ستة أشهر بعد العلاج وسنة بعد العلاج. لقد أكدت المريضة بأن التجنب في غالب الأحيان يسود في الخارج وليس داخل البيت إذ تمكنت من المكوث في البيت بمفردها طوال اليوم بدون أي خوف عكس خارج البيت أين تقول بأنها لم تُصَبْ بنوبات الهلع كما كانت من قبل لكنها تميل إلى تجنب الوضعية.

أما الرهاب الثانوي الذي إختارته المريضة فقد تمثل في رهاب الاستحمام الذي يتطلب غلق العينين، الشيء الذي كان يصعب كثيرا على المريضة التي كانت تشعر بالدوار بإفراط وبعدم الإستقرار إلى جانب رعبها من تواجدها في مكان مُغلق وفي حالة جسمية لاتسمح لها بالهروب. كان هذا النشاط من أصعب المهام التي كان يتعذر على المريضة القيام به بسهولة و الذي كانت تتجنبه لدرجة (6) قبل العلاج بحيث لم تكن تشعر بالأمان بدون مرافق علما أنها قد اتخذت إستراتيجية الاعتماد على الغير في تخليص نفسها من الخوف الشديد الذي كان ينتابها في الوضعيات المذكورة أعلاه لكن بعد العلاج إختلفت الأمور و أصبحت أكثر ثقة في نفسها بحيث أصبحت تسيطر علي أحاسيسها و قدرت درجة تجنبها بدرجة (3).

وفيما يتعلق بالشعور الثانوي الذي تجده شاقا فقد تمثل في الشعور باليأس الذي بلغ درجة (8) حسب تقييم المريضة قبل المباشرة في العلاج والذي يدل على مدى فقدان المريضة للأمل بعد كل المحاولات العلاجية سواء من الناحية الطبية أو النفسية، لكن لم يدم فقدان الأمل ومع فهم المريضة لحالتها واكتسابها لطرق جديدة للتعامل مع هذا المرض شعرت بأمل جديد عبّرت عنه خلال المقابلة العيادية وقدّرت شعورها باليأس بدرجة (4) الدالة على وجود أمل كبير في التخلص من مرضها خاصة وأنها تحررت من رغبتها في أن تكون مصحوبة بداخل البيت مما جعلها تقدّر ذاتها إيجابيا وتشعر بالاستقلالية والفرح لتمكنها من العودة إلى دور الأم والزوجة.إنخفض الشعور باليأس الذي بلغ درجة (3)ستة أشهر بعد العلاج وبقي في نفس الدرجة و هذا يعود حسب تفسيرنا إلى عدم قدرتها الخروج منفردة بعيدا عن البيت.

يظهر الجزء التقديري هو الآخر متحسنا بحيث انخفضت درجة رهاب المكان من أقصى درجة قيّمتها المريضة بدرجة (40) بحيث كانت تتجنب التواجد في حشد في جماعة في الأماكن المفتوحة وكذا المغلقة لكن تجنب هذه الوضعيات انخفضت بدرجة ظاهرة بحيث بلغت الدرجة في نهاية العلاج (23) الدالة على تحسن المريضة والذي إستمر إلى غاية ستة أشهر بعد العلاج مع تحصلها على درجة (19) ثم (18) سنة بعد العلاج.يبدو بأن المريضة لم تتخلص تماما من هذا الرهاب وهذا شيء طبيعي يعود إلى أنها

امرأة ماكثة في البيت معتمدة كليًّا على زوجها الذي طالما تحمّل المسؤولية في مكانها خارج البيت، كما أنها استمرت في التجنب خارج البيت لأنها لم تكن ترغب في التخلص منه لهذا سُميت بالأرباح الثانوية لاضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان التي بعثت إلى غياب إستقلالية المريضة واكتساب زوج المريضة قيمة وفعالية ذات عالية بحكم تحمل المسؤوليات خارج البيت بدلاً منها.

تعتبر هذه الأرباح كنقطة أساسية في توازن الزوجين لهذا لم نؤكد ولم نُصر على تغيرها لسبب ظاهر وهو عدم اعتبار الزوجة هذا مشكلا أساسيا.

أما بالنسبة للرهابات الثانوية لهذا المرض فقد ظهرت حسب تقييمات المريضة متحسنة في كل مرحلة من العلاج بحيث بدت مخاوف المريضة الشديدة من تعقُّد مرضها أو إصابتها بأمراض أخرى وتجنبها للدم منخفضة ولم تعُد تفكر في تغييرات خطيرة كما أن علاقاتها تحسنت بدرجة كبيرة بالرغم من احتفاظها بحدود في علاقاتها وميلها إلى عدم التحدث عن مرضها.

وهذا الشيء لا نجده سلبيا. أما القلق و الإكتئاب فقد ظهرا هما الآخرين متحسنين بحيث أصبحت المريضة أقل يَأسًا وحزنا، كما أصبحت غير متحيِّرة على ما قد يصبُها بحكم أنها تخلصت من غموض كان يسود وضعية المرض التي أصابتها.

2- مناقشة نتائج سلم تقييم الرهابات، نوبات الهلع والقلق المعمم:

تتطابق نتائج الجزء الأول المتمثل في تقييم المريضة للرهابات مع نتائج الجزء الوصفي لاستبيان المخاوف، بحيث تدل شدة القلق ودرجة التجنب التي بلغت (8) على خوف المريضة لهذه الوضعية إلى أقصى درجة وتجنبها لها بصورة دائمة. تتمثل هذه الأخيرة في الخوف من المشي داخل وخارج البيت منفردة. انخفض هذا الأخيرة إلى غاية درجة (5) في نهاية العلاج الدّالة على نفس شعور المريضة بالخوف بطريقة واضحة ومَيلها التجنب (نفس الوضعية) ثم حددت المريضة ستة أشهر بعد العلاج نفس الوضعية لكن بدرجة خوف أقل من الفترة السابقة بحيث بلغت درجة (4) والتي تدل على شعورها

بالخوف وميلها للتجنب لكن بدرجة اقل شدة من السابق. وبقي التجنب والخوف في نفس الدرجة سنة بعد العلاج.

ظهرت نفس النتائج في إستبيان المخاوف بالنسبة للرهاب الثانوي والخوف المرضي الثاني الخاص بتقييم الرهابات بحيث حُدد بالخوف من الاستحمام على إنفراد بدرجة (6) التي تدل على خوف المريضة الشديد وتجنُبها قدر المستطاع القيام بها، كانت تلجأ إلى عدم غلق الباب أي عدم إرتاجها، كما كانت تَستحم في الأوقات التي يتواجد زوجها بالبيت وكلها طرق تجلب لها الراحة والأمن.

انخفض هذا الخوف في كل فترة من العلاج ليتراوح بين (3) في نهاية العلاج إلى درجة (2) بعد ستة أشهر وسنة بعد العلاج وهي درجات تدل على النتائج الايجابية للتدخل العلاجي.وتظهر نتائج الجزء الثاني الخاص بتقييم نوبات الهلع التلقائية متحّسنة للغاية بحيث قدّرتها بدرجة (8) الدالة على تعرّضها عدة مرات في اليوم لها، ثم في نهاية العلاج انخفض عدد نوبات الهلع إلى درجة (4) الذي يدل على تعرضها في بعض الأحيان في الأسبوع بالنسبة للرهابين المحدّدين، ثم أصبحت الدرجة (3) ثم التي تدل على عدم تعرض المريضة كل أسبوع للنوبات التلقائية و بقيت في نفس الدرجة سنة بعد العلاج.

وهذا ما يتفق مع نتائج المقابلة العيادية التي تصرح خلاله المريضة بما يلي:

" كانت تحكمني خطرة في السمانة وضرك وحدة في شهرين خفيفة وتروح ".

وهذا ما يدل على أن القلق أي قلق التخوف من هذه النوبات ليس شديدا.

وبخصوص أعراض نوبات الهلع فهي تتمثل حسب المريضة في ثمانية أعراض منها حدة ضربات القلب، الرجفان، ألم في الصدر، الإحساس بالدوار والشعور بالحرارة. إن هذه الأعراض انخفضت في نهاية العلاج بحيث أصبحت أربعة أعراض في نهاية العلاج و مع التدريب على التقنيات العلاجية بقيت ثلاثة أعراض فقط و هذا في المرحلة التتبعية.إن تصريحات المريضة بخصوص شعورها بنوبات الهلع غير المتوقعة إيجابي في المرحلة الأولى أي خلال مرحلة التحليل العاملي بحيث كانت نوبات الهلع تحدث فجأة عدة مرات في اليوم، كما أنها كانت متبوعة بمدة طويلة تجاوزت الشهر بخوف

من التعرض لنوبات أخرى أي يقلق التخوف، ثم إن مضمون النوبات كان يتمثل في الخوف من السكتة القلبية وفقدان الوعي، بالإضافة إلى تغيّر سلوك المريضة.

تخضع هذه المعايير لاضطراب الهلع الذي كان يميز حالة المريضة لكنه اختفى بعد ستة أشهر من العلاج. علما أن المريضة كانت تخشى بالفعل المشي منفردة خارج البيت لكن هذا الخوف كانت تتحكم فيه ولم تيكن مستمرا كما هو مبيّن في إضطراب الهلع، كما أن قلق التخوف كان يظهر أي تشعر به المريضة في وقت قصير جدًا مع بروز الأحاسيس لكن يختفي مع نشاط التحكم الذي تُبديه هذه الأخيرة خلال الفترات الثلاثة من العلاج.

وإذا فحصنا تقييم المريضة لشدة القلق المعمم نجد بأنه بلغ أقصاه أي كان يُمثل إعاقة شديدة للمريضة قيمتها بدرجة (8)وهذا ما دعمته نتائج تحليل محتوى المقابلة العيادية لكن أصبح يمثل مشكلا متوسط في نهاية العلاج مُقدر بدرجة (4)، ثم مشكلا بسيط ستة أشهر وسنة بعد العلاج بلغ درجة (3).

3- مناقشة نتائج الرائز السلوكي للتجنب:

ذكرت المريضة خلال المقابلات العيادية بأنها كان تتجنب عدة نشاطات أهمها المشي منفردة داخل البيت والذي كان يزعجها كثيرا لأنها يجعلها تتجنب كافة المهام المنزلية، ثم كانت تتجنب الاستحمام بالإضافة إلى المشي منفرة خارج البيت وحتى برفقة زوجها.تدرج الجنب في الانخفاض بحيث أصبح يبلغ (3) بحيث تمكنت المريضة من عدم تجنب الدخول إلى الحمام على إنفراد، وبقي تجنب المشي على إنفراد داخل وخارج البيت لكن بدرجة انزعاج لا تصل الدرجة المتوسطة.

4- مناقشة نتائج إستبيان المعارف الأقورافو بية:

لقد أبدت النتائج الخاصة بهذا الاستبيان في كل مرحلة علاجية تطورا ملحوظا بحيث بلغت درجة الانشغالات السلوكية والاجتماعية للمريضة درجة (18) وهذا ما يدل بأن إهتمامها بسلوكها ومظهرها كانا شكلين من أشكال الشخصية اللذين اهتزا من جراء الإصابة

بهذا الداء، لكن انخفضت نسبة الانشغالات دون المتوسط في نهاية العلاج (17) واستمرت في الانخفاض إلى غاية سنة بعد العلاج(8).

وهذا إن دل على شيء فإن يدل على أن علاج إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان يتطلب التقليل من انشغالات المريض من خلال تناولها وتغييرها.

كما مكنت التقنيات العلاجية من انخفاض الانشغالات الجسمية لاسيّما الإصابة بالسكتة القلبية وفقدان الوعي اللذين كان سبب الرعب الذي كانت تعيشه المريضة بالإضافة إلى خوفها من الضغط الدموي عندما كانت تشعر بالحرارة فجأة. إنخفضت الإنشغالات الجسمية بعد العلاج إلى الدرجة المتوسطة والتي تحسنت سنة أشهر بد العلاج بعد التدريب على الأفكار الجديدة و عقلنة المريضة نفسها كلما شعرت بالهلع خاصة وأنها تعرضت لكافة هذه الأحاسيس بدون أن يحصل كارثة وتأكدت بنفسها بأن ما تخافه هو فقط في رأسها ولا وجود له في الواقع.

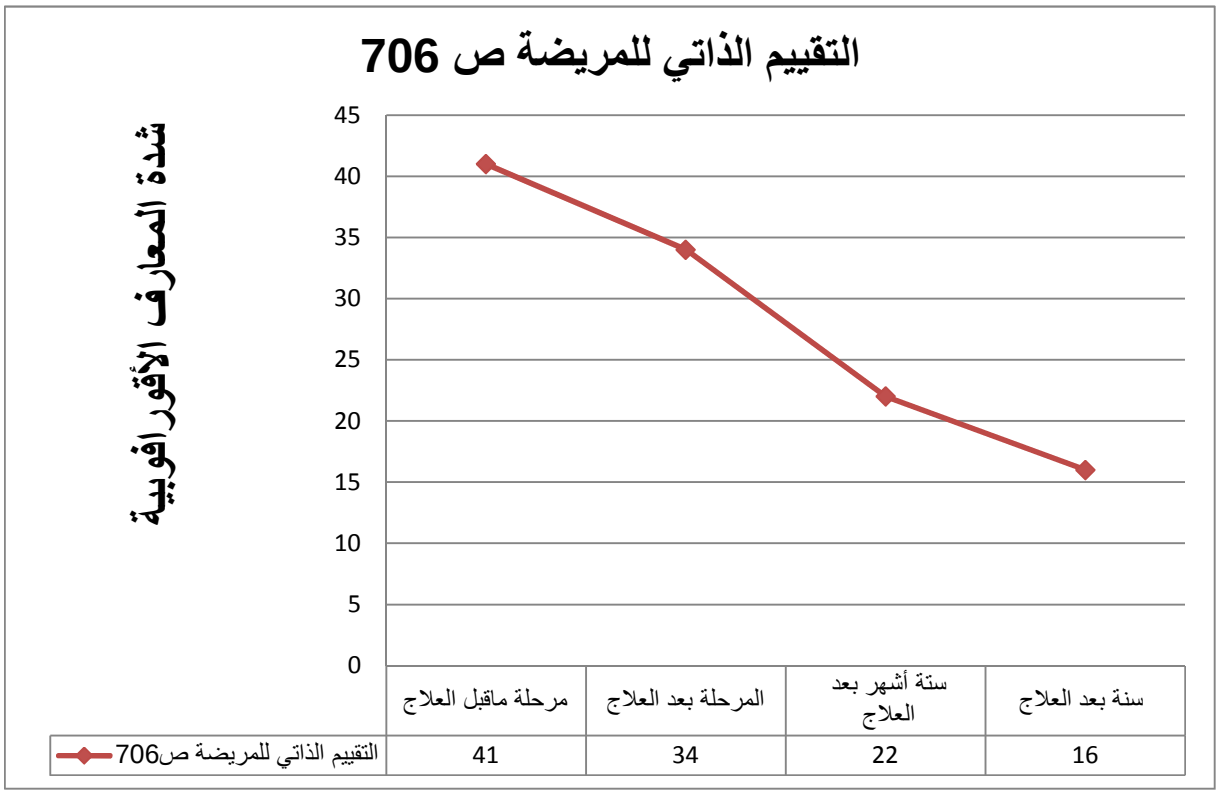
5- مناقشة نتائج إستبيان الأحاسيس البدنية:

لقد أصبحت المريضة لا تخاف من الأحاسيس البدنية،كما تدل عليه درجة الخوف التي بلغت (35) في نهاية العلاج، كما كانت عليه من قبل بداية العلاج بحيث بلغت الدرجة (48).وبالرغم من تطبيق العلاج المعرفي السلوكي، نلاحظ بأن الخوف لم يزُل تماما بل انخفض وهذا بحد ذاته خطوة إيجابية نظرا لدرجة الخوف الشديد التي كانت تعيشها المريضة. وفي شأن هذا التحسن توضح المريضة بأنها أصبحت تستغني عن الرفاق الفوبيين في عملية المشي داخل وخارج البيت، كما أنها تستحم بدون أية صعوبة سنة بعد العلاج دون أن تستعين بأن ضمان يوحي بالأمن بالنسبة لها.

ونجد بن خوفها أصبح (15) وهي درجة تدل على عدم إنزعاجها من أحاسيسها مما يوحي بفعالية العلاج المعرفي السلوكي المقدّم لها.

3-9- عرض تقييم المريض الذاتي:

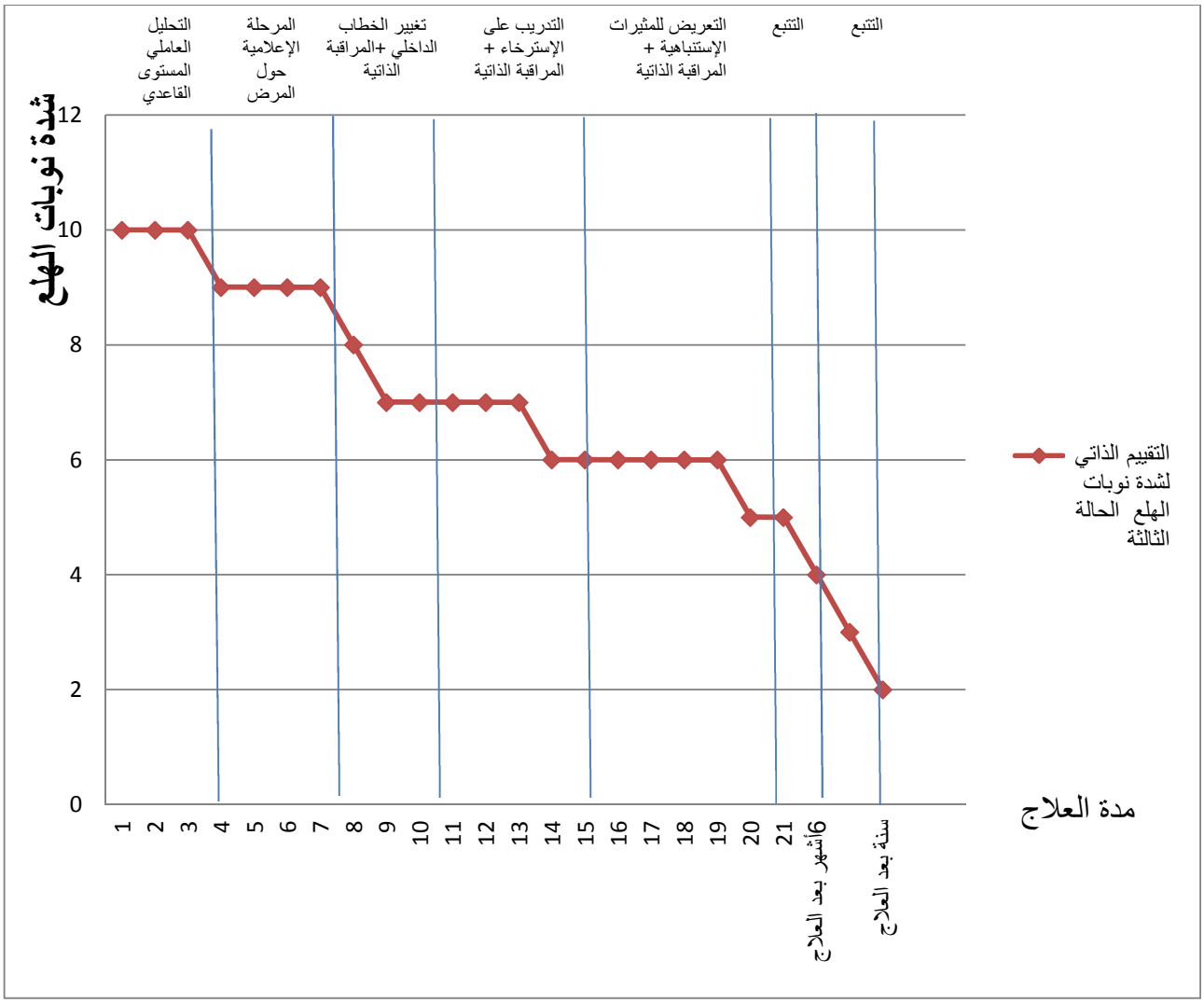
1- التقييم الذاتي لشدة المعارف الأقورافوبية:



التعليق:

يظهر من خلال هدا المنحنى للمعارف الأقورافوبية للسيدة (خ) بأن الانخفاض كان تدريجيا، ففي كل مرحلة كانت إنشغالات المريضة تنقُص مما يدل على ارتفاع قدرتها على السيطرة على أفكارها التضخيمية وأحاسيسها المزعجة. لقد لاحظنا كذلك بأنها كلما آمنت بفعاليتها بفضل مواجهة ما تجنّبته منذ ثلاث سنوات، كلما ازداد لديها شعور قوي بالسيطرة على نفسها وبالتالي انخفضت إنشغالاتها الجسمية السلوكية والإجتماعية، بحيث بلغت درجة (41) ثم انخفضت في مرحلة التتبع إلى غاية درجة (16) مما يدل على أن التدريب على التقنيات المعرفية السلوكية مكنها بعد مدة سنة أن تُقنع نفسها أو بالأحرى أن تقضي على الميكانيزم الأوتوماتيكي التي تكون بصلابة بين أفكارها الكارثية وانفعالات الهلع وبالتالي تجنب كل ما يتصل بالأفكار من صُور ووضعيات.

2-التقييم الذاتي لشدة نوبات الهلع :



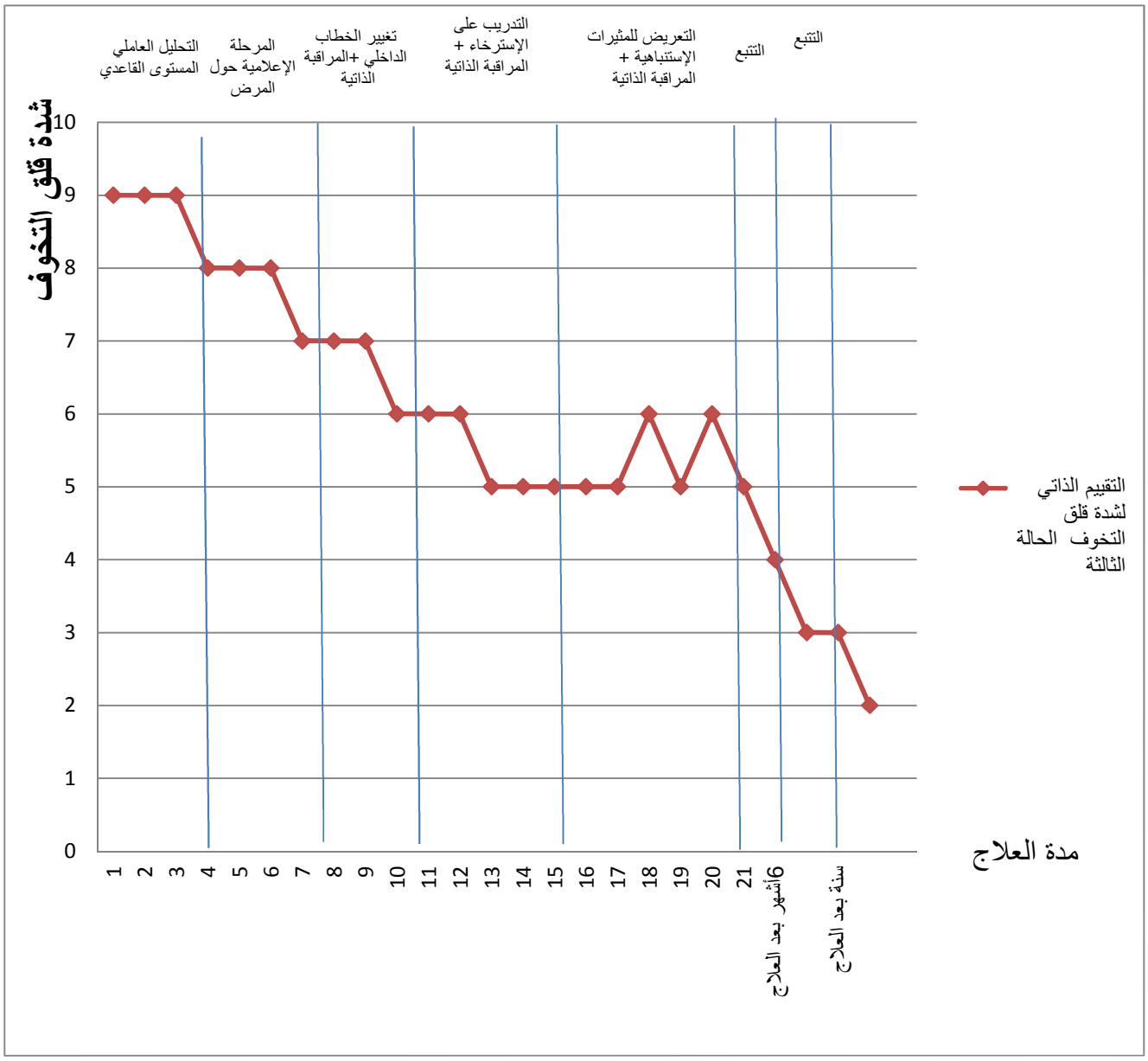
التعليق:

يوضح هذا المنحنى كيف أن المراحل العلاجية قد تمكنت بفضل التقنيات التي طبقت على مستوى كل واحدة منها من التقليل بصورة واضحة من شدة نوبات الهلع التي كانت تصل إلى أقصى درجة وتدل على شدة مرتفعة وهذا في بداية العلاج، لكن مع شعور الأمل لدى المريضة منذ الحصة الأولى بدأت شدة النوبات تنخفض قليلا، وهذا يدل على أن العلاقة العلاجية لديها قيمة ودور فعال في العلاج.كما قدمت كل مرحلة للمريضة تحسّنا إستمر إلى غاية المراحل التتبعية.

لقد إستنتجنا بأنه في المستوى القاعدي الذي قمنا خلاله بتطبيق الاختبارات كان له أثر إيجابي على المريضة بحيث شعرت بأن ما ورد في الاختبارات مطابق لحالتها الشيء الذي طمأنها ودعم فكرة فهْمَنا لها. وهذا ما اتفق مع نتائج المقابلة العيادية.

وشهدت المراحل العلاجية الأخرى تحسُّنا ماعدا المرحلة الإعلامية حول المرض والتي بقي التحسن فيها في نفس مستوى مرحلة التحليل العاملي.

3- التقييم الذاتي لقلق التخوف:



التعلق:

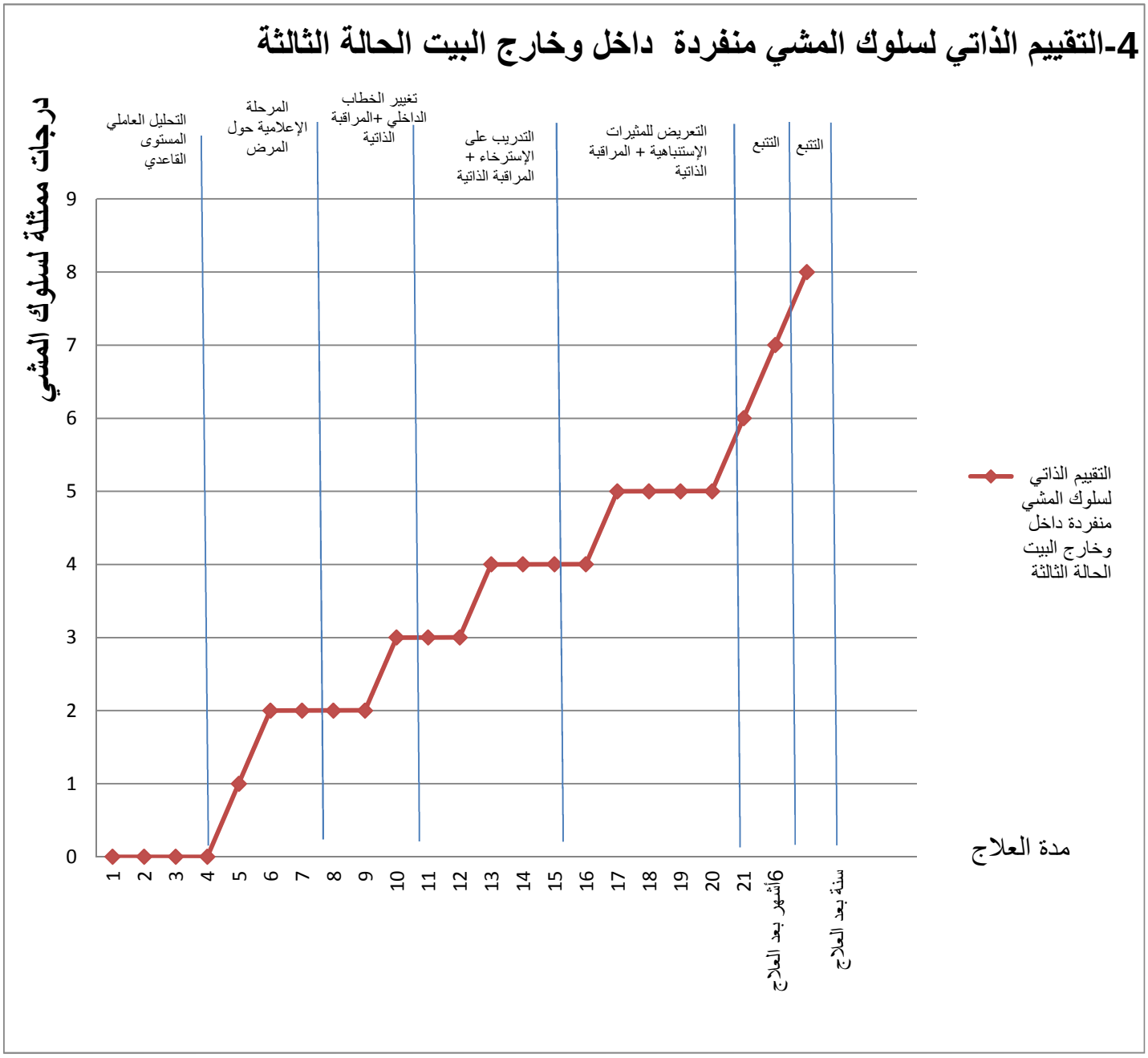
يوضح هذا المنحنى قلق المريضة نتيجة تخوفها من التعرض لنوبات هلع إضافية مشابهة لتلك التي تعرضت لها لمدة طويلة تجاوزت ثلاث سنوات.

تتخوف المريضة أساسا من تعرضها لسكتة قلبية وإلى الإحساس بالدوار وعدم الإستقرار، كما تخشى بشدة فقدان التوازن والسقوط أرضا. هذه التخوفات لم يكن من السهل خلال العلاج التقليل منها بالرغم من كافة التقنيات العلاجية التي حرصنا على حسن تطبيقها قدر المستطاع حسب المعطيات العلمية الخاصة بها.

وتجدر الإشارة بأن التقليل من هذه التخوفات لا يتعلق فقط بحسن تطبيق التقنيات العلاجية بل يتعلق كذلك بما يعيشه المريض خلال مراحل العلاج.

إن تعرض المريضة خلال الحصة العلاج (18) و (20) لحادث مرور لم يُخلف أي موت لكنه أثر على المريضة في مرحلة كانت تتدرب على تعريض نفسها لأحاسيس الخوف وأدى إلى ارتفاع شدة التخوف وهذا شيء طبيعي وإيجابي في نفس الوقت بالنسبة للمريضة التي كانت في طور تعلم التحكم في نفسها ولولا هذا التحكم لارتفعت درجة قلق التخوف إلى أقصاها. لكننا لاحظنا بأنها تمكنت من التحكم ومتابعة التحسن في المراحل اللاحقة، ولم تتجنب التنقل بالسيارة مع زوجها علما أن التجنب هو إستراتيجية اتخذتها المريضة للدفاع عن نفسها في كل مرة عاشت فيها الخوف.

4- التقييم الذاتي لسلوك المشي داخل وخارج البيت منفردة:



التعليق:

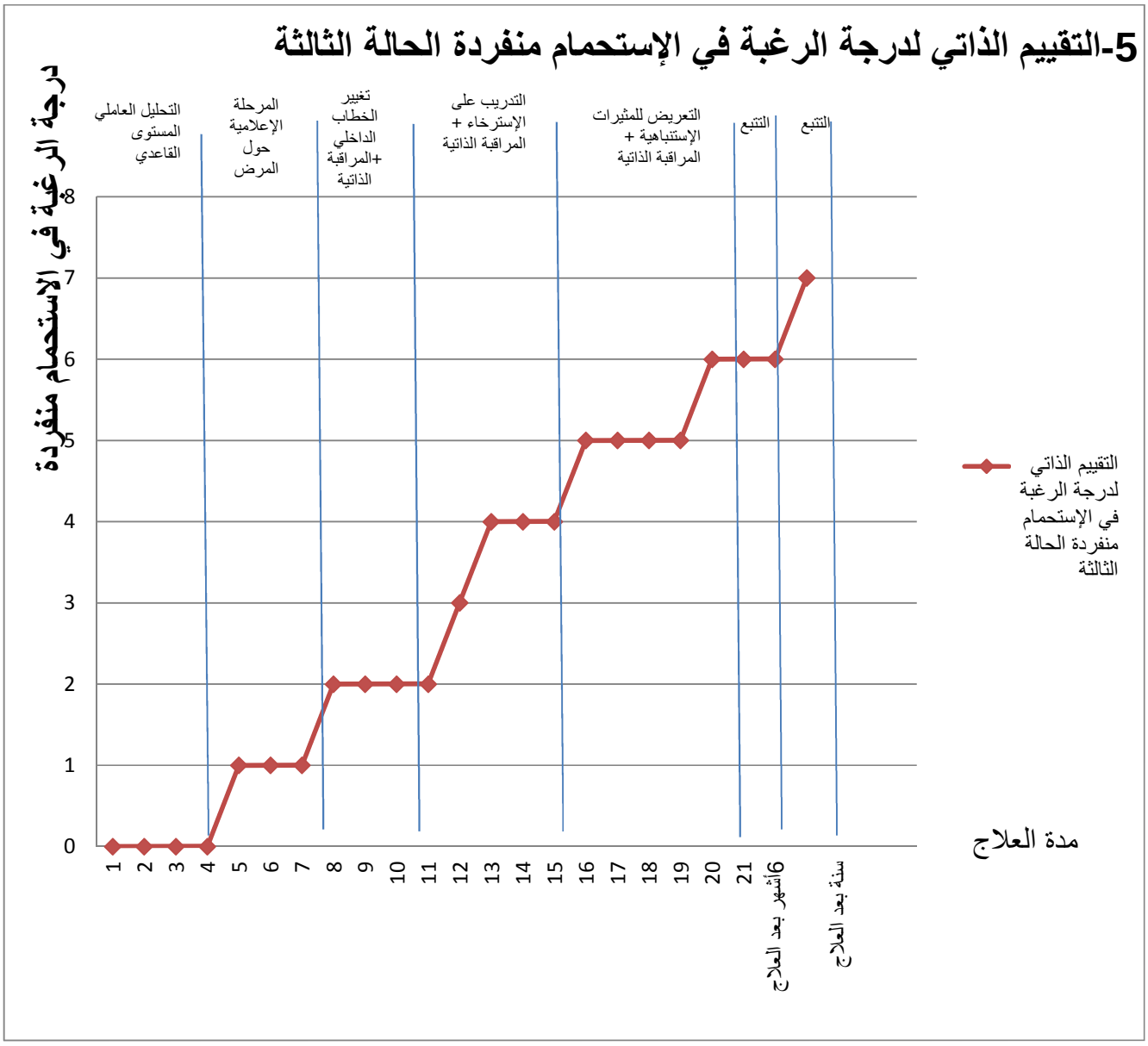
يظهر المستوى القاعدي بأقصى درجات تجنب التنقل منفردة سواء داخل أو خارج البيت بسبب الخوف من فقدان التوازن والسقوط أرضا. لقد جعل هذا الإحساس المريضة تخاف بشدة وتُعبر عن هذا الخوف خلال المقابلة العيادية بأنها لا تقوى على مشي 2 متر بمفردها خارج البيت وبأنها داخل البيت تقضي معظم وقتها متمددة لهذا يتكفل بها زوجها أو والدتها في بعض الأحيان أو إبنها الأكبر الذي يلعب دورا مُهما داخل البيت بخصوص مساندتها.

كانت المريضة ترفض هذه الفكرة ومقتنعة بأنها سوف تسقط إذا حاولت المشي بمفردها. تعتبر هذه صورة أو شكل من أشد وأصعب أشكال إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان لأنها تُنقص من حيّز التنقل حتى داخل البيت، الشيء الذي يبعث بالمريض عادة إلى الشعور باليأس كعرض من أعراض الإكتئاب.

وعند تحليل هذا المنحنى نلاحظ بأن خضوع المريضة للاختبارات النفسية بالإضافة إلى العلاقة العلاجية التي عبرت عنها خلال المقابلة العيادية زادت من ثقتها في نفسها وجعلتها تبدأ في إستبعاد الخطر من جراء الإصابة بمرض عضوي. الشيء الذي بعث بها إلى محاولة المشي دون الاستناد لأي شخص والذي ازداد مع مرحلة تغيير الخطاب الداخلي وازداد أكثر أي تعزز هذا السلوك مع مرحلة التدريب على الإسترخاء والتعريض أي مواجهة المريضة لأحاسيسها التي جعلتها تتأكد بأن لا شيء خطير مما تفكر فيه سوف يحدث.

تؤكد هذه المعطيات التي ظهرت على مستوى المنحنى بأن التقنيات العلاجية جدّ فعالة في التقليل من تجنب هذا السلوك.

5- التقييم الذاتي لدرجة الرغبة في الاستحمام منفردة:



التعليق:

يبين هذا المنحنى مدى رغبة المريضة في الاستحمام والتي كانت تسبق سلوك الإستحمام. وكلما كانت الرغبة ضعيفة كان التجنب كبيرا للقيام بسلوك أخذ حمام على إنفراد.لقد تدرجت هذه الرغبة منذ المرحلة الإعلامية حول المرض بحيث بلغت درجة واحدة بينما كانت غائبة تماما مما يدعم عدم القيام بأخذ الحمام على إنفراد في معظم الأحيان وبالتالي تقييم درجة الرهاب بدرجة (6) من طرف المريضة والذي يدل على تجنب هذه المهمة قدر المستطاع.لذا كانت رغبة المريضة ضئيلة جدا. لكن هذه الرغبة ارتفعت مع

بداية التقدير الجديد للمرض لتصل درجتين على السلم. ثم مع التدريب على الاسترخاء ارتفعت هذه الدرجة بطريقة ملحوظة مما يتفق مع تقييم المريضة للتجنب بدرجة (3) في الاستبيانات السابقة الذكر وهذا يعني بأنها تشعر بإنحراف المزاج لكنها لا تتجنب الاستحمام بمفردها.ونلاحظ بأن المرحلة الأخيرة شهدت هي الأخرى إرتفاعا في درجة الرغبة والذي تتابع إلى المراحل التتبعية التي نجحت فيها المريضة إزالة الربط الذي تكون بين الخوف المرضي من الأحاسيس المزعجة عند القيام بهذا النشاط لذا يمكننا الاستنتاج بأن التقنيات العلاجية المقدّمة كانت لها تأثير إيجابي وفعال في إعادة وإصدار هذا السلوك.

الحالة الرابعة:

4-1- تقديم الحالة:

هي فتاة تبلغ من العمر 28 سنة، ذات مستوى جامعي، أستاذة في الإعلام الآلي بمدرسة خاصة. هي ثانية الإخوة في أسرة ذات مستوى ثقافي جيد بحيث يعمل الأب كمقاول حاليا متقاعد، يبلغ من العمر 63 سنة ذو مستوى جامعي بينما تبلغ الأم من العمر 52 سنة، متحصلة على شهادة البكالوريا وماكثة في البيت.

4-2- سبب التقدم إلى الفحص النفسي:

وُجهت المريضة إلى الفحص النفسي من طرف الطبيب العام للعائلة بسبب خفقان القلق، الشعور بضيق التنفس و الإختناق، ارتعاش الجسم والشعور بالتنمل وبالشلل.

4-3- تاريخ المريض الشخصي:

نشأت المريضة في عائلة متعلمة، مثقفة ومحافظة .كانت الأم هي التي تتولى تربية الأطفال أكثر من الأب، لأن هذا الأخير في معظم الوقت غائب بحكم التنقلات التي تدخل في إطار عمله إذ كان يعمل بجنوب الجزائر.

تصف المريضة أمها بالمرأة القوية، الجديّة، المسؤولة والصلبة بينما تصف الأب بالشخص المرن الذي لم يكن يتدخل عندما تقرر الأم شيئا ما في مجال تربية الأطفال.

تتذكر المريضة بأن طفولتها كانت جد صعبة بحيث كانت تعاني من إفراط في الصرامة والنظام من طرف الأم، كما كانت خجولة وهادئة تقضي معظم وقتها

في الدراسة وبالفعل تفوقت في دراستها وهي الآن متحصلة على شهادة مهندسة في الإعلام الآلي بمعدل جيد.

ذكرت المريضة حدثا عاشته في الثامنة من عمرها والذي تمثل في تحصُّلها على معدل ثمانية من عشرة الذي لم يُرض الأم فعُوقبت جسديا وفوق هذا فرض عليها والدتها إرتداء سروال قصير كي تظهر آثار الضرب وكي يستهزئ بها أقرانها، وهذا ما جرى بالفعل.

تقول المريضة " je me souviens تَيُّو أخضر اللي ضربتي بيه، وضحكوا عليا كامل الدراري و زعفت بزاف ".

ومن هنا بدأ الخوف من عدم التحصل على نتائج جيدة جدا وعدم التفوق على كافة التلاميذ.تذكر المريضة بأنها كانت قريبة جدا من إحدى حالاتها التي فقدتها عند بلغت 19 سنة مما ولد لديها حزنا شديدا لأنها لم تكن في علاقة مع أقرانها بحكم أنها كانت تخاف من التقرب منهن وكانت جد متحفظة على حياتها.

أما عن علاقتها مع والدها فهي تذكر بأنها كان تراه في العُطل الخاصة به وكانت تتناقش معه حول أمور تخص الإعلام الآلي وتتعلم منه المثابرة والعمل والمرونة لكنها تقول بأنها تتأسف لعدم وجوده بصورة دائمة.

4-4- تاريخ ظهور المرض:

تعود أول نوبة هلع إلى السن الإثنين والعشرين (22) كانت المريضة برفقة صديقة لها في الحافلة خلال شهر رمضان، كانت الحافلة تسير ببطء بسبب الإزدحام مما أثار قلق صديقته فشعرت بضيق كبير على حد قولها (Elle m’a angoissé) بكثرة الحديث عن الإزدحام وعن التأخر على وقت الإفطار.شعرت المريضة بضغط شديد وفجأة أحسّت بتسارع ضربات قلبها مع الاختناق وارتعاش جسمها. تحملت المريضة تلك الحالة بصعوبة وطلبت النزول من الحافلة، ومنذ تلك الحادثة لاحظت المريضة بأنها أصبحت ترفض الصعود إلى الحافلة.وعندما يضطرها الأمر تحمل كتابا كي تتمكن من تحمل التواجد بها.

بعد شهرين اضطرت المريضة الذهاب إلى طبيب الأسنان وما أن بدأ هذا الأخير في العلاج حتى شعرت بحرارة عالية وخفقان القلب وضيق في التنفس وطلبت منه أن يتوقف ولم تعد تذهب إلا بصعوبة كبيرة.

تروي المريضة بأنها عاشت نفس الشيء بالنسبة للحلاقة التي أصبحت تتجنبها كليّا، كما أنها لا تقوى على الذهاب إلى السوق أو المتاجر وإلى كل مكان يكتظ بالناس.

وكل مكان تضطر أن تمكث فيه كطبيب الأسنان تفاقمت هذه الحالة وأصبحت المريضة تنزعج جدا من جراء تأثر حالتها وحياتها بهذا الداء.

قامت المريضة بفحوصات القلق ولم يتبين أي مشكل عضوي وعندما ذهبت إلى الطبيب العام للعائلة بحكم تقرّبها، وجهها إلى العلاج النفس لأنه يجد بأنها حالة عصبيّة.

4-5- وصف حالة المريض خلال الفحص النفسي:

هي فتاة أنيقة، نظيفة وحسنة المظهر، تتحدث بطريقة جيدة وتُجيد اللغتين العربية والفرنسية. تصف مرضها بطرية جيدة وواضحة، تحترم جدا أوقات المواعيد، تبدو مستعدة جدا لمواجهة مرضها، الشيء الذي سهّل علينا العلاج.

تُعبر المريضة عن رغبتها الشديدة في وجود حل لمرضها والتخلص منه لأنها تقول بأنها ترفض بشدة حالة الخوف الذي لطالما شعرت به وهي بنت صغيرة وتبدو متعاونة (Coopérative) ومتهيئة للعلاج.

4-6- عرض محتوى المقابلة العيادية قبل العلاج وبعد العلاج:

أ) قبل العلاج:

- كتحكمني الخلعة نقول،

-Mon cœur va s' arrêter.

-La panique me paralyse.

- .Je pense à mon incapacité a réagir devant moi-même

-Jai peur d agir de manière ridicule dans le bus.

-Je ne peux pas rester entre deux personne dans la voiture.

-Je peux pas parti chez la coiffeuse.

-Je peux pas partir au marché.

-L'embouteillage me gêne lorsque je suis dans le bus.

-الخلعة تجيني كل ما نكون , dans ces situation.

-La panique chez la coiffeur كنحس

ما نقدرش ننوض ونحسن قلبي يخبط ونحسب روحي راح نتخنق

-chaque fois que je pense aux endroits ou je vais être coincée, mon cœur bat et je me sens faible et étouffée.

-ça m'arrive quelque fois dans la semaine.

-je suis gênée dans un endroit ou je me sens coincée car j'ai peur.

- Chaque endroit. اللي فيه الغاشي ما نروحلوش

- J'aime pas que les gens remarquent que je suis gênée . je me dis que ce qu'ils vont se dire de moi.

- Parfois je me dis les gens sont entrain de me trouver anormale a cause de me panique.

-J'ai toujours un portable sur moi lorsque je pars chez la coiffeuse.

- Quand je ressens la panique chez la coiffeuse je lui demande si je peux sorti et parler.

-De puis 3 ans, je n'arrive plus a me maitrisé.

-je ne pars plus aux hôpitaux, j'aime pas les odeurs des hôpitaux.

- يغيضوني الناس اللي يكونوا داخل l'hôpital.

-Avec cette peur, je me sens plus libre,Car j'ai pas le droit de bouger, نحس روحي في الحبس

- le nuit je peux pas dormir car je pense comment faire pour m'en sortir.

-Je sens une Forte angoisse.

-je m'accepte pas avec cette maladie.

ب) بعد العلاج:

- Après les séances, je me dis que ce que je sens est du a la panique donc c'est pas effrayant.

- Maintenant je réalise que je suis en plein attaque de panique lorsque Je ressens les palpitations ou la faiblesse de mes jambes.

-Je me sens plus terrorisée à l'idée de partir chez la coiffeuse.

-Je trouve qu'avec la relaxation j'arrive à me maitriser.

- Avec la relaxation je sens que je me vide de stresse et je change mes idées.

- Je me dis après ces séances que je peux changer. Il suffit d'affronter et d'avoir le courage.

- Grace a la respiration , je n'ai plus cette envie de m'échapper et j'ai plus peur des battements de mon cœur , ni de la faiblesse de mes jambes.

-Je me dis après ces séances que je peux changer , il suffit d’affronter et d'avoir le courageبرك.

-A présent Quand je pars chez la coiffeuse , je me dis ماراح يصرالي والو Il faut juste gérer la situation.

- Grace a la respiration ,je n'ai plus , cette envie de m'échapper et j'ai plus peur des battements de mon cœur , ni de la faiblesse de mes jambes

4-7- عرض نتائج الاختبارات قبل العلاج وبعد العلاج:

1- عرض نتائج إستبيان المخاوف:

الرهاب ودرجة التجنب / مدة العلاج	الرهاب الرئيسي المراد علاجه	درجة التجنب (8-0)	الرهاب الثانوي المراد علاجه	درجة التجنب (8-0)	الشعور الثانوي الشاق	درجة المعاناة (8-0)
قبل العلاج	رهاب التواجد في الحافلة	6	رهاب الذهاب إلى الحلاقة	5	الشعور بخيبة الأمل	6
بعد العلاج	رهاب التواجد في الحافلة	3	رهاب الذهاب إلى الحلاقة	4	الشعور بخيبة الأمل	3
ستة أشهر بعد العلاج	رهاب التواجد في الحافلة	2	رهاب الذهاب إلى الحلاقة	3	الشعور بخيبة الأمل	2
سنة بعد العلاج	رهاب التواجد في الحافلة	1	رهاب الذهاب إلى الحلاقة	2	الشعور بخيبة الأمل	1

الجزء التقديري

نوع الرهاب ودرجة التجنب / مدة العلاج	رهاب المكان (40-0)	رهاب الدم والجروح (40-0)	الرهاب الاجتماعي (40-0)	القلق والاكتئاب (40-0)	الانزعاج الناتج عن السلوك الرهابي (8-0)
قبل العلاج	30	20	17	22	06
بعد العلاج	15	11	11	14	04
ستة أشهر بعد العلاج	12	09	08	10	02
سنة بعد العلاج	08	07	07	05	01

2- عرض نتائج سلم تقييم الرهابات، نوبات الهلع والقلق المعمم:

الجزء الأول: تقييم الرهابات:

نوع الخوف المرضي شدة القلق ودرجة التجنب / مدة العلاج	الخوف المرضي الأول	شدة القلق ودرجة التجنب	الخوف المرضي الثاني	شدة القلق ودرجة التجنب
قبل العلاج	الخوفمن التواجد بالحافلة	06	الخوف من الذهاب إلى الحلاقة	05
بعد العلاج	الخوفمن التواجد بالحافلة	03	الخوف من الذهاب إلى الحلاقة	04
ستة أشهر بعد العلاج	الخوفمن	02	الخوف من الذهاب	03

	التواجد بالحافلة		إلى الحلاقة	
سنة بعد العلاج	الخوفمن التواجد بالحافلة	01	الخوف من الذهاب إلى الحلاقة	02

الجزء الثاني: تقييم نوبات الهلع:

1- تقييم تواتر نوبات الهلع:

تواتر نوبات الهلـــع / مدة العــلاج	درجة نوبات الهلع (8-0)
قبــل العــلاج	4
بعـد العــلاج	2
ستة أشهر بعد العلاج	1
سنة بعد العــلاج	1

2- تقييم أعراض نوبات الهلع:

عدد أعراض نوبات الهلع / مدة العــلاج	عدد الأعراض (13-0)
قبــل العــلاج	06
بعــد العــلاج	03
ستة أشهر بعد العلاج	02
سنة بعد العــلاج	01

3- تقييم إضطراب الهلع:

معاناة المريضة من إضطراب الهلع / مدة العــلاج	إضطراب الهلع
قبــل العــلاج	نعــم
بعــد العــلاج	لا
ستة أشهر بعد العلاج	لا
سنة بعد العــلاج	لا

4- تقييم قلق التخوف:

إستمرارية المعاناة من إضطراب الهلع / مدة العـــلاج	قلـق التخـوف
قبـل العـلاج	نعـــم
بعـد العـلاج	لا
ستة أشهر بعد العلاج	لا
سنة بعد العـلاج	لا

الجزء الثالث: تقييم القلق المعمم:

شدة القلق المعمم / مـدة العلاج	شـــدة القلـق (8-0)
قبـل العـلاج	05
بعـد العـلاج	03
ستة أشهر بعد العـلاج	02
سنـــة بعد العـلاج	01

3- نتائج الرائز السلوكي للتجنب:

درجة التجنب ودرجة الانزعاج / مدة العلاج	درجة التجنب (4-0)	درجة الإنزعاج (32-0)
قبل العلاج	03	17
بعد العلاج	03	11
ستة أشهر بعد العلاج	03	08
سنة بعد العلاج	03	05

4- عرض نتائج إستبيان المعارف الأقورافوبية:

الإنشغالات / مدة العلاج	الإنشغالات الاجتماعية والسلوكية (35-0)	الإنشغالات الجسمية (32-0)
قبل العلاج	19	20
بعد العلاج	16	12
ستة أشهر بعد العلاج	12	11
سنة بعد العلاج	09	10

5- عرض نتائج إستبيان الأحاسيس البدنية:

الخوف من الأحاسيس البدنية / مدة العلاج	درجة الخوف (85-0)
قبل العلاج	24
بعد العلاج	18
ستة أشهر بعد العلاج	12
سنة بعد العلاج	09

4-8- مناقشة النتائج قبل العلاج وبعد العلاج:

1- تحليل محتوى المقابلة قبل العلاج وبعد العلاج:

يتبين من خلال تحليلنا لمحتوى المقابلة العيادية بأن المريضة تُعاني من إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان لأن الأعراض التي جاءت بها تتفق مع أعراض الدليل التشخيصي الرابع سواء بالنسبة لاضطراب الهلع أو لرهاب المكان.

تعاني المريضة من أحاسيس بدنية مزعجة تتمثل في الشعور بالإختناق، الشعور بضيق الصدر وخفقان القلب، بفشل الساقين وبالتنمل وهي أعراض خاصة بنوبة الهلع كما تتخوف الشعور بها ثانية وهذا ما يجعلها في قلق التخوف. وبالتالي في إضطراب الهلع. تتجنب المريضة وضعيات عديدة منها ركوب الحافلة والسيارة، الذهاب إلى الحلاقة الذهاب إلى طبيب الأسنان وعامة الذهاب إلى كل مكان تعتقد أنه من الصعب الفرار منه وعلى هذا فقد طورت إضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان. لقد أثر هذا المرض على حياتها بحيث جعلها تشعر وكأنها في سجن بحكم أنه فرض عليها عدم التنقل بحرية وعدم التخطيط لحياتها وتقول في هذا الشأن

"Avec cette peur je me sens plus libre Car j ai pas le droit de bouger"

تصرح المريضة بأنها مهددة بإستمرار بالشعور بإهتزاز كيانها نتيجة أفكارها التي تدور حول خفقان قلبها والإصابة بالإختناق واللذين تعبر عنها قائلة:

- chaque fois que je pense aux endroits ou je vais être coincée, mon cœur bat et je me sens faible et étouffée.

يظهر من خلال هذه التصريحات بأن تفكير المريضة بشأن القلق الذي ينتابها كلما فكرت أو تواجدت بمكان لا يسهل عليها الخروج منه هو المسؤول عن أحاسيسها البدنية المميزة لنوبات الهلع .إن االتركيز على أحاسيسها منذ أن عاشت أول نوبة هلع منذ ثلاثة سنوات شعرت على إثرها بأن قلبها سوف يتوقف وأن ساقيها لن يحملانها أصبح يُولد لديها في كل مرة تشعر بالقلق نفس الأحاسيس.

لقد أدى تطور هذا المرض الفتاة إلى ضرورة إيجاد حل يساعدها على عدم التجنب الكلي للوضعيات لهذا لجأت إلى حلول عديدة منها حمل كتاب أو هاتف نقال، عدم الجلوس في وضعية وسيطية في حالة الركوب بسيارة أجرة والركوب في السيارة مع العائلة التخلص من الوضعية المهدّدة علما أن كل هذه الحلول هي أشكالا من التجنب التي تعتبر حلاّ سريعا لكنها تُدعم التفكير في الخطر وبالتالي الخوف لدى المريضة.

لم يقتصر تأثير التفكير في وجود خطر مداهم على مضاعفة نوبات الهلع لدى المريضة بل تعداه إلى خلق سلوك تجنُّبي أخل بكافة جوانب حياتها بحيث أصبحت تتزعج من نظرة الناس لها إذ تعتبر عن هذا قائلة:

« J aime pas que le les gens remarquent que je suis génée – je me dis que ce qu’ ils vont se dire de moi ».

إلا أنها تبذل مجهودات كبيرة كي تظهر بمظهر حسن و تبذل كل ما بوسعها كي تُسيِّر الخوف الذي يغمرها.

تشكو المريضة من تجنبها الذهاب إلى طبيب الأسنان وحساسيتها التي زادت

عند رؤية المرضى مما جعلها تتفاد الذهاب إلى المستشفيات مما يدل على تطويرها لقلق الدم والجروح.

بالإضافة إلى هذا تذكر حالة القلق التي تعيشها منذ إصابتها بهذا المرض الذي إنعكس على النوم وجعلها تُفكر باستمرار فيها ستفعله، فحالة الحيرة استقرت لديها مع إستقرار هذا الداء.

وتقول في هذا الموضوع:

« La nuit je peux pas dormir, car je pense comment faire pour m'en sortir ".

إذا حللنا هذه العبارة نجد بأن هذه المريضة تتميز خلاف المرضى الآخرين بحيرتها التي تود أن تجد لها حلا بنفسها فتقول (m'en sortir) وهي لا تلجأ إلى أي رفيق فوبي عكس المرضى الآخرين بل تلجأ إلى الكتاب والهاتف النقال، وهذا مؤشر إيجابي وجدناه في حالتها و تأكدنا منه عند تطبيق العلاج.

كما لاحظنا بأن ترفض نفسها وهي مصابة بهذا المرض وهي بالفعل مكتئبة لكنها لم تيئس ودرجة الإكتئاب لديها ليست مرتفعة جدا بفعل إيمانها القوي بأنها سوف تتجاوز هذا المرض الذي إرتفع بعد تطبيق العلاج بحيث أصبحت متفائلة لاسيّما بعد إزالة الغموض عن وضعية المرض وبعد تطبيق الاسترخاء.

وقد عبرت عن هذا في المقابلة التقييمية مستعملة العبارات التالية:

« Apres les séances, je me dis que ce que je ressens est du a la panique doc c'est pas effrayant ».

لقد لاحظنا بأن تجاوب المريضة مع العلاج كان مرتفعا منذ الوهلة الأولى، كما لاحظنا غياب أدنى تردد في التعريض أي مواجهة أحاسيسها المخيفة.

بالإضافة إلى هذا كان تطبيق الاسترخاء لديها بصفة متكررة ولم تُقاوم أبدا التحسن في العلاج والتزمت بتطبيق المراقبة الذاتية من خلال ملأ الجداول.

إن تفسيرنا لهذا السلوك يعود إلى عدم تمتُّع هذه المريضة بالأرباح الثانوية للمرض ولا بالسّند غير اللائق، كما استنتجنا بأنها كانت معتمدة على نفسها قبل إصابتها بهذا الداء مما جعل تأثير العلاج لديها سريع وفعال.

وهذا ما يظهر في تصريحاتها بخصوص أفكارها الجديدة التي حاولنا تدريبها عليها، إذ تقول:

« Je me dis après ses séances que je peux changer, il suffit d'affronter et d'avoir le courage ».برك «

وبالفعل تمكنت المريضة من التقليل إلى درجة كبيرة جدا من تجنب الحلاقة بفضل تعويد نفسها على الخطاب الداخلي الجديد، وهي تقول في هذا الصدد:

« A présent quand je pars chez la coiffeuse, ماراح يصرالي والو il faut juste gérer la situation.

وبناء على هذه النتائج المتحصل عليها من خلال تحليل محتوى المقابلة العيادية والتقييمية، ستنتج بأن العلاج كان جدّ فعال مع مرض هذه الفتاة.

2- مناقشة نتائج الإختبارات قبل العلاج:

1- مناقشة نتائج إستبيان المخاوف:

تُبين نتائج هذا الاختبار درجة تجنُب المريضة لنوعين من الرهاب اللذين اختارتهما كي يمثلا هدفين في العلاج.

لقد تمثل الرهاب الرئيسي في تواجدها في الحافلة والذي قدرته بدرجة (6) قبل العلاج وهي درجة تدل على تجنبها لهذه الوضعية وتدعم ما شرحت لنا في المقابلة العيادية أين ذكرت استعمالها في غالب الأحيان للكتاب كي تتفادى التجنب الكلي

لهذه الوضعية، حسنت حالة المريضة في نهاية العلاج بحيث قدرت درجة تجنبها لنفس الوضعية بدرجة (3) الدالة على إستفادتها من التقنيات العلاجية المقدّمة إلى حدّ كبير.

ومع التدريب على هذه التقنيات توصلت المريضة إلى تجنب خفيف لهذه الوضعية والذي تواصل سنة بعد العلاج وقدر بدرجة(1) تشرحه المريضة بإحساس خفيف جدا لخفقان القلب الذي تُسيطر عليه فيما بعد ولا يؤثر أبدا عليها ولا يخلف التجنب ولا الخوف.

تدعم العبارات التي استعملتها المريضة في المقابل التقييمية هذا الإستنتاج إذ تقول:

« Grace a la respiration, je n ai plus cette envie de m’ échapper et j’ai plus peur des battement de mon cœur , ni de la faibles de mes jambes. »

أما بالنسبة للرهاب الثانوي الذي إختارته والذي اعتبرته كإعاقة لها هو الذهاب إلى الحلاقة بحيث تُخبرنا خلال المقابلة العيادية بأنها تولي اهتماما كبيرا لصورة جسمها بحيث تقول:

« Je suis une personne qui allait chez la coiffeuse au moins une fois par quinzaine ».

علما أن المريضة فتاة أنيقة وصورة الجسم مهمة جدا بالنسبة لها.

قيِّمت المريضة درجة تجنب هذا الرهاب بدرجة (5) قبل العلاج الذي يدل على تجنّبها في أغلب الأحيان الذهاب إلى الحلاقة خوفا من شعورها بالحصر وهي فوق الكرسي.لكن بالرغم من هذا كانت تذهب وما أن تشعر بالخوف نتيجة نشاط أفكارها بمداهمة الخطر تتخلص من الوضعية وتطلب الخروج لسبب أو لآخر، وكان السبب في أغلب الأحيان هو الحديث في الهاتف النقال.

ولكن بعد ستة أشهر من العلاج إنخفض تجنب المريضة الذي قدرته بدرجة(3) الذي يدل على وجود تجنب قليل ظهر عند وصفها لسلوكها بعدم التخلص من الوضعية بالرغم من أحاسيسها الخفيفة، وتقول بأن خطابها الداخلي ساعدها على التخلص وتحمل البقاء في الوضعية وسنة بعد العلاج إستمرت المريضة في التدريب وقيّمت تجنبها بدرجة (2) الدالة على تحكمها في أفكارها وفي حالة جسمها مما يدل بأنها إستفادت من كافة التقنيات العلاجية.

وبخصوص الشعور الثانوي الشاق الذي إختارته فقد كان خيبة الأمل الذي حددته المريضة على أساس شعورها بأنها مسجونة ولا يمكنها تحقيق أحلامها ولا مشاريعها التي خططتها قبل إصابتها بهذا المرض.

قيِّمت المريضة هذا الشعور بدرجة (6) التي تبين بأنها تعاني كثيرا من هذا الشعور الذي بدأت تتحرر منه في نهاية العلاج وتحررت منه ستة أشهر بعد العلاج أكثر من ذي قبل بحيث قدرته بدرجة (2) الدالة على معاناة خفيفة انخفضت أكثر سنة
بعد العلاج بعد شعورها بفعالية ذاتها وقدرتها على التحكم في أحاسيسها.

وفيما يتعلق بالجزء التقديري لهذا الإستبيان الذي يمنح تقييمات المريضة الذاتي لدرجة مرضها ودرجة أعراض الأمراض الثانوية لهذا الداء الذي أصابها، حددت هذه الأخيرة درجة المرض الرئيسي المتمثل في رهاب المكان بدرجة (30) التي تدل بأنها كانت تعاني من الهلع والتجنب بدرجة مرتفعة، لكن هذه الأخيرة انخفضت في نهاية العلاج لتبلغ درجة (15) ثم (12) ستة أشهر بعد العلاج و (8) سنة بعد العلاج التي تدل على إنخفاض الأعراض بفعل سيطرة المريضة على أفكارها.

أما رهاب الدم والجروح الذي ظهر من خلال تجنب المريضة الذهاب
إلى المستشفيات وتجنب تتبع العلاج الطبي للأسنان وعدم تحمل الدم فقد بلغ درجة (20) قبل العلاج لكن بانخفاض هذه الأعراض بفضل تحسن حالة المريضة و إنخفاض أعراض الهلع، قيمت خوفها من الدم والجروح بدرجة (11) التي توحي بتحسن ملحوظ.
إستمر التحسن إلى غاية درجة (9) ستة أشهر بعد العلاج ودرجة (7) سنة بعد العلاج.

أما الرهاب الاجتماعي الذي يعتبر سمة من سمات الشخصية التي إختلت من جراء الإصابة بـ (TP/A) تصرح المريضة بأنها تتساءل عما يفكر فيه الناس وهي تعيش نوبة الهلع في الحافلة كما تنشغل بسلوكها وهي في حالة الهلع.

وهذا ما يتفق مع تقييمها قبل العلاج لذاتها بخصوص هذه الأعراض بدرجة (17) التي انخفضت في نهاية العلاج لتصل درجة (11) ثم (8) ستة أشهر بعد العلاج
و(7) سنة بعد العلاج.

يعود هذا الانخفاض إلى إزالة الغموض عن المرض وتغيير الخطاب الداخلي بالإضافة إلى مواجهة الخوف الذي لطالما هددها.

جعلتها هذه التقنيات في تحسن ملحوظ بخصوص سيطرتها على أعراض المرض مما أدى إلى إنخفاض إنشغالها بسلوكها ومظهرها الاجتماعي وهي تعيش أقل فأقل نوبات الهلع.

لقد ظهر القلق و الإكتئاب كأعراض ناتجة عن اضطراب الهلع لرهاب المكان بحيث تَمثل القلق في الأفكار المحيِّرة بحكم أنها لم تتمكن من تقديم تفسير لما تعيشه يوميا كما تفكر بإستمرار فيما سوف تفعله لتتخلص مما أصابها وفقدت النوم بسبب هذه الأفكار. أما الإكتئاب فيظهر ف شعورها بخيبة الأمل وشعورها بالتأسف على ما يحدث لها.

كما تعيشه من خلال فقدان المشاريع المستقبلية لكنها بعد العلاج تمكنت من تغيير الوضع وأصبحت تشعر بالأمل بعد ما اكتسبته من نظرة جديدة للمرض جعلتها تقاوم حالتها وتتخذ طرق جديدة للتعامل مع مرضها إذ نجد بأن درجة القلق و الإكتئاب.

إنخفاضت من درجة (22) قبل العلاج إلى غاية درجة (5) سنة بعد العلاج

كما انخفضت درجة الانزعاج من جراء الإصابة بهذا الداء من درجة (6) إلى غاية درجة (1).ما هو مؤكد من خلال هذه النتائج هو أن المريضة إستجابت إيجابيا للعلاج النفسي وظهرت استجابتها في تقييماتها الذاتية.

2- مناقشة نتائج سلم تقييم الرهابات، نوبات الهلع والقلق المعمم:

الجزء الأول: تقييم الرهابات:

كانت نتائج الجزء الأول لهذا الاستبيان متفقة مع نتائج إستبيان المخاوف مما أكد لنا مصداقية هذه التقييمات، بحيث قيِّمت المريضة شدة القلق ودرجة التجنب بالنسبة للخوف المرضي الأول الذي اختارته بدرجة (6) بالنسبة لخوف من التواجد بالحافلة والذي يدل على الخوف الشديد والتجنب قدر المستطاع، ثم إنخفضت الدرجة لتصبح (3) الذي تدل على أن المريضة تحسنت وأصبحت لا تخاف بشدة بل تشعر بإضطراب المزاج فقط ولا تتجنب الركوب في الحافلة، ثم إستمر التحسن بحيث قيِّمت المريضة نفس الوضعية بدرجة (2) وهي درجة أقل من الأولى من حيث إضطراب المزاج والتجنب وتوصلت المريضة

سنة بعد العلاج إلى عدم الشعور بالانزعاج وركوبها الحافلة بفعل تمكنها من السيطرة على أفكارها التي كانت مسؤولة عن أحاسيسها وهي في هذه الوضعية

أما بخصوص الوضعية الثانية التي تشعر فيها المريضة بالقلق والخوف فقد حددتها بالذهاب إلى الحلاقة وقيمت درجة القلق والتجنب بدرجة (5) التي تدل على أن المريضة تشعر بالخوف بطريقة واضحة وتميل إلى تجنب هذه الوضعية، لكن بعد إستفادتها
من الطرق العلاجية تغير تقييم المريضة لذاتها وأصبحت أقل مما كانت عليه من حيث الشعور بالخوف والميل إلى التجنب الذي أخذا يتخفضان إلى غاية الشعور بالضجر
مع عدم التجنب ثم خفّ هذا الشعور سنة بعد العلاج بعدما واظبت المريضة في تدريب نفسها على الأفكار التي تعلّمتها خلال العلاج.

ونستنتج من خلال تقييمات المريضة لتواتر نوبات الهلع وتقييم أعراض نوبات الهلع بأنها إستوعبت العلاج وتدربت عليه مما جعلها تتحسن بخصوص تعرضها لنوبات الهلع أسبوعيا بحيث كانت تتعرض في بعض الأحيان في الأسبوع لنوبات الهلع التلقائية قبل بداية العلاج إذ بلغت درجة التقييم (4)ثم مرة على الأقل في الأسبوع(1).

في نهاية العلاج ومع التدريب ستة أشهر بعد العلاج وسنة بعد العلاج لم تعد تتعرض أسبوعيا لنوبات الهلع.

وفيما يتعلق بأعراض نوبات الهلع تُقيم المريضة ستة أعراض تعيشها خلال نوبة الهلع وهي الشعور بآلام في الصدر، الشعور بالاختناق، الشعور بالشلل أي فشل الساقين والشعور بتسارع نبضات القلب والشعور بارتعاش الجسم، هذا قبل العلاج أي في مرحلة المستوى القاعدي أين تمّ تقييم المريضة وملاحظة ذاتها، لكن البعض من هذه الأعراض زال في نهاية العلاج ووصلت الأعراض إلى ثلاثة أعراض ثم عرضين ثم عرض واحد. إن إنخفاض الأعراض يدل على عدم التعرض لنوبات الهلع بل لأحاسيس مزعجة يتعرض لها كل شخص غير معاني من إضطراب القلق.

يعتبر الجزء الثالث من هذا الاستبيان تقييم لاضطراب الهلع الذي يجب أن تتوفر فيه نوبات الهلع الناكسة التي يتم الخوف من نتائجها شهر على الأقل، كما يسودها خوف المريض من التعرض لها ثانية.

توفرت هذه المعايير التشخيصية لاضطراب الهلع لدى المريضة مما جعلنا نُشخص وجود إضطراب الهلع قبل بداية العلاج، لكن في نهايته لم تتوفر هذه المعايير مما جعلنا نشخص عدم وجوده والذي إستمر إلى غاية المرحلتين التتبُعيتين.

نفس النتائج وُجدت بالنسبة لقلق التخوف بحيث وصفت المريضة تخوفها من التعرض للأعراض التي تعيشها في نوبات الهلع مع قلق من عواقب هذه النوبات، وتغير سلوكها المتميز غالبا بتجنب الوضعيات التي تعتقد أنها لن تتمكن من الفرار أو التخلص منها. ونتيجة لهذا المعاش إرتفعت درجة القلق لديها، لكن بتأثير العلاج المعرفي السلوكي وزوال إضطراب الهلع انخفضت درجة القلق من (5) قبل العلاج إلى (1) سنة بعد العلاج بحيث انخفضت حيرة المريضة تدريجيا. كما استعادت نومها بعدما تلقته من شروح وأفكار جديدة استبدلت بها تلك المسؤولة عن حالة الهلع التي كانت تتعرض لها.

3- مناقشة نتائج الرائز السلوكي للتجنب:

ذكرت المريضة خلال المقابلة العيادية تجنبها لعدة وضعيا ت تُمثل نشاطات تظهر من خلال ركوب الحافلة، الذهاب إلى الحلاقة، الذهاب إلى السوق والمراكز التجارية الكبرى وقيمت درجة الانزعاج فيها بدرجة (17) بالنسبة للثلاث نشاطات وهي درجة تدل على إنزعاج المريضة الذي انخفض في نهاية العلاج إلى درجة (11) وهي الدرجة الكلية للانزعاج بالنسبة للثلاث نشاطات، ستة أشهر بعد العلاج أصبحت الدرجة تبلغ 8) وبعدها (5) الشيء الذي يعكس عدم شعور المريضة بانزعاج مرتفع وقدرتها في السيطرة على أحاسيسها .

4- مناقشة نتائج إستبيان المعارف الأقورافوبية:

تظهر الانشغالات الاجتماعية والسلوكية قبل العلاج مرتفعة نوعا ما وقريبة جدا من المعدّل (19) لكن هذه الانشغالات التي تدعَمت بما ذكرته المريضة خلال المقابلة العيادية تحسنت إذ أصبحت بعد تأثير العلاج لا تفكر في كيفية ظهورها أمام الناس.

كما أنها لا تُبالي بأحكامهم، لهذا أصبحت الدرجة التي قيّمتها(16) في نهاية العلاج

وفي نهاية المرحلة التبُعية الأولى تحسنت المريضة حيث إنخفض إنشغالها أكثر مما كان عليه علما أن المريضة كانت قد بذلت مجهودات كبيرة للتخلص من قلقها أمام الناس بفضل العلاج كثيرا عما كانت عليه وبلغ درجة (12)ثم(9).و بخصوص تركيزها على تفسير ما تحس به فقد بدى التحسن واضحا بحيث انخفض من درجة (20) قبل أن تتلقى أي تفسير لما تشعر به إلى درجة (12) فى نهاية العلاج تم (11)و (10)خلال المرحلتين التتبعيتين و هذا إن دل على شيء فإنه يدل على أن ما تحس به المريضة أصبح لا يسيء إلى توظيفها إذ تفسره كباقى الناس بأحاسيس عادية ناتجة عن القلق و زائلة و لا تركز فيه كما كانت من قبل العلاج،كما أنها بتمكنها من إسترخاء جسمها تقضي علي أحاسيسها التي أصبحت متآلفة معها بفضل تقنية التعريض.كل هذه العناصر لدليل على أن المريضة استفادت إلى أقصى درجة من العلاج المعرفي السلوكي.

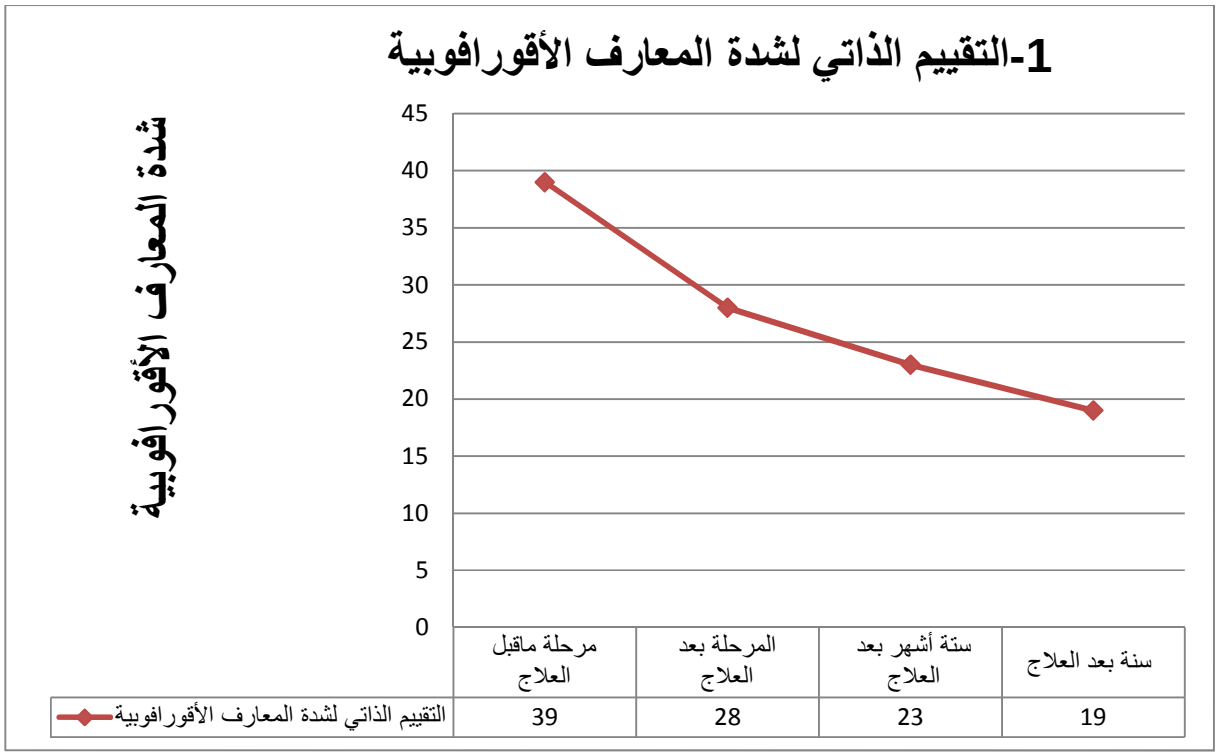
5- مناقشة إستبيان الأحاسيس البدنية:

يبدو بأن درجة خوف المريضة من أحاسيسها البدنية كانت معتبرة عندما تقدمت للفحص النفسي بحيث قدرت درجة الخوف من الأحاسيس بدرجة (24) علما أن المريضة
ذكرت ستة أعراض تخفيفها بشدة ثم انخفضت الدرجة الكلية لتصبح (18)
في نهاية العلاج ثم (12) ثم (9) سنة بعد العلاج الدالة على خوف المريضة الطبيعي وليس الخوف المرضي.

وبناء على هذه النتائج يتضح بأن المريضة تمكنت من تكوين نظرة جديدة بعيدة كل البعد عن الهلع مما انعكس على حالة جسمها.

4-9-عرض تقييم المريض الذاتي:

1- التقييم الذاتي لشدة المعارف الأقورافوبية:



التعليق:

يظهر واضحا من خلال هذا المنحنى بأن معارف المريضة الأقورافوبية المتعلقة بتوقعها إصابات جسمية خطيرة وإصدارها سلوكات غير لائقة بين الناس بلغ درجة (39) قبل العلاج الذي نتج عنه خوف شديد بالنسبة لخفقان القلق والإختناق والآلام في الصدر والإرتعاش وفشل الساقين، لكن هذه الشدة في الأفكار تغيرت بعد العلاج بحيث بلغت درجة (28) في نهاية العلاج الدالة على تحسن ملحوظ المريضة وسيطرتها النسبية

على أفكارها التي إرتفعت ستة أشهر بعد العلاج لتبلغ درجة (23) ثم درجة (19) سنة بعد العلاج.

التعليق:

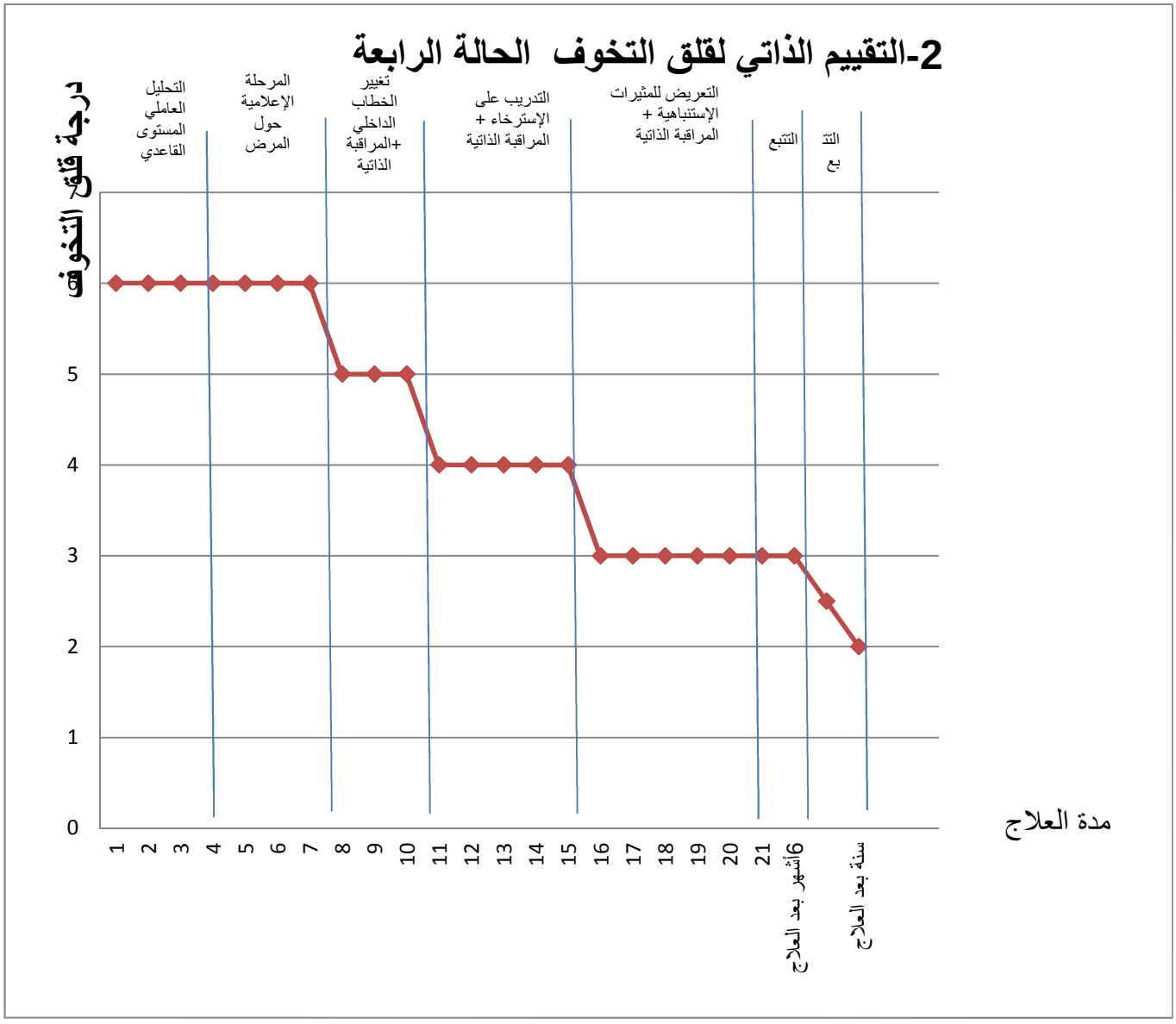
يبدو من خلال هذا المنحنى بأن شدة نوبات الهلع اتبعت خطا مستمرا في التحسن بحيث ظهرت في كل مرحلة منخفضة عن المرحلة التي سبقتها إبتداء من امرحلة التحليل العاملي التي تميزت باسترجاع المريضة تاريخها الشخصي والأحداث المؤلمة وأعراض المرض، لكن يبدو بأن هذه الحصص الثلاثة في نهايتها جعلت المريضة تشعر بالأمل و هذا ما يظهر في انخفاض شدة نوبات الهلع التي بلغت درجتها(6). ثم شهدت المرحلة الإعلامية

حول المرض هي الأخرى في نهايتها انخفاضا بدى واضحا من خلال تقييم المريضة الذى تحدد بدرجة(4) وكذا مرحلة التدريب على الاسترخاء والذي تظهر فيه درجة(3).

نلاحظ بأن مرحلة التعويض جعلت شدة نوبات الهلع ثابتة ويبدو هذا طبيعيا لان المريضة بدت إستعدادا كبيرا و تحكما في المراحل السابقة مماّدى إلى سيطرتها على خوفها من خلال التعريض.

أما المراحل التبعية فقد انخفضت فيها شدة نوبات الهلع حتى أصبحت مجرد أحاسيس متحكمّ فيها.

3- التقييم الذاتي لقلق التخوف:

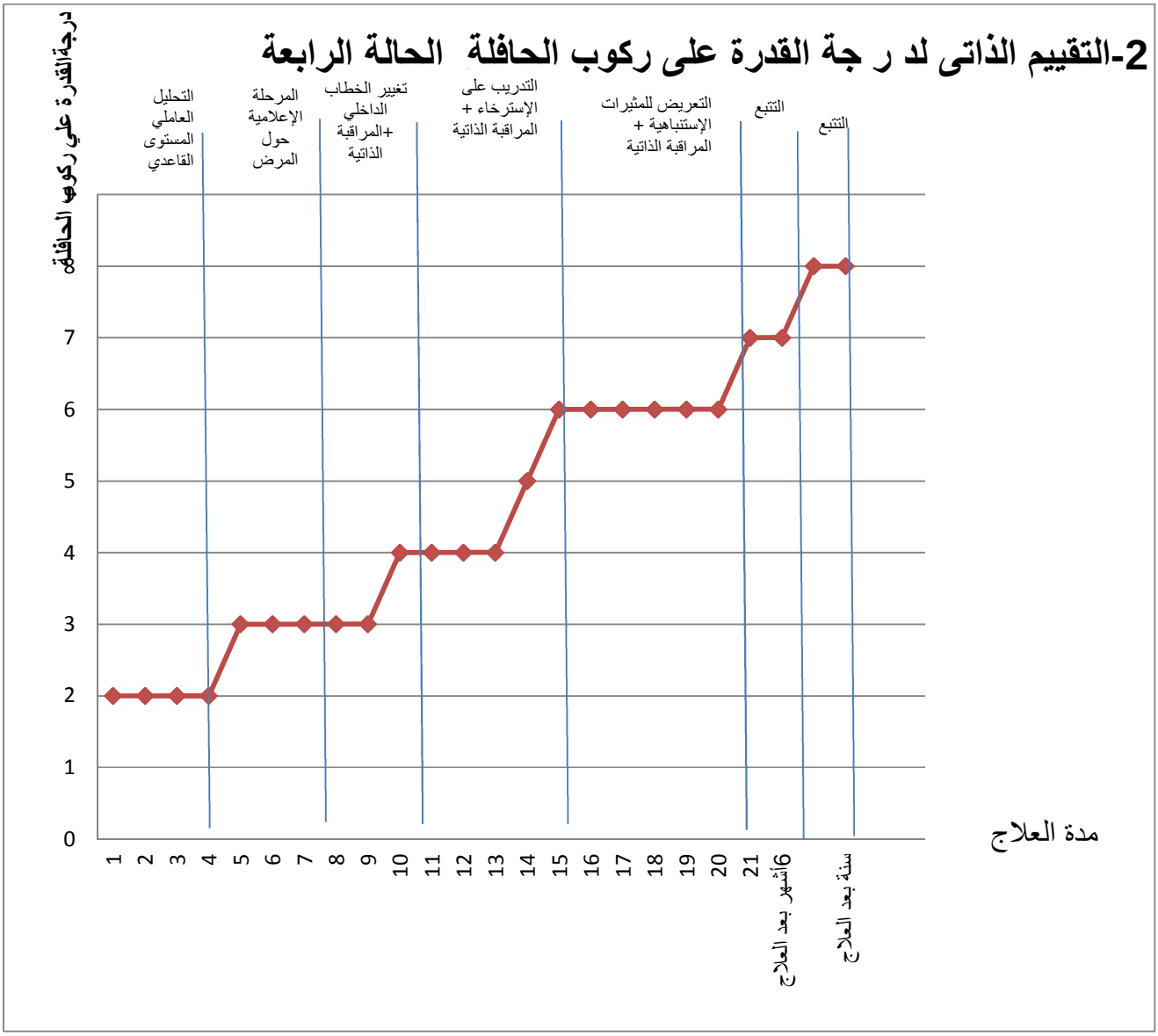


التعليق:

لقد ظهر قلق التخوف لدى هذه المريضة من خلال المنحنى الممثل لتقييماتها الذاتية في كل حصة علاجية خاصة بكل مرحلة من العلاج متحسن ماعدا في مرحلة التعريض أين بقي في نفس مستوى المرحلة السابقة، هذا لأن قلق التخوف يظهر كلما واجه المريض أحاسيسه ذهنيا أو في الواقع.

وهذا ما حدث بالنسبة لهذه المريضة التي كانت في نشاط خلال مرحلة العلاج مما يُفسر عدم إنخفاض قلق التخوف في هذه المرحلة.

4- التقييم الذاتي لرجة القدرة على ركوب الحافلة:

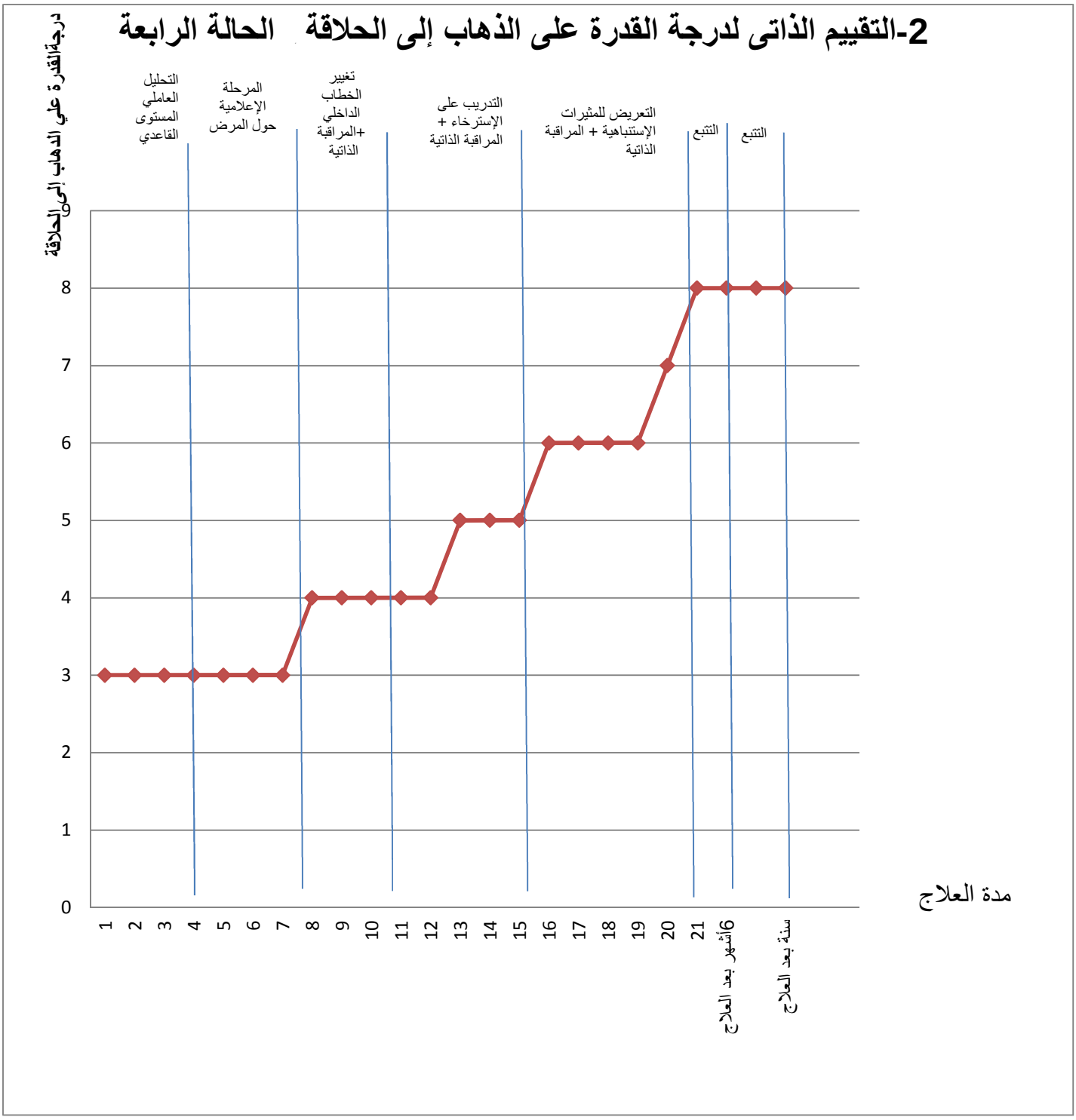


التعليق:

يظهر شعور المريضة بالقدرة على ركوب الحافلة من خلال هذا المنحنى الذي يمثل المراحل العلاجية متحسنة في كل مرحلة علاجية إبتداء من المرحلة الإعلامية حول المرض إلى غاية المراحل التتبُعية.

بدأ هذا الشعور يتولد لدى المريضة في نهاية المرحلة الإعلامية التي فهمت من خلالها معنى نوبات الهلع مما ولّد لديها رغبة شعرت على إثرها بقدرة على ركوب الحافلة الذي قيمته بدرجة(3)ثم تواصل التحسن في كافة المراحل الذي تراوح بين (4) و (6) درجات و الذي فسرناه بإيمانها بذاتها في ظبط عملية التنفس التي كانت تتسم بالا فراط في التهوية.وكانت هذه المرحلة جد مريحة بلنسبة لها و ما أكدته خلال المقابتة العيادية.

إن القدرة تسبق غالبا القيام بالسلوك والذي يعني عدم تجنُّبه – وفي حالة هذه المريضة تحسن شعورها بالقدرة على الركوب مما أدى إلى تعزيز هذا السلك خلال مرحلة التدريب على الاسترخاء التي هيِّئت المريضة جسميا وجعلتها تضبط الحالة الجسمية وتبقى على إسترخاء عضلاتها.


2-التقييم الذاتى لدرجة القدرة على الذهاب إلى الحلاقة الحالة الرابعة
درجةالقدرة على الذهاب الى الحلاقة
التحليل العاملي المستوى القاعدي
المرحلة الإعلامية حول المرض
تغيير الخطاب الداخلي +المراقبة الذاتية
التدريب على الإسترخاء + المراقبة الذاتية
التعريض للمثيرات الإستنباهية + المراقبة الذاتية
التتبع
التتبع
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21
6أشهر بعد العلاج
سنة بعد العلاج
مدة العلاج

5- التقييم الذاتي للشعور بالقدرة على الذهاب إلى الحلاقة:

التعليق:

يبدو من خلال هذا المنحنى بأن شعور المريضة بقدرتها على الذهاب إلى الحلاقة والذي كان يسبق سلوك الذهاب أو التجنب بمعنى أنه كلما كان الشعور بالقدرة ضعيف كان التجنب قويا وأدى إلى اللجوء إلى الضمانات الموجبة بالأمن. نلاحظ أنه في المرحلة الأولى كان الشعور ضعيفا مما أدى إلى تجنب المريضة عدة مرات الذهاب إلى الحلاقة ، ثم إرتفع هذا الشعور في كل مرحلة لاسيّما في مرحلة الاسترخاء التي تعادل الشعور بالراحة الجسمية ومنها قلة استثارة الجهاز العصبي السمبتاوي. إن هذا الشعور تحسن في مرحلة التعريض وفي نهاية هذه المرحلة بعد التمارين الخاصة بالمواجهة والتي منحت للمريضة شعورا قويا بالقدرة على تجاوز هذا الهلع، الشيء الذي أدى إلى تدعيم السلوك الذي تعزز إلى غاية المراحل التتبُعية.

وبناء على هذه المعطيات الخاصة بتحليل المنحنيات يمكننا القول بأن هذه المريضة باستجابتها السريعة للعلاج وهذا شيء طبيعي في رأينا يعود إلى الفروق الفردية من ناحية تطوير المرض.مع هذا يعتبر العلاج المعرفي السلوكي فعال مع كافة المرضى في التقليل من الهلع وسلوكات التجنب.

وسوف نعرض بالتفصيل استنتاجاتنا حول العلاج المقدّم لكافة المرضى ونقارنها باستنتاج العديد من الباحثين الذين درسوا هذا الموضوع في المناقشة العامة لنتائج البحث.

II- مناقشة عامة للنتائج:

يتبين من خلال نتائج بحثنا بأن كافة أفراد العينة كانوا يستجيبون منذ صغرهم بشدة للمثيرات التي تحيط بهم، واستعملوا جميعهم عبارة " نقفز بزاف كنسمع لخبيط " فالعنصر المشترك بينهم والذي يزيد من الهلع هو الصوت العالي.

يدل هذا بأن أفراد العينة كانت لديهم قابلية بيولوجية لتطوير (TP/A) وهي نفس النتيجة التي توصل إليها بارلو " Barlow " عندما تحدث عن الهشاشة البيولوجية (Vulnérabilité biologique) الذي تعل الشخص مستعدًّا لتطوير هذا المرض.

كما يتضح من خلال النتائج التي تحصلنا عليها بأن كافة أفراد العينة كانت لديهم قابلية نفسية بحيث صرحوا خلال المقابلات العيادية بأنهم تلقوا تربية صارمة كما هو الحال بالنسبة للحالة الأولى وهي حالة السيد (د) الذي كان والده جدّ حرص على القيم الاجتماعية وجدّ صلب في نظام التربية. نفس الشيء لاحظناه بالنسبة للحالة الثانية والحالة الرابعة التي تلقت صرامة وصلابة في التربية عكس الحالة الثانية التي كانت مَحْميّة بإفراط من طرف الأم. وعلى كل حال تشرك هذه الحالات في تعلمها تجنب مواجهة القلق والشعور بعدم القدرة على التأثير على المحيط.

تتفق هذه النتائج مع ما أكده Marchand و Letarte عام 2004 عندما ذكروا الدور الهام للسلوكات الوالدية في مجال التربية.

إذ تحدّد إدراك الطفل لقدرته على التحكم في أفكاره، إنفعالاته ومحيطه وتؤثر خاصة على الميل إلى إستعمال التجنب كإستراتيجية لتسيير القلق.

ويظهر من خلال تحليل معطيات المقابلات العيادية والاستبيانات بأن السبب الرئيسي للتعرض لنوبات الهلع هو التفسيرات غير الواقعية ذات الطبيعة المهدّدة والتضخيمية للأحاسيس التي يشعرون بها كلما أنتابهم شعور بالقلق.

كانت هذه التفسيرات تدور حول الإصابة بالسكتة القلبية، الإصابة بالاختناق الإصابة بالأمراض الجسمية كالحادث الوعائي الدماغي مع الاعتقاد بعدم السيطرة عليها

و تعتبر هي المسؤول عن تضاعف نوبات الهلع بفعل إشتداد القلق تتفق مع هذه النتيجة مع ما توصل إليه كلارك " Clark " من خلال نتائج بحوثه حول المصابين بـ (TP/A) عندما أكد بأن السبب الرئيسي هو التفسير غير اللائق Interprétation inadéquate للمثيرات والأحاسيس الفيزيولوجية التي يعتبرها هؤلاء أكثر خطورة مما هي عليه في الواقع إذ يدركونها على أنها إشارة سابقة لخطر جسمي مُداهِم.

بالإضافة إلى هذه التفسيرات يدرك هؤلاء بأنهم لا يملكون القدرة على التحكم في أعراض القلق وفي التظاهرات السلوكية مما يفاقم من شعورهم بالقلق والذي يزيد بدوره من نوبات الهلع (Ladouceurو Boisvert، 1999، ص: 67).

وتتفق نتائج دراستنا مع نتائج بحوث المعرفيين السلوكيين وأحدثهم Marchand و Letarte و Boivin الذين يصرحون بأن المصابين بـ (TP/A) قد مَرّوا خلال مرحلة الطفولة ومرحلة المراهقة بضغوط مهمة ومزمنة Stress important et chronique تتمثل في وسط أُسري أو إجتماعي مضطرب وغير مستقر، فقدان واقعي أو رمزي لأحد الوالدين أو إنسان عزيز والذي قد يكون نتيجة طلاق أو خوف من الطلاق، غياب طويل لأحد الوالدين....الخ.

ويواصل الباحثون بأن عامل الضغط قد يتمثل في مرض مزمن أو إعاقة.

إذا ما قارنا هذه النتائج مع نتائج بحثنا نجد بأن أفراد عينتها عانوا من هذه الأحداث بحيث عاشت الحالة الأولى ضغوطا مزمنة تمثلت في الزلزال، الإرهاب، الصراعات العائلية بالإضافة إلى فقدان الوالد وفقدان الأخت.

كما عاشت الحالة الثانية فقدان رمزي للوالد نتيجة الطلاق وعاشت الحالة الثالثة في وسط أسري و إجتماعي مضطرب للغاية كما عاشت فقدان واقعي لابنتها وأخيرا عاشت الحالة الرابعة في حالة فقدان وهمي للوالد الذي كان في معظم الأوقات بعيدا عن البيت.

كل هذه الضغوط عجلت نوبة الهلع الأولى التي تعرض لها أفراد العينة.

لقد إستنتجنا من خلال تحليلنا لنتائج المقابلة العيادية بأن جميع المرضى يتذكرا جيدا أول نوبة هلع بما فيها من إنفعال الخوف وهذا ما يوحي بشدة الحدث وتثبيته

في الذاكرة، وهي نفس النتائج التي توصل إليها بارلو " 1988) " Barlow) عند تناوله لمميزات الأحداث الأولى المسؤولة عن تثبيت حالة الطوارئ الخاطئة.

إشترك جميع أفراد العينة في اتخاذهم إستراتيجية التجنب لكافة الوضعيات التي اعتقدوا أنه من الصعب التخلص منها نتيجة الخوف الشديد الذي يعيشونه إذا ما واجهوها ولعب التجنب دور المعزز لنوبات الهلع بحكم تأكيد وجود الخطر بهذه الوضعيات وعمل دور المثبت السلوكي.

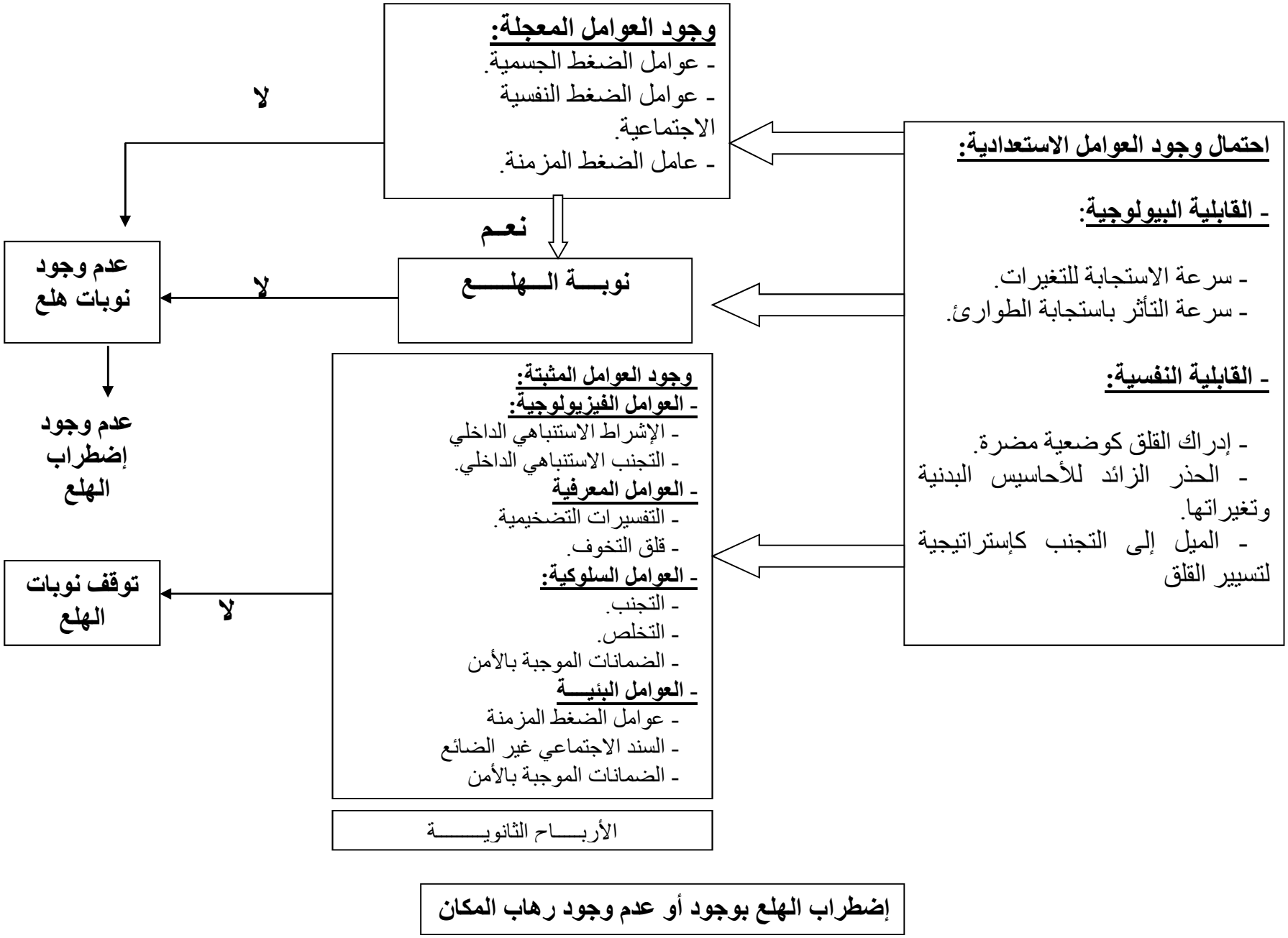
لقد وجد من خلال التحليل بأن أشكال التجنب كانت نفسها بالنسبة لأفراد العينة والتي تمثلت في الضمانات الموجبة بالأمن والرفاق الفوبيين، فمنهم من كان يستعين بالصديق كما هو الحال بالنسبة للحالة الأولى، ومنهم كان يستعين بالوالدة، كما هو الحال بالنسبة للحالة الثالثة ومنهم من كان يستعين بالزوج في الحالة الثانية ومنهم من كان يستعين بالاشارات المطمئنة Signaux sécurisante كما هو الحال بالنسبة للحالة الرابعة.

تتفق هذه النتائج مع ما توصل إليه Marchand و Letarte اللذين تحدثا على التجنب كعامل مثبت سلوكي للمرض.

كما توضح نتائج دراستنا بأن أفراد العينة كانوا يعتمدون على الرفيق الفوبي خاصة الحالة الثانية التي اتخذت الوالدة كسند لها، والحالة الثالثة التي اتخذت الزوج كسند لها مما عرقل السير الحسن للعلاج.

توصل Marchand و Letarte إلى نفس النتائج عند وصفهم للعوامل المثبتة البيئية وأدرجوا ضمنها السند الاجتماعي غير الملائم Soutient social inadéquat الذي يعمل على تثبيت (TP/A).

يمكننا أن نخلص هذه النتائج في الجدول التالي:


وجود العوامل المعجلة:
- عوامل الضغط الجسمية.
- عوامل الضغط النفسية الاجتماعية.
- عامل الضغط المزمنة.
لا
نعم
عدم وجود نوبات هلع
لا
نوبـــة الـــهلـــــع
احتمال وجود العوامل الاستعدادية:
- القابلية البيولوجية:
- سرعة الاستجابة للتغيرات.
- سرعة التأثر باستجابة الطوارئ.
- القابلية النفسية:
- إدراك القلق كوضعية مضرة.
- الحذر الزائد للأحاسيس البدنية وتغيراتها.
- الميل إلى التجنب كإستراتيجية لتسيير القلق
عدم وجود إضطراب الهلع
وجود العوامل المثبتة:
- العوامل الفيزيولوجية:
- الإشراط الاستنباهي الداخلي
- التجنب الاستنباهي الداخلي.
- العوامل المعرفية
- التفسيرات التضخيمية.
- قلق التخوف.
- العوامل السلوكية:
- التجنب.
- التخلص.
- الضمانات الموجبة بالأمن
- العوامل البئيـــة
- عوامل الضغط المزمنة
- السند الاجتماعي غير الضائع
- الضمانات الموجبة بالأمن
توقف نوبات الهلع
لا
الأربـــاح الثانويـــــة
إضطراب الهلع بوجود أو عدم وجود رهاب المكان

ويبدو من خلال النتائج المتحصل عليها بأن كافة أفراد عينة البحث ما يدل على فعالية البرنامج قد تحسنّوا بعد العلاج، وهذا ما يدل على فعالية البرنامج العلاجي المقدّم لهم.
تعتبر هذه النتيجة مطابقة مع ما توصل إليه Fontaine وزملائه عام 1994 والذين صرّحوا بأن العلاج المعرفي السلوكي يُعتبر حاليا من أنجع العلاجات وأكثرها فعالية لحل المشاكل التي تتأتى عن الإصابة بهذا الداء.

كما لاحظنا بأن هذا العلاج أدى إلى تحسّن حالة المرضى بحيث أدى إلى انخفاض معتبر لدرجة الإنزعاج العامة الناتجة عن أعراض المرض، كما أدى أساسا إلى انخفاض درجة الإنشغالات الجسمية و الإنشغالات الإجتماعية السلوكية التي تدخل جميعها في إطار الأفكار الاقورافوبية. تتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة Goudreau (2004) التي تصرح بأن التقليل من الأفكار لدى المصابين بـ **($TP/_A$)** هو أساس العلاج المعرفي السلوكي.

وقد أوضحت نتائج دراستنا بأن افتقاد كافة أفراد العينة لشرح منطقي يزيد الغموض عن أعراض المرض الذي أصابهم هو المسؤول عن خلق الأفكار الخاطئة، لذا فإن المرحلة الإعلامية التي مفادها إمداد المرضى بشرح قَيّم، بناء ومنطقي بعيد عن الغموض يجعلهم يدركون مرضهم بصورة جديدة تؤدي مباشرة إلى إنخفاض نوبات الهلع وسلوك التجنب، وهي نفس النتائج التي توصل إليها كلا من Cottraux و Mollard (1984) من خلال تكفلهما لمرضى مصابين بإضطراب الهلع مع رهاب المكان والذين أكدا بأن توعية المرضى بإصابتهم تجعلهم يكتسبون نظرة جديدة تُمكنهم من السيطرة على مرضهم **(Cottraux و Mollard، 1984، ص: 59)**.

لقد ظهرواضحا من خلال تحليل نتائج المقابلات والاستبيانات بأن التدريب على الاسترخاء العضلي كان تقنية فعالة في التقليل من الشد العضلي الذي ساهم في التخفيض من تكرار نوبات الهلع ومواجهة الاحا سيس الرهابية. نفس النتائج يؤكدها **Cottraux و Mollard (1984)** من خلال تكفلهما للمصابين **($TP/_A$)** إذ أثبتا الدور الفعال لعملية الإسترخاء في التقليل من الخوف الشديد الذي تولده الوضعيات الرهابية **(Cottraux و Mollard، 1984، ص: 58)**.

و يتجلى من خلال تحليل نتائج دراستنا بأن عملية إعادة البناء المعرفي ساهمت في انخفاض نوبات الهاع و سلوك التجنب و الذي ظهر من خلال الرجوع إلي الأفكار الأقورلفوبية و مراجعتها.تقترب هذه النتيجة من استنتاج عام 2007 التي صرحت بأن تقنية إعادة البناء المعرفي هي عبارة عن إعادة النظر في إفكار الاتوماتيكية تم عقلنتها من طرف المرضى . كما لاحظنا بأن التقنيات المقدمة في إطار العلاج المعرفي السلوكي لفائدة المرضى كانت جد متعلقة ومرتبطة ببعضها بحيث أن عملية إعادة البناء المعرفي هيأت المرضى لتعريض أنفسهم للأحاسيس المزعجة التي لاحظنا بأنها نجحت بفضل عملية الإسترخاء . إن Bouvard هي الأخرى تأكد نفس النتيجة عام 2007عندما تصرح بأن تقنية إعادة البناء المعرفي تجعل سيرورة التعود أو التآلف التي هي أساس تقنية التعريض للمثيرات الإستنباهية الداخلية سهلة وفعالة .

لقد أبدت النتائج بأن تسجيل السلوكات المرضية خلال مرحلة التحليل العاملي والمستوى القاعدي غيرت من الناحية النفسية نحو الإيجاب إذ ظهرت عليهم رغبة في التخلص من المرضى، كما بدى عليهم الوعي بحالتهم من خلال تقييمهم الذاتي.

يؤكد **Cottraux و Mollard (1984)**.

هذه النقطة من خلال مناقشتهم حول تدعيم مرحلة التحليل السلوكي لرغبة المصابين بهذا الداء في التغيِّر، هذه الرغبة التي تأخذ طابعا عمليا (une part active) من خلال الملاحظة الذاتية التي تسبق العلاج بواسطة التدوين الذاتي للسلوكات المرضية.

كما استخلصنا من خلال المعطيات التي جمعناها إنطلاقا من تحليل محتوى المقابلات التي أُجريت مع المرضى بأن العلاقة العلاجية جدّ مُهمّة بحيث يُعتبر المسؤول الرئيسي عن حسن سيْر العلاج إذ إتضح بأن الانتباه إلى شكوى المرضى والإصغاء لهم بإهتمام يخلق لديهم أملا كبيرا ورغبة في متابعة العلاج، كما أن التدعيم بخصوص تمكنهم من النجاح الذي يظهر في قدرتهم على مواجهة الوضعيات التي لطالما تم تجنُّبُها كان له دور إيجابي في السير الحسن للعلاج. تتفق هذه النتائج مع تلك التي توصل إليها (Cottraux و Mollard (1984) بحيث أبرزا أهمية السلوك التدعيمي للمعالج

(Attitude renforçant du thérapeute) بخصوص توقعات المريض المتعلقة بالتوصل إلى التغيير كعامل مُهم في النتائج المتحصّل عليها في عملية العلاج.

ولقد إتضح من خلال عملية تقييم النتائج المتحصل عل يها أثناء العلاج بأن التحسن الذي توصل إليه المرضى إستمر إلى غاية ما بعد العلاج أي ستة أشهر وسنة بعد العلاج.

يَعُود هذا التحسن إلى التأثيرات الايجابية للعلاج المعرفي السلوكي والعلاقة العلاجية التدعيمية للشعور بفعالية الذات لدى المرضى والسيطرة على المخاوف وقدرتهم على المواجهة بتخلّيهم عن التجنب.

تتطابق هذه النتائج مع تلك التي صرح بها (Cottraux و Mollard (1984) عندما حاولوا فهم مدى تأثير السيرورة العلاجية (Processus Thérapeutique) على المراحل التقييمية بعد العلاج.

ويتجلى بأن كافة أفراد عينة البحث أصبحوا يعانون بعد المرض الذي أصابهم من نقص التركيز بحيث أصبحوا منشغلين بمرضهم وفقدوا اهتماماتهم الأخرى، كما أصبحوا يتوقعون الأسوأ بحيث يخشون من تعقُّد مرضهم، الشيء الذي جعلهم دوما في حالة شد و إنقباض.

كما لاحظنا بأن وظائفهم الحيوية إضطربت بحيث كان يصعب عليهم النوم الذي سادته الكوابيس.بالإضافة إلى هذا فقد كافة المرضى المتعة في الحياة وطغى عليهم اليأس والتأسف وخيبة الأمل والي تعتبر أعراضا خاصة بالقلق والإكتئاب.

لقد تبيين بأن هذه الأعراض تغيّرت بعد إستفادة المرضى من العلاج المعرفي السلوكي بحيث إنخفضت أفكارهم الكارثية ورعبهم من أحاسيسهم، الشيء الذي أدى إلى تحسن وظائفهم الحيوية و إسترجاع التركيز والرغبة في الحياة بالإضافة إلى التخطيط للمستقبل.لقد صرحت Goudreaux (2004) بنفس النتائج بحيث أكدت بأن أعراض القلق الناتجة عن الإصابة بهذا المرض تتحسن بعد العلاج المعرفي السلوكي بحيث ينخفض الشعور بالتعب والضغط وتنخفض الأفكار الخاطئة مما يقلل من الأعراض الجسمي كخفقان القلب، كما ينخفض إضطراب الوظائف الحيوية بحيث تتحسن وظيفة النوم

من جراء إنخفاض الأفكار المحيِّرة بهذا المرض، كما يقل نقص التركيز نتيجة الاستقرار الذي يوفره العلاج المعرفي السلوكي.

وبخصوص الإكتئاب، إشترك جميع المرضى في هذه السمة بدرجات عالية وهذا ما يشرح المعاش الصعب والشاق لهذا الداء بحيث تمثلت هذه السمة في الحزن والكآبة والتشاؤم واليأس، وعدم القدرة على القيام بمشاريع مستقبلية، عدم الرضا على النفس وتدني الذات وتوبيخها بسبب عدم القدرة على التخلص من هذا الخوف من جهة والتبعية للآخرين من جهة أخرى.

توصل " Wilsson " (1993) إلى نفس النتائج بحيث إستنتج معاناة هؤلاء المرضى من أعراض الاكتئاب المتمثلة في فقدان الطاقة، الشعور باليأس، نقص في تقدير الذات، نوبات من البكاء وقابلية للتهيج بالإضافة إلى صعوبات في التركيز.

كما لاحظنا بأن كافة المرضى يشتركون في تأثرهم من الناحية الاجتماعية بهذا المرض بحيث أصبح تواجدهم بين الناس يمثل مشكلا كبيرا بل وتهديدا لكيانهم إذ يمثل عائقا في هروبهم من الخطر أي من نوبات الهلع وهذا ما تجلى لدى المرضى يتجلى من خلال تجنُبهم الذهاب إلى الأسواق، الحفلات، المتاجر الكبرى....الخ.

ويصدق هذا على الأشخاص الذين لا يعرفهم المرضى أي ليست لهم علاقة بهم بمعنى الغرباء، أما بخصوص الأشخاص الذين يحيطون بهم، فقد لاحظنا بأن كافة المرضى أصبحوا يتجنبون من يعرفونهم بفعل شعورهم بقلق اجتماعي مرتفع جدا وإلحاحهم على فهم ما يحدث لهم:

لقد إنخفض هذا الاضطراب على مستوى العلاقات الاجتماعية بعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي بحيث انخفضت القلق الاجتماعي وارتفعت ثقة المرضى في أنفسهم بحيث أصبحوا لا يتجنبون الوضعيات الاجتماعية، وبالتالي أصبحوا لا ينزعجون من ملاقاة الغير.

تؤكد Goudreaux (2004) على نفس النتائج بحيث تصرح بأن الحياة الاجتماعية لهؤلاء المرضى تختل بحكم الإصابة بهذا الداء إذ ينعزلون ويفضلون البقاء لوحدهم، لكن تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لاسيّما بعد إقامة علاقة علاجية مع شخص غريب الذي هو شخص المعالج بالإضافة إلى الوعي بالأفكار السلبية يُولد الشعور بتفهم

الآخرين والقدرة على مواجهتهم، وبالتالي إكتساب القيمة الذاتية، كما يتولد الشعور بالسند الاجتماعي عوض الشعور بالقلق الاجتماعي.

كما لاحظنا بأن أفراد العينة أصبحوا بعد إصابتهم بإضطراب الهلع مع رهاب المكان يرهبون الدم والإصابات، كما يصعب عليهم تحمل فكرة تواجُدهم بالمستشفيات ويرفضون فكرة إصابتهم بأي مرض آخر أو تعرضهم لعملية جراحية أو الخضوع إلى حقن في إطار علاج الأسنان أو علاج آخر، كما يَصعب عليهم التفكير في إمكانية تعقد مرضهم لذا يخافون بشدة ويقعون في رهاب الدم والجروح الذي يعتبر كرهاب نوعي مصاحب لرهاب المكان.

لقد أكد Ladouceur وآخرون (1999) على نفس النتيجة من خلال دراسة أجريت على المصابين بإضطرابات القلق بما فيها إضطراب الهلع مع رهاب المكان بحيث وجدوا بأن هؤلاء يعانون من رهابات نوعية بعد إصابتهم بهذا الداء.

و (Ladouceur وآخرون، 1999، ص: 88).

كما استنتجنا بأن المرحلة التي تَلَت تقديم البرنامج العلاجي أي المرحلة التتبُعية شهدت إنخفاضا مُعتبرا لهذا النوع من الرهاب لدى كافة أفراد عينة البحث وهذا يدل على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التقليل من سرعة تأثرهم وهشاشتهم النفسية.

لاسيما بعد المرحلة الإعلامية للمرض التي تُزيل الغموض عن فكرة المرض بواسطة التعرف على الأجهزة العصبية وما ينجر عنها من تغيّرات على مستوى الوظائف الحيوية التي تُعتبر أمرا طبيعيا بل ومحافظا على الحياة.

وما هو ملاحظ هي الفروق الفردية للاستجابة للعلاج بالنسبة لأفراد عينتا والتي نَسَبْناها إلى السند الاجتماعي غير الملائم والذي ظهر واضحا في الحالة الثانية والحالة الثالثة. عمل السند الاجتماعي الذي تمثّل في إصطحاب الأم بالنسبة للحالة الثانية وإصطحاب الزوج بالنسبة للحالة الثالثة ومرافقة الصديق في الحالة الأولى على تثبيت المرض.

فبالرغم من تحسّن المرضى و إنخفاض أعراضه مرضهم إلا أن هذه النتيجة كان بإمكانها أن تكون أفضل لولا السند الاجتماعي الذي لم يُفِد المريض بل عرقل السير الحسن للعلاج.

تتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه Marchand و Letarte (2004) عند تأكيدهم على السند الاجتماعي غير الملائم وغير النافع الذي يُريح المريض مؤقتا لكن مع مرور الوقت يُساهم في تثبيت التجنب لدى المرضى، وفي

هذا الشأن يقول Marchand: " كلما زادت الأرباح الثانوية، قلّ الطلب للعلاج والمثابرة " (Plus la personne agoraphobie récolte des bénéfices secondaires , moins elles sera encline a demander un traitement ou à persister dans le traitement).

خاتمة

إن الهدف من تصميم هذا البحث هو التعريف باضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان و بمدى تأثيره على الجانب البدني و النفسي الاجتماعي للمصابين به الذين يضخمون حالة القلق التي يشعرون بها حال تعرضهم لأولى نوبات الهلع, إذ يعتبرونها مهددة لحياتهم مما يؤدي إلى تضاعفها و تجنب كافة الوضعيات التي يعتقدون بأنه من الممكن أن تصدر فيها و بالتالي يصعب الفرار منها .

كما تهدف هذه الرسالة إلى التكفل بهؤلاء المصابين م خلال تطبيق برنامج علاجي معرض سلوكي و انطلقنا في هذه الرسالة من افتراض وجود علاقة سببية بين تفسيرات المريض المهددة المرتبطة بنوبات الهلع واضطراب الهلع ،سلوك التجنب و الأعراض المرضية لدى هؤلاء المصابين وقد لوحظ خلال مسار البحث بأن الفرضيتين قد تم تحقيقهما إذ كشفت النتائج بأن المصابين باضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان يفسرون خطئا نوبات الهلع بحيث تتميز هذه الأخيرة بطابع مهدد و كارثي ينتج عنه تعرضهم لنوبات هلع إضافية غير متوقعة و ناكسة تولد قلق عاليا و خوفا شديدا من إصابات جسيمة كما ينتج عنها تجنب كافة الوضعيات التي يمكن أن يتعرضون فيها لهذه النوبات مما يؤدي إلى ظهور الأعراض المرضية المتمثلة في أعراض القلق و الاكتئاب و أعراض الرهاب الاجتماعي و رهاب الدم و الجروح .

كما تبين من خلال نتائج البحث الحالي بأن هذه التفسيرات الخاطئة الخاصة بهذه الفئة من المرضى بالسكتة القلبية ، الإصابة بالموت نتيجة الاختناق، الإصابة بالشلل، الإصابة بالجنون بفقدان السيطرة على الذات

و قد تجلى بوضوح بأن هذه التفسيرات هي السبب الرئيسي لتجنب المرضى لوضعيات عديدة تشترك جميعها في أنها وضعيات يصعب الفرار منها و يتعذر تلقي الإسعاف

بها كالتنقل في الأماكن المكتظة بالناس ، و استعمال وسائل النقل المشتركة و المكوث بالبيت بالإضافة إلى التواجد في أماكن مغلقة و أماكن خالية كما بينت نتائج هذا البحث بأن التقليل من هذه التغييرات من شأنه أن تخفض من اضطرابات الهلع, سلوك التجنب و الأعراض المرضية الناتجة عن هذا المرض .

و قد أوضحت نتائج بحثنا بأن التقليل من التغييرات الخاطئة و المهددة من خلال استعمال تقنية التزويد بالمعلومات حول اضطراب الهلع, استعمال تقنية إعادة البناء المعرض, تقنية الاسترخاء العضلي التدريجي و التعريض الامترات الإستنباهية الداخلية له تأثير إيجابي مباشر يظهر من خلال انخفاض عدد و شدة نوبات الهلع ,تجنب الوضعيات الرهابية و انخفاض مستوى الأعراض المرضية الثانوية لهذا الداء و تبعا لهذا يمكننا التصريح بفعالية العلاج المعرض السلوكي في التقليل من اضطراب الهلع ، سلوك التجنب و الأعراض المرضية من خلال التقليل من التغييرات التي يمنحها المصابون للأحاسيس المزعجة المرتبطة بنوبات الهلع ، لذا و في ضوء نتائج البحث الحالي نقترح أن تقوم بحوث في إطار فحص فعالية كل تقنية علاجية في التقليل من اضطراب الهلع و سلوك التجنب لدى هذه الفئة من المرضى كما يفتح هذا البحث الباب لبحوث في إطار فحص العلاقة بين العوامل المثبتة السلوكية والعوامل المثبتة البيئية و اضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان, كما يفتح الباب للدراسات حول فعالية العلاج المعرض السلوكي على مدى زمني يفوق السنة كمدة تتبعيه للعلاج.

و لعلى الفعالية التي بدت من خلال نتائج بحثنا في إطار التكفل بهؤلاء المرضى تمكننا من التيقن بأن موقع العلاج النفسي في ميدان التناولات العلاجية الطبية من أهم المواقع على الإطلاق وعلى هذا نأمل أن تؤخذ مثل هذه النتائج بعين الاعتبار في ميدان الممارسة العيادية و التي من شأنها أن تكسب المرضى فعالية في التعامل مع مرضهم.

المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية

1- أسماء عبد العزيز الحسين(2006) إطمئن و لا تقلق الرياض :دار النشر والتوزيع الطبعة الأولى.

2- أحمد محمد عبد الخالق (2002) الوسواس القهري: التشخيص و العلاج.جامعة الكويت: مجلس النشر العلمي .

3- أحمد عكاشة(1999) المراجعة العشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD10، تصنيف الاضطرابات النفسية و السلوكية، منظمة الصحة العالمية

4- تيسير حسون (2007) المرجع السري إلى الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع المعدل للإضطرابات النفسية .دمشق

5- حسن مصطفى عبد المعطي (1997) علم النفس الإكلنيكي .القاهرة:دار قباء للطباعة والنشر و التوزيع

6- خالد العامري (2006). إدارة الخوف. القاهرة: دار الفاروق للنشر والتوزيع. الطبعة الأولى

7- روكا. ن و سيرانو. م، ترجمة: هناد.م. (2998) الجهاز العصبي. الجزائر : القصبة.

8- رمضان محمد القدافي (1999). علم النفس الفيزيولوجي الأزاريطية: المكتب الجامعي الحديث.

9- زينب محمود شقير(1999(مقياس المخاوف.القاهرة: مكتبة النهضة المصرية. الطبعة الأولى

10- سهير كامل احمد. (1998) . دراسات في سيكولوجية علم النفس المرضي . الإسكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب

11- سعد عبد الرحمان. (1983) المقياس النفسي . الكويت: مكتبة الفلاح

12- طه عبد العظيم حسين (2009).استراتيجيات إدارة الخجل و القلقالإجتماعي . عمان : دار الفكر الطبعة الأولى

13- صبحي عمران سلش(1984) .علم وظائف أعضاء الحيوان العام .قسنطينة: كتاب البعث.

14- عبد الستار إبراهيم (1994).العلاج النفسي السلوكي الحديث: أساليبه و ميادين تطبيقه القاهرة : دار الفجر للنشر والتوزيع.

15- عطوف محمود ياسين (1986). علم النفس العيادي (الإكلنيكي). بيروت: دار العلم للملايين.

16- عبد الكريم بوحفص (2011) .أسس و مناهج البحث في علم النفس. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية .

17- عبد الله عسكر (2005). الاضطرابات النفسية عند الطفل . القاهرة : جامعة الزقازيق.

18- عبد الرحمان العيسوي.(1997). العلاج السلوكي.بيروت: دار الراتب الجامعية

19- عبد الرحمان عدس و محي الدين توق.(1998)المدخل إلى علم النفس .عمان :دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع

20- علي كمال (1994)العلاج النفسي قديما و حديثا عمان :دار الفارس للنشر و التوزيع

21- محمد رمضان القدافي (1999) علم النفس الفيزيولوجي الأزاريطية: المكتب الجامعي الحديث

22- محمد حسن غانم (2004) الوسواس القهري. الإسكندرية :المكتبة المصرية.

23- محمد أحمد الفضل الخاني (2006) . المرشد إلى فحص المريض النفساني. بيروت:منشورات الحلبي الحقوقية .الطبعة الأولى

24- محمد حمدي الحجار (2004)تشخيص الأمراض النفسية . دمشق : دار النفائس . الطبعة الأولى.

25- نبيه خرده جي و محمد الحجار (1997) الوجيز في علم النفس السريري. جامعة دمشق

26- كمال عادل شكري محمد(2007) المخاوف المرضية :قياسها وعلاجها . مصر دار المعرفة الجامعية

27- يوسف الأقصري . (2002) كيف تتخلص من الخوف و القلق من المستقبل,القاهرة: دار الطائف للنشر والتوزيع. الطبعة الأولى

28- يوسف ميخائيل أسعد. (1997) الشك. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.

29-

القواميس باللغة العربية:

30- 1 جبور عبد النور، سهيل إدريس (1972) .المنهل الوسيط ، قاموس فرنسي عربي.بيروت: دار العلم للملايين، دار الآداب الطبعة الأولى.

31- 2 سهيل إدريس (2007) المنهل قاموس فرنسي عربي بيروت دار الآداب

قائمة المراجع باللغةالأجنبية

1-Arrindell,W.A.(1993).The fear of fear concept :Evidence in favour of multidimensionality.Beh.Res.Ther.31,507-518.

2- Allen Frances,M.D ., Ruth Ross,MA.(1996) .Traduction par Crocq .M-A.(2000).DSM4-cas clinique.

3-Bouvard,M.,et Cottraux.J.(2000).Protocoles et échelles d évaluation en psychiatrie et en psychologie.Paris :Masson.

4-Barlow,D.,&Craske,D.A.(1997).Mastery of your anxiety and panic.Albany,Ny :Gray wind publications.

5-Blachburn,J.M.,Gottraux,J.(1998).Thérapie cognitive de la dépression.Paris :Masson.

6-Bayle,G.(1999).Le trésor des phobies.Paris :Puf.

7-Corcoran,k.,Fisher.J.(1987).Measures of clinicalpractice.New york :The free Press.

8-Chambless,D.L., Caputo,G.C., Brigt,P., Gallagher,R.(1984).Assessment of fear of fear in agoraphobics :The body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire.J consulting clinic psychol,152,1090-1097.

9-Cottraux,J.(2004).Les thérapies comportementales et cognitives.Paris :Masson.4éd.

10-Durand,V.M., et Barlow ,D.H.(2002).Psychopathologie.une perspective multidimensionelle.Bruxelle :De Bock université.

11-Fontaine,o., Cottraux,J., Ladouceur,R.(1984).Cliniques de thérapie comportementale.Paris :Mardaga.

12-Freud,S.Traduction :André,J.(2006).Le Hans :Analyse de la phobie d un garçon de cinq ans.

13-Ladouceur,R., Marchand,A.,&Boisvert,J.M.(1999).
Les troubles anxieux :Approche cognitive et comportementale.

14-Lonescu,S., Blanchet,A.(2007).Psychologie clinique,Psychpathologie et psychthérapie.Nouveau cours de psychologie.Master.Paris :Puf.

15-Ladouceur,R., Fontaine,o., et Cottraux,J.(1992).Thérapie comportementale et cognitive.Paris :Masson.

16-Marchand,A., et Letarte,A.(2004).La peur d avoir peur.Guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie.Québec :Stanké.3ème édition.

17-Marchand,A ., Fontaine,R., Dupuis,G.,& Gareau,D.(1994).étude comparative de l efficacité de différentes modalités d intervention dans le traitement du trouble panique avec agoraphobie :Rapport de recherche.Montréal :Centre de recherche Fernand Seguin.

18-Servant.D.(2001).Attaques de panique et agoraphobie.Diagnostic et prise en charge.Paris :Masson.

19-Véra,L., Mirabel-Sarron,C.(2002).Psychothérapie des phobies ;Paris :Dunod.

20-Wilson,R.R.(1993).Vaincre ses attaques d anxiété.Montréal :Les éditions de l homme.

القواميس باللغة الأجنبية

1-Bloch,H., Chemama,R., Depret,E., Gallo,A., Leconte,P., Leny,J.F, Postel,J. et Reuchlin,M.(2007).Grand dictionnaire de psychologie.Paris :Larousse.

2-Morin,Y., Wainstein,J-P., et Lemaire,V.(2006).Larousse Médical.Paris :Larousse.

3-Sillamy ,N.(1983).Dictionnaire usuel de Psychologie.Paris :Bordas .

الاطروحات باللغة الاجنبية

1-Emmanuel,M.(2006).Prise en charge de l attaque de panique aux urgence.Université de Nantes :Faculté de Médecine.

2-Goudreau,S., Hould,R., Labelle,R.(2004).Etude de cas :Le trouble panique avec agoraphobie.Maitrise en Psychologie.Université du Québec :Trois rivières.

الملاحق

الملحق رقم 01: دليل القابلة

1- دليل المقابلة العيادية

المحور الأول : التغييرات المرتبطة بنبات الهلع

1- فيما تفر عندما تكون في وضعية باعثة للقلق ؟

2- ما هي مخاوفك الأساسية قبل مواجهة نوبة الهلع؟

3- ما هي الأحاسيس الجسمية التي تخشاها؟

4- ما الذي ينتج عن هذه الأحاسيس في اعتقادك؟

5- ما هو خطابك الداخلي و أنت تعيش نوبة الهلع؟

6- بماذا تشعر و أنت تواجه نوبة الهلع؟

7- هل تطغى عليك أفكار و أنت تتعرض لنوبة الهلع؟

8- ماذا تقول في قرارة نفسكو أنت تتعرض لنوبة هلع؟

المحور الثاني: اضطراب الهلع

1- ما هو عدد نوبات الهلع التي تتعرض لها في اليوم؟

2- ما هو الوقت الذي تتعرض فيه لنوبات الهلع في اليوم؟

3- ما هي المدة التي تستغرقها نوبة الهلع ؟

4- هل تعتبر بأن نوبات الهلع التي تتعرض لها قوية ، متوسطة أو ضعيفة في الشدة؟

5- ما هي الأحاسيس التي تخيفك و انت تعيش نوبة الهلع؟

6- بماذا تشعر و أنت تعيش نوبة الهلع ؟

7- هل تخاف من التعرض لنوبات هلع إضافية ؟

8- ما هو مستوى الخوف الذي تشعر به خلال تعرضك لنوبات الهلع؟

9- ما هي العناصر أو الوضعيات التي تزيد من نوبات الهلع و تلك التي تقلل منها؟

المحور الثالث: سلوك التجنب

1-ماهي الوضعيات التي تتجنبها بسبب خوفك من التعرض لنوبات الهلع؟

2-ماذا تمثل لك هذه الوضعيات؟

3-ما هو الشيء الذي يصعب عليك القيام به وأنت تتواجد في هذه الوضعيات؟

4-ما هي النشاطات التي تقوم بها بعناء منذ إصابتك بنوبات الهلع؟

5- ما هي الطريقة التي تجلب لك الراحة و تخفف من خوفك ؟

6- ماهي الوضعيات التي تشعر فيها بالأمان؟

المحور الرابع: الأعراض المرضية

1- هل تغيرت سمات بعك مند إصابتك بهذا المرض؟

2- كيف يظهر هذا التغير في حياتك؟

3- ما هي الحالة العامة لمزاجك؟

4- بماذا تشعر عامة منذ بداية تعرضك لنوبات الهلع ؟

5- ماذا عن تواصلك مع محيطك ؟

6- ماذا يمثل هذا المرض بلنسبة لك؟

7- ما هي نظرتك للمستقبل حاليا؟

8- هل سبب لك هذا المرض مخاوف غير تلك الخاصة بالتنقل؟

9- هل أثر هذا المرض على تحكمك في نفسك؟

2-دليل المقابلة التقييمية:

المحور الأول: التغييرات المرتبطة بنوبات الهلع

1- هل تغيرت أفكارك بعد العلاج و أنت في وضعية باعثة للقلق؟
2- ما هي هذه الأفكار؟
3- هل يوجد فرق بين أفكار قبل العلاج و أفكارك بعدالعلاج؟
4- ما هو خطابك الداخلي بخصوص أحاسيسك الجسمية بد هذا العلاج؟
5- بماذا تفسر أحاسيسك الجسمية بعدالعلاج؟

المحر الثاني: اضطراب الهلع

1- هل تتعرض لنفس عدد نوبات الهلع التي تتعرض لها حاليا؟
2- ما هي المدة المستغرقة لنوبة الهلع؟
3- تقيم شدة نوبة الهلع على سلم يتراوح من (0)إلى (10) علما أن 0 هي أدنى شدة و(10) هي أقصى شدة و (5) هي الدرجة المتوسطة؟
4- هل تزعجك أحاسيسك اليوم؟
5- هل تخشى أحاسيسك الجسمية ؟
6- هل تتخوف التعرض لنوبات الهلع؟

المحور الثالث: سلوك التجنب

1- ألازلت تتجنب نشاطات محددة بسبب خوفك؟
2- ما هي هذه النشاطات؟
3- ما هي درجة تجنبك لكل النشاطات؟
4- ما هي درجة الإنزعاج بعد العلاج؟
5- هل تعتبر بأن هذه النشاطات عرقلت مجرى حياتك؟

المحور الرابع: الأعراض المرضية

1- هل غير هذا العلاج حياتك اليومية؟
2- ما هي الأشياء التي تغيرت؟
3- كيف ترى اليوم هذا المرض الذي أصابك؟
4- ماذا عن حالتك النفسية بعد هذا العلاج؟
5- ما هو شعورك اليوم المرتبط بمرضك؟
6- ما هي سمات الشخصية التي تغيرت لديك؟
7- كيف يظهر هذا التغير في حياتك؟
8- ما هي حالتك المزاجية بعد هذا العلاج؟
9- ماذا عن تواصلك مع محيطك بعدما استفدت من هذا العلاج؟
10- هل لديك مشاريع مستقبلية؟
11- ماذا عن مخاوفك اليوم؟
12- كيف حال وظائفك الحيوية اليوم كالنوم و الأكل؟
13- ما هي حالة عضلات جسمك بعد العلاج؟
14- هل يوجد ما يذكرك بمخاوفك بعد العلاج؟

– السلم المرئي المماثل :

الغياب الكلي للسلوك	الدرجة المتوسطة للسلوك	الحد الأقصى للسلوك

ملحق رقم 2 :جدول خاص المصطاحات الخاص بأنواع الرهاب فرنسي–عربي

Ablutophobie	رهاب السباحة
Acarophobie	رهاب طفيليات الجلد
Acérophobie	رهاب الطعم الحمض
Achluophobie	رهاب الظلام
Achmophobie	رهاب الإبر والأدوات الحادة
Acrophobie	رهاب المرتفعات
Aérophobie	رهاب الهواء
Aérodromphobie	رهاب الطيران-
Agoraphobie	رهاب المكان
Algophobie	رهاب الألم
Amaxophobie	رهاب القيادة
Anginophobie	رهاب الإختناق
Amatophobie	رهاب الغبار
Anthropophobie	رهاب الناس
Anuptaphobie	رهاب العزوبية
Apéirophobie	رهاب اللانهاية
Apopathodiaphulatophobie	رهاب الإصابة بالإمساك
Asthénophobie	رهاب الإغماء
Astraphobie	رهاب الرعد-
Aquaphobie	رهاب الماء
Athazagoraphobie	رهاب التعرض للتجاهل
Atychiphobie	رهاب الفشل
Automysophobie	رهاب القذارة
Autophobie	رهاب الوحدة
Aviophobia	رهاب الركوب في الطائرة
Bacillophobie	رهاب الجراثيم
Basophobie	رهاب المشي
Ballistophobie	رهاب الصواريخ
Batrachophobie	رهاب الزواحف
- Borbophobie	رهاب الغرغرة
- Brontophobie	رهاب الرعد
cancérophobie	رهاب السرطان
- Carpophobie	رهاب الفاكهة
Chaétophobie	رهاب الشعر

Cheimatophobie	رهاب البرد
Climacophobie -	رهاب إستخدام الدرج
Chérophobie	رهاب الفرح
Cyclophobie -	رهاب ركوب الدراجة
Dysmorphophobie	رهاب التشوهات الجسدية
Démonophobie	رهاب الشياطين
Epistaxiophobie	رهاب نزيف الأنف
Emétophobie	رهاب القيء
Éreutophobie -	رهاب الإحمرار في الأماكن العامة
Fumiphobie -	رهاب الدخان
Géphyrophobie -	رهاب الجسور
Gérascophobie -	رهاب الشيخوخة
Gaméthophobie	رهاب الزواج
Génophobie-	رهاب ممارسة الجنس
Gymnophobie -	رهاب التعرّي
Halitophobie	رهاب وجود رائحة الفم الكريهة
Haptophobie	رهاب التعرض للمس
Hématophobie -	رهاب رؤية الدم
Hylophobie -	رهاب الغابات
Hypégiaphobie -	رهاب المسؤولية
Ithyphallophobie	رهاب رؤية العضو التناسلي للذكر
Katagélophobie -	رهاب السخرية.
Kénophobie	رهاب الظلام.
Lyssophobie	رهاب الإصابة بالجنون
Mnémophobie	رهاب إسترجاع الذكريات
Musophobie -	رهاب الفئران .
Mycophobie -	رهاب الفطر.
Mysophobie -	رهاب العدوى بواسطة الميكروبات.
Nécrophobie	رهاب الموتى
Nosocomephobie -	رهاب المستشفيات
Nomophobie	رهاب القوانين
Nosophobie	رهاب الإصابة بالمرض
Néphophobie	رهاب السحاب
ouranophobie	رهاب السماء
oesophobie	رهاب طلوع الفجر
Phagophobie -	رهاب الاختناق على الغذاء

phonophobie	رهاب التحدث بصوت عالي
pogonophobie	رهاب اللحى
poinephobie	رهاب العقاب
pyrophobie	رهاب النار
pediophobie	رهاب الأطفال
pyrophobie	رهاب الوسخ
Psychopathophobie	رهاب الجنون
selaphobie	رهاب البرق
siderophobie	رهاب النجوم
siderodromophobie	رهاب السفر بالقطار
Achluophobie	رهاب الظلام
Ablutophobie	رهاب السباحة
Acarophobie	رهاب طفيليات الجلد
Acérophobie	رهاب الطعم الحمض
Aérodromphobie	-رهاب الطيران
Agoraphobie	رهاب المكان
Algophobie	رهاب الألم
Amaxophobie	رهاب القيادة
Anginophobie	رهاب الإختناق
Amatophobie	رهاب الغبار
Anthropophobie	رهاب الناس
Anuptaphobie	رهاب العزوبية
Apéirophobie	رهاب اللانهاية
Apopathodiaphulatophobie	رهاب الإصابة بالإمساك
Asthénophobie	رهاب الإغماء
Astraphobie	-رهاب الرعد
Aquaphobie	رهاب الماء
Athazagoraphobie	رهاب التعرض للتجاهل
Atychiphobie	رهاب الفشل
Automysophobie	رهاب القذارة
Autophobie	رهاب الوحدة
Aviophobia	رهاب الركوب في الطائرة
Bacillophobie	رهاب الجراثيم
Basophobie	رهاب المشي
Ballistophobie	رهاب الصواريخ
Batrachophobie	رهاب الزواحف

Borbophobie -	رهاب الغرغرة
Brontophobie -	رهاب الرعد
cancérophobie	رهاب السرطان
Carpophobie -	رهاب الفاكهة
Chaétophobie	رهاب الشعر
Cheimatophobie	رهاب البرد
Climacophobie -	رهاب إستخدام الدرج
Chérophobie	رهاب الفرح
Cyclophobie -	رهاب ركوب الدراجة
Dysmorphophobie	رهاب التشوهات الجسدية
Démonophobie	رهاب الشياطين
Epistaxiophobie	رهاب نزيف الأنف
Emétophobie	رهاب القيء
Éreutophobie -	رهاب الإحمرار في الأماكن العامة
Fumiphobie -	رهاب الدخان
Géphyrophobie -	رهاب الجسور
Gérascophobie -	رهاب الشيخوخة
Gaméthophobie	رهاب الزواج
Génophobie-	رهاب ممارسة الجنس
Gymnophobie -	رهاب التعرّي
Halitophobie	رهاب وجود رائحة الفم الكريهة
Haptophobie	رهاب التعرض للمس
Hématophobie -	رهاب رؤية الدم
Hylophobie -	رهاب الغابات
Hypégiaphobie -	رهاب المسؤولية
Ithyphallophobie	رهاب رؤية العضو التناسلي للذكر
Katagélophobie -	رهاب السخرية.
Kénophobie	رهاب الظلام.
Lyssophobie	رهاب الإصابة بالجنون
Mnémophobie	رهاب إسترجاع الذكريات
Musophobie -	رهاب الفئران .
Mycophobie -	رهاب الفطر.
Mysophobie -	رهاب العدوى بواسطة الميكروبات.
Nécrophobie	رهاب الموتى
Nosocomephobie -	رهاب المستشفيات
Nomophobie	رهاب القوانين

Nosophobie	رهاب الإصابة بالمرض
Néphophobie	رهاب السحاب
ouranophobie	رهاب السماء
oesophobie	رهاب طلوع الفجر
Phagophobie -	رهاب الاختناق على الغذاء
phonophobie	رهاب التحدث بصوت عالي
pogonophobie	رهاب اللحى
poinephobie	رهاب العقاب
pyrophobie	رهاب النار
pediophobie	رهاب الأطفال
pyrophobie	رهاب الوسخ
Psychopathophobie	رهاب الجنون
selaphobie	رهاب البرق
siderophobie	رهاب النجوم
siderodromophobie	رهاب السفر بالقطار
sitophobie	رهاب التقرب من الأكل
tachophobie	رهاب السرعة
Taphophobie	رهاب المقابر
Téléphonophobie	يخاف للرد على الهاتف.
Tératophobie -	رهاب الوحوش
Thalassophobie -	رهاب البحر
Tremophobie	رهاب الإرتعاش
Théophobie	رهاب الله.
Tokophobie	رهاب الولادة.
Trichophobie	رهاب الشعر.
Trypophobie	رهاب الثقوب
Uranophobie	رهاب السماء
Vermiphobie	رهاب الديدان
Xenophobie	رهاب الأشخاص الغرباء
Zelophobie	رهاب الغيرة

ملحق رقم 3: قائمة المختصرات باللغتين العربية و الفرنسية

Tp /A (Trouble panique avec agoraphobie)	إضطراب الهلع المصحوب برهلب المكان
QP (Questionnaire des peurs)	إستبيان المخاوف
PPAG (échelle d évaluation des (Phobies,Attaques de panique et Anxiété généralisée)	سلم تقييم الرهابات،نوبات الهلع و القلق المعمم
TCE(le test comportemental dévitement)	الرايزالسلوكي للتجنب
QCA(Le questionnaire des cognitions agoraphobiques)	إستبيان المعارف الأقورافوبية
QSC(Le questionnaire des sensations corporelles)	إستبيان الأحاسيس البدنية
SNS(Le système nerveux sympathique)	الجهاز العصبي السمبتاوي
SNP(Le système nerveux parasympathique)	الجهاز العصبي الباراسمبتاوي
FP(Facteurs Prédisposants)	العوامل الإستعدادية
FPc (facteurs précipitants)	العوامل المعجلة
FM(Facteurs de maintient)	العوامل المثبتة