

كفاءة برنامج معرفي - سلوكي وتأثيره في تحسين
أعراض حالات نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (*)

د . منتصر صلاح فتحي أحمد
قسم علم النفس - جامعة أسيوط
فرع الوادي الجديد

أ . د . محمد نجيب أحمد الصبوة
قسم علم النفس - جامعة القاهرة

د . النابغة فتحي محمد سعيد
قسم علم النفس - جامعة المنيا

ملخص

هدفت الدراسة الراهنة لتحديد كفاءة أو فعالية العلاج المعرفي - السلوكي في تخفيف أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء^(١) ، وإبراز قدرة العلاج المعرفي - السلوكي علي تعديل الأفكار والاتجاهات السلبية لدي هذه الفئة ، وكذا التوصل إلي عددٍ من الاختبارات التشخيصية لأعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، فضلاً عن اختبارات تقويمية للأساليب العلاجية ، تتميز بكفاءة قياسية نفسية مرتفعة ، كما هدفت الدراسة لإقرار برنامج علاجي معرفي - سلوكي موحد ومفصل ، يتميز بدرجة من المرونة ، والكفاءة العلاجية ، وملائم لثقافتنا العربية ، ويمكن استخدامه من قبل المعالجين للحالات المشابهة . وحاولت الدراسة الراهنة تقديم نموذج علمي لدراسة علاجية للحالات الفردية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء . واستخدمت الدراسة الحالية بطارية من الاختبارات ، وهي : المقابلة التشخيصية شبة المقننة ، وقائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، وقائمة نوبات الهلع و رهاب الخلاء (ق ه ر خ) ، واستخبار الدلالات الإكلينيكية التشخيصية للهلع (الفرع) ، واستخبار القلق الصاحب لنوبات الهلع و رهاب الخلاء (أ ق م ه ر خ) ، واستخبار القلق النفسي للأطفال والمراهقين ، واستخبار تقدير ذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (صيغة المريض) ، و(صيغة الأقارب) يستخدم كمحك صدق خارجي بيئي للمحيطين بالمريض (وهو ما يعرف بالتأثير^(٢)) ، وجداول المراقبة الذاتية . وفي إطار التحقق من هدف الدراسة ، تم استخدام المنهج التجريبي وتصميم المجموعات العشوائية غير المتكافئة بقياس قبلي - بعدي متكرر . وذلك علي عينة قوامها (١٥١) فرداً ، ثم تم تصحيح الاختبارات واعتمدت الدراسة الحالية علي المحك الإحصائي في اختيارنا للعينة الأساسية والتي تكونت من (١٢) هُصالبً بنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء وهم الذين حصلوا علي انحرافي معياريين ناحية الإصابة بالاضطراب وذلك بعد تحديد المتوسط لكل اختبار علي حدة بعد إضافة انحرافين معياريين له ، كما تم تشخيصهم من قبل أستاذ خبير في الطب النفسي (*) و قُسمت العينة إلي مجموعتين ،

(*) أستخدمت مادة هذا البحث من رسالة الدكتوراة بعنوان : " برنامج معرفي - سلوكي لتحسين أعراض حالات نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء " . تحت إشراف أ . د / محمد نجيب أحمد الصبوة أستاذ علم النفس الإكلينيكي بجامعة القاهرة ، و أ . د / النابغة فتحي محمد سعيد أستاذ علم النفس المساعد بجامعة المنيا .

(*) يتقدم الباحث بالشكر للسادة الأساتذة الأطباء والأخصائيين النفسيين بقسم الأمراض النفسية والعصبية بمستشفى أسيوط الجامعي وخصوصاً أ . د / حمدي نجيب أحمد التلاوي الذي قام بتشخيص الحالات تشخيصاً طبياً .

(1) Panic Attack with Agoraphobia .
(2) Effectiveness .

المجموعة التجريبية (ن = ٦) وتمثل مجموعة مرضي نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء الذين تلقوا برنامج العلاج المعرفي - السلوكي لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، والمجموعة الضابطة (ن = ٦) وهي مجموعة مرضي نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء الذين لم يتلقوا أيّاً من أنواع العلاج النفسي سواء أثناء مدة التدريب علي البرنامج أو قبلها ، وقد جاءت نتائج الدراسة لتشير إلي تحقّق فروضها القائلة بفعالية وتأثير برنامج معرفي - سلوكي.

لتحسين أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، لدي عينة تجريبية من المرضي في تخفيف المعاناة النفسية والكدر والقلق الناتج عن الاضطراب بالمقارنة بالمجموعة الضابطة .

الكلمات المفتاحية الأساسية : (العلاج المعرفي السلوكي - حالات نوبات الهلع - رهاب الخلاء - الأفكار الآلية السلبية - القلق المصاحب لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء) .

مقدمة

يعد العلاج المعرفي - السلوكي هو العلاج النفسي الأكثر حداثة لاضطراب نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، ومما لاشك فيه أن الاضطرابات النفسية أصبحت تواجهنا بمشكلة صحية عامة إذ أن مدي انتشارها يفوق مانعرفه عن الأمراض العقلية والعضوية ؛ فهي في الحقيقة أكثر فروع الطب النفسي والعقلي شيوعاً ، غير أن الحصول علي أرقام دقيقة في هذا الشأن أمر عسير إن لم يكن مستحيلاً (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ : ٩٣ - ٩٥) . ، ونوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء هو واحد من اضطرابات القلق التي يعاني منها الأفراد وهو منتشر أكثر بين النساء عنه بين الرجال بنسبة ٢ : ١ (Gunter & Whittal , 2010 , P . 194) .

والعلاج السلوكي أحد أهم أساليب العلاج النفسي التي عالجت المخاوف البسيطة والتي طُورت في الستينيات والسبعينيات ، وقد اختبرت أولاً علي المخاوف البسيطة ، ثم امتدت بعدئذٍ إلي رهاب الخلاء ، وقد شهدت الثمانينيات تطور العلاج ، وعلي وجه الخصوص أساليب العلاج المعرفي للمخاوف الأكثر تعقيداً ، وبالأخص المخاوف الاجتماعية والقلق العام ، ونوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء والمخاوف البسيطة المقاومة لأساليب العلاج السلوكي (كراسك ، وبارلو ، ٢٠٠٢ : ٢٠) .

وعلي الرغم من النجاح الذي حققه العلاج السلوكي في تحقيق أعراض نوبات الهلع ، فقد أُحيط - هو الآخر - ببعض جوانب الضعف تمثلت في نتائج الدراسات الممحصنة التي أشارت إلي أن نسب العلاج السلوكي منفرداً في علاج نوبات الهلع والتي بلغت (٧٥% إلي ٨٥%) إنما هي نسب أُستمدت من دراسات اعتمدت علي فريق ذي تدريب عالٍ ، وأن هذه النسب لا تُعبر عن الواقع الحقيقي لكفاءة العلاج السلوكي عندما يشرح لهم وأن (٢٥%) من المرضي لا يُجدي معهم هذا النوع من العلاج ، وأن (١٢%) ممن يبدأون العلاج السلوكي يتخلفون عنه ، وقد تصل نسبة هؤلاء المتسربين إلي (٢٠% - ٣٠%) من المرضي ، ويضاف إلي ذلك عدم جدوي العلاج السلوكي مع مرضي نوبات الهلع المقتنعين بمعقولية أعراضهم وكذلك مرضي نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (ليندساي ، ٢٠٠٠ & سالكوفيسكس ، ٢٠٠٢ ، Bouchard , 2002 ; Salkovskis & West Brook , 1989 ; Rheume & Ladouceur , 1999 ; Van Oppen & Emmelkamp , 2000 ; Hambridg & Loewenthal , 2003) ، وأن نسبة مرضي نوبات الهلع الذين يستفيدون من العلاج السلوكي لا تتجاوز (٥٥%) ، وذلك بعد استبعاد من يرفضون هذا العلاج ، والمتسربين ، والذين لا يستفيدون منه (Mclean et al . , 2001) ، ومن ثم أصبح

الباحثون في حيرة جديدة دفعتهم إلى البحث عن العوامل التي تحول دون تحقيق العلاجات الدوائية والسلوكية لفعاليتها المرجوة ، وافترضوا وجود وسيط معرفي (٣)

يعوق استجابة المرضى للعلاجات الدوائية والسلوكية . وعلي غرار التفسيرات المعرفية للاضطرابات النفسية الأخرى توقع الباحثون تبني مرضي نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء لمجموعة من المعتقدات الخاطئة والمخططات السلبية (٤) واللاتوافقية التي تحول دون تحسن أعراضهم ودعوا إلى ضرورة الكشف عن هذه المخططات المختلفة (٥) والمعتقدات الخاطئة ومحاولة تصحيحها ، ومن ثم جاء المنحي المعرفي في تفسير نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء وعلاجها لسد الثغرات ورأب الصدع الذي ظهر في الأطر النظرية والفنيات العلاجية المطروحة آنذاك (أمارة يونس، ٢٠٠٧: ٧) .

وتبدأ الخطط العلاجية المعرفية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء بتوسيع نموذج بيك (Beck) المعرفي الخاص بالاكْتئاب (Beck , Shaw , Rush and Emrery , 1979) ليشمل القلق والهلع ، ويركز العلاج المعرفي علي تصحيح التقييمات الخاطئة المتعلقة بالإحساسات الجسمية ، باعتبارها مصدر تهديد وتطبق الخطط العلاجية المعرفية بمشاركة الأساليب السلوكية ، علي الرغم من افتراض أن الآلية الفعالة في التغيير تكمن في الجانب المعرفي .

وأصبح العلاج المعرفي - السلوكي هو خط العلاج النفسي الأول لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (Keeley , Storch , Merlo & Geffken , 2008 ; Mancebo et al . , 2008 ; Diefenbach et al . , 2007) ، وكما اعتاد الباحثون إزاء العلاجات السابقة من التحقق بكفاءتها ، فقد قاموا بعدد من الدراسات لاستجلاء مدي فعالية العلاج المعرفي - السلوكي في علاج نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، وتوصلت الدراسات إلى حدوث تحسن في شدة أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء لدي مرضي نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء الذين خضعوا للعلاج المعرفي - السلوكي ، وكذلك حدوث تحسن في الشعور بالضيق والعجز المرتبط بنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (Keeley , Storch , Merlo & Geffken , 2008) ، وتحسن جوهري في نوعية الحياة (٦) (Clair , Laren , Ujunwa Anakwenzea , Jack , Scott , Sheard and Barlow , 2015) .

ولابد أن نعلم تماماً أن العلاج المعرفي - السلوكي لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء فعال بقدر كبير، وهو يمثل احدي قصص النجاح للتطورات العلاجية النفسية ، ويساعد ما بين (٨٠% إلي ١٠٠%) من المرضى الذين يحصلون علي هذا العلاج علي تقليل نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء بنهاية العلاج ، وقد دامت هذه المكاسب علي امتداد عامين علي الأقل من المتابعة ، وقد شفي تماماً ما بين (٥٠% إلي ٨٠%) من هؤلاء المرضى ، وكثيرون من النسبة المتبقية كان لديهم أعراض متبقية ، وعلي الرغم من ذلك علينا ألا ننع في وهم التفكير أن لدينا كل الإجابات عن علاج نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، وأننا نستطيع أن نتحرك من هنا إلي بعض المشكلات الرئيسية الصعبة (كراسك، بارلو، ٢٠٠٢: ٩٧) .

(3) Cognitive mediation .

(4) Preconscious schemas .

(5) Dysfunctional schemas .

(6) Quality of life .

لكن ما ينبغي الانتباه إليه أن العلاج المعرفي السلوكي ليس علاجاً سهلاً كي نطبقه فينبغي أن يكون المُعالج إيجابياً ، ونشطاً ، ومخلصاً ، ومنجزاً ، ومؤثراً (روبرت ليهي، ٢٠٠٦: ٣٨) ، وهو ما يبدو لب المشكلة التي نواجهها في مصر والعالم العربي ، حيثُ نعانى من نقص واضح في عدد المُعالجين النفسيين بصفة عامة والمُؤهلين منهم لممارسة العلاج المعرفي - السلوكي بصفة خاصة (محمد نجيب الصبوة، ٢٠١٥: ١٥١ - ١٨٠) .

مشكلة الدراسة

بناءً علي الهدف من الدراسة ، تم صياغة مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس الآتي :

* ما قدر فعالية برنامج معرفي - سلوكي وتأثيره بهدف تحسين أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، لدي عينة تجريبية من المرضى في تخفيف المعاناة النفسية ، والكدر ، والقلق الناتج عن الاضطراب بالمقارنة بالمجموعة الضابطة ؟ ، وينبثق من هذه المشكلة العامة الرئيسة عدد من المشكلات الفرعية ، كما يلي :

١ - هل توجد فروق جوهرية في القياس البعدي لدي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة أثناء أدائهم علي استخبارات الدراسة كل منها علي حدة وهي (قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، و قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق هر خ) ، و استخبار القلق المُصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م هر خ)) ؟

٢ - هل توجد فروق جوهرية في المتابعة الأولى والثانية كل منها علي حدة لدي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة أثناء أدائهم علي استخبارات الدراسة وهي (قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، و قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق هر خ) ، و استخبار القلق المُصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م هر خ)) ؟

٣ - هل توجد فروق جوهرية في مستوي التقدير الذاتي لأفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة وذلك بالقياس البعدي ومرحلي المتابعة علي استخبار التقدير الذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (صيغة المريض) ؟

٤ - هل توجد فروق جوهرية في مستوي التقدير الذاتي من وجهة نظر ذويهم وأقاربهم وأصدقائهم وذلك للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة وذلك بالقياس البعدي ومرحلي المتابعة علي استخبار التقدير الذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (صيغة ذويهم وأصدقائهم وأقاربهم) ؟

٥ - هل توجد فروق جوهرية في القياس البعدي والقياس القبلي لدي المجموعة التجريبية أثناء أدائهم علي استخبارات الدراسة كل منها علي حدة وهي (قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، و قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق هر خ) ، و استخبار القلق المُصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م هر خ)) ؟

٦ - هل توجد فروق جوهرية في مرحلي المتابعة مقارنةً بالقياس القبلي لدي المجموعة التجريبية أثناء أدائهم علي استخبارات الدراسة كل منها علي حدة وهي (قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، و قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق هر خ) ، و استخبار القلق المُصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م هر خ)) ؟

٧ - هل توجد فروق جوهرية في مستوى التقدير الذاتي لأفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي مقارنةً بالقياس القبلي وذلك علي اختبار التقدير الذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (صيغة المريض) ؟

٨ - هل توجد فروق جوهرية في مستوى التقدير الذاتي لذوي وأقارب وأصدقاء المجموعة التجريبية في القياس البعدي مقارنةً بالقياس القبلي وذلك علي اختبار التقدير الذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (صيغة ذويهم وأصدقائهم وأقاربهم) ؟

مفاهيم الدراسة

أولاً : مفهوم نوبات الهلع :

يذكر الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية^(٧) (DSM - 5TM, 2013 : 208) أن نوبات الهلع هي نوبات من الرعب والذعر الشديدين التي تُصيب الفرد ، وتكون غير متوقعة الحدوث ، وتأخذ شكل موجة كبيرة من الخوف المفرط ، وعدم الارتياح الزائد وذلك يحدث في أوقات قد تصل إلي الدورة ، وتكون لمدة دقائق ، وأثناء هذا الوقت تظهر مجموعة من الأعراض المرضية ، وهذه الموجة الفجائية تُسرعان ما تحدث بهدوء أو بحالة من القلق .

المحكات التشخيصية لنوبات الهلع طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس :

أ - يجب وجود الأعراض والملاح المرضية الآتية :

- ١ - خفقان ، أو تزايد سرعة ضربات القلب .
- ٢ - تعرق .
- ٣ - ارتعاش ، أو ارتجاف .
- ٤ - احساسات بقصر النفس ، أو الاختناق .
- ٥ - شعور بالغصص (الشعور بالصدمة) .
- ٦ - ألم ، أو ضيق في الصدر أو عدم الارتياح .
- ٧ - الشعور بالغثيان ، والتلبك المعوي والتقرز .
- ٨ - الإحساس بالدوار ، أو عدم الثبات ، أو خفة الرأس ، أو العثية .
- ٩ - القشعريرة والشعور بسخونة الجسم .
- ١٠ - الشعور بالإذلال ، أو / وتشوش الإحساس وعدم الوضوح (أحاساسات بالتمثيل ، أو بالوخز) .
- ١١ - تبدد الواقع (إحساس بتبدل الواقع) ، أو تبدد الشخصية (أن يكون الشخص منفصلاً عن ذاته) .
- ١٢ - الخوف من فقدان السيطرة ، أو الجنون .
- ١٣ - الخوف من الفناء والموت (DSM - 5TM, 2013 : 208) .

ملحوظة : وهناك أعراض أخرى عامة لنوبات الهلع :

مثل آلام الأذن الشديدة ، وآلام وأوجاع في الرقبة ، والصداع ، ويتم السيطرة علي كل ذلك بالصياح والبكاء الشديد الذي لا بد من أخذهما بعين الاعتبار ، كما ينبغي عدم أخذ هذه الأعراض المهمة التي يشكو منها المرضى مقارنةً بالأعراض الثلاثة عشر السابق ذكرها .

ب - وعلي الأقل هناك نوبات هلع تستمر خلال شهر (أو أكثر) وتكون مصحوبة بالأعراض الآتية :

١ - قلق مستمر أو قلق حول هجمات الذعر الإضافية أو عواقبها (علي سبيل المثال : فقدان السيطرة ، وحدوث نوبات قلبية ، " جنون ") .

٢ - تغيرات هامة في السلوك ناتجة عن نوبات الهلع (فمثلاً يبدأ الفرد في سلوك التعميم لتجنب حدوث نوبات هلع فجائية مثل تجنب ممارسة الرياضة العنيفة ، وتجنب الدخول في مواقف غير مألوفة) .

ج - التشويش والاضطرابات التي لا تعزي إلي التأثيرات الفسيولوجية : (مثل : تعاطي المخدرات ، والأدوية والعقاقير) ، أو الظروف الطبية الأخرى (مثل : فرط نشاط الغدة الدرقية ، واضطرابات القلب) .

د - التشويش والاضطراب الذي قد يتداخل مع اضطراب عقلي آخر : (علي سبيل المثال : فإن استجابة نوبات الهلع لا تحدث فقط في الاستجابة للمواقف الاجتماعية المخيفة ، كما هي الحال في اضطراب القلق الاجتماعي واستجابة لمواقف الرهاب ، كما هي الحال في اضطراب الرهاب المحدد ، واستجابة للهواجس كما هي الحال في اضطراب الوسواس القهري ، واستجابة لتذكر الأحداث المؤلمة كما هي الحال في اضطرابات ما بعد الصدمة ، واستجابة لعدد من الأرقام كما هي الحال في اضطراب قلق الانفصال (DSM - 5TM , 2013 : 209) .

التشخيص الفارق لنوبات الهلع :

يُ قصد بالتشخيص الفارق^(٨) للمرض أو الاضطراب ، تمييزه عن غيره من الأمراض الأخرى ، والتي قد تتشابه أعراضها مع أعراض المرض أو الاضطراب ، وهذه التفرقة بين المرض أو الاضطراب وما يشابهه من أمراض أو اضطرابات أخرى يهدف إلي زيادة كفاءة التشخيص من ناحية ، وإلي زيادة كفاءة العلاجات من ناحية أخرى (محمود عيد مصطفي ، ٢٠٠٤ : ٢٨) ، ولابد من التمييز بين نوبات الهلع و :

أ - الرهاب الاجتماعي :

إن الأفراد الذين يعانون من نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء قد يتجنبون المواقف الاجتماعية والأدائية ، حيث يقومون بأفعال كثيرة خوفاً من التعرض لنوبة الهلع ، وليس خوفاً من التقييم السلبي ، والخزي والارتباك . وعلي الرغم من أن كلتا المجموعتين قد تعانين من نوبات الهلع ، فإن هذه النوبات لدي مرضي الرهاب الاجتماعي تعد موقفاً يظهر عند توقع التعرض لموقف اجتماعي أو الدخول فيه بالفعل . وفي المقابل ، فإنه لتشخيص نوبات الهلع لابد أن يكون هناك في تاريخ الحالة - علي الأقل - نوبة غير متوقعة ونوبات لاحقة لا يقتصر حدوثها علي المواقف الاجتماعية . كما أن محتوى الأفكار الآلية في الرهاب الاجتماعي يدور حول الخوف من الارتباك والتقييم السلبي ، في حين يدور محتواها في نوبات الهلع حول العواقب الكارثية ، مثل الأزمة القلبية ، أو الموت ، أو فقدان السيطرة أو الضبط . إن مرضي الرهاب الاجتماعي شأنهم في ذلك شأن مرضي نوبات الهلع يعانون من أعراض القلق الجسمية . وعلي الرغم من ذلك ، وليس مفاجئاً ، فقد وجد أن أعراض الرهاب الاجتماعي أكثر قابلية للملاحظة من قبل الآخرين ، مثل احمرار الوجه ، والارتجاج ، وجفاف الحلق ،

(8) Differentail Diagnosis .

والعرق ، وذلك مقارنةً بمرضي نوبات الهلع الذين يميلون لأن يخبروا أعراضاً مثل الدوار^(٩) ، وخفقان القلب^(١٠) ، وألم في الصدر ، ومشكلات في التنفس ، وفقد الإحساس^(١١) ، والإغماء^(١٢) (Lincoln , 2003 : 3 - 4) .

ب - اضطراب القلق المحدد وغير المحدد :

لابد من التوقف عن وصف نوبات الهلع في هذه الحالة وذلك لعدم اكتمال أعراض نوبات الهلع من حيث أنها تحدث فجأة من غير توقع (DSM - 5TM , 2013 : 212 - 213) .

ج - اضطراب القلق بسبب حالة طبية أخرى :

قد يكون القلق بسبب اضطرابات أو حالات طبية بدنية تعرض لها الفرد مثل عدم انتظام ضربات القلب أو مرض الربو المزمن ، أو مرض الرئة المزمن (DSM - 5TM , 2013 : 213) .

د - نتائج علاج اضطراب القلق :

هناك مجموعة من المنشطات التي تؤثر علي الجهاز العصبي لدي مرضي السكر مثل (الكوكايين ، والامفيتامينات ، والكافيين ، والكحول ، والمواد البروتينية) كلها مواد تتسبب في زيادة القلق والفوضى والإحساس بالذعر ولكن لا يصح أبداً أن نشخصها علي أنها نوبات من الهلع (DSM - 5TM , 2013 : 213) .

هـ - الاضطرابات العقلية الأخرى المصحوبة بنوبات الهلع والتي ترتبط بمميزات مثل : اضطرابات القلق والاضطرابات العقلية الذهانية :

قد يتصرف الفرد حيال موقف اجتماعي معين بشكلٍ فيه قلق اجتماعي مغلف بعدم القدرة ممزوجاً بخوف رهابي أو في حالات الرهاب كرهاب الخلاء ، وتكون نوبات الهلع هنا رداً علي الخوف من هذا الرهاب النوعي المحدد (DSM - 5TM , 2013 : 213) .

و - أمراض أخرى تشترك مع نوبات الهلع :

ترتبط نوبات الهلع مع اضطرابات وأمراض أخرى كثيرة وبنسب مرتفعة ، منها علي سبيل المثال (نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، والاكتئاب المصحوب بنوبات الهلع ، والاضطرابات ثنائية القطب ، ومرض الهوس الخ) ويحدث ما يسمى بالدوار وعدم الانتظام في ضربات القلب وأيضاً مع مرضي الربو المزمن ، والقولون العصبي (DSM - 5TM , 2013 : 213 - 214) .

نسب انتشار نوبات الهلع والإصابة به :

تنتشر نوبات الهلع بين المرضي من الولايات المتحدة الأمريكية بنسبة تتراوح بين ٢ - ٣ % من البالغين والمراهقين خلال العام الواحد ، وتقل هذه النسبة مقارنةً بالمرضي في أمريكا اللاتينية (أصلهم أفريقي) ، وشمال شرق آسيا ، والهند حيث تصل النسبة من ٠.١ % إلي ٠.٨ % ، وبشكلٍ عام الإناث أكثر من الذكور إصابةً بنوبات الهلع بنسبة حوالي (١) ذكر إلي (٢) إناث . وتظهر نوبات الهلع في مرحلة المراهقة أو ما بعد ١٤ سنة ولاسيما لدي الإناث بدايةً من مرحلة البلوغ ، ويبلغ المرض ذروته خلال مرحلة البلوغ لدي الإناث ، وتتنخفض نوبات الهلع في البالغين فوق سن ٦٤ سنة (DSM - 5TM , 2013 : 210) .

(9) Dizziness .

(10) Palpitations .

(11) Numbness .

(12) Faint .

ويذكر الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM - 5TM) أن متوسط عمر المرضى لنوبات الهلع في الولايات المتحدة الأمريكية يتراوح ما بين ٢٠ - ٢٤ سنة ، وفي قليل من الحالات تظهر نوبات الهلع في الطفولة وتمتد حتى سن ٤٥ سنة ، وبالرغم من أن نوبات الهلع نادرة الحدوث في مرحلة الطفولة إلا أن علي المعالج أن يكتشف أن نوبة هلع حدثت للمريض والأغلب أن تعود جذورها إلي مرحلة الطفولة المبكرة ، كما هي الحال في خوف الطفل من نطق أول كلمة ، وحتى الآن لن نستطيع تمييز نوبات الهلع عند الكبار البالغين وعند المراهقين ، ولكن المؤكد هو أن نوبات الهلع تأتي مشتركة ومرتبطة مع اضطرابات أخرى مثل القلق العام ، والفصام، والاضطرابات

ثنائية القطب ، إن المراهقين المصابين بنوبات الهلع ربما أقل قلقاً واضطراباً من البالغين الأصغر سناً وهي المرحلة التي تسبق ١٤ عاماً ، حيث أن حالات نوبات الهلع تظهر علي البالغين الأكبر سناً من ١٤ سنة من العصبية في الأرجاع حيث أن العصبية هذه والقلق يكونان صفة عامة لعدد من الأفراد الذين يمرون بهذه النوبات وما بعدها ، وذلك لأن النوبات تظهر بشكل خاص في مواقف الضغط مثل المواقف الاجتماعية وهذه النوبات تكون غير متوقعة في هذه اللحظة التي يحدث فيها الموقف وهذا يكون نتيجة تعرض الشخص للمواقف بطريقة فجائية أو لعدم دخوله في هذه الحالة من قبل بينما نوبات الهلع عند الأطفال يكون حدوثها أقل ذلك بسبب الصعوبات التي من الممكن أن يواجهونها كأعراض الخوف التي من الممكن أن تؤدي إلي أحد أنواع الرهاب نتيجة لبعض من الأطفال أو المواقف (211 - 210 : 2013 , DSM - 5TM).

منبئات منذرة بوجود نوبات الهلع :

هناك عوامل مُنبئة ومُنذرة بوجود نوبات الهلع تتمثل فيما يلي : (عوامل انفعالية - عوامل بيئية - عوامل وراثية فسيولوجية) وفيما يلي توضيح ذلك :

* **عوامل انفعالية :** (كالقلق والحساسية الشديدة للانفعال والعصبية ، والمشاعر السلبية ، والمجازفة) كلها عوامل انفعالية تؤدي لحدوث نوبات الهلع .

* **عوامل بيئية :** تقارير طبية حول دراسات الاعتداء الجنسي والجسدي للأطفال تؤكد أنهم عرضة لنوبات الهلع، كما أن التدخين من العوامل البيئية الخطيرة والمُنذرة بحدوث نوبات هلع ، وتعرض الأشخاص المُستهدفين لنوبات الهلع لمواقف مرض الموت أو تشييع ودفن أحد الأقرب أيضاً من العوامل البيئية المنبئة بحدوث نوبات الهلع .

* **عوامل فسيولوجية وراثية :** لا تزال العوامل الفسيولوجية والوراثية غير مؤكدة بنسبة ١٠٠ % علي أهميتها في حدوث نوبات الهلع ، ولكن المؤكد أن نوبات الهلع يصاب بها أبناء مصابين بقلق و اكتئاب و اضطرابات ثنائية القطب ، واضطرابات الجهاز التنفسي مثل الربو (211 : 2013 , DSM - 5TM) .

وقت حدوث نوبات الهلع :

ذكرت إحدى المقالات العلمية أن حوالي ٧٥ % من حالات الخوف ، والذعر الشديدين (نوبات الهلع) تحدث أثناء الليل بحيثُ ينهض المريض ، ودقات قلبه سريعة ، وقوية ، ويشعر ، وكأنه مصاب بنوبة قلبية بسبب آلام الصدر ، وإفراز العرق الشديد ، ونشاط القلب غير الطبيعي التي تصاحب نوبات الذعر ، والخوف الشديد (Robin , Stephen , 2011 : 265) .

ثانياً : مفهوم رهاب الخلاء :

يذكر الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM - 5TM , 2013 : 217 - 221) أن رهاب الخلاء هي كلمة يونانية الأصل مقسمة إلي مقطعين الأول هو (أجورا) بمعنى الخوف من ، والمقطع الثاني هو (فوبوس) بمعنى للقه ، وترجمت حرفياً بالخوف من السوق ، وعادةً ما تُطلق علي أي ، أو كل الأماكن العامة ، إلا أن جوهر الخوف من الأماكن المكشوفة هو الخوف من هجمات الذعر ، ونوبات الهلع التي تصاحب ذلك الاضطراب ، وهو في الواقع ليس الخوف من أماكن معينة ولكنه الخوف من حدوث نوبات الذعر أو هجمات الذعر (نوبات الهلع) في مساحات مفتوحة علي مصراعيها ، وترتبط عادةً هجمات الذعر ، والخوف من الأماكن المكشوفة بخوف المريض من عدم تمكنه من الهروب حينما يوجد في هذه الأماكن ، وكثير من المرضى المصابين بهذا الاضطراب يشعرون بأنهم مُحاصرون ، وغير قادرين علي تحرير أنفسهم ، ويكونوا شديدي القلق الاجتماعي ، لأن رهاب الخلاء يولد القلق ، والخوف الشديدين لدي المريض ، والذي يتكون أساساً من حرص المريض من عدم وجوده في موضع صعب أو محرج ؛ الأمر الذي قد يؤدي به لعدم قدرته علي الفرار ، ونتيجة لذلك فإنهم يُصبحون حبيسي المنازل ، ولا يستطيعون السفر .

المحكات التشخيصية لرهاب الخلاء طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس :

أ - يجب توافر اثنين (أو أكثر) من الأعراض والملامح المرضية الخمس الآتية :

١ - يجب أن يظهر الذعر ونوبات الهلع عند استخدام وسائل النقل العامة (علي سبيل المثال ، السيارات ، والحافلات ، والقطارات ، والسفن ، والطائرات) .

٢ - عند الوجود في المساحات المفتوحة (علي سبيل المثال : مواقف السيارات ، والأسواق والجسور)

٣ - الوجود في الأماكن المغلقة (علي سبيل المثال : المحلات التجارية ، والمسارح ، ودور السينما) .

٤ - الوجود في أحد الطوابير أو مع حشد من الناس .

٥ - الوجود خارج المنزل بمفرده .

ب - يُظهر بعض الأفراد خوفاً شديداً من بعض المواقف الأمر الذي يجعلهم يحاولون التخلص من هذه الأفكار المخيفة تماماً ، وذلك بظهور استجابة تجنب هذه المواقف التي تسبب له عجزاً وإحراجاً مثل (الخوف من التعامل مع كبار السن ، والخوف من الإصابة بسلس البول) .

ج - هناك من حالات رهاب الخلاء من يكون دائم الاستثارة نتيجة خوفه أو قلقه .

د - هناك من حالات رهاب الخلاء من يحرص علي وجود مرافقين له في حالات الزحام وحالات القيام بنشاط معين وذلك لشدة الخوف والقلق .

هـ - الخوف والقلق من مجرد الوجود بين الناس في ميدان عام وفي سياق الحياة الاجتماعية العادية .

و - لا بد أن يكون الخوف والقلق مستمرّاً لمدة ٦ شهور أو أكثر .

ز - عزوف عن أداء المهام الاجتماعية والمهنية ومجالات الحياة الأخرى بسبب ما تنتابه من مشاعر خوف وقلق نتيجة رهاب الخلاء .

ح - وقد يترافق رهاب الخلاء مع حالات مرضية طبية أخرى مثل (مرض التهاب الأمعاء ، ومرض باركنسون) (DSM - 5TM , 2013 : 217 - 221) .

السمات التشخيصية لرُهاب الخلاء :

السمة الأساسية لمريض رُهاب الخلاء وجود علامات شديدة من الخوف والقلق الناتجين عن تعرضه الفعلي أو المتوقع لمجموعة كبيرة من المواقف تتوافق مع الأعراض السابق كرها ولا بد ألا تقل المواقف عن اثنين من الحالات الخمس التالية لكي نقول أن هذا الشخص لديه رُهاب خلاء وهي :

- ١ - استخدام وسائل النقل العامة والعادية مثل السيارات ، والحافلات ، والقطارات ، والسفن ، والطائرات .
- ٢ - الوجود في الأماكن المفتوحة مثل مواقف السيارات أو الأسواق أو الجسور .
- ٣ - الوجود في الأماكن المغلقة مثل المتاجر والمسارح أو دور السينما .
- ٤ - الوجود في أحد الطوابير أو حشد من الناس .
- ٥ - الوجود خارج المنزل بمفرده (DSM - 5TM , 2013 : 217 - 221) .

التشخيص الفارق لاضطراب رُهاب الخلاء :

يجب أن نتذكر أن بعض من مرضي رُهاب الخلاء يشعرون بقليل من القلق لأنهم قادرين دائماً علي تجنب المواقف مصدر الرُهاب ، أما في حالة وجود أعراض أخري كالاكتئاب ، ونوبات الهلع ، واختلال الإنية ، والأعراض الوسواسية ، والرُهاب الاجتماعي فذلك لا يلغي التشخيص شرط ألا تهيمن تلك الأعراض علي الصورة العيادية ، ومع ذلك فإذا كان الشخص مكتئباً فعلاً بشكل ملحوظ حين بدأت أعراض الرُهاب في الظهور عندئذ يصبح تشخيص نوبة اكتئابية هو التشخيص الأساسي الأكثر ملاءمة ، ويشيع ذلك في الحالات التي تبدأ متأخرة . (Hazlett - Stevens , 2006) .

نسبة انتشار رُهاب الخلاء :

عامةً ما يظهر هذا النوع من الاضطرابات في سن متأخر من المراهقة ، أو مع بدايات البلوغ مع احتمال حدوثه في المراحل العمرية الأخرى مثل الطفولة ، وبدايات سن المراهقة ، ومنتصف العمر ، ويصنف هذا النوع من الاضطرابات بأنه من ضمن الأمراض المزمنة بحيث يصل حوالي ٣٠ إلى ٤٠ % من المرضي لا تتناهم الأعراض لفترة طويلة ، وحوالي ٥٠ % منهم يعانون من أعراض بسيطة جداً لا تؤثر علي طبيعة عملهم ، أو أدائهم الوظيفي مع وجود نسبة ١٠ إلى ٢٠ % تلازمهم مثل هذه الأعراض بشكل واضح ممثلة ازعاجاً في حياتهم ، وأعمالهم (White , Barlow , 2002 , PP : 24 - 34) .

ثالثاً : نوبات الهلع المصحوبة برُهاب الخلاء :

لقد كثرُ الجدل مؤخراً حول أحقية أي من رُهاب الخلاء ، أو نوبات الهلع في أي منهما يعتبر الاضطراب الأولي بالنسبة للآخر ، إن حجم ، ونوع الأدلة المتوفرة لدينا حتي الآن من منظور عالمي ، ومن التبادل الثقافي ليس فيها ما يبرر التراجع عن الفرضية المقبولة الآن بشكلٍ واسع ، والتي تقول بأنه من الأفضل اعتبار اضطراب الرُهاب الاضطراب الأولي ، واعتبار أن نوبات الهلع إنما تشير إلي درجة شدة نوبات الهلع (Pollard , Zuercher , 2003 , PP : 30 - White) ، و نوبات الهلع المصحوبة برُهاب الخلاء ، ترتبط بإعاقة أكثر قد تصل إلي عدم مغادرة الشخص لمنزله فيتأثر بذلك عمله ، وعلاقاته الاجتماعية ، والمرضي الذين يحمل لتنبؤ لهم مآلاً حسناً هم ذوي الأداء الحسن قبل المرض ، وأعراضهم لفترات قصيرة (Eisenstadt , 2003 , PP : 30) .

الدراسات السابقة

أوضحت أول دراسة نظامية للنتائج أن تحسناً يقدر بـ (٨٠%) من المرضى قد حدث باستخدام العلاج المعرفي لاضطرابات القلق بشكل عام ، ونوبات الهلع ، والاكتئاب بشكل خاص حيث استمرت جلسات العلاج لمدة (١٢) أسبوعاً . وقد كانت هذه النتائج أفضل من نتائج مجموعة ضابطة عولجت باستخدام عقار الاميبرامين^(١٣) ، وقد استمر التحسن في دراسة متابعة لمدة عام ، وكذلك أوضحت دراسات أجريت في جامعة أدنبره ، وبريتيش كولمبيا ، ويتسبرج تفوق العلاج المعرفي - السلوكي علي استخدام العقاقير المضادة لنوبات الهلع ، وقد أوضحت دراسات تمت في جامعتي مينسوتا ، وواشنطن أن العلاج المعرفي - السلوكي يتساوى في تأثيره مع استخدام العقاقير المضادة لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، بينما أظهرت دراسة في جامعة أدنبره أن الجمع بين العقاقير ، والعلاج المعرفي - السلوكي كان متوقفاً علي أي منهما بمفرده ، وقد أوضحت دراسات مضبوطة فعالية العلاج المعرفي - السلوكي في علاج اضطرابات القلق ، والقلق الاجتماعي ، والقلق من الحديث مع الجمهور ، والقلق من الاختبار ، وضبط الغضب والألم المزمن ، ونوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (لويس كامل مليكه ، ١٩٩٠ : ٢٤٣) .

ويحلول أواخر عام (١٩٨٠) اتضحت الرؤية وتبلور العلاج الفعّال لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء القائم علي أسلوب التعرض من خلال مراجعة " باولو سالكوفسكس (٢٠٠٤) Paul M . Salkovskis " حيث كان فعالاً للغاية ، وكثير من الدراسات أكدت ذلك منها دراسة (Clark , Salkovskis & Chalkley , 1981) واتضح أيضاً الارتباط بين نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء وبين بعض النتائج ، والفروض ، والأساليب الوراثية التي افترضها العلماء في علاقتها بالاضطراب .

وزاد عدد الدراسات التي تدرس تأثير العلاج النفسي لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء بشكل كبير علي مدي العشر سنوات الأخيرة ، وبشكل عام تشير النتائج إلي أن العلاج المعرفي - السلوكي متعدد المحاور التكاملية هو العلاج الفعال لاضطراب نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء الذي تم استخدامه في معظم مراكز العلاج النفسي ، ومراكز تقديم الخدمات النفسية وأحرز تقدماً مبهرًا . وقد وجدت بعض الدراسات مثل " ستيفورث تريث وويد (٢٠٠٠) e . g . , Stuart , Treat & Wade " أن نتائج العلاج طويلة وقصيرة المدى ، مماثلة لتلك النتائج التي وجدت في التجارب الاكلينيكية المرضية .

وقام " ستيفورث ، جريجوري ، ل . وآخرون (٢٠٠٠) Stuart , Gregory , Treat , Teresa , Wade , and Wendy " بدراسة تجريبية علي عينة من المرضى الصابين بنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء للتأكد من فعالية العلاج المعرفي - السلوكي حينما يقدم لهم بالعيادات الخارجية ، ومتابعة لمدة عام كامل ، تم تشخيص عدد (٨١) مريضاً مصاباً بنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء المتردد علي العيادات الخارجية ، كما تم تقديم علاج معرفي - سلوكي لهذه العينة ، وجاءت النتائج مؤكدة نجاح العلاج المعرفي - السلوكي في تخفيف حدة ومعاناة هؤلاء المرضى ، كما أكدت النتائج أن العلاج المعرفي - السلوكي أدي إلي توقف (٨٩%) من المرضى مقارنةً بالعلاج بتناول عقاقير طبية مثل عقار البنزوديازيبين .

وهدف دراسة " أنطوني و ناردا وآخرون (٢٠٠٢) Antonio , Nardia et al " إلي الكشف عن فعالية

(13) Imipramine

أسلوب الاسترخاء التنفسي لدى المرضى المصابين بنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء مُشخصين علي الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع ، وتكونت العينة من (٢٦) مريضاً بنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، و(٢٨) مشاركاً من أقارب المرضى من الدرجة الأولى ، و(٢٥) فرداً متطوعاً غير مصابين بالاضطراب كعينة ضابطة ، وأثبتت الدراسة أن المرضى المصابين بنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء أظهروا استجابات يشوبها قلق من أسلوب الاسترخاء التنفسي مقارنةً بباقي أفراد العينة ، كما كشفت النتائج عن نجاح أسلوب الاسترخاء التنفسي كعلاج سلوكي فعّال لعلاج نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء .

واستعانت دراسة " كراسيك وآخرون (٢٠٠٣) Michelle Craskea , Joseph Decolab , Andrei Sachsc , Deborah and Pontilloa " بـ (٦٨) مريضاً مصاباً بنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، وهدفت إلي استخدام برنامج معرفي - سلوكي للسيطرة ، وضبط نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء عند المرضى بهدف علاج المرضى من حدوث نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء لهم بسبب وجودهم في أماكن مفتوحة ، واستخدمت الدراسة أسلوب التعرض المباشر للمثير ، وكشفت النتائج عن انخفاض ملحوظ في أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء وأصبحوا غير خائفين ، ولا متجنبين للميادين والأماكن المفتوحة .

وهناك دراسات أخرى تشير إلي وجود آثار ونتائج أكثر تواضعاً وربما يعود ذلك لصرامة المعايير والتصميم البحثي لهذه الدراسات أو لظروف تتعلق بقلة درجة الخبرة للمعالج الذي يمارس العلاج علي سبيل المثال " برييت ديكون وجونثن أبرامويتز (٢٠٠٤) Brett Deacon & Jonathan Abramowitz " وجدوا أن (٤٢ %) من المرضى الذين يتلقون علاجاً نفسياً من أي نوع وفي زمن معين وخضعوا لبرنامج زمني معين حققوا تغيراً كبيراً علي المستوي الإكلينيكي مقارنةً بنسبة (١٨.٨ %) من المرضى الذين يتلقون العلاج بشكل معتاد ومن دون تحديد زمن للبرنامج العلاجي ، واستمرت هذه النتائج الإيجابية بشكل عام خلال فترة المتابعة التي امتدت لمدة سنتين ، كما هدفت دراسات التأثير الكشف عن التكاليف المادية وراء التدخلات الوقائية والعلاجية لمرضى نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، وللكشف عن ذلك تم اختيار عينات من المرضى المصابين بنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، وتقديم علاج دوائي جنباً إلي جنب مع العلاج المعرفي - السلوكي لمدة (٦) جلسات في غضون (٣) أشهر ، ثم متابعة المرضى فيها لمدة (٦) جلسات ، وكشفت النتائج عن تحسن كبير في أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء مقابل العلاج الدوائي فقط (روي - بيرن ، وكراسك وآخرون (٢٠٠٦) Roy - Byrne , Craske & Stein) .

وفحصت دراسات التأثير معظم نتائج العلاج النفسي التي تستخدم في ظل الظروف الطبيعية العادية علي سبيل المثال (العلاج المعرفي - السلوكي متعدد المحاور مع استخدام الأدوية والعقاقير المسموح بها) ، وذلك بهدف دراسة إمكانية تعميم النتائج التي تم الحصول عليها من خلال التجارب العشوائية المضبوطة مع استبعاد المعايير الصارمة التي استخدمت في إعداد البرامج العلاجية السابقة لاضطرابات القلق بشكل عام ، وسلط " المركز البريطاني بكولومبيا التابع لوزارة الصحة (٢٠٠٧) British Columbia , Ministry of Health " الضوء علي مبدأ تعميم النتائج ، واستقروا علي خطأ التعميم الكلي لنتائج هذه الدراسات حيث وجدوا أن نسبة الاستبعاد في دراسات التأثير وصلت (٥٤ %) ، وهذه النسبة ارتبطت بشكل إيجابي مع نسبة المرضى المصابين بنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء والذين أظهروا تحسناً .

وأكدت دراسة " سالكوفيسكس (٢٠٠٧) Salkovskis " أن العلاج المعرفي - السلوكي لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء هو العلاج الأول المرغوب فيه والذي يُحقق من النتائج ما يجعله أحد أهم العلاجات لاضطرابات القلق بشكل عام ، كما أكدت دراسة " سالكوفيسكس (٢٠٠٧) " أن العلاج المعرفي - السلوكي يقوم علي فكرة أن نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء نتيجة للميل الدائم لدي المريض إلي إساءة تفسير أعراض القلق والخوف والذعر بإعتباره علامة علي وجود كارثة مثل خفقان القلب الذي يفسره الشخص المريض بأنه علي وشك الإصابة بنوبة قلبية ، ويتصدي العلاج المعرفي - السلوكي لهذا التفكير الكوارثي المأساوي ويجعل الفرد ينتبه لاعتقاداته وأفكاره الآلية الخاطئة المتعلقة بإحساساته الجسمية ، والتي يترتب عليها سلوك التجنب ، والبحث عن الأمان ، واستخدمت الدراسة أسلوب المعالجة المعرفية ، ومساعدة المريض في فهم كيف تبدأ نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء وكيف تعمل ، ثم يطلب من المريض اختبار معتقداته الكوارثية من خلال العلاج السلوكي لكي يعرف المريض أن الأشياء التي يخاف منها لا تستحق الخوف ، وعندها يبدأ المريض في تغيير سلوكيات الذعر وتقل نوبات الهلع ما دامت المثيرات لا تستحق كل هذا الخوف .

وكان الهدف من دراسة " أسلا هوفارت وآخرون (٢٠٠٨) Asle Hoffart , Harold Sexton , Liv M . Hedley , Egil W . Martinsen " اختبار مدى التنبؤ الذي يصل إليه العلاج المعرفي - السلوكي في علاج مرضي نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء الذين يلجأون للبعد عن الوجود بالأماكن المفتوحة كالميادين والأسواق والطرق السريعة لأنهم يعانون من اضطراب نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء المزمن ، فحاولت دراسة " أسلا هوفارت وآخرون (٢٠٠٨) " الإجابة عن سؤال مهم هل هناك آليات تغيير ناجحة للعلاج المعرفي - السلوكي لهذه الفئة من المرضى ، واستعانت الدراسة بعينة من المرضى عددهم (١٦٥) الذين تلقوا علاجاً معرفياً - سلوكياً لخفض وتحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، وأشارت النتائج إلي أن التغيير الذي يحدث أثناء استخدام هذا العلاج يعد دليلاً علي نجاح العلاج المعرفي - السلوكي في تحسن وخفض أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء .

واستعانت دراسة " لورين هينسلي - مالونهي و ر . إينراكوي فارلي (٢٠٠٩) Lauren Hensley - Maloney , Enrique Varela " بعينة من المرضى الذين يعانون من نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء وصل عددهم (٣٠٢) مريضاً ، وقد تم استخدام أسلوب التعرض المباشر للمثير الذي يسبب لهم الخوف الشديد ، و نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء وأثبتت النتائج فعالية هذا الأسلوب في علاج نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء .

واعتمدت دراسة " بورا كيم وآخرين (٢٠١٠) Borah Kim et al . " علي عينة قوامها (٢٣) مريضاً باضطراب نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء للكشف عما إن كان هناك فعالية و تأثير من العلاج المعرفي - السلوكي كمساعد للعلاج الدوائي ، وتم إخضاع المرضى للبرنامج المعرفي - السلوكي لمدة (٨) أسابيع ، واستخدمت الدراسة مجموعة من الاختبارات والمقاييس منها مقياس هاملتون للقلق ، و مقياس بيك للاكتئاب والقلق، واستخبار الذعر والخوف المرضي ، ومقياس لشدة الهلع ، ولم تتلق العينة أية عقاقير أو أدوية للكشف عن فعالية وتأثير العلاج المعرفي - السلوكي في علاج نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء بعد استخدام العلاج المعرفي - السلوكي مما يدل علي أنه علاج فعال وله تأثير مساعد للعلاج الدوائي في علاج المرضى الذين يعانون من نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء .

وسعت دراسة " أندري مارشاندا وآخرين (٢٠١٢) ، André Marchand et al . " إلي فحص تأثير وفعالية بعض أساليب التدخل العلاجي المستخدمة في العلاج المعرفي - السلوكي لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء لمعرفة مدي جودة ، وتأثير هذه الأساليب في الاستخدام وهي الاسترخاء والتعرض ، واعتمدت دراسة " أندري مارشاندا (٢٠١٢) " أثناء ذلك علي عينة من المرضى المصابين بنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، ويعانون من آلام في الصدر ، وأخذت العينة من المترددين علي أقسام الطوارئ بالمستشفيات ، وتشير نتائج هذه الدراسة إلي الفائدة الكبيرة التي تعود علي المريض في حالة التدخل المبكر ، كما أشارت إلي درجة كبيرة من الفعالية لهذه الأساليب العلاجية المعرفية - السلوكية في علاج نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء وهم غير مرضي بآلام الصدر ، ولا يعانون من أي آلام جسمية لأن ذلك له علاقة بالتفكير غير الواقعي الكوارثي ، وجاءت دراسة " ميرت وآخرين (٢٠١٢) Meuret et al " مؤكدة علي مدي نجاح أسلوب التعرض في علاج نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء .

وفي دراسة طويلة امتدت بين عامي (٢٠٠٧ - ٢٠١٢) لـ " هيدمان ولجوتسون وآخرين (٢٠١٣) Hedman , Ljótsson et al . " استهدفت التعرف علي مدي فعالية العلاج السلوكي - المعرفي لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء لتحسين مستوى الرعاية النفسية الروتينية . أكدت الدراسة أن العلاج المعرفي - السلوكي لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء له فعالية كبيرة في عدة تجارب مضبوطة ، حيث أجريت الدراسة علي عينة من المصابين بنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء عددهم (٥٧٠) والذين تلقوا علاجاً سلوكياً - معرفياً في إطار من الرعاية الصحية الروتينية في عيادة للمرضي الخارجيين النفسية حيث تم توفير علاج سلوكي - معرفي ، وتم قياس النتائج الأولية لخفض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء من حيث شدتها في تقرير ذاتي ، وكشفت النتائج عن حدوث تحسن كبير لدي المرضى المصابين بنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، وتشير هذه الدراسة إلي فعالية العلاج المعرفي - السلوكي لمرضي نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء .

وتؤكد دراسة " تايلو كرسيرا وآخرين (٢٠١٣) ، Tilo Kirchera et al . " علي ضرورة أن يتعلم الأفراد المصابين بنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء طرقاً تجعلهم قادرين علي التكيف مع مشاعر الخوف المرتبطة بالعصبية ، واكتساب هذه السلوكيات ضروري من أجل بقائهم في بيئة متغيرة من وجهة نظرهم ، والعلاج المعرفي - السلوكي فعال لمثل هذه الحالات ، وتم تصوير المريض بالرنين المغناطيسي الوظيفي خلال عملية التكيف من الخوف قبل وبعد تقديم العلاج المعرفي - السلوكي لهم ، وذلك علي عينة قوامها (٨٤) شخصاً منهم (٤٢) يعانون من نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، و(٤٢) فرطاً من الأصحاء كعينة ضابطة ، وكشفت النتائج عن تحسن ملحوظ في المناطق المسؤولة عن التكيف في الدماغ ، ومناطق الخرائط المعرفية والانفعالية المسؤولة عن مشاعر الخوف المرتبطة بالعصبية وذلك في اتجاه العينة التجريبية التي تعرضت لتأثير العلاج المعرفي - السلوكي .

إن فعالية العلاج المعرفي - السلوكي في علاج نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء راسخة ، ومع ذلك فإن دراسة " فاننازا وآخرين (٢٠١٤) ، Fentza , et al . " استهدفت الكشف عن آليات التغيير الكامن وراء التحسن وفقاً للنظريات المعرفية لمرضي نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء الذي يحاول التضخيم والترفيف والتفكير بشكل كوارثي وتفسير الأشياء بشكل مغلوط ، وأراد " فاننازا وآخرين (٢٠١٤) " معرفة أصل التغيير

وأساسه إن كان راجعاً إلي العلاج - المعرفي السلوكي وتنمية الكفاءة الذاتية للمريض أم ماذا ، وأشارت النتائج إلي أن (٤٥) فرلاً شارك في التجربة وقد تحسّنوا ، وبدأتكيرهم الكوارثي ينتهي تماماً بعد ما تعرضوا لبرنامج معرفي - سلوكي لتحسين نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، وأن هذا البرنامج نجح في فك الرابطة الضمنية بين الذعر والخوف الشديد وبين عدم الثقة بالنفس من ناحية وبين التفكير الكوارثي من ناحية أخرى .

واهتمت دراسة " ليفي بانيسي وآخرين (٢٠١٤) ، *Liviu Bunaciu , Ellen Leen - Feldner* ، *Heidemarie Blumenthal , Ashley Knapp , Chistal Badour* والتي تعد مملحاً بارزاً في اضطراب نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، وافترضت هذه الدراسة أن سلوك الآباء بمثابة النموذج الذي يحتذي به ويقلده الأبناء وأضاف أن ذلك له سبب وراثي ، واستخدمت الدراسة عينة من المراهقين عددهم (٥٠) مراهقاً (٢٨) من الإناث ، (٢٢) من الذكور ، وتشير النتائج إلي أن السلوكيات الأبوية قد تؤدي دوراً مهماً في تطوير بعض أشكال الذعر ذات الصلة باستجابة نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، وقد يكون لهذه النتائج الأولية آثار مهمة لبرامج الوقاية المستقبلية التي تستهدف الآباء ، والأمهات والشباب المستهدفين لخطر نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء .

أما دراسة " بون فاسو ساندينا وآخرين (٢٠١٥) - *Bonifacio Sandina , Carmen Sánchez* ، *Arribasb , Paloma Chorota , Rosa Valientea* فقد حاولت وضع نموذج معرفي ثلاثي الأبعاد لاضطراب نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء وبحثت الدراسة مدي مساهمة ثلاثة عوامل معرفية رئيسة في اضطراب نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء وهم (الحساسية المفرطة للقلق ، والتفكير الكوارثي المتعلق بالاحساسات الجسمية ، وقلة الكفاءة الذاتية الناتجة عن الذعر ، والخوف الشديد) ، وذلك كمؤشرات للتنبؤ بشدة أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، وذلك لدي عينة من المرضى الذين يعانون من نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، وأوضحنا الدراسة أن فرط الحساسية بالقلق وسوء الفهم الكوارثي المتعلق بالاحساسات الجسمية ، والذعر الشديد الذي يؤدي لقلة الكفاءة الذاتية لدي المرضى كلها مؤشرات ترتبط بشدة أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، وتوصلت النتائج إلي أن عينة من الدراسة وقوامها (١٨٦) مريضاً ، وأظهروا مدي الارتباط الشديد بين النموذج المعرفي الثلاثي لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، وهذا النموذج يتكون من (حساسية مفرطة للقلق ، وتفكير كوارثي متعلق بالاحساسات ، وقلة الكفاءة الذاتية الناتجة عن الذعر والخوف الشديد) ، وأشارت النتائج أيضاً إلي أن العلاج المعرفي - السلوكي في هذه الحالة كئناً لعلاج اضطراب نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء .

الفروض

وعلى ضوء ما سبق ، تهدف الدراسة الحالية إلي تحديد مدي فعالية العلاج المعرفي - السلوكي في تحسين أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء لدي مجموعة من المرضى الذين يعانون من نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء مقارنةً بمجموعة ضابطة ممن يعانون من الاضطراب نفسه في البيئة المحلية ، وذلك من خلال برنامج معرفي - سلوكي موجه نحو تحسين أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء لدي هذه الفئة مقارنةً بآخرين لم يتم تقديم البرنامج لهم (مجموعة ضابطة مماثلة) .

والدراسة الحالية في سعيها لتحقيق هذا الهدف تحاول التحقق من الفروض التالية :

١ - متوسطات المجموعة التجريبية في القياس البعدي أقل جوهرياً من متوسطات المجموعة الضابطة علي استخبارات الدراسة كل منها علي حدة ، وهي (قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، و قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق هر خ) ، و استخبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م هر خ)) .

٢ - متوسطات المجموعة التجريبية في المتابعة الأولي والثانية كل منها علي حدة أقل جوهرياً من متوسطات المجموعة الضابطة للمتابعة الأولي والثانية علي استخبارات الدراسة كل منها علي حدة وهي (قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، و قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق هر خ) ، و استخبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م هر خ)) .

٣ - متوسطات التقدير الذاتي لتحسن أعراض مرضي نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء من وجهة نظر أفراد المجموعة التجريبية أعلى جوهرياً من متوسطات المجموعة الضابطة وذلك علي مقياس التقدير الذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (صيغة المريض) .

٤ - متوسطات التقدير الذاتي لتحسن أعراض مرضي نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء من وجهة نظر ذوي وأقارب وأصدقاء أفراد المجموعة التجريبية أعلى جوهرياً من متوسطات المجموعة الضابطة وذلك علي مقياس التقدير الذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (صيغة أقاربهم وذويهم وأصدقائهم) .

٥ - متوسط القياس البعدي أقل جوهرياً لدي المجموعة التجريبية من متوسط القياس القبلي علي استخبارات الدراسة وهي (قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، و قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق هر خ) ، و استخبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م هر خ)) كلاً منها علي حدة .

٦ - متوسط القياس في مرحلتي المتابعة أقل جوهرياً لدي المجموعة التجريبية من متوسط القياس القبلي علي استخبارات الدراسة وهي (قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، و قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق هر خ) ، و استخبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م هر خ)) كلاً علي حدة .

٧ - متوسط التقدير الذاتي لتحسن أعراض مرضي نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء من وجهة نظرهم أعلى جوهرياً في القياس البعدي من متوسط القياس القبلي وذلك علي مقياس التقدير الذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (صيغة المريض) .

٨ - متوسط التقدير الذاتي لتحسن أعراض مرضي نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء من وجهة نظر ذويهم وأقاربهم وأصدقائهم أعلى جوهرياً في القياس البعدي من متوسط القياس القبلي وذلك علي مقياس التقدير الذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (صيغة أقاربهم وذويهم وأصدقائهم) .

منهج الدراسة وإجراءاتها

أولاً : منهج الدراسة:

يندرج البحث الراهن ضمن بحوث المنهج التجريبي ، ذلك لأن تناول الباحث لمتغيرات الدراسة يعتمد علي اختيار أفراد العينة البحثية داخل المجموعات بشكل عشوائي ، ويتحدد المتغير المستقل والذي يتم التحكم فيه بشكل عمدي في برنامج العلاج المعرفي - السلوكي متعدد الأبعاد ، في حين يتحدد المتغير التابع في تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، وخفض الأفكار الآلية بما تعكسه من معتقدات غير صحيحة ومرتبطة بالإحساسات الجسمية لمريض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، مما ينتج عنه تخفيف المعاناة النفسية والكدر والقلق الناتج عن الاضطراب ، والوقاية من الانتكاسة ، وفيما يلي من فقرات ، يعرض الباحث لمكونات هذا المنهج .

ثانياً : التصميم البحثي :

اعتمدت الدراسة الراهنة علي تصميم المجموعات المتكافئة بقياس قبلي - بعدي متكرر ، ويتكون هذا التصميم من مجموعتين من المصابين بنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء تم اختيارها عشوائياً ، الأولى مجموعة تجريبية تتلقي العلاج المعرفي - السلوكي ، والأخرى مجموعة ضابطة من الذين لم يخضعوا للبرنامج من المرضى علي قائمة الانتظار (عبد الفتاح القرشي ، ٢٠٠١ : ١٩٣) .

ثالثاً : عينة الدراسة :

أجريت الدراسة الراهنة علي عينة قوامها ١٢ مريضاً (ن = ١٢) (*) ، واستخدم الباحث الحالي أسلوب الفرز والتصنيف كمحك إحصائي ، حيث تم تطبيق أدوات الدراسة علي عينة استطلاعية تكونت من ١٥١ فرلاً ، وبعد ذلك تم تصحيح الأدوات ومعرفة كل من زادت درجته عن متوسط الأسوياء علي أي اختبار زائد انحرافين معياريين ناحية اضطراب نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء وضمهم لعينات الدراسة كمحك إحصائي لجمع العينات ، كما تم تشخيصهم من قبل أستاذ خبير في الطب النفسي وتم تحديد المدي العمري لأفراد عينة الدراسة بحيث لا يقل عمر الأفراد المشاركين عن ١٥ سنة ولا يزيد عن ٤٥ سنة ، وتكونت مجموعتي الدراسة من :

١ - مجموعة تجريبية : وتكونت من الأفراد الذين دلت درجاتهم بعد التصحيح إلي أنهم يعانون من نوبات هلع مصحوبة برهاب الخلاء حيث تم تقديم برنامج معرفي - سلوكي لهم ، وكان عددهم ستة أفراد (٣ ذكور ، و ٣ إناث) .

٢ - مجموعة ضابطة : الذين لم يخضعوا للبرنامج العلاجي وهم من مرضي نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، وكذلك كان عددهم ستة أفراد (٣ ذكور ، و ٣ إناث) .

وكان جميع أفراد العينة ممن تطبق عليهم المحكات التشخيصية لاضطراب نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للأمراض النفسية الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية . كما تم اختيار العينة ممن لا يتداخل تشخيص نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء لديهم مع

(*) تكونت عينة الدراسة الأساسية من (الطلاب الذين انطبقت عليهم المحكات التشخيصية لاضطراب نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء وكانوا من طلبة وطالبات جامعة أسيوط فرع الوادي الجديد ، وكذلك جامعة المنيا ، والعالمين بمدرسة صلاح الدين الإسلامية الخاصة بالمنيا ، والعالمين بمدرسة نزلة الفلاحين الابتدائية بالمنيا ، والعالمين بالوحدة المحلية لمجلس مدينة المنيا) .

أي اضطرابات أخرى . وقد تم التأكد من التشخيص للحالات باستخدام أدوات الدراسة الخاصة بتقييم نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء وحصول العينة علي درجات تزيد عن متوسط الأسوياء بانحرافين معياريين ، وقد تم التأكد من تشخيص العينة عن طريق تطبيق أدوات الدراسة ، كما تم تشخيصهم العينات طبياً ، وتحديد النقطة الفاصلة عن طريق إضافة (٢) انحراف معياري في اتجاه المرض ، وكانت النقاط الفاصلة لأدوات الدراسة كما يلي :

جدول (١) النقاط الفاصلة لأدوات الدراسة

النقطة الفاصلة عن طريق إضافة (٢) انحراف معياري في اتجاه المرض + المتوسط الحسابي	(٢) انحراف معياري	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الأداة المستخدمة
٧٦	٢٤	١٢	٥٢	قائمة المعتقدات ، والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء
٢٠٧	١١٤	٥٧	٩٣	قائمة نوبات الهلع ، و رهاب الخلاء (ق ه ر خ)
٧٤	٤٢	٢١	٣٢	مقياس الدلالات الإكلينيكية التشخيصية للهلع (الفرع)
١٠٠	٤٤	٢٢	٥٦	استخبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ، و رهاب الخلاء (أ ق م ه ر خ)
٨٨	٣٢	١٦	٥٦	استخبار القلق النفسي للأطفال ، والمراهقين

أدوات الدراسة

جدول (٢) أدوات الدراسة

إشراف	إعداد	اسم الأداة المستخدمة
	إعداد أ . د / محمد نجيب الصبوة	أ - المقابلة التشخيصية شبه المقتنة
	أ . د / محمد نجيب الصبوة أ . م . د / النايفة فتحي محمد	ب - قائمة المعتقدات ، والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء .
	أ . د / محمد نجيب الصبوة أ . م . د / النايفة فتحي محمد	ج - قائمة نوبات الهلع ، و رهاب الخلاء (ق ه ر خ) Panic Attack and Agoraphobia Schedule (PAAPS)
	إعداد أ . د / زينب محمود شقير يستخدم كمحك صدق لقائمة نوبات الهلع ، و رهاب الخلاء رقم (ج) إشراف أ . د / محمد نجيب الصبوة أ . م . د / النايفة فتحي محمد	د - استخبار الدلالات الإكلينيكية التشخيصية للهلع (الفرع)
	أ . د / محمد نجيب الصبوة أ . م . د / النايفة فتحي محمد	هـ - استخبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ، و رهاب الخلاء (أ ق م ه ر خ) Anxiety For Panic Attack and Agoraphobia Questionnaire (APAAPQ)
	إعداد أ . د / محمد نجيب الصبوة يستخدم كمحك صدق استخبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ، و رهاب الخلاء رقم (هـ) إشراف أ . د / محمد نجيب الصبوة أ . م . د / النايفة فتحي محمد	و - استخبار القلق النفسي للأطفال ، والمراهقين
	إعداد / منتصر صلاح فتحي يستخدم كمحك صدق خارجي بيئي للمحيطين بالمرضى (التأثير effectiveness) إشراف أ . د / محمد نجيب الصبوة أ . م . د / النايفة فتحي محمد	ز - استخبار تقدير ذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (صيغة تقدم للمريض)
	إعداد / منتصر صلاح فتحي يستخدم كمحك صدق خارجي بيئي للمحيطين بالمرضى (التأثير effectiveness) إشراف أ . د / محمد نجيب الصبوة أ . م . د / النايفة فتحي محمد	ح - استخبار تقدير ذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (صيغة تقدم لأي شخص قريب للمريض)

* ولم يقتصر الأمر علي ذلك :

- جدول أعمال جلسات برنامج العلاج المعرفي - السلوكي لتحسين أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء .

- النصوص النفسية التي تم قراءتها أثناء تطبيق البرنامج ، وهي :

أ - نص مختار ومعد مسبقاً لتزويد المريض بالمعلومات النفسية حول نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء .

ب - الأفكار الآلية التلقائية السلبية (١٤) .

ج - الاسترخاء العضلي العميق التمييزي .

د - أسلوب التعرض التخيلي ، ثم أسلوب التعرض المباشر (في الحياة الواقعية) .

هـ - تنفيذ الأفكار الآلية بطريقة الأسئلة الديمقراطية ، وطلب الأمثلة من البشر ، وأسلوب المنطقي - الانفعالي

و - جداول المراقبة الذاتية (١٥) .

رابعاً : الكفاءة القياسية لأدوات الدراسة :

تم تقنين أدوات الدراسة علي عينة من المشاركين كعينة استطلاعية ، بلغ قوامها (١٥١) مشاركاً وبعد تطبيق الأدوات عليها تم تصحيح هذه الأدوات واختيار المشاركين كعينة أساسية وهم الذين كانت درجاتهم تساوي المتوسط زائد (٢) انحراف معياري ناحية الاضطراب وكان عددهم (١٢) حالة مرضية قُسمت لمجموعتين (٦) مشاركين كمجموعة تجريبية ، و ٦ مشاركين كمجموعة ضابطة)

(١) حساب معاملات ثبات أدوات الدراسة :

معامل الثبات هو معامل الارتباط بين درجات الأفراد بعد الأداء علي أي مقياس في مرات الإجراء المختلفة ، أو بين تقديرات من يقومون بتقدير الدرجات في المرات المختلفة ، أو بين نتائج إجراء المقياس علي مجموعة واحدة من الأفراد يقوم بالإجراء فيها اختصاصيون مختلفون . أي أن معامل الثبات هو معامل ارتباط بين المقياس ونفسه ، بمعني أننا نحسب معامل الثبات بحساب معامل الارتباط بين درجات المقياس ونفسه ، أو بين درجات المقياس وصورة أخرى مكافئة له (رجاء محمود أبوعلام، ٢٠٠٤: ٤٢٩) ، و اعتمد الباحث على حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ ، ويوضح الجدول التالي قيم معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لأدوات الدراسة :

جدول (٣) ثبات ألفا كرونباخ لأدوات الدراسة (ن = ١٥١ ذكور وإناث)

اسم الاختبار	معامل ثبات ألفا كرونباخ
قائمة المعتقدات ، والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء	٠,٩٠
قائمة نوبات الهلع ، و رهاب الخلاء (ق ه ر خ)	٠,٩٨
استخبار الدلالات الإكلينيكية التشخيصية للهلع (الفرع)	٠,٩٥
استخبار القلق المُصاحب لنوبات الهلع ، و رهاب الخلاء (أ ق م ه ر خ)	٠,٩٤
استخبار القلق النفسي للأطفال ، والمراهقين	٠,٩٣
استخبار تقدير ذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (صيغة المريض)	٠,٨٩
استخبار تقدير ذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (صيغة الأقارب)	٠,٩١

(14) Automatic Thoughts .

(15) Cognitive Self - Monitoring Schedules .

ويتضح من الجدول السابق وجود معاملات ثبات مرتفعة ، والتي تراوحت ما بين (٠.٨٩ إلى ٠.٩٨) ، وتعتبر معاملات الثبات مرضية بالنسبة لتلك المقاييس ويمكن الاعتماد عليها .

(٢) حساب معاملات صدق أدوات الدراسة :

إذا كان الثبات يعني مدي قابلية الدرجة المقيسة لإعادة إنتاجها من جديد ، فإن الصدق يشير إلي ما إذا كان المقياس يقيس ما وضع لقياسه ، ومن ثم يعتبر الثبات شرطاً ضرورياً لصدق الأداة ولكنه بمفرده ليس كافياً ، فلكي يكون المقياس صادقاً يجب أولاً أن يكون ثابتاً (كريس باركر وآخرون ، ١٩٩٩ : ١١٦ ، مُترجم) ، وبناءً علي هذا تم حساب صدق أدوات الدراسة بطريقة التعلق بالمحك الخارجي ، وذلك كما هو موضح علي النحو الآتي :

حساب صدق أدوات الدراسة بطريقة الارتباط بمحك خارجي :

ويشير هذا المفهوم إلي درجة ارتباط المقياس بمحك أو بمؤشر له صلة به ويكون هذا المحك ذو معاملات صدق مرتفعة (كريس باركر وآخرون ، ١٩٩٩ : ١١٦ ، مُترجم) ، ولذلك فقد تم حساب معاملات الارتباط بين كل من مقاييس الدراسة الراهنة وبعض المقاييس الأخرى في الإنتاج العلمي السابق ذات معاملات ثبات وصدق مرتفعة ، وذلك كما هو موضح علي النحو التالي :

١ - قائمة نوبات الهلع ، ورهاب الخلاء (ق ه ر خ) و مقياس الدلالات الإكلينيكية التشخيصية للهلع (الفرع) = ٠.٧ وهو معامل صدق يشير إلي صلاحية قائمة نوبات الهلع ، ورهاب الخلاء (ق ه ر خ) لقياس أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء .

٢ - اختبار القلق النفسي للأطفال ، والمراقبين تأليف : أ . د / محمد نجيب الصبوة يستخدم كمحك صدق لاستخبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ، ورهاب الخلاء رقم (ه) وكان معامل الصدق = ٠.٥١ مما يشير إلي صدق اختبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ، ورهاب الخلاء والاعتماد عليه في تحديد مستوى القلق لدي من يعانون من نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء .

٣ - اختبار التقدير الذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (صيغة المريض) مع صيغة (الأقارب) وكان معامل الصدق = ٠.٨٥ مما يشير إلي صدق المقياس والاعتماد عليه في تحديد مستوى التحسن في أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء .

الصياغة المعرفية - السلوكية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء :

يقصد بالتصور المعرفي - السلوكي أو فهم الحالة ، وصياغتها في شكل مصطلحات معرفية - سلوكية (١٦) هو ذلك الفهم الذي يتوصل إليه المعالج النفسي للحالة بناءً علي البيانات الذاتية أو الشخصية ، والموضوعية التي جمعها من مصادر شتى ؛ من بينها المريض أو المنحرف ، ووضع هذا الفهم ، والصياغة في شكل مصطلحات معرفية - سلوكية ، بحيث يمكن أن يعرف أسباب نشأة المرض أو الانحراف ، وتطوره ، وتفاقمه .

و توفر أساليب الفحص للمعالج البيانات الأساسية ، والاضطرابات التي تشكو منها الحالة ، ويترتب علي ذلك وضع صياغة لها عبارة عن فهم المعالج ، وتفسيره لأسباب معاناتها من المرض ، أو الانحراف ، وبيان جوانب القوة ، والضعف فيها ، ويقصد بصياغة الحالة من المنظور المعرفي - السلوكي ، " القدرة علي كتابة تقرير نفسي عيادي للمريض النفسي ، أو الانحراف السلوكي ، والأخلاقي ، بشكل يعكس تكامل النظرية النفسية

التي يعتنقها المعالج النفسي مع ممارسته المهنية العيادية ، ويعكس تكامل مجالات تعقيد الخبرة النفسية المرضية البشرية التي يرويها المريض النفسي ، أو المنحرف ، وتعكس توظيف الأسلوب الشخصي للمعالج النفسي في الكتابة العلمية المهنية ، وفي مهارات الفحص الشامل ، والتقدير النفسي العيادي ، وفي مهارات وضع خطط العلاج النفسي ، أو أي برنامج من برامج التدخل ، وإجراءات تحقيق أهدافها " (محمد نجيب الصبوة، ٢٠١٥: ١٢) .

أما الفوائد العلمية من صياغة الحالة ، فتتمثل في :

- قدرة المعالج علي فهم الحالة ، والتنبؤ بمصيرها ، ومعرفة مشكلاتها ، وهل هي حالة معقدة وعميقة أم حالة بسيطة ، وسطحية .

- تساعد المعالج النفسي في صياغة الأهداف العلاجية طويلة المدى الكبرى ، وقصيرة المدى الفرعية القابلة للتقييم ، والتدخل بكافه أشكاله .

- تساعد المعالج النفسي في اختيار أساليب العلاج المعرفي - السلوكي التكاملية في أية مرحلة عمرية ، كما تساعده علي تفهم مشاعر المرضى ، وأحوالهم المزاجية ، وانفعالاتهم ، وتعبيراتهم الجسمية ، وأنماط سلوكهم ، كذلك فإنها مقوم أساسي من مقومات إقامة علاقة علاجية جيدة مع المريض أو المنحرف .

أسئلة صياغة الحالة :

- ١ - كيف أصيب المريض النفسي أو المنحرف بهذا الاضطراب (تاريخ الحالة المرضية) أو الانحراف ؟
- ٢ - وما أهم المواقف ، والأحداث ، والذكريات السيئة ، والتجارب ، والتفاعلات السيئة التي مرت بها الحالة ، وتدخلت في تطوير حالتها المرضية أو الانحرافية ؟ (المعتقدات الأساسية)
- ٣ - وما الاتجاهات ، والقواعد ، والفروض (المعتقدات الوسيطة) التي تعاني منها الحالة ؟
- ٤ - وما الخطط التعويضية ، والإرجاع التي استخدمها المريض أو المنحرف طوال حياته ليتوافق مع كل من المعتقدات الجوهرية ، والوسيطه ؟
- ٥ - وما الأفكار الآلية السلبية ، والصور الذهنية ، والخيالات المرضية التي ساعدت علي رسوخ المرض أو الانحراف ، وتطوره ، وتفاقمه ؟
- ٦ - وما هي المواقف ، والأحداث التي تفاعلت مع هذه الأفكار ، والصور الذهنية السلبية ، بحيث تُشكل مسار حياة المريض الراهنة ، ومعاناته من المرض ؟ وما جوانب القوة لدي المريض ؟
- ٧ - وما الذي يحدث في حياة المريض أو المنحرف الآن ؟ وكيف يري المريض ذاته ، وحاضره ، وماضيه ، ومستقبله ، والعالم الذي يعيش فيه ، وتفاعلاته الاجتماعية ، وعلاقاته بين الشخصية ، وإنجازاته ؟ انطلاقاً من أن طريقة تفكيره تشكل انفعالاته ، وحالاته المزاجية ، وسلوكه ، وحالاته الجسمية ، ومن ثم إذا تحسنت طريقة التفكير تحسنت الحالة المزاجية ، والجسمية ، والسلوكية (محمد نجيب الصبوة، ٢٠١٣) .

المعتقدات الأساسية (الجوهرية)

المعتقدات الوسيطة

هي الطريقة التي يفسر بها المريض المواقف ، وتصب أفعالها مباشرة في النتائج أو العواقب

الخطط التعويضية

الأفكار الآلية

الإرجاع

(مزاجية ، وانفعالية - فيزيولوجية ، وجسمية سلوكية " الأفعال ، والتصرفات ")

التدخل العلاجي

العلاج المعرفي - السلوكي

يمكن في تعديل أو تغيير أو تبديل الأفكار السلبية بأفكار إيجابية

شكل (١) رسم تخطيطي

النموذج المعرفي - السلوكي لصياغة الحالة المرضية وفهمها

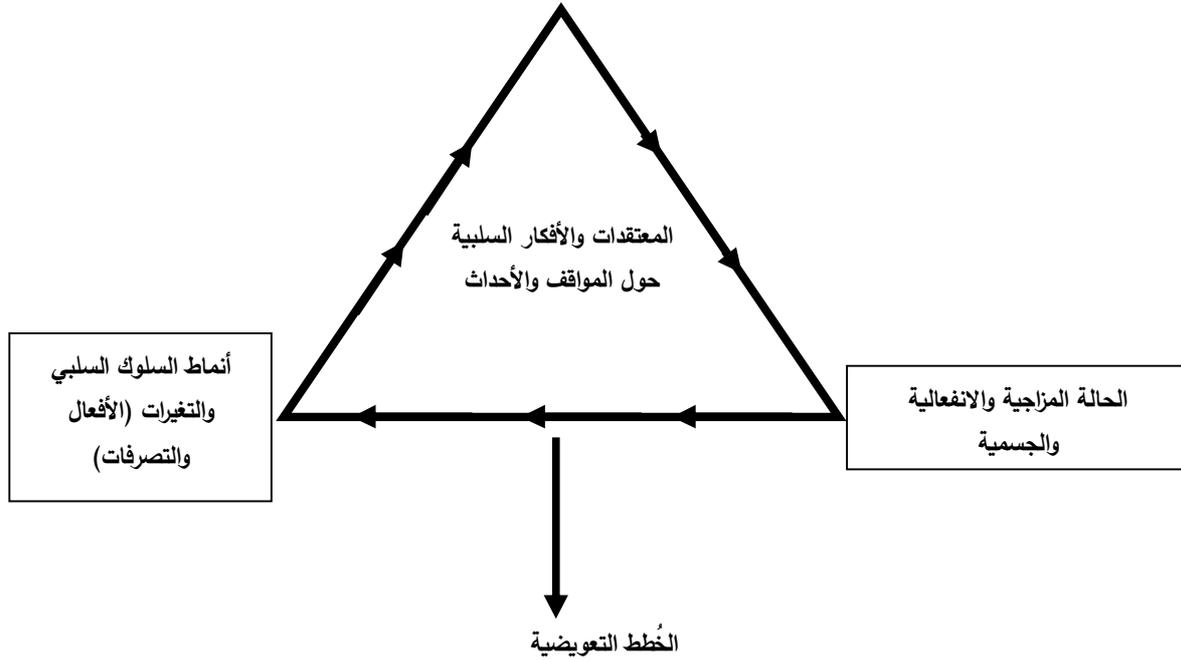
نقلاً عن (محمد نجيب الصبوة ، ٢٠١٣)

حيث يبدأ المُعالج النفسي بتجميع معلومات أولية عبارة عن مقدمة مليئة بجوانب الضعف ، والقوة كاستهلاله حول طبيعة اضطراب المريض ، ثم التعرف علي الموقف المشكل عند المريض ، وتعليمه ذلك ، ونقول له أن الصياغة المعرفية - السلوكية لحالتك تتمثل في الموقف الذي فجر عندك المشكلة ، ثم تلقي الضوء علي شكل الانفعال أو الانحرافات السلوكية التابعة للمشكلة ، ونسأله عن الأفكار ، والمعتقدات حول هذا ، وكيف يستجيب في ظل هذه الأفكار ، والمعتقدات ، والتي سينتج عنها الزُمالات المرضية المطلوب علاجها ، وكيف يستجيب لذلك بخطط تعويضية ، وما هي معتقداته الوسيطة ، ثم نعلمه بمعتقداته الأساسية ، ومخططاته حيال ذلك كله .

النموذج المعرفي - السلوكي لتفسير منشأ نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء :

من المهم جداً أن يتعرف المريض علي ما يُعرف بالنموذج المعرفي - السلوكي ، وهو من أسهل الطرق لتفسير منشأ الاضطرابات النفسية بشكلٍ عامٍ حيث نكشف للمريض عن المعتقدات ، والأفكار السلبية حول الذات

، والآخرين ، أو العالم من حوله ، والماضي ، والحاضر ، والمستقبل ، وشكل العلاقات الاجتماعية بين الشخصية الأمر الذي سيؤتي ثماره ويعمل علي نجاح عملية العلاج ويرسي سفينتها للبر .



شكل (٢) رسم تخطيطي النموذج المعرفي - السلوكي لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء

نقلًا عن (محمد نجيب الصبوة، ٢٠١٣: ٨-١١)

ويقوم العلاج المعرفي - السلوكي أساساً علي النموذج المعرفي ، والذي يفترض أن مشاعر الناس ، وسلوكياتهم تتأثر بإدراكهم للأحداث . إنه ليس موقفاً بذاته هو الذي يحدد كيف يشعر الناس ، ولكنها الطريقة التي يفسرون بها ذلك الموقف (Beck , 1964 ; Ellis , 1962) من خلال (جوديث بيك ، ٢٠٠٠: ٣٦) .

ويجب علي المعالج النفسي أن يشرح للمريض الصياغة المعرفية - السلوكية لحالته ، ويشرح له كل مشكلة مرهشكالاته ، وعلاقتها بالأسلوب العلاجي الذي سُدُّ طَبَقُه ، وكيف نُطَبِقُه ، حيثُ أثبت كثير من الدراسات أنه لن تكون هناك أية فائدة من العلاج لو لم نشارك المريض معنا في كل شيء بل والأهم أن يفهم ما سيقوم به ، ولماذا سيقوم به ، وما هي فائدته بالنسبة لحالته ، ويتأكد المعالج تماماً أن المريض قد فهم ، واستوعب عن ظهر قلب الأسلوب العلاجي المطلوب منه تطبيقه حتي يتسني للمريض تنفيذه في الفترة المنقضية بين الجلساتين كواجب منزلي ، إذن أهم شيء ، وقبل أي تدخل علاجي أن يفهم المريض المشكلة ، ويعرف كيف سيخلصه منها تطبيق أسلوب أو أكثر من الأساليب العلاجية .

خامساً : البرنامج المعرفي - السلوكي لتحسين أعراض حالات نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء :

قام الباحث بإعداد برنامج معرفي - سلوكي لتحسين أعراض حالات نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، وقد اطلع الباحث علي عدد من البرامج المتخصصة ، والكثير من المراجع العلمية التي تتميز بوضوح الرؤية والرصانة العلمية ، وأيضاً المواد العلمية المتوفرة بعد حضور عدد من الدورات التدريبية العلاجية ، وورش العمل المتخصصة في العلاج المعرفي - السلوكي للاضطرابات النفسية التي تلقاها الباحث علي يد أ . د / محمد نجيب الصبوة ، وذلك للوصول لأفضل صيغة لإعداد البرنامج الحالي . واشتمل البرنامج علي مراحل ثلاث متتالية :

١ - المرحلة الأولى : المرحلة قبل العلاجية " مرحلة تحديد خط الأساس "وهي في هذا البرنامج تُمثل " ثلاث جلسات " ، والهدف منها تقييم مشكلات المرضى بنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء وتحديد أعراضه قبل التدخل العلاجي .

٢ - المرحلة الثانية : التدخلات العلاجية وإنهاء البرنامج " مرحلة التدخّل المعرفي - السلوكي " مرحلة جلسات التدخّل الفعلي بعد تحديد خط الأساس ، والإحاطة بكل المشكلات المعرفية ، والاجتماعية ، والفسولوجية الجسمية ، والانفعالية (المشاعر) ، والسلوكية ، وهي في هذا البرنامج تُمثل " ثماني جلسات " ، ثم جلستين تعزيزيتين ويُنهي البرنامج العلاجي .

٣ - المرحلة الثالثة : مرحلة المتابعة التي يجب أن تكون ضعفي زمن مرحلة التدخل ، وتنقسم إلي مرحلتين : أولاً - متابعة أولي . ثانياً : متابعة ثانية من دون تدخل .

ومدة كل جلسة (٩٠) دقيقة ، بواقع جلسة أسبوعياً ، عدا جلسات المرحلة الأولى من البرنامج فتكون بفاصل زمني يوماً واحداً بين كل جلستين ، وتم تنفيذ البرنامج في الفترة من شهر ديسمبر ٢٠١٤ م حتي شهر أكتوبر ٢٠١٥ م علي مجموعتي الدراسة أي ما يعادل (١٢) شهلاً كاملين^(٩) ، وتلقت المجموعة التجريبية التي تعرضت للعلاج المعرفي - السلوكي علي مدار ١٣ جلسة علاجية ، بواقع جلسة أسبوعياً ، بالإضافة إلي جلستي المتابعة ، وتلقت المجموعة الضابطة عدد (٦) جلسات موزعة علي مدة تساوي مدة تنفيذ البرنامج العلاجي للمجموعة التجريبية ، لا يتم التعرض خلال هذه الجلسات لأي من آليات وأساليب علاج نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، وكل جلسة من هذه الجلسات تشمل مجموعة مختلفة من أساليب العلاج المعرفي - السلوكي الموجودة جميعاً بالبرنامج العلاجي .

(٩) الزمن الكلي لتطبيق البرنامج كالتالي : بدايةً من شهر ديسمبر ٢٠١٤ م حتي شهر أكتوبر ٢٠١٥ م أي ما يعادل ١٢ شهر كاملين ويمكن تفسير ذلك علي النحو التالي :

١ - المدة الزمنية لتطبيق تجربة البرنامج كانت عبارة عن (١١) أسبوعاً أي ما يعادل ثلاثة شهور لإربع الشهور وكانت في (شهر ديسمبر ٢٠١٤ م + شهر يناير ٢٠١٥ م + الثلاثة أسابيع الأولى من شهر فبراير ٢٠١٥ م) .

٢ - المتابعة الأولى = نفس زمن البرنامج وكانت في (الأسبوع الرابع من شهر فبراير ٢٠١٥ م + شهر مارس ٢٠١٥ م + شهر أبريل ٢٠١٥ م + الأسبوعين الأوائل من شهر مايو ٢٠١٥ م) .

٣ - المتابعة الثانية = ضعفاً زمن البرنامج أي (٢٢) أسبوعاً أي (٥) شهور ونصف وكانت كالتالي (أسبوعين من شهر مايو ٢٠١٥ م + شهر يونيو ٢٠١٥ م + شهر يولييه ٢٠١٥ م + شهر أغسطس ٢٠١٥ م + شهر سبتمبر ٢٠١٥ م + شهر أكتوبر ٢٠١٥ م) .

أولاً : الأهداف العلاجية الكبرى أو طويلة المدى^(١٧) للمرضي المصابين بنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء :

م	الهدف العلاجي طويل المدى	الآليات والأساليب والعلاجية المعرفية – السلوكية المستخدمة
١	تقليل حجم الخوف للمريض بحيث يمكن للمريض بسهولة ترك البيت ، وأن يشعر بالراحة التامة حينما يوجد في بيئات عامة .	(جميع أساليب العلاج النفسي المعرفي – النموذج المعرفي – صياغة الحالة من المنظور المعرفي السلوكي) .
٢	تعليم المريض النموذج المعرفي ، ويعني الربط بين المعتقدات والأفكار السلبية حول الإحساسات الجسمية ، وبين المواقف والأحداث المنشطة لهذه الأفكار الخاطئة من ناحية ، ثم أخذ تقييم لشدة كل حالة من هذه الحالات بدرجة من عشرة أو من مئة .	(النموذج المعرفي السلوكي) .
٣	تعليم المريض كيفية التعرف علي الأفكار الآلية السلبية ، واكتشافها مع بيان دورها المعطل ، وتعليم المريض أساليب تعديلها وتفنيدها .	(طرح السؤال الرئيس من المعالج للمريض من خلال ملاحظته الإكلينيكية للمريض – والتذكر عبر الماضي " تذكر الأحداث التي وقعت في القريب من منذ أسبوع أو أسبوعين ، وذلك بعد السؤال الرئيس " – التخيل وبعد ذلك السؤال الرئيس – أداء الأدوار ثم السؤال الرئيس – التحدث عن فكرة مضادة أو مثال عكسي ثم السؤال الرئيس – طريقة قائمة الأفكار الآلية السلبية المرتبطة بأي مواقف وماذا تعكس من مشاعر وانفعالات – استخدام بطاقة الحلول البديلة والتذكرة عند اللزوم " بطاقة التذكرة التكميلية " – طريقة النقاط المرجعية " أقرب الزملاء والأصدقاء أو الأقارب كنموذج " أو استخدام الآخرين كنقاط مرجعية – طريقة تحويل الأسئلة – طريقة استخدام " السام " سجل الأفكار السلبية المعطلة – قراءة الأفكار الآلية " وصياغتها صياغة دقيقة " التي تعكس المعتقدات الوسيطة والأساسية الناتجة عن توجيه السؤال الرئيس – تقديم الجزء الأول من الفرض أو الافتراض بشكل إيجابي أو سلبي ونطلب من المريض تقديم الجزء الثاني – صياغة القواعد والاتجاهات بطريقة مباشرة . " مثل قائمة بأخطاء التفكير لروبرت ليهي " ، واستخدام أسلوب السهم الهابط " مرهون بالفموض في معنى الفكرة " ، و فحص عدد الأفكار الآلية لاكتشاف المعتقد المشترك بينها وتكراره فيها ، و التساؤلات السقراطية ، والمتصلات المعرفية ، و تبادل أدوار المنطقي الانفعالي ، و العمل بقاعدة كما لو غيرها)
٤	ن يكون المريض قادراً علي السفر بعيداً عن المنزل باستخدام وسائل النقل العامة المغلقة ، أو وسيلة مواصلات خاصة به كسيارته ، أو ما شابه ذلك .	
٥	تقليل الخوف من مصادر الاستشارة الانفعالية المحفزة والباعثة لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، وجعل هذا القلق ، والخوف طبيعيين .	(التعرض التخيلي ، والتعرض المباشر في الحياة ، والاسترخاء العضلي العميق)
٦	تقليل السلوك الروتيني للمريض .	(أداء الأدوار)
٧	القضاء علي الخوف ، ومحاولة توكيد الذات عبر الاستعانة بأشخاص ، ووجوه يستمد منهم الأمن والأمان .	(النمذجة ، وتعلم خطط المواجهة والتصدي ، والتزويد بالمعلومات النفسية ^(١٨) .

(17) Long – term therapeutic goals .

(18) Psycho education Technique .

تابع: أولاً : الأهداف العلاجية الكبرى أو طويلة المدى للمرضي المصابين بنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء :

م	الهدف العلاجي طويل المدى	الآليات والأساليب والعلاجية المعرفية – السلوكية المستخدمة
٨	التحكم في نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء باستخدام الأساليب التي تعلمه التحكم والسيطرة وضبط الذات ، ثم أسلوب الحوار الذاتي .	(التعليم النفسي ، وإعادة البناء المعرفي للأفكار الخاطئة ، والتحكم في معدل التنفس ، والتدريب علي الاسترخاء) .
٩	تعليم المريض أن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء لا تجلب المرض العقلي ، ولا تجلب فقدان السيطرة علي النفس ، وليست سبباً في النوبات القلبية .	التمرينات التخيلية أو التصورية ، والتعرض الاستبطاني أو الموقفي

ثانياً : الأهداف العلاجية الفرعية أو قصيرة المدى^(١٩) للمرضي المصابين بنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء :

- ١ - التعبير عن نوبات الهلع والتركيز علي سرد المحفزات علي ذلك بمنتهي الدقة .
- ٢ - تقديم أمثلة علي الظروف والأسباب التي تسبب الخوف والذعر الشديدين .
- ٣ - أن يَصبح المريض قادراً علي تنفيذ تمارين الاسترخاء وتمارين ضبط التنفس .
- ٤ - استخدام التخيل البصري الموجه للتعرف علي مصادر التهديد عند المريض .
- ٥ - أن يتعاون كل من المعالج والمريض لتفعيل الحساسية المفرطة لنوبات الهلع عند المريض تمهيداً لجعلها طبيعية وغير مهددة .
- ٦ - تعرف المريض علي دور الأفكار الآلية ومدى سيطرتها علي حدوث نوبات الهلع .
- ٧ - أن يصبح المريض علي دراية كافية بأن الاستجابات الجسمية ذات علاقة وطيدة الصلة بشكل انفعالاته وتقديره للموقف (النموذج المعرفي) .
- ٨ - استشارة المريض بما يستدعي نوبات الهلع ومحاولة تعليمه كيفية ضبط مشاعر السيطرة عليها ، والتعامل معها بهدوء وراحة .
- ٩ - ترسيخ معني ألا وهو أن يدرك المريض حجم الخوف الطبيعي ، وكيفية التعرف عليه تمهيداً لاقتلاع جذور التهويل والتضخيم الخ .
- ١٠ -التعبير عن الخبرات المؤلمة للمريض بشكل عقلائي وذُلمه كيفية تفرغ الموقف من شحنته الانفعالية .
- ١١ - تعليم المريض أن استجابة الذعر ونوبات الهلع مرتبطة بمعتقداته وتفسيره للموقف معرفياً .
- ١٢ - أن يتعود المريض علي استدعاء ما يسمي بالحديث العقلائي الذاتي ما بينه وبين الآخرين أو بينه وبين نفسه بهدف تقليل حده الخوف والذعر الشديدين وجعلهم في مستواهم الطبيعي الأمر الذي ينعكس بدوره علي استجابته السلوكية حيال الموقف .
- ١٣ - تكرار استخدام حديث النفس الايجابي الذي يواس النفس ويجعلها قادرة علي الاستعداد لتحمل أعراض نوبات الهلع دون عواقب وخيمة .

(19) Short – term therapeutic goals .

١٤ - استخدام أساليب وتمارين الاسترخاء وتمارين ضبط التنفس العميق لوقف نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء .

* كما تم استخدام مجموعة من الفنيات العلاجية المعرفية - السلوكية المهمة مع هذا الاضطراب منها :
(إعادة تشكيل البنية المعرفية ، وإعادة التدريب علي التنفس ، والاسترخاء ، والتعرض الباطني ، والتعرض الموقفي ، والتعرض المكثف مقابل المتقطع^(٢٠) ، والتعرض المتدرج مقابل الحاد أو المجهد^(٢١) ، والهرب المنظم مقابل التحمل^(٢٢) ، والتشتت والإلهاء^(٢٣) .
قوائم المشكلات :

تتمثل المشكلات التي يعاني منها مرضي نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء في التالي :

* **المشكلات الانفعالية** : الخوف من الخروج أو النوم أو الجلوس بمفردهم دون وجود الأب ، أو الأم ، أو الأخت الصغرى - الفزع الشديد من الأحداث المستقبلية مهما كانت بسيطة ، وعادية - الخوف الشديد من الإحساسات الجسمية الناتجة عن مستويات القلق المرتفعة كضربات القلب السريعة ، ومعدل التنفس السريع ، ورعشة الأطراف ، والإحساس بخفة الدماغ .

* **المشكلات السلوكية** : التجنب - الانسحاب - السعي المبالغ فيه نحو التطمين الذاتي .

* **المشكلات المعرفية** : أفكار حول حدوث أمر كبير - أفكار حول عدم القدرة علي التصرف في هذه المواقف - أفكار خطأ حول احتمالات التهديد غير المؤكدة في المستقبل .

* **المشكلات الاجتماعية** : انسحاب تام من جميع مواقف التفاعل الاجتماعي الجديدة ، وعدم التواجد في تجمعات من الناس ، ولا حتي التواجد منفردين .

* **المشكلات الدراسية والمهنية** : عدم الذهاب لمكان الدراسة أو العمل ، وبالتالي التهديد بالفصل من دراستهم أو من أماكن عملهم .

* **العوامل المهيأة** : غياب أحد أفراد الأسرة أو موت أحدها كموت الأم أو الأب " مصدر الأمان " بالنسبة للمرضي ، وأن يتواجد تاريخ وراثي من الخوف والذعر لدي باقي أفراد الأسرة أو العائلة بشكل عام .

* **أما عن الحدث أو الأحداث المرسبة (المنشطة)** : فتتمثل في تطور هذه المشكلات بدون وجود علاج لها ، وعدم قدرة المرضي السيطرة علي نوبات الهلع أثناء سفرهم بعيداً عن الأماكن المأهولة بالسكان أو المناطق الصحراوية ، الأمر الذي يجعلهم يتجنبون السفر في الطرق غير المأهولة ، والطرق السريعة ، والأماكن المزدحمة، ومكوئهم في المنزل بدون خروج .

سادساً : خطة التحليلات الإحصائية للبيانات :

تكونت عينة الدراسة الأساسية من (١٢) تم تقسيمهم لمجموعتين ، ونظراً لعدم إعتدالية توزيع البيانات ، بل حدوث التواء وتقطع لها ، كذلك وجود بعض المتغيرات المنفصلة في الدراسة فإن استخدام الأساليب

(20) Massed versus spaced exposure .

(21) Graduated versus Intense Exposure .

(22) Endurance .

(23) Distraction .

الإحصائية المعلمية لا يصلح في هذه الدراسة ، لذلك تم استخدام الأساليب الإحصائية اللامعلمية للتحقق من فروض الدراسة الراهنة ، ولذلك تم استخدام الأساليب التالية :

(١) اختبار مان ويتني يو^(٢٤) لاختبار الفروق بين مجموعتي الدراسة علي متغيراتها ، وهو اختبار لا معلمي قوي ، يُستعان به للمقارنة بين عينتين مستقلتين حينما تكون بيانات كل عينة في صورة رُتبية أو حولت بياناتها العددية إلي صورة رُتبية (زكريا الشربيني ، ١٩٩٠ : ١٨٧) ، وهو أحد الأساليب الإحصائية اللامعلمية التي تسعى إلي التحقق من الفروق بين مجموعتين لهما مشاهدات متعددة تحت ظروف تجريبية مختلفة (ضياء الدين عادل محمد ، ٢٠١٦ : ١٢٨) .

(٢) اختبار رُتب الإشارة لويلكوكسون^(٢٥) ويسمى باختبار إشارات الرتب ، ويستخدم هذا الاختبار في تحديد ما إذا كان هناك اختلاف أو فروق بين عينتين مرتبطتين فيما يتعلق بمتغير تابع معين ، ويعد بديلاً لا بارامترياً لاختبار (T) لعينتين مرتبطتين ، وتشتمل العينتان على المجموعة من الأفراد نفسها يجري عليهم قياس قبلي ، وقياس بعدي ، وفي مثل هذه الحالة يكون لكل فرد من أفراد العينة درجتان إحداهما تمثل درجته في الاختبار القبلي والثانية تمثل درجته في الاختبار البعدي ، و يستخدم مع البيانات العددية فقط دون الإسمية ، وستعرض الفقرة التالية لهذه النتائج تفصيلاً باستخدام الجداول الإحصائية .

(٣) اختبار فريدمان^(٢٦) يستخدم هذا الاختبار عندما يريد الباحث أن يعرف ما إذا كان هناك فروق بين عدة مجتمعات (مجتمعين فأكثر والبيانات موزعة في أكثر من فئتين) .

ومن الضروري الوقوف علي المقارنات المستخدمة فيها الأساليب الإحصائية السابقة وهي كالتالي :

أولاً : نتائج الفروق بين مجموعتي الدراسة في الأداء علي مقاييس الدراسة التي من خلالها نتابع مقدار التحسن بين المجموعات عبر المراحل العلاجية المتتالية ، وذلك علي النحو التالي :

أ - الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي .

ب - الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في المتابعة الأولى والثانية (أ و ب تعني كفاءة وفعالية البرنامج العلاجي^(٢٧)) .

ج - الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في تقديرهم الذاتي لأنفسهم وأيضاً ذوي المرضي وأقاربهم وأصدقائهم من حيث مدى تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (تعني تأثير البرنامج العلاجي من وجهة نظرهم) .

ثانياً : نتائج الفروق داخل مجموعتي الدراسة - كل منها علي حدة - في الأداء علي أدوات الدراسة لمتابعة مقدار التحسن لكل مجموعة عبر المراحل العلاجية المتتالية ، وذلك علي النحو التالي :

أ - الفروق داخل المجموعة التجريبية بين القياس البعدي والقياس القبلي .

ب - الفروق داخل المجموعة التجريبية بين مرحلتي المتابعة وبين القياس القبلي (أ و ب تعني كفاءة أو فعالية

(24) Mann – Whitney Test .

(25) Wilcoxon Signed Ranks Test .

(26) Friedman Test .

(27) Efficacy .

البرنامج العلاجي) .

ج - الفروق داخل المجموعة التجريبية في تقديرهم الذاتي لأنفسهم وأيضاً ذوي المرضى وأقاربهم وأصدقائهم من حيث مدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (تعني تأثير البرنامج العلاجي من وجهة نظرهم).

عرض نتائج الدراسة

أولاً : نتائج الفروق بين مجموعتي الدراسة في الأداء علي مقاييس الدراسة التي من خلالها نتابع مقدار التحسن بين المجموعات عبر المراحل العلاجية المتتالية .

نتائج الفرض الأول :

أ - الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي (وهو ما يعبر عن كفاءة أفعالية البرنامج العلاجي Efficacy) ، وهو ما جاء بالفرض الأول القائل "متوسطات المجموعة التجريبية في القياس البعدي أقل جوهرياً من متوسطات المجموعة الضابطة علي استخبارات الدراسة كل منها علي حدة وهي (قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، و قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق هر خ) ، و اختبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م هر خ) " وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار مان ويتي يو كما سنعرض للنتائج في الجدول رقم (٥) .
وفي البداية لابد أن نعرض لجدول نقارن فيه بين المجموعتين التجريبية والضابطة في خط الأساس سواء للفعالية والتأثير كما يلي :

جدول (٤) الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في خط الأساس " القياس القبلي "

الفروق	المجموعة الضابطة (ن) =		المجموعة التجريبية (ن) =		المجموعة المقاييس
	ع	م	ع	م	
١,٦٨ -	٧,٨٢	٥٧,٠٦	٩,٥٨	٤٧,١٧	قائمة المعتقدات ، والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء
١,٣٧ -	٤,٨٢	٤٩	١٠,٧٥	٤٢,٢٣	قائمة نوبات الهلع ، و رهاب الخلاء (ق هر خ)
٠,٩٦ -	٧,٣٧	٥٦,٦٧	٨,٨٣	٥٢,٠٦	استخبار الدلالات الإكلينيكية التشخيصية للهلع (الفرع)
٠,٠٨ -	١٨,٢٦	٩٧,٥٠	١٩,٤٢	٩٨,٦٧	استخبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ، و رهاب الخلاء (أ ق م هر خ)
٠,٩٥ -	٧,٣٥	٤٠,١٠	٨,٨٣	٤٥,١٢	استخبار القلق النفسي للأطفال ، والمراهقين
٠,٩٤ -	٧,٣٧	٥٥,٦٧	٧,٧٥	٥١,٠٤	استخبار تقدير ذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (صيغة تقدم للمريض)
٠,٠٨ -	١٨,٢٦	٤٩	١٩,٤٢	٤٢,٢٣	استخبار تقدير ذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (صيغة تقدم لأي شخص مقرب للمريض)

وتكشف النتائج في جدول (٤) عن أنه لا توجد فروق جوهرية بين مجموعتي الدراسة فيما يتعلق بالأداء علي أدوات الدراسة في قياس خط الأساس (القياس القبلي) ، ويشير ذلك إلي التكافؤ بين عينتي الدراسة في مستوي شدة الاضطراب ، وبالتالي توحيد خط الأساس بينهما ، بما يمكن من إمكانية متابعة نتائج التدخل العلاجي .

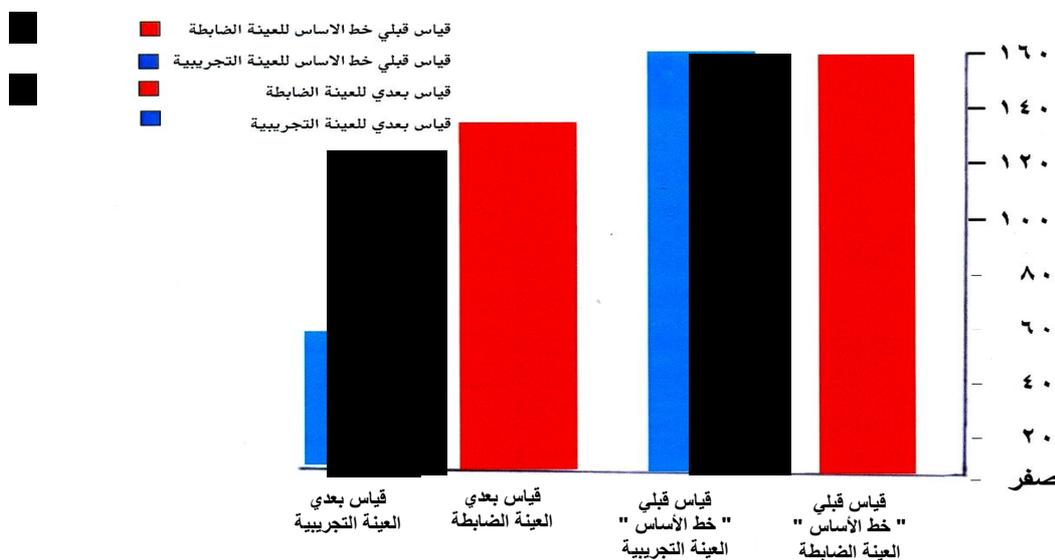
جدول (٥) نتائج اختبار مان ويتني يو لدلالة الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي

الاختبارات	المجموعة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (U) مان ويتني	مستوى الدلالة
قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء	التجريبية (ن = ٦)	٦,٦٧	٤٠,٠٠	** ٣٥,٠٠	٠,٨٧
	الضابطة (ن = ٦)	٥٢,٣٣	٤٨,٠٠	** ٣٧,٠٠	٠,٨٩
قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق هر خ)	التجريبية (ن = ٦)	٦,٣٣	٣٨,٠٠	** ٤٢,٠٠	٠,٩١
	الضابطة (ن = ٦)	٤٦,٦٧	٥٥,٠٠	** ٣١,٠٠	٠,٩٠
استخبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق هر خ)	التجريبية (ن = ٦)	٥,٨٣	٣٥,٠٠	** ٥٥,٠٠	٠,٥٢
	الضابطة (ن = ٦)	٩٠,١٧	١٩,٠٠	** ٣٤,٠٠	٠,٨٧

قيمة (U) الجدولية لاختبار مان ويتني يو عند مستوى (*) ٠,٠١ = ٢٩ ، وعند (**) ٠,٠٥ = ٢٥

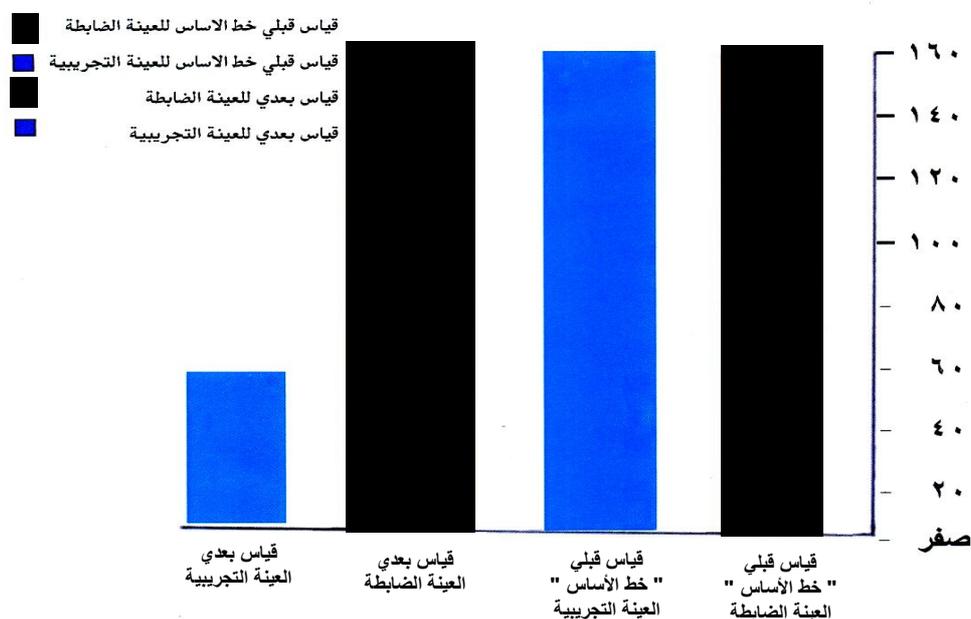
ويتضح من الجدولين السابقين (٤ و ٥) وجود فروق جوهرية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي علي قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء وذلك في إتجاه المجموعة التجريبية ، وكانت الفروق جوهرية لدي المجموعة الضابطة في القياس البعدي أثناء أدائهم علي قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق هر خ) ، و استخبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م هر خ)) مقارنةً بالمجموعة التجريبية ، وهذا يعني أنه :

١ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠,٠١ و ٠,٠٥) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي فيما يتعلق بالأداء علي قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية ، ويمكن تمثيل هذه النتيجة بالرسم أو الشكل التالي :



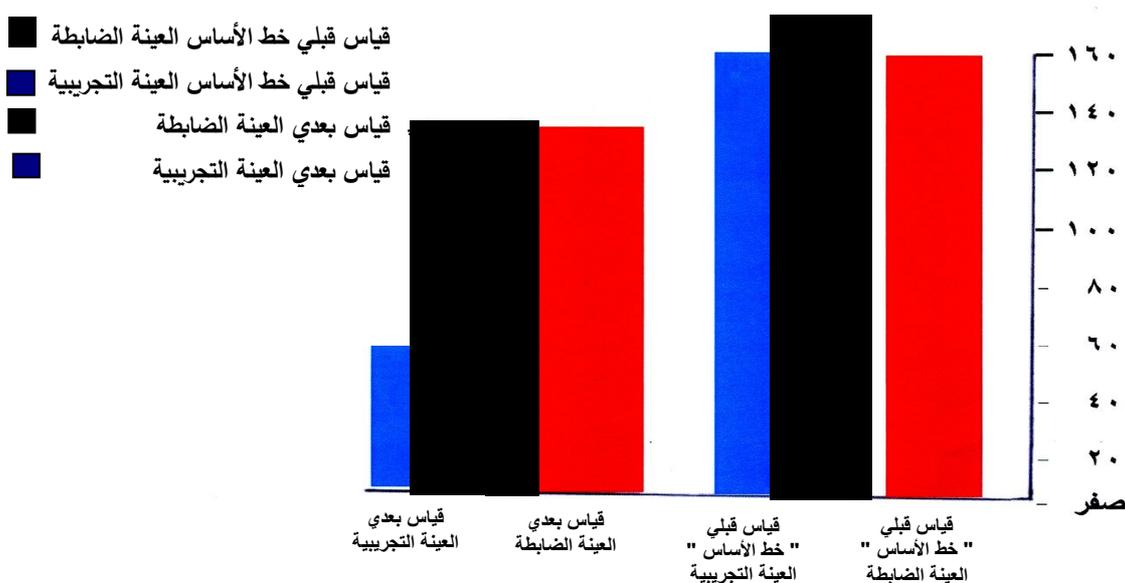
شكل (٣) متوسطات المجموعة التجريبية والضابطة في خط الأساس "القياس القبلي" و القياس البعدي علي قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠.٠٠١ و ٠.٠٠٥) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي " خط الأساس " والقياس البعدي فيما يتعلق بالأداء علي قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق ه ر خ) وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية ، ويمكن تمثيل هذه النتيجة بالرسم أو الشكل التالي :



شكل (٤) متوسطات المجموعة التجريبية والضابطة في خط الأساس " القياس القبلي " والقياس البعدي علي قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق ه ر خ)

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠.٠٠٥ و ٠.٠٠١) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي " خط الأساس " والقياس البعدي فيما يتعلق بالأداء علي اختبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م ه ر خ) وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية ، ويمكن تمثيل هذه النتيجة بالرسم أو الشكل التالي :



شكل (٥) متوسطات المجموعة التجريبية والضابطة في خط الأساس " القياس القبلي " والقياس البعدي علي اختبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م ه ر خ)

كفاءة برنامج معرفي - سلوكي وتأثيره في تحسين أعراض حالات نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء

ونخلص من النتائج السابقة إلي تحقق الفرض الأول القائل بأن متوسطات أداء أفراد المجموعة التجريبية أقل جوهرياً من متوسطات أداء المجموعة الضابطة في القياس البعدي علي قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، و كان متوسطات أداء المجموعة الضابطة علي قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق هـ التجريبية ، وهذا يعني تحسن جوهرى في الأعراض المرضية لمرضى نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء بالمجموعة التجريبية مقارنة بمستوي الأداء لدي أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي .

نتائج الفرض الثاني :

ب - الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في المتابعة الأولى والثانية (وهو ما يعبر عن كفاءة أو فعالية البرنامج العلاجي) ، وهو ما جاء بالفرض الثاني القائل "متوسطات المجموعة التجريبية في المتابعة الأولى والثانية كل منها علي حدة أقل جوهرياً من متوسطات المجموعة الضابطة للمتابعة الأولى والثانية علي استخبارات الدراسة كل منها علي حدة وهي (قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، و قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق هـ ر خ) ، و استخبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م هـ ر خ)) ، وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار مان ويتني يو .

جدول (٦) نتائج اختبار مان ويتني يو لدلالة الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في المتابعة الأولى

الاختبارات	المجموعة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (U) مان ويتني	مستوي الدلالة
قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء	التجريبية (ن = ٦)	٣,٥٠	٢١,٠٠	** ٥٠,٠٠	٤٥,٠٠
	الضابطة (ن = ٦)	٩,٥٠	٥٧,٠٠	** ٣١,٠٠	٢٢,٠٠
قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق هـ ر خ)	التجريبية (ن = ٦)	٦,٨٣	٦,٢٥	** ٤٢,٠٠	٣٥,٠٠
	الضابطة (ن = ٦)	٩,٥٠	٥٧,٠٠	** ٣٠,٠٠	٢٠,٠٠
استخبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق هـ ر خ)	التجريبية (ن = ٦)	٧,٢٠	٦,٣٤	** ٤٣,٠٠	٣٦,٠٢
	الضابطة (ن = ٦)	٩,٥٠	٥٧,٠٠	** ٣٠,٢٠	٢٢,٧١

قيمة (U) الجدولية لاختبار مان ويتني يو عند مستوي (*) $٠.٠١ = ٢٩$ ، وعند (**) $٠.٠٥ = ٢٥$

جدول (٧) نتائج اختبار مان ويتني يو لدلالة الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في المتابعة الثانية

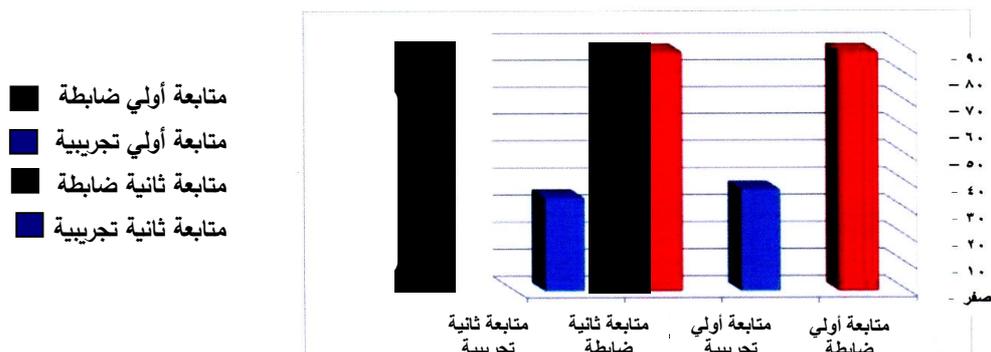
الاختبارات	المجموعة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (U) مان ويتني	مستوي الدلالة
قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء	التجريبية (ن = ٦)	٢,٥٠	١٩,٦٠	** ٥٥,٠٠	٤٩,٠٠
	الضابطة (ن = ٦)	٩,٤١	٥٦,٩٠	** ٣٠,٠٠	٢١,٠٠
قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق هـ ر خ)	التجريبية (ن = ٦)	٤,٢٠	١٧,٤٠	** ٤٥,٠٠	٣٨,٢٠
	الضابطة (ن = ٦)	٩,٥٥	٥٧,٢٠	** ٣٣,١٠	٢٢,٩٠
استخبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق هـ ر خ)	التجريبية (ن = ٦)	٥,١٠	٤,٢٠	** ٣٥,٧٤	٢٣,١٨
	الضابطة (ن = ٦)	٩,٣٠	٥٦,٩٠	** ٢٦,٤٥	١٨,٥٤

قيمة (U) الجدولية لاختبار مان ويتني يو عند مستوي (*) $٠.٠١ = ٢٩$ ، وعند (**) $٠.٠٥ = ٢٥$

ويتضح من الجدولين السابقين (٦ و ٧) وجود فروق جوهرية بين متوسطات المجموعة التجريبية في المتابعة الأولى والثانية كل منها علي حدة مقارنة بمتوسطات المجموعة الضابطة في المتابعة الأولى والثانية علي

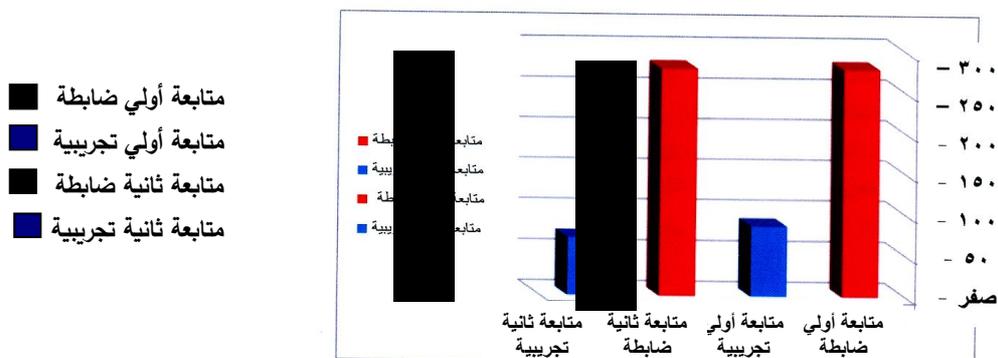
قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، و قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق هر خ) ، و اختبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م هر خ)) ، وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية ، وهذا يعني أنه :

١ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠,٠١ و ٠,٠٥) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في المتابعة الأولى والثانية فيما يتعلق بالأداء علي قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء في اتجاه المجموعة التجريبية في المتابعة الثانية ، ويمكن تمثيل هذه النتيجة بالرسم والشكل التالي :



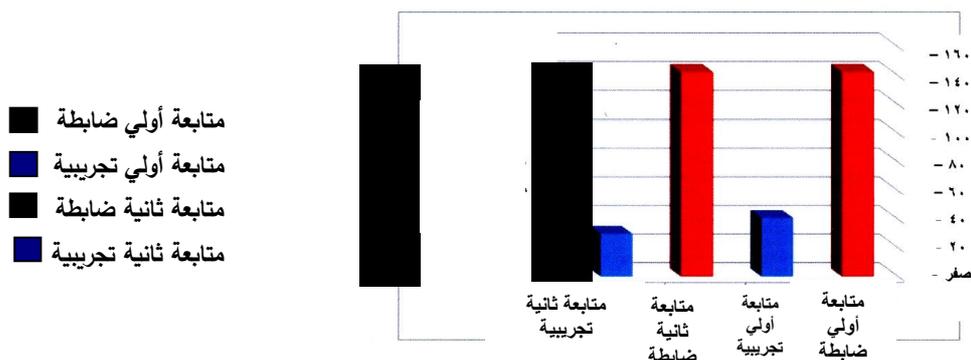
شكل (٦) متوسطات المجموعة التجريبية والضابطة في المتابعة الأولى والثانية علي قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء

٢ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠,٠٠٥ و ٠,٠١) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في المتابعة الأولى والثانية فيما يتعلق بالأداء علي قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق هر خ) في اتجاه المجموعة التجريبية في المتابعة الثانية ، ويمكن تمثيل هذه النتيجة بالرسم أو الشكل التالي :



شكل (٧) متوسطات المجموعة التجريبية والضابطة في المتابعة الأولى والثانية علي قائمة نوبات ورهاب الخلاء (ق هر خ)

٣ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠,٠٠٥ و ٠,٠١) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في المتابعة الأولى والثانية فيما يتعلق بالأداء علي اختبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م هر خ) في اتجاه المجموعة التجريبية بالمتابعة الثانية ، ويمكن تمثيل هذه النتيجة بالرسم والشكل التالي :



شكل (٨) متوسطات المجموعة التجريبية والضابطة في المتابعة الأولى والثانية علي اختبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م ه ر خ)

ونخلص من النتائج السابقة إلي تحقق الفرض الثاني القائل بأن متوسطات أداء أفراد المجموعة التجريبية أقل جوهرياً من متوسطات أداء المجموعة الضابطة في المتابعة الأولى والثانية علي (قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، و قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق ه ر خ) ، و اختبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م ه ر خ) ، كما كان هناك استقرار وتشابه في شكل أداء المجموعة التجريبية في مرحلتي المتابعة ، وأيضاً تشابه في شكل أداء المجموعة الضابطة في مرحلتي المتابعة ، ولكن كانت للمجموعة التجريبية صاحبة الأداء الأفضل الذي ي شير لوجود مستوي عام من التحسن الجوهرية في الأعراض المرضية لمرضي نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء بالمجموعة التجريبية بعد انتهاء مرحلة العلاج والمتابعة الأولى والثانية ، وكان هذا التحسن واضطاً في المتابعة الثانية للمجموعة التجريبية .

نتائج الفرض الثالث والرابع :

ج ، د - الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في تقديرهم الذاتي لأنفسهم وتقدير ذويهم لهم من حيث مدى تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، (وهو ما يعبر عن تأثير البرنامج العلاجي Effectiveness) ، وهو ما جاء بالفرض الثالث والرابع القائلان "متوسطات التقدير الذاتي لتحسن أعراض مرضي نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء من وجهة نظر أفراد المجموعة التجريبية ومن وجهة نظر ذويهم أعلى جوهرياً من متوسطات المجموعة الضابطة وذلك علي اختبار التقدير الذاتي لمدى تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (صيغة المريض) (وصيغة الأقارب) " ، وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار مان ويتني

جدول (٨)

نتائج اختبار مان ويتني يو لدلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التقدير الذاتي لتحسن أعراض اضطراب نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء من وجهة نظرهم (صيغة المريض) (صيغة أقاربهم وذويهم وأصدقائهم) في القياس القبلي (خط الأساس)

الاختبار	المجموعة	المرحلة العلاجية	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (U) مان ويتني	مستوي الدلالة
مقياس تقدير ذاتي لمدى تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (م ت ذ م ح ه ر خ) (صيغة المريض) يستخدم كحك صدق خارجي بيئي للمحيطين بالمريض (التأثير)	التجريبية (ن = ٦)	خط الأساس	٢٥,١٠	١٥٥,٥٩	١١,٤٥	٠٠٥,٠
	الضابطة (ن = ٦)	خط الأساس	٤٥,٩	٢٧٥,٥٨	١١,٤٤	٠٠٤,٠

تابع جدول (٨)

٠٤٩,٠	٠٠,٢٢	٠٠,٣٥	٣٣,٦	خط الأساس	التجريبية (٦ = ن)	مقياس تقدير ذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (م ت ذ م ح ه ر خ) (صيغة أقاربهم وذويهم وأصدقائهم) يستخدم كمحك صدق خارجي بيئي للمحيطين بالمرضى (التأثير)
٠٤٨,٠	٠٠,٢٥	٠٠,٣٨	٣٥,٧	خط الأساس	الضابطة (٦ = ن)	

قيمة (U) الجدولية لاختبار مان ويتني يو عند مستوى ٠.٠١ = ٢٥، وعند ٠.٠٥ = ٢٩

جدول (٩)

نتائج اختبار مان ويتني يو لدلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التقدير الذاتي لتحسن أعراض اضطراب نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء من وجهة نظرهم (صيغة المريض) (صيغة أقاربهم وذويهم وأصدقائهم) في القياس البعدي ومرحلتى المتابعة

الاختبار	المجموعة	المرحلة العلاجية	متوسط الرتبة	مجموع الرتب	قيمة (U) مان ويتني	مستوى الدلالة
مقياس تقدير ذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (م ت ذ م ح ه ر خ) (صيغة المريض) يستخدم كمحك صدق خارجي بيئي للمحيطين بالمرضى (التأثير)	التجريبية (٦ = ن)	قياس بعدي	٥٠,٣	٠٠,٢١	صفر	٠٠٣,٠
		متابعة أولي	٥٠,٣	٠٠,٢١		
		متابعة ثانية	٥٠,٣	٠٠,٢١		
	الضابطة (٦ = ن)	قياس بعدي	٥٠,٩	٠٠,٥٧	صفر	٠٠٣,٠
		متابعة أولي	٥٠,٩	٠٠,٥٧		
		متابعة ثانية	٥٠,٩	٠٠,٥٧		
مقياس تقدير ذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (م ت ذ م ح ه ر خ) (صيغة أقاربهم وذويهم وأصدقائهم) يستخدم كمحك صدق خارجي بيئي للمحيطين بالمرضى (التأثير)	التجريبية (٦ = ن)	قياس بعدي	٥٠,٣	٠٠,٢١	صفر	٠٠٤,٠
		متابعة أولي	٥٠,٣	٠٠,٢١		
		متابعة ثانية	٥٠,٣	٠٠,٢١		
	الضابطة (٦ = ن)	قياس بعدي	٥٠,٩	٠٠,٥٧	صفر	٠٠٤,٠
		متابعة أولي	٥٠,٩	٠٠,٥٧		
		متابعة ثانية	٥٠,٩	٠٠,٥٧		

قيمة (U) الجدولية لاختبار مان ويتني يو عند مستوى ٠.٠١ = ٢٥، وعند ٠.٠٥ = ٢٩

بادي ذي بدء يتضح من الجدول رقم (٦) من الوهلة الأولى تشابه في الأرقام التي يحتوي عليها ،

وسوف نقدم تفسيرين لهذا التشابه في الأرقام :

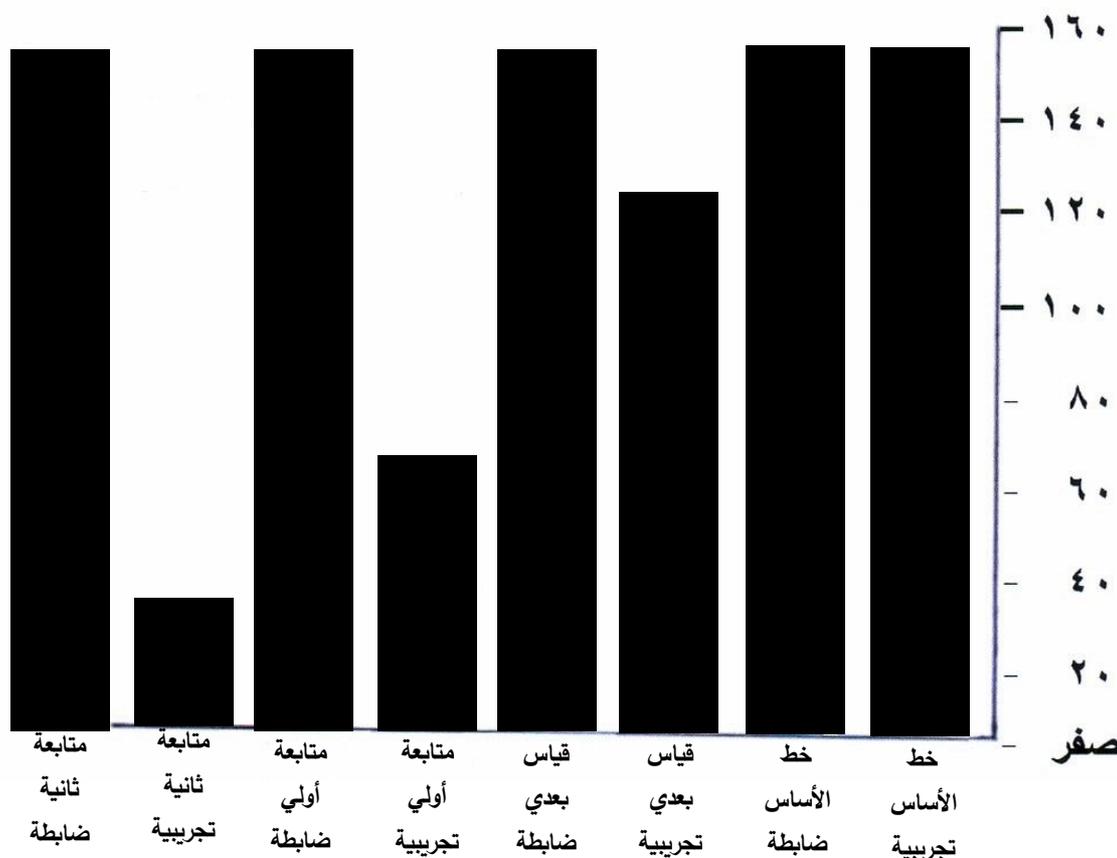
التفسير الأول : وهو تفسير علمي حيث أن الباحث أخطأ حينما ضيق واسع بمعنى أنه تبع استخباراً للتقدير الذاتي يتراوح من (صفر إلي ٣) وفقاً لما أوردناه بالملاحق ، وكان لابد علينا من التوسعة في ذلك فكلما كان التقدير الذاتي أكبر ، وضحت الاختلافات والتباينات في التقديرات الذاتية وبالتالي تختلف الدرجات الخام الإحصائية بالجدول .

التفسير الثاني : لهذا التشابه في الأرقام هو تفسير إحصائي حيث أن قيمة متوسط الرتب للمجموعة التجريبية هي (٣.٥٠) حينما نطرحها من نفسها تعطينا (صفر) ، وأيضاً في المجموعة الضابطة (٩.٥٠) لو طرحناها في مختلف مراحل العلاج ستعطينا (صفر) .

وعلي الرغم من هذا التشابه في الأرقام إلا أنه يتضح من الجدول رقم (٦ و٧) وجود فروق جوهرية بين متوسطات التقديرات الذاتية لأفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مرحلة خط الأساس و القياس

البعدي والمتابعة الأولى والثانية ، كل منها علي حدة ، علي اختبار التقدير الذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (م ت ذ م ح ه ر خ) (صيغة المريض) الذي يستخدم كمحك صدق خارجي بيئي للمحيطين بالمريض (التأثير Effectiveness)) ، وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية ، وهذا يعني أنه :

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠,٠١) بين تقدير أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لذاتهم في القياس البعدي والمتابعة الأولى والثانية فيما يتعلق بالأداء علي اختبار التقدير الذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (م ت ذ م ح ه ر خ) ، وكان ذلك في اتجاه المتابعة الأولى و الثانية ، ويمكن تمثيل هذه النتيجة بالرسم أوالشكل التالي :

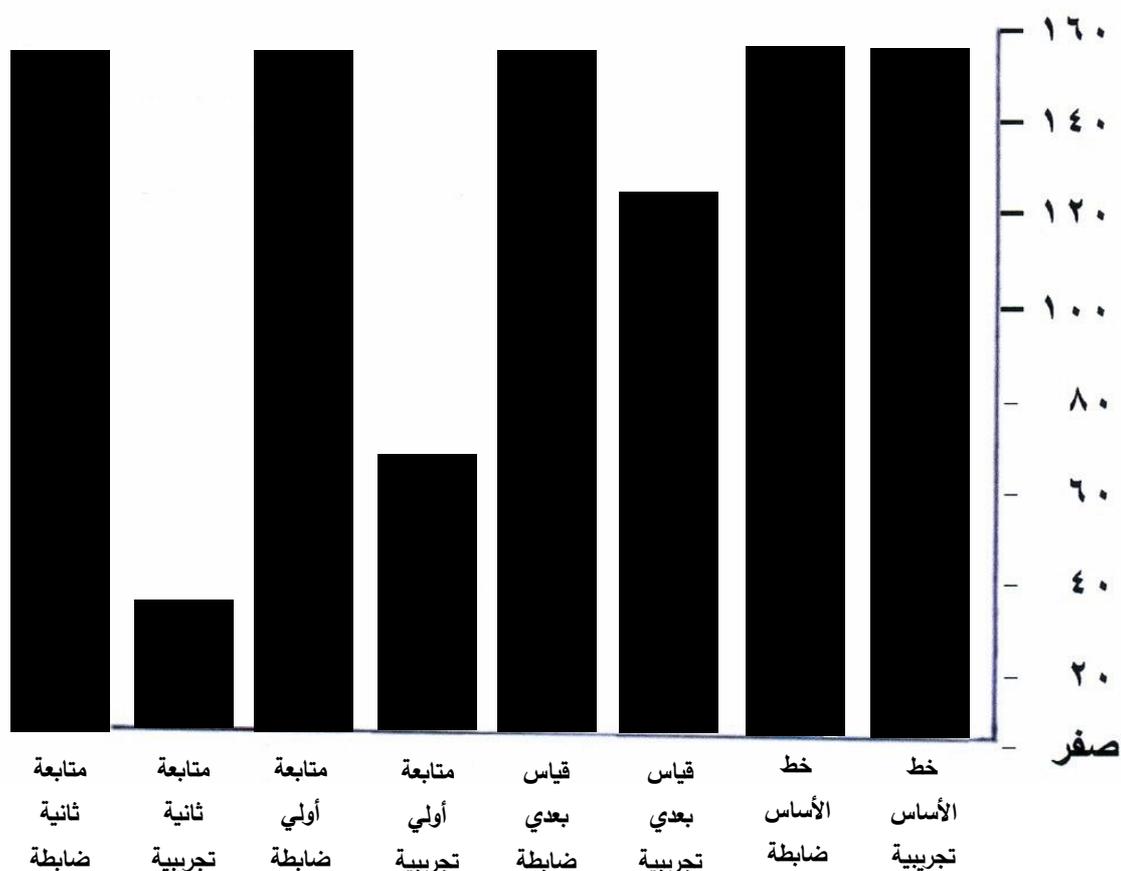


شكل (٩) متوسطات المجموعة التجريبية والضابطة في خط الأساس ، والمتابعة الأولى ، والثانية علي اختبار التقدير الذاتي لتحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (صيغة المريض) (أ ت ذ م ح ه ر خ)

كما يتضح من الجدول السابق وجود فروق جوهرية بين متوسطات التقدير الذاتي لذوي أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة وأقاربهم وأصدقائهم في القياس البعدي والمتابعة الأولى والثانية ، كل منها علي حدة علي اختبار التقدير الذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (م ت ذ م ح ه ر خ) (صيغة المريض) الذي يستخدم كمحك صدق خارجي بيئي للمحيطين بالمريض (التأثير Effectiveness)) ، وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية ، وهذا يعني أنه :

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠,٠١) بين التقدير الذاتي لذوي أفراد المجموعة التجريبية ، والمجموعة الضابطة وأصدقائهم وأقاربهم في القياس البعدي والمتابعة الأولى والثانية فيما يتعلق بالأداء علي

استخبار التقدير الذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (م ت ذ م ح ه ر خ) (صيغة الأقارب) ، ويمكن تمثيل هذه النتيجة بالرسم أو الشكل التالي :



شكل (١٠) متوسطات المجموعة التجريبية والضابطة في خط الأساس ، والمتابعة الأولى ، والثانية علي استخبار التقدير الذاتي لتحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (صيغة أقاربهم وذويهم) (أ ت ذ م ح ه ر خ)

ونلخص من النتائج السابقة إلي تحقق الفرض الثالث والرابع القائلان بأن متوسطات التقدير الذاتي لتحسن أعراض مرضي نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء من وجهة نظر أفراد المجموعة التجريبية أعلي جوهرياً من متوسطات المجموعة الضابطة ومن وجهة نظر ذويهم وأقاربهم وذلك علي استخبار التقدير الذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (صيغة المريض) ، و(صيغة الأقارب) ، كما كانت المجموعة التجريبية صاحبة الأداء الأفضل الذي ي شير لوجود مستوي عام من التحسن في الأعراض المرضية لمرضي نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء بالمجموعة التجريبية ، وظهر ذلك بوضوح في المتابعة الأولى والثانية .

ثانياً : نتائج الفروق داخل مجموعتي الدراسة - كل منها علي حدة - في الأداء علي أدوات الدراسة لمتابعة مقدار التحسن لكل مجموعة عبر المراحل العلاجية المتتالية .

نتائج الفرض الخامس :

أ - الفروق داخل المجموعة التجريبية بين القياس البعدي والقياس القبلي ، (وهو ما يعبر عن كفاءة أو فعالية البرنامج العلاجي Efficacy) ، وهو ما جاء بالفرض الخامس القائل "متوسط القياس البعدي أقل جوهرياً لدي

المجموعة التجريبية من متوسط القياس القبلي علي استخبارات الدراسة وهي (قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، و قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق ه ر خ) ، و استخبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م ه ر خ)) كل منها علي حده " ، وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار رتب الإشارة لويلكوكسون .

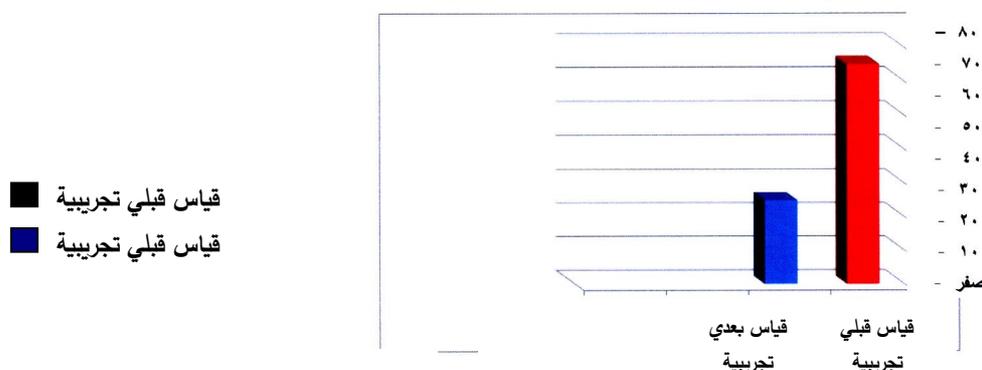
جدول (١٠) نتائج اختبار رتب الإشارة لويلكوكسون لدلالة متوسط أداء المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي

الاختبار	المرحلة العلاجية	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (ذ)	مستوي الدلالة
قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء	قياس قبلي	٣.٥٠	٢١.٠٠	٢.٢١ -	٠.٠٢٧
	قياس بعدي	٣.٠٠	٢٠.٩٠		
قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق ه ر خ)	قياس قبلي	٦.٨٣	٦.٢٥	٢.٤٥ -	٠.٠١٤
	قياس بعدي	٦.٧١	٧.٦٥		
استخبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م ه ر خ)	قياس قبلي	٧.٢٠	٦.٣٤	٢.٧١ -	٠.٠٢٧
	قياس بعدي	٧.٠٦	٧.٠٥		

قيمة (ذ) الجدولية لاختبار رتب الإشارة لويلكوكسون عند مستوي ٠.٠١ = صفر ، وعند ٠.٠٥ = ٣

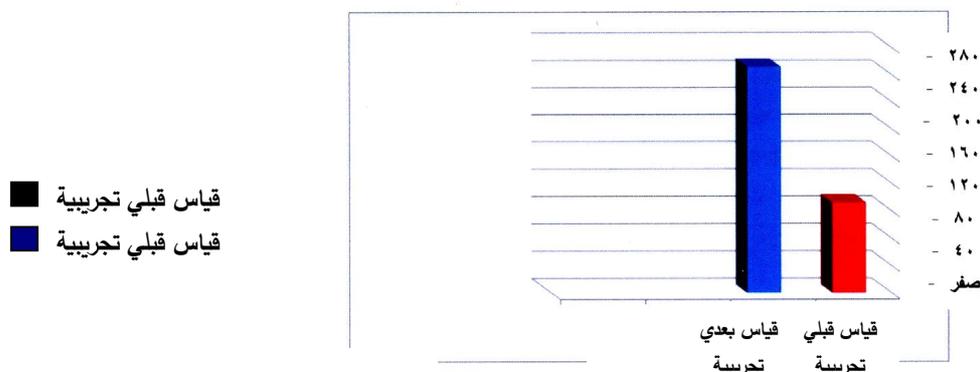
ويتضح من الجدول السابق وجود فروق جوهرية داخل المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس البعدي حيث كان متوسط القياس البعدي أقل جوهرياً لدي المجموعة التجريبية من متوسط القياس القبلي علي استخبارات الدراسة ، كل منها علي حدة ، وهي (قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، و استخبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م ه ر خ)) ، ووجود فروق جوهرية داخل المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس البعدي حيث كان متوسط القياس القبلي أقل جوهرياً لدي المجموعة التجريبية من متوسط القياس البعدي علي قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق ه ر خ) ، وهذا يعني أنه :

١ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠.٠٥) في القياس البعدي داخل المجموعة التجريبية مقارنة بالقياس القبلي فيما يتعلق بالأداء علي قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء في اتجاه القياس البعدي ، ويمكن تمثيل هذه النتيجة بالرسم أو الشكل التالي :



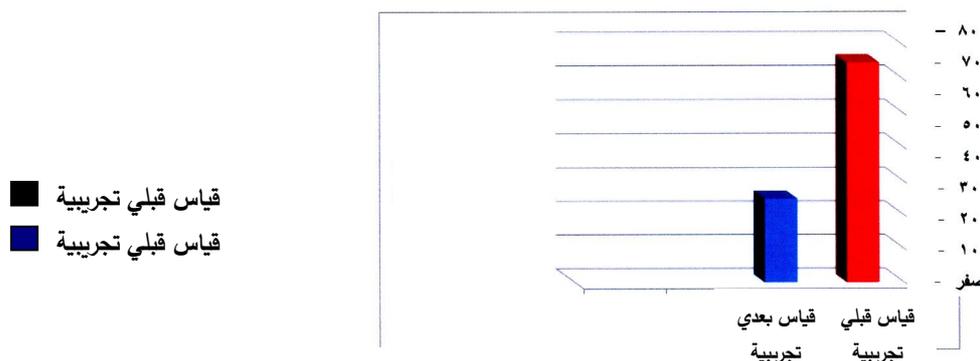
شكل (١١) متوسط القياس القبلي والقياس البعدي لدي المجموعة التجريبية علي قائمة الأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء

٢ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) في القياس البعدي داخل المجموعة التجريبية مقارنةً بالقياس القبلي فيما يتعلق بالأداء علي قائمة نوبات الهلع ، ورهاب الخلاء (ق ه ر خ) في اتجاه القياس القبلي ، ويمكن تمثيل هذه النتيجة بالرسم أو الشكل التالي :



شكل (١٢) متوسط القياس القبلي والقياس البعدي لدي المجموعة التجريبية علي قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق ه ر خ)

٣ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) في القياس البعدي داخل المجموعة التجريبية مقارنةً بالقياس القبلي فيما يتعلق بالأداء علي اختبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م ه ر خ) في اتجاه القياس البعدي ، ويمكن تمثيل هذه النتيجة بالرسم أو الشكل التالي :



شكل (١٣) متوسط القياس القبلي والقياس البعدي لدي المجموعة التجريبية علي اختبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ، ورهاب الخلاء (ق ه ر خ)

ونخلص من النتائج السابقة إلي عدم تحقق الفرض الخامس القائل بأن متوسط القياس البعدي أقل

جوهرياً لدي المجموعة التجريبية من متوسط القياس القبلي علي اختبارات الدراسة وهي (قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق ه ر خ) ، و اختبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م ه ر خ)) كل منها علي حدة ، ولكنه تحقق جزئياً مع قائمة الأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء وهذا قد يرجع إلي تأخر في تغير ومعالجة الأفكار الآلية السلبية لدي المرضى الأمر الذي قد يتضح حينما نقارن أدائهم بين القياس البعدي ومرحلتي المتابعة .

نتائج الفرض السادس :

ب - الفروق داخل المجموعة التجريبية بين مرحلتي المتابعة وبين القياس القبلي (وهو ما يعبر عن كفاءة وفعالية البرنامج العلاجي) ، وهو ما جاء بالفرض السادس القائل "متوسط القياس في مرحلتي المتابعة أقل جوهرياً لدي المجموعة التجريبية من متوسط القياس القبلي علي اختبارات الدراسة وهي (قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، و قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق ه ر خ) ،

واستخبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م ه ر خ) كل منها علي حدة " وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار فريدمان .

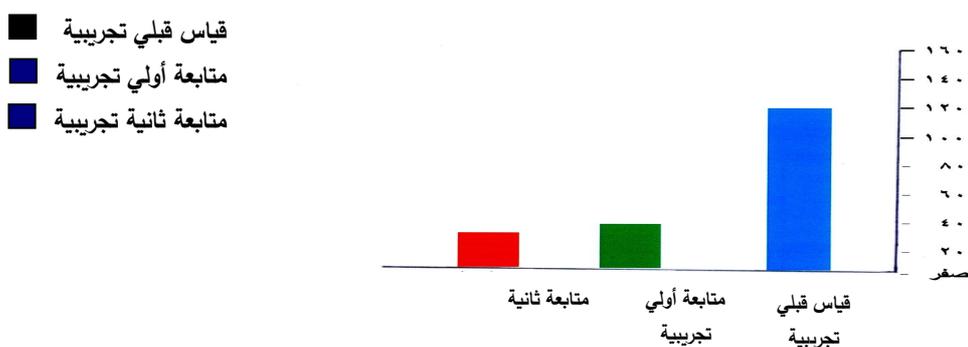
جدول (١١) نتائج اختبار فريدمان لدلالة الفروق داخل المجموعة التجريبية (ن = ٦) بين مرحلتي المتابعة وبين القياس القبلي

الاختبارات	المرحلة العلاجية	م	ع	متوسط الرتب	قيمة كا ^٢	مستوي الدلالة
قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء	القياس القبلي	٨٤,٥٠	٤,٦٤	٣,٠٠	١٢,٠٠	٠,٠٠٢
	المتابعة الأولى	٣٧,٥٠	١,٦٤	٢,٠٠		
	المتابعة الثانية	٣٤,٥٠	١,٠٣	١,٠٠		
قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق ه ر خ)	القياس القبلي	٢٧٤,٣٣	٦,٦٥	٣,٠٠	١٢,٠٠	٠,٠٠٢
	المتابعة الأولى	٨٥,٨٣	٤,١١	٢,٠٠		
	المتابعة الثانية	٨٠,٥٠	٥,٢٨	١,٠٠		
استخبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م ه ر خ)	القياس القبلي	١٣٢,٨٣	٨,٤٧	٣,٠٠	١٢,٠٠	٠,٠٠٢
	المتابعة الأولى	٤١,٨٣	٣,٢٥	٢,٠٠		
	المتابعة الثانية	٣٧,٠٠	٣,٤١	١,٠٠		

قيمة (كا^٢) الجدولية لاختبار فريدمان عند مستوى ٠.٠٠١ = صفر ، وعند ٠.٠٠٥ = ٢

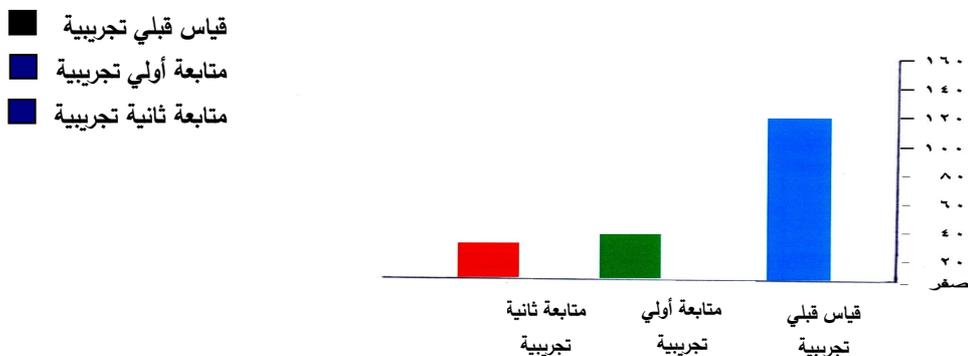
ويتضح من الجدول السابق وجود فروق جوهرية داخل المجموعة التجريبية بين القياس القبلي ومرحلتي المتابعة حيث كان متوسط القياس في مرحلتي المتابعة أقل جوهرياً لدى المجموعة التجريبية من متوسط القياس القبلي علي استخبارات الدراسة ، كل منها علي حدة ، وهي (قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، و قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق ه ر خ) ، و استخبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م ه ر خ)) ، وهذا يعني أنه :

١ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مرحلتي المتابعة مقارنة بالقياس البعدي داخل المجموعة التجريبية فيما يتعلق بالأداء علي قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء فكانت القيم الإحصائية خير دليل علي وجود تحسن لدي أفراد المجموعة التجريبية وذلك بالمتابعة الأولى والثانية مقارنة بالقياس البعدي ، ويمكن تمثيل هذه النتائج بالرسومات والأشكال التالية :



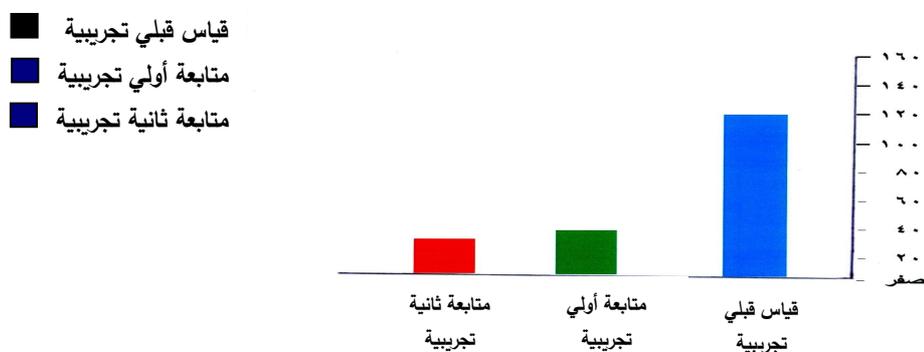
شكل (١٤) متوسط القياس القبلي والمتابعة الأولى والمتابعة الثانية لدي المجموعة التجريبية علي قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مرحلتي المتابعة مقارنةً بالقياس البعدي داخل المجموعة التجريبية فيما يتعلق بالأداء علي قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق ه ر خ) ، فجاءت النتائج بالجدول السابق مُعبّرة عن تحسّن أداء المجموعة التجريبية جوهرياً بالمتابعة الأولى والثانية مقارنةً بالقياس البعدي ، ويمكن تمثيل هذه النتائج بالرسومات والأشكال التالية :



شكل (١٥) متوسط القياس القبلي والمتابعة الأولى والمتابعة الثانية لدي المجموعة التجريبية علي قائمة نوبات الهلع ، ورهاب الخلاء (ق ه ر خ)

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مرحلتي المتابعة مقارنةً بالقياس البعدي داخل المجموعة التجريبية فيما يتعلق بالأداء علي اختبار القلق لأصحاب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق ه ر خ) ، ودلت النتائج بالجدول السابق عن مستوي من التحسّن في الأداء لدي المجموعة التجريبية بالمتابعة الأولى والثانية مقارنةً بالقياس البعدي، ويمكن تمثيل هذه النتائج بالرسومات والأشكال التالية :



شكل (١٦) متوسط القياس القبلي والمتابعة الأولى والمتابعة الثانية لدي المجموعة التجريبية علي اختبار القلق لأصحاب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق ه ر خ)

ونخلص من النتائج السابقة إلي تحقّق الفرض السادس القائل بأن متوسط القياس في مرحلتي المتابعة أقل جوهرياً لدي المجموعة التجريبية من متوسط القياس القبلي علي اختبارات الدراسة وهي (قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، و قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق ه ر خ)، و اختبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م ه ر خ)) كلاً منها علي حدة ، وهذا يعني تحسّن في الأعراض المرضية للمجموعة التجريبية حينما ننظر لأدائهم في مرحلتي المتابعة مقارنةً بالقياس القبلي.

نتائج الفرض السابع والثامن :

ج ، د - الفروق داخل المجموعة التجريبية فيما بين القياس البعدي والقبلي في تقديرهم الذاتي لأنفسهم وتقدير ذويهم وأقاربهم من حيث مدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، (وهو ما يعبر عن تأثير البرنامج العلاجي) ، وهو ما جاء بالفرض السابع والثامن القائلان " متوسط التقدير الذاتي لتحسن أعراض مرضي نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء من وجهة نظرهم أعلى جوهرياً في القياس البعدي من متوسط القياس القبلي بالإضافة إلي تقدير ذويهم وأقاربهم ، وذلك علي استخبار التقدير الذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (صيغة المريض) و(صيغة الأقارب) " ، وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار رتب الإشارة لويلكوكسون .

جدول (١٢) نتائج اختبار رتب الإشارة لويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسط التقدير الذاتي في القياس البعدي والقبلي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء من وجهة نظرهم (صيغة المريض) و(صيغة ذويهم وأصدقائهم وأقاربهم لدي المجموعة التجريبية (ن = ٦)

الاختبار	المجموعة	المرحلة العلاجية	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z) مان ويتني	مستوي الدلالة
استخبار تقدير ذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (م ت ذ م ح ه ر خ) (صيغة المريض) يُستخدم كمحك صدق خارجي بيني للمحيطين بالمريض (التأثير Effectiveness)	التجريبية (ن = ٦)	قياس بعدي	٨٧,٦	٠٠,٢٥	صفر	٠٠٣,٠
		متابعة أولي	٥٠,٣	٠٠,٢١		
		متابعة ثانية	٥٠,٣	٠٠,٢١		
استخبار تقدير ذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (م ت ذ م ح ه ر خ) (صيغة أقاربهم وذويهم وأصدقائهم) يُستخدم كمحك صدق خارجي بيني للمحيطين بالمريض (التأثير Effectiveness)	التجريبية (ن = ٦)	قياس بعدي	٠٢,٧	٠٥,٢٦	صفر	٠٠٤,٠
		متابعة أولي	٥٠,٣	٠٠,٢١		
		متابعة ثانية	٥٠,٣	٠٠,٢١		

قيمة (ذ) الجدولية لاختبار رتب الإشارة لويلكوكسون عند مستوي ٠.٠١ = صفر ، وعند ٠.٠٥ = ٣

كما ذكرنا في تفسيرنا لجدول الفرضين الثالث والرابع يتضح من الجدول السابق من الوهلة الأولى تشابه في الأرقام التي يحتوي عليها ، وسوف نقدم تفسيرين لهذا التشابه في الأرقام :

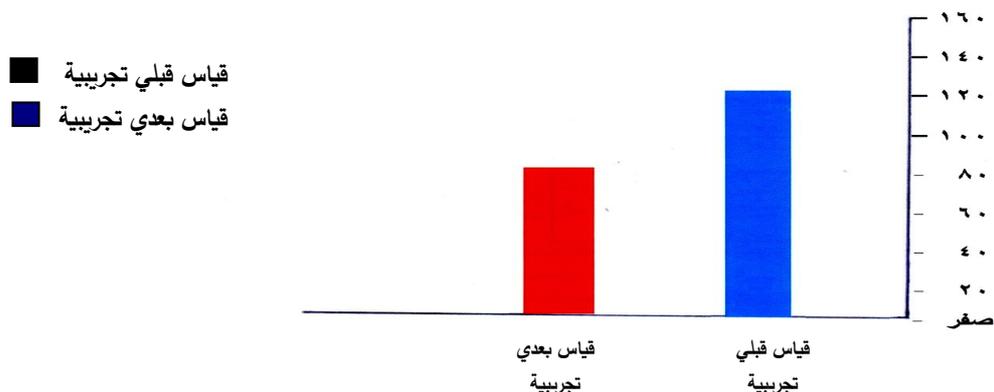
التفسير الأول : وهو تفسير علمي حيث أن الباحث أخطأ حينما ضيق واسع بمعنى أنه أتبع مقياساً للتقدير الذاتي يتراوح من (صفر إلي ٣) وفقاً لما أوردناه بالملاحق ، وكان لا بد علينا من التوسعة في ذلك فكلما كان التقدير الذاتي أكبر كلما وضحت الاختلافات والتباينات في التقديرات الذاتية وبالتالي تختلف الدرجات الخام الإحصائية بالجدول .

التفسير الثاني : لهذا التشابه في الأرقام هو تفسير إحصائي حيث أن قيمة متوسط الرتب للمجموعة التجريبية في المتابعة الأولى والثانية هي (٣.٥٠) حينما نطرحها من نفسها تعطينا (صفر) .

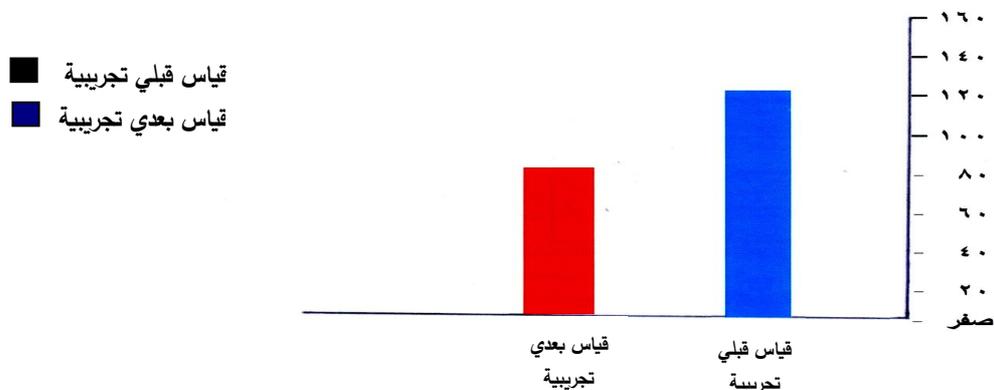
وعلي الرغم من هذا التشابه في الأرقام إلا أنه يتضح من الجدول السابق وجود فروق جوهريّة بين متوسطات التقديرات الذاتية لأفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي والمتابعة الأولى والثانية ، كل منها علي حدة ، علي استخبار التقدير الذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (م ت ذ م ح ه ر خ) (صيغة المريض) الذي يستخدم كمحك صدق خارجي بيني للمحيطين بالمريض (التأثير Effectiveness)) وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية ، وهذا يعني أنه :

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠.٠١ و ٠.٠٥) بين تقدير أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لذاتهم في القياس البعدي والمتابعة الأولى والثانية فيما يتعلق بالأداء علي استخبار التقدير الذاتي لمدي

تحسُن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (م ت ذ م ح ه ر خ) وكان ذلك في اتجاه المتابعة الأولي و الثانية ، ويمكن تمثيل هذه النتيجة بالرسم أوالشكل التالي :



شكل (١٧) متوسط القياس القبلي والمتابعة الأولى الثانية لدي المجموعة التجريبية علي اختبار التقدير الذاتي لتحسُن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (صيغة المريض) (أ ت ذ م ح ه ر خ) بالإضافة إلي ان الجدول السابق يوضح ان هناك فروقا دالة إحصائيا عند مستوي (٠.٠٠١ و ٠.٠٠٥) بين متوسطات التقديرات الذاتية لأفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي وذلك علي مقياس التقدير الذاتي لمدي تحسُن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (م ت ذ م ح ه ر خ) (صيغة الأقارب) يستخدم كمحك صدق خارجي يبني للمحيطين بالمريض (التأثير Effectiveness)) ، وذلك في اتجاه القياس البعدي ، الأمر الذي يدل علي شدة تأثير البرنامج العلاجي من وجهة نظر أقارب وذوي وأصدقاء أفراد المجموعة التجريبية . ويمكن تمثيل هذه النتائج بالرسومات والأشكال التالية :



شكل (١٨) متوسط القياس القبلي والمتابعة الأولى والثانية لدي المجموعة التجريبية علي اختبار التقدير الذاتي لتحسُن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (صيغة أقاربهم وذويهم) (أ ت ذ م ح ه ر خ)

ونخلص من النتائج السابقة إلي تحقق الفرض السابع والثامن القائلان بأن متوسط التقدير الذاتي لتحسن أعراض مرضي نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء من وجهة نظرهم أعلي جوهرياً في القياس البعدي من متوسط القياس القبلي بالإضافة إلي تقدير أقاربهم ، وذلك علي اختبار التقدير الذاتي لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (صيغة المريض) و (صيغة الأقارب) ، ودلت القيم الإحصائية علي انخفاض أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء في القياس البعدي مقارنةً بالقياس القبلي وهذا يعني وجود أو تحقق مستوي عام وجوهري من التحسن لدي المجموعة التجريبية بعد انتهاء البرنامج العلاجي .

تفسير النتائج ومناقشتها :

أ - نتائج الفروق بين المجموعات في الأداء علي اختبارات الدراسة خلال المراحل العلاجية :

١ - الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي وفي مرحلتي المتابعة (وهو ما يعبر عن كفاءة أو فعالية البرنامج العلاجي) :

آثرنا في هذا الصدد الجمع بين مناقشة النتائج في مراحل القياس الثلاث القياس البعدي والمتابعة الأولى والثانية ، حيث أشارت النتائج إلي وجود فروق جوهرية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي فيما يتعلق بالأداء علي قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لاضطراب نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية ، أي أنه قد حدث تحسن وارتفاع في مستوي الوعي لدي أفراد المجموعة التجريبية بمدي خطورة هذه المعتقدات والأفكار الآلية السلبية المتعلقة باضطراب نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء . بما يعني أن أفراد المجموعة التجريبية أصبحوا أكثر ثقة في قدراتهم علي الخروج من المنزل واعتمادهم علي أنفسهم ، كما أنهم مقتنعون علي أساس من المعرفة والقدرة بأنهم يمتلكون بالفعل الكفاءة اللازمة للقيام بأغلب السلوكيات التي كانوا يخافون منها ويمتنعون عن تنفيذها مخافة حدوث نوبة الهلع بصورة مفاجئة ، وهذه الثقة في قدراتهم سوف تساعدهم في تفهم أنه لا علاقة بين الأعراض الجسمية والتوهّمات المرضية التي كانوا يشعرون بها وبين حقيقة الأمر ، كما ستجعلهم أكثر قدرة علي التحكم في المواقف الاجتماعية من حولهم .

وذلك بعد القيام بعمل الصياغة المعرفية - السلوكية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، واتباع النموذج المعرفي - السلوكي لتفسير منشأ نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، وكذلك تحديد مجموعة الأهداف العلاجية الفرعية أو قصيرة المدي ، وأيضاً الأهداف العلاجية الكبرى أو طويلة المدي للمرضي المصابين بنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، ومعرفة قوائم المشكلات لهذا الاضطراب واستطعنا تغيير سلوك المرضي نتيجة تدريبهم علي مجموعة من الفنيات العلاجية المعرفية - السلوكية المهمة مع هذا الاضطراب منها : (إعادة تشكيل البنية المعرفية ، وإعادة التدريب علي التنفس ، والاسترخاء ، والتعرض الباطني ، والتعرض الموقفي ، والتعرض المكثف مقابل المتقطع ، والتعرض المتدرج مقابل الحاد أو المجهد ، والهرب المنظم مقابل التحمل ، والتشتت والإلهاء) والتي كان لها عظيم الاثر في حل قوائم مشكلاتهم .

أما فيما يتعلق بوجود فروق جوهرية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي في اتجاه المجموعة الضابطة أثناء الأداء علي قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق ه ر خ) واستخبار القلق الصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م ه ر خ) هذا يعني أن أفراد المجموعة الضابطة الذين لم يُطبق عليهم البرنامج العلاجي كانوا أعلي في وجود كل أعراض اضطراب نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء مقارنةً بالمجموعة التجريبية التي كان مستوي أدائهم أفضل نتيجة تطبيق البرنامج العلاجي عليهم .

وكان مستوي أداء أفراد المجموعة التجريبية أقل جوهرياً من مستوي أداء أفراد المجموعة الضابطة علي أدوات الدراسة (قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، وقائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق ه ر خ) ، واستخبار القلق الصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م ه ر خ)) وذلك أثناء أدائهم في المتابعة الأولى والثانية ، وأوضحت النتائج أن هناك استقراراً وتشابهاً في شكل أداء

المجموعة التجريبية في مرحلتي المتابعة ، وأيضاً تشابه في شكل أداء المجموعة الضابطة في مرحلتي المتابعة ، ولكن بالرجوع للدرجات بجدول التحليل الإحصائي نجد التحسن الملحوظ في أداء المجموعة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة ، وهذا يشير إلي استقرار التحسن ، واستمرار التأثير العلاجي لدي المجموعة التجريبية علي الرغم من مرور فترة شهرين علي انتهاء تنفيذ البرنامج العلاجي ، كما أن عدم وجود فروق جوهرية بين فترتي المتابعة للمجموعة التجريبية أثناء أداء المرضي علي اختبارات الدراسة يشير أيضاً إلي استقرار التحسن في أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء لمدة بلغت ضعفي مدة تنفيذ البرنامج العلاجي .

إن هذه النتائج تشير إلي كفاءة أساليب العلاج المعرفي - السلوكي التي تم تضمينها في البرنامج العلاجي موضع الدراسة الزاهنة (إعادة تشكيل البنية المعرفية ، وإعادة التدريب علي التنفس ، والاسترخاء ، والتعرض الباطني ، والتعرض الموقفي ، والتعرض المكثف مقابل المتقطع ، والتعرض المتدرج مقابل الحاد أو المجهد ، والهرب المنظم مقابل التحمل ، والتشتت والإلهاء) ، حيث تم ضرب أمثلة للمريض من مواقف كان يسلك فيها ولا يخاف أي شيء ، سواء في عمله ، أو داخل أسرته ، أو ما رواه المريض من نجاحاته مع أماكن ومواقف غير مألوفة ، وهي خبرات ونجاحات استمدها الباحث من المقابلة التشخيصية وتاريخ الحالة ، وتم إعطاؤها للمريض بوصفها دليلاً علي أنه شخص قادر علي التصرف بقوة وشجاعة دون الخوف من حدوث نوبة هلع مفاجئة ، وهذا ما أدي إلي بناء اعتقاد قوي لدي المريض بأنه شخص قادر علي دحض فكرة الهلع والفرع واقتلاع جذورها من الأساس ، بالإضافة إلي مهمات الواجب المنزلي ، كالتعرض ، وتقنيده الأفكار الآلية السلبية ، وتشجيع المريض عند النجاح فيها ، يضاف إلي ذلك طريقة أداء الأدوار ، والنمذجة ، وقيام الباحث (بوصفه المعالج) بدور النموذج لتعليم المريض مهارات التصدي والمواجهة والعيش بدون معاناة نفسية ولا قلق ومحاولة خفض مستوي الكدر النفسي نتيجة حدوث أو حتي التكبير في نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، وتعليم المريض مهارات وآليات فعالة للتعامل مع المواقف والأماكن المخيفة له ، مثل الوجود خارج المنزل بمفرده ، و الوجود في أحد الطوابير أو مع حشد من الناس ، واستخدامه لوسائل النقل العامة ، ومخاوف الدخول إلي المحلات التجارية أو المناطق المزدحمة أو الأماكن العامة أو السفر وحيداً بالقطار أو السيارة أو الطائرة ، وهو ما يعين المريض علي الإقتداء به في المواقف المشابهة . وبناءً علي تنفيذ الطريقتين السابقتين (دعم نجاحات المريض السابقة ، وأداء الأدوار أو قلب الأدوار والنمذجة) يمكن تنفيذ الطريقة الثالثة وهي إقناع مرضي نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء بأنهم يمتلكون المهارة والقدرة الملائمة للتعامل في مواقف الخوف الشديدة والفرع والهلع بنجاح ، ويلي ذلك تدريب المريض علي عدم الانتكاس حيث يعزي خوفه الشديد أو حتي فشله في السيطرة علي نوبة الهلع والتصرف حيالها بالسلوك الأمثل إلي نقص التدريب علي ممارسة الاستجابة المثلي الناجحة فيتجنب حدوث الانتكاسة بأن يكتف من التدريب ولا يعزيه إلي فشله أو ضعف قدراته .

٢ - الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي وفي مرحلتي المتابعة (وهو ما يُعبر عن تأثير البرنامج العلاجي) :

كشفت نتائج الدراسة عن أن التدريب علي برنامج معرفي - سلوكي لتحسين أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء قد أدي إلي خفض درجة الخوف من الأماكن المكشوفة ، وأن المريض أصبح لا يكثر لفكرة عدم تمكنه من الهروب ، وأصبح لا يشعر بأنه محاصر ، وأصبح أكثر قدرة علي تحرير نفسه من المخاطر

التي تحدث له عند الدخول في نوبة هلع مفاجئة ، وأصبح أقل إحساساً بالقلق الاجتماعي نتيجة لرهاب الخلاء الذي يولد لديه القلق ، وحصلنا علي هذه النتائج بعد أخذ تقدير ذاتي للمريض عن نفسه ، وكيف يري التغيير في سلوكه ، وأيضاً أخذ تقدير ذاتي لذويه وأقاربه كمؤشر لمدي تحسن أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء لدي المريض وهو بمثابة صدق بيئي خارجي للمحيطين بالمريض أي لتأكيد مستوي تأثير البرنامج العلاجي .

وتتسق هذه النتيجة مع ما كشفت عنه نتائج الدراسات السابقة من وجود ارتباط كبير بين التغيير الإيجابي في سلوك مرضي نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ومع حدوث ارتفاع في تغيير واستبدال وعلاج الأفكار الآلية السلبية لهذا الاضطراب ، وخصوصاً لو تم تقييم الخوف والقلق المصاحب لهذه النوبات مما يعتبر مؤشراً دالاً علي تحسن الأداء في المهام الاجتماعية والأكاديمية ، التي تخص مرضي نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (Ruth , 2005 : 15 - 28) (Greenberg , 2005 : 15 - 28) (Hedman et al . , 2013 : 67 - 457) .

إن ثقة المريض في قدرته علي مواجهة نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء المرتقبة والتي كانت مخيفة له فيما سبق ، نظراً لأنه تدرّب علي ذلك بأساليب معرفية – سلوكية كفنيات علاجية اشتمل عليها هذا البرنامج العلاجي مثل أساليب والنمذجة ، والاسترخاء ، وتقنيّة الأفكار بطريقة آرون بيك ، وكذلك التعرض ، وتبادل الأدوار مع المعالج من شأنها أن تقلل من مخاوف المريض من مغادرة المنزل وتكسبه الثقة بنفسه وأنه قادر علي دخول المحلات التجارية أو المناطق المزدحمة ، والأماكن العامة وكذلك أصبح قادراً علي السفر وحيداً بالقطار أو الحافلات العامة أو الطائرة الخ (Beck , 1976 ; Beck and Greenberg , 1988 ; Mitte , 2005) .

ب - نتائج الفروق داخل المجموعات في الأداء علي اختبارات الدراسة خلال المراحل العلاجية :

١ - الفروق داخل المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس البعدي وبين مرحلتَي المتابعة (وهو ما يُعبّر عن كفاءة أو فعالية البرنامج العلاجي) :

كشفت نتائج الدراسة الراهنة عن فروق جوهرية في اتجاه القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي لدي المجموعة التجريبية وذلك علي قائمة الأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء وأيضاً علي اختبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق هـ ر خ) وهو ما يعني أن هؤلاء الأفراد داخل المجموعة التجريبية أصبحوا قادرين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الحالي علي التحكم والسيطرة في معظم إحساساتهم الجسمية التي كانوا يربطونها بالخطأ مع نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء من قبيل أنهم أصبحوا قادرين علي الاستجابة لنوبات الهلع بشكل أكثر هدوءاً واسترخاءاً مقارنة بما كانوا عليه ، وهذا الاسترخاء العضلي الذي تدرّبوا عليه أثناء البرنامج العلاجي أدى إلي عدم تزايد سرعة ضربات القلب عندهم ، وأصبحوا أقل تعرقاً ، ولم يرتعشوا أو يرتجفوا كما كانوا قبل العلاج وأصبحوا أكثر قدرةً علي تفهم الأمور ولم يشعروا بالصدمة ولا بالآلام أو ضيق في الصدر ، وأصبحوا أكثر ارتياحاً ، ولم تعد نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء لها القدرة علي شعورهم بالغثيان والتلبك المعوي والنقرز ، وأصبحوا قادرين علي الثبات وأنخفض لديهم الإحساس بالدوار أو خفة الرأس والغشية ، وذهبت عنهم القشعريرة تماماً ، وانقشعت عنهم الاحساسات الجسمية بالتمثيل أو الوخز ، الأمر الذي جعلهم قادرين علي التحكم والسيطرة ورفضوا تماماً فكرة أنهم أقرب للجنون وعادت فنيات وأساليب العلاج المعرفي – السلوكي التي أستخدمت في هذا البرنامج العلاجي بترسيخ فكرة أنه كل كائن حي لابد أن يأتي عليه وقت ويفني ويموت فأصبحوا غير خائفين من الفناء والموت ، كما تعلموا أن خطأ التعميم كان يؤدي بهم لتجنب

المواقف والأماكن المشابهة ، كل هذا ظهر بوضوح أثناء مقارنة الباحث الحالي لأداء أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي

وتجدر الإشارة إلي أن نتائج الفرض الخامس تعاملت مع عدد (٣) استخبارات في هذه الدراسة ، وكان الفرض الخامس يتكلم عن وجود فروق جوهرية داخل المجموعة التجريبية أثناء أداء الأفراد علي الـ (٣) استخبارات وهم (قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، وقائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق ه ر خ) ، واستخبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م ه ر خ)) . وأثبتت النتائج تحقق هذا الفرض مع استخبارين فقط وهم (قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، واستخبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م ه ر خ)) حيث كان هناك فروق جوهرية واضحة داخل المجموعة التجريبية فكانوا أفضل حالاً في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي .

أما عن أداء المجموعة التجريبية علي قائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق ه ر خ) فجاء عكس ما كان متوقفاً بالفرض الخامس فكان القياس القبلي هو الأعلى جوهرياً من القياس البعدي ، وقد يرجع ذلك لعدة أسباب يذكر الباحث منها علي سبيل المثال : أن الباحث نفسه قد يكون سبباً في حدوث هذه النتيجة أعني قد تكون خبرته في العلاج المعرفي - السلوكي لم تتضح بالشكل الكافي ، كما قد يرجع هذا إلي طبيعة ما تقيسه هذه القائمة. فالقائمة تقيس أعراض نوبات الهلع ورهاب الخلاء ونحن نعلم أن الأعراض لا تتحسن إلا بعد تغيير الأفكار الآلية السلبية وراء حدوث هذا الاضطراب ورغم حدوث هذا التحسن الذي ذكرته لنا نتائج التحليلات الإحصائية للفرض الخامس ورصدناه في نتائج الأفكار الآلية السلبية لدي المجموعة التجريبية إلا أنه قد يحتاج تحسن هؤلاء الأفراد إلي وقت أطول ومزيد من جلسات التقنين ، وبالفعل حدث هذا في رصدنا لنتائج التحليلات الإحصائية للمتابعة الأولى والثانية فوجدنا أن أداء المجموعة التجريبية كان في تحسن ملحوظ بالمقارنة بنتائج المتابعة الأولى والثانية مما يعني أن التراكم العلاجي لهذا البرنامج المستخدم قد حدث بالفعل ، ولكن لا يمكن أبداً بأي حال من الأحوال أن نخفي ما أظهرته لنا نتائج التحليلات الإحصائية لأي اختبار .

ويؤكد (أوستين) أن المعتقدات والآراء والأفكار السلبية الذاتية المرتبطة بقدرات الفرد علي الأرجاع المعرفية والعضوية في المواقف المهددة ، هي التي تتحكم في تصرفاته وبالتالي فإن تغيير هذه الأفكار ما هي إلا محاولة منا للتحكم في الأفكار السلبية والأفكار المشوشة نحو نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، الأمر الذي يجعل أفراد المجموعة التجريبية المصابين بهذه النوبات بعد التدريب علي البرنامج العلاجي أكثر إيجابية . ويظهر هذا في تصرفاتهم وفي كونهم أصبحوا أكثر قدرة علي تنظيم الإثارة العضوية لديهم ، وبالتالي انخفض اعتقاده في أن هذه النوبات هي مصدر هلاكه ، حيث استطاع أن يقول لنفسه أن هذه الأفكار أفكاراً خاطئة ، ومن باب أولى لي أن أنزعها وأحسنها وأتعامل معها بشكل أفضل ، وهو هنا يرسخ في ذهنه اعتقاد آخر إيجابي مؤداه القدرة علي المواجهة بدلاً من التجنب والهروب ، ومن ثم يصبح أكثر قدرة علي أن يسلك بشكل فعال ، وأكثر هدوءاً وثقة في ذاته (Austin , 2003 : 80) .

وبناءً علي ما سبق ، يري الباحث الحالي في حدود علمه ، أن الفرض الخامس لم يتحقق كاملاً نظراً لبعض الظروف والعوامل أو المتغيرات الدخيلة التي أدت دوراً في ظهور هذا الأمر ، وإن كان التذبذب في وجود التراكم العلاجي مسموح به علمياً مادام الباحث يقارن أداء المجموعة التجريبية عبر مراحل العلاج الثلاث (خط

الأساس " التطبيق القبلي " ، والتطبيق البعدي " إنهاء العلاج " ، ومرحلتي المتابعة) ، وخصوصاً لو أن النتائج أوضحت أن هناك استقراراً في التحسن موجود بمرحلتي المتابعة وهناك من الدراسات ما يدعم هذه النتائج مثل دراسة (Wilhelm ; Stekette , 2006 : 144 – 154) .

لما الفرض السادس فقد تحقق كاملاً وذلك حينما نعود للنتائج المستقاة من أداء المجموعة التجريبية علي استخبارات الدراسة فنجد تحسناً ملحوظاً في أدائهم علي (قائمة المعتقدات والأفكار الآلية السلبية لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، وقائمة نوبات الهلع ورهاب الخلاء (ق ه ر خ) ، واستخبار القلق المصاحب لنوبات الهلع ورهاب الخلاء (أ ق م ه ر خ)) ، فحينما ننظر إلي متوسط أدائهم في القياس القبلي مقارنةً بمرحلتي المتابعة ، نجد أن النتائج قد بينت أن متوسط القياس في مرحلتي المتابعة كان أقل جوهرياً لدي المجموعة التجريبية من متوسط قياس تقدير الأعراض لديهم علي استخبارات الدراسة ، وهذا يشير إلي كفاءة أو فعالية الفنيات والأساليب العلاجية المعرفية والسلوكية التي أستخدمت في هذا البرنامج العلاجي ، وهو ما أكدته دراسة (Terri L . Barrera ; Kathleen M . Grubbs ; Mark E . Kunik ; Ellen J . Teng , 2014 : 144 - 154) .

٢ - الفروق داخل المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس البعدي وبين مرحلتي المتابعة (وهو ما يُعبر عن تأثير البرنامج العلاجي) :

كما دعمت نتائج الفرض السابع والثامن المتعلقين بالصدق البيئي الخارجي لأفراد العينة التجريبية المصابين بنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء نتائج الفروض السابقة ، حيث أوضحت نتائج الفرض السابع والثامن أن هناك فروقاً جوهرية تعبر عن تحسن ملحوظ لدي أفراد المجموعة التجريبية في نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، وذلك بناءً علي تقدير المرضي أنفسهم عن أنفسهم ، وأيضاً تقديرات أقاربهم ، وظهر ذلك بوضوح في القياس البعدي مقارنةً بالقياس القبلي ، مما يؤكد أنهم أصبحوا قادرين علي التعامل مع نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، فأفراد المجموعة التجريبية هنا أدركوا - كنتيجة للبرنامج العلاجي - أن مهاراتهم العقلية وقدراتهم الذهنية قد مكّتهم من التصدي والمواجهة لنوبات الهلع ، وأصبحت أفضل مما كانوا يعتقدونها من قبل ، وبالتالي فإن هذه المواقف أصبحت أقل تهديداً لهم ، وأقل خطورة عليهم ، ويؤدي هذا إلي إحساسهم بالقدرة علي التحكم في هذه المواقف المزعجة ، وبالتالي يمكن التأكيد علي أن المرضي بعد التدخل بالبرنامج العلاجي قد أصبحوا أكثر ثقةً في قدراتهم ، وأقل خوفاً وفزعاً من حدوث نوبات هلع مستقبلية ، وأيضاً أصبحوا غير خائفين من قسوة إحساساتهم الجسمية التي ليس لها أي علاقة بنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء ، كما أن إعداد المرضي ليكون لديه خبرات نجاح مستقبلية (علي سبيل المثال : من خلال المهام أو الواجبات المنزلية) ، ودعم هذه النجاحات قد أدي إلي رفع ثقته في قدرته علي القيام بمهام كان يعتقد قبل ذلك أنه عاجز عن القيام بها ، حيث أن إحساس الفرد بعدم قدرته علي التأثير في الأحداث يمكن أن يرفع من إحساس الفرد بالخوف والهلع من الأماكن العامة والمفتوحة ، لأنه ينظر لذاته بوصفها غير قادرة علي مواجهة هذه المواقف وبالتالي فإنه عندما ينعدم هذا الإحساس السلبي ، ينعكس ما يترتب عليه ، وتنخفض لديه درجة الفزع والهلع ، وتتحسن لديه أعراض نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء (Eva Asselmanna , et al . , 2014 : 95 – 102 ; Taylor , Abramowitz) . (; Mckay , and Carmin , 2006 : 85 - 97) .

ويؤكد (ويليامز) ذلك حيث يشير إلي أن اعتقاد الفرد بأنه يسلك بشكلٍ فعال ، يجعله يتقاضي أي سلسلة من أفكار الخوف والهلع والفرع الشديد التي يمكن أن تنشأ لديه ، كما أنها تعدل من انفعالاته : (Williams , 1992 : 153) .

كما كشفت نتائج الدراسة بشكل غير مقصود عن وجود انخفاض جوهري في متوسط سلوك تقبُّب الخروج من المنزل حيث كانوا حبيسي المنازل ولا يستطيعون السفر وأصبحوا رافضين لفكرة أن يظلوا رهائن المنزل تماماً وأصبحوا غير مباليين لأنهم قبل ذلك كان يرتعدون من فكرة أن ينهاروا في مكان عام ويتركوا دون مساعدة ، وأصبحوا يملكون القدرة علي مواجهة مثل هذه المواقف ، نتيجة لتدريبهم علي تطبيق أساليب البرنامج العلاجي الحالي ، وبالتالي فهم لا يتجنبون المواقف ليخفوا من خوفهم وهلعهم ، وأصبحوا قادرين علي المواجهة والتصدي لنوبة الهلع المصحوبة برهاب الخلاء بدلاً من الخوف من العواقب السلبية التي كانوا يعتقدون أنها ستحدث إذا تصرفوا في هذه المواقف بشكلٍ معين (7 : Johnson , 2007) ، وبالتالي فإن ارتفاع درجة فعالية ثقة المريض في نفسه وفي قدراته يجعل لديه ثقة مرتفعة في مواجهة المهام الصعبة كتحديات ، أي يواجه نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء التي كانت مخيفة ومهددة له من قبل (Sara Freedman , and Rhonda Adessky , 2009 : 251) . (Schimmel , 2002 : 17 ; -256) .

المراجع

أولاً : مراجع باللغة العربية

- أبو علام ، رجاء محمود (٢٠٠٤) . **مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية** ، (ط٤) ، القاهرة : دار النشر للجامعات .
- الشربيني ، زكريا (١٩٩٠) . **الإحصاء اللابرامتري في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية** ، القاهرة : الانجلو المصرية .
- الصبوة ، محمد نجيب (٢٠١٥) . **رؤية علمية لكيفية إعداد برامج التدخل في البحوث النفسية والعلاجية**، **المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي** ، ٣ (٢) ، ١٥١ - ١٨٠ .
- القرشي ، عبد الفتاح ، (٢٠٠١) . **تصميم البحوث في العلوم السلوكية** ، الكويت : دار القلم للنشر والتوزيع
- باركر ، كريس ، و بيسترانج ، نانسي ، و إليوت ، روبرت (١٩٩٩) . **مناهج البحث في علم النفس الإكلينيكي والإرشادي** ، (ترجمة) : محمد نجيب الصبوة ، وميرفت شوقي ، وعائشة رشدي ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية
- حسني ، ضياء الدين عادل محمد (٢٠١٦) . **العلاج المعرفي - السلوكي متعدد الأبعاد في مقابل العلاج الدوائي لخفض مشكلات الاعتماد علي الكوكائين** ، **المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي** ، ٤ (١) ، ١١٣ - ١٤٨ .
- سالكو فيسكس (٢٠٠٢) **نوبات الهلع** ، في جات سكوت ، مارك وليامز ، آرون بيك (محررين) ، **العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية** ، ٩٥ - ١٣٣ ، (ترجمة) : حسن مصطفى عبد المعطي ، القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .
- عكاشة ، أحمد (١٩٩٢) . **الطب النفسي المعاصر** ، (ط٢) ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .

- كراسيك ، مايكل ، و بارلو ديفيد هـ . (٢٠٠٢) اضطراب الهلع ومخافة الأماكن المفتوحة ، في ديفيد هـ . بارلو (محرراً) ، مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاج تفصيلي ، ٣ - ١١١ ، (ترجمة) : صفوت فرج ، ومحمد نجيب الصبوة ، وهدي حسن جعفر ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .
- ليندساي س . ج . ل . (٢٠٠٠) علاج المخاوف والقلق ، من خلال س . ليندزاي / ج . بول (محرران) (٢٠٠٠) مرجع في علم النفس الاكلينيكي للراشدين ، (ترجمة) : صفوت فرج ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
- ليهي ، روبرت (٢٠٠٦) . دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية (محرر) ، (ترجمة) : جمعة سيد يوسف ، محمد نجيب الصبوة ، القاهرة : دار إتراك للطباعة والنشر والتوزيع .
- مصطفى ، محمود عيد (٢٠٠٤) . كفاءة بعض أساليب العلاج المعرفي - السلوكي في مقابل العلاج الدوائي الطبي في تخفيف أعراض الاكتئاب ، رسالة دكتوراة (غير منشورة) ، كلية الآداب ، جامعة المنيا .
- مليكه ، لويس كامل (١٩٩٠) . العلاج السلوكي وتعديل السلوك ، الكويت : دار القلم للنشر والتوزيع .
- يونس ، أمارة يحيي (٢٠٠٧) . بعض المكونات المعرفية غير التوافقية لدي مرضي الوسواس القهري ، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، جامعة القاهرة : كلية الآداب ، قسم علم النفس .

References

ثانياً : مراجع باللغة الانجليزية

- André Marchand , Geneviève Belleville , Richard Fleet , M . D . , Gilles Dupuis , Simon L . Bacon , Julien Poitras , Jean - Marc Chauny , Alain Vadeboncoeur , Kim L . Lavoie (2012) . Treatment of panic in chest pain patients from emergency departments : efficacy of different interventions focusing on panic management , **General Hospital Psychiatry** , 34(6) , 671 – 680 .
- Antonio E . Nardia , Isabella Nascimentoa , Alexandre M . Valença , Fabiana L . Lopesa , Walter A . Zinb , Marco A . Mezzasalmaa , Marcio Versiania (2002) . A breath - holding challenge in panic disorder patients , their healthy first - degree relatives , and normal controls , **Respiratory Physiology & Neurobiology** , 133(1 – 2) , 43 – 47 .
- Asle Hoffart , Harold Sexton , Liv M . Hedley , Egil W . Martinsen (2008) . Mechanisms of change in cognitive therapy for panic disorder with agoraphobia , **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry** , 39(3) , 262 – 275 .
- Austin , B . D . (2003) **Social anxiety disorder , shyness and perceived social self – efficacy in college students** , Unpublished doctoral dissertation , University of Arkansas , U . S . A .
- Beck , A . T . Rush , A . J . , Shaw , B . F . , & Emrery , G . (1979) . **Cognitive therapy of Depression** , New York , Guilford Press .

- Beck , A . T . (1976) . **Cognitive Therapy and the Emotional Disorders** , New York : International Universities .
- Beck , A . T . , Epstein , N , Brown , G . , & Steer , R . (1988) . **An inventory for measuring clinical anxiety : psycho – metric properties** , Journal of consulting and clinical psychology , 56 , 893 – 879 .
- Bonifacio Sandina , Carmen Sánchez - Arribasb , Paloma Chorota , Rosa M . Valientea (2015) . **Anxiety sensitivity , catastrophic misinterpretations and panic self - efficacy in the prediction of panic disorder severity : Towards a tripartite cognitive model of panic disorder** , Behaviour Research and Therapy , 67 , 30 – 40 .
- Bouchard , C . , Rheume , J . & Ladouceur , R . (1999) . Responsibility and perfectionism in Panic attack . an experimental study , **Behaviour Research and Therapy** , 37 , 239 – 248 .
- Brett J. Deacon & Jonathan S. Abramowitz (2004) . **Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders : A review of meta - analytic findings** , Journal of Clinical Psychology , 60(4) , 429 – 441 .
- Clair Cassiello - Robbinsa , Laren R . Conklina , Ujunwa Anakwenzea , Jack M . Gormanb , Scott W. Woodsc , M . Katherine Sheard , David H . Barlowa (2015) . The effects of aggression on symptom severity and treatment response in a trial of cognitive behavioral therapy for panic disorder , **Comprehensive Psychiatry** , 60 , 1 – 8 .
- Clark , D . , Salkovskis , P . , & Chalkley , A . (1981) . Respiratory Control as a treatment for panic attacks , **Journal of Behaviour Therapy and Experimental psychiatry** , 16 , 23 - 30 .
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2013) . **Fifth Edition** , American Psychiatric Association , Library of Congress Cataloging - in - Publication Data .
- Diefenbach , G . , Abramowitz , J . , Norberg , M . & Tolin , D . (2007) . Changes in quality of following Cognitive behavior therapy for panic disorder , **Behaviour Research and Therapy** , 45 , 3060 - 3068 .
- E . Hedman ; B . Ljótsson ; C . Rück ; J . Bergström ; G . Andersson ; V . Kaldo ; L . Jansson ; E . Andersson ; E . Andersson ; K . Blom ; S . El Alaoui ; L . Falk ; J . Ivarsson ; B . Nasri ; S . Rydh and N . Lindefors (2013) . **Effectiveness of Internet-**

- based cognitive behaviour therapy for panic disorder in routine psychiatric care** ,
Psychiatry - Acta Psychiatrica Scandinavica , 128(6) , 457 – 67
- Eisenstadt , M . (2003) . **Freedom from agoraphobia** , Anchorage , AK : Mark Eisenstadt , M . D .
- Eva Asselmann , B , Christiane Pané - Farréc , Barbara Isenseed , Hans - Ulrich Wittchen , E , Roselind Liebke , F , Michael Höfler , Katja Beesdo - Baum , B . (2014) . **Characteristics of initial fearful spells and their associations with DSM-IV panic attacks and panic disorder in adolescents and young adults from the community** , Journal of Affective Disorders , 165 , 95 – 102
- Fentz , B , Mikkel Arendt , B , Mia S . O'Toole , B , Asle Hoffart , D , Esben Hougaard . (2014) . The mediational role of panic self - efficacy in cognitive behavioral therapy for panic disorder : A systematic review and meta – analysis , **Behaviour Research and Therapy** , 60 , 23 – 33 .
- Gunter , R . W . , & Whittal , M . L . (2010) . Dissemination of Cognitive – Behavioral treatments for anxiety disorder : overcoming barriers and improving patient access , **Journal of clinical psychology Review** , 30 , 194 – 202 .
- Hambridge , J . & Loewenthal , M . (2003) . Treating panic disorder : **A new role for infectious diseases** , 7 , 152 – 155 .
- Hedman ; B . Ljótsson ; C . Rück ; J . Bergström ; G . Andersson ; V . Kaldø ; L . Jansson ; E . Andersson ; E . Andersson ; K . Blom ; S . El Alaoui ; L . Falk ; J . Ivarsson ; B . Nasri ; S . Rydh and N . Lindefors (2013) . Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in routine psychiatric care , **Psychiatry - Acta Psychiatrica Scandinavica** , 128(6) , 457 – 67
- Hazlett – Stevens , H . (2006) . **Agoraphobia** , In J . E . Fisher & W . T . O'Donohue (Eds.) , **Practitioner's guide to evidence - based psychotherapy** , New York : Springer .
- Johanson , J . M . (2007) . **A comparison of cognitive behavioral group therapy with and without on alcohol intervention to reduce socially anxious individuals' alcohol consumptions** , Unpublished doctoral dissertation , University of Wisconsin – Milwaukee , U . S . A .

- Keeley , M . , Storch , E . , Merlo , L . & Geffken , G . (2008) . Clinical predictors of response to cognitive behavior therapy for Panic Attack , **Clinical psychological Rview** , **28** , **118 – 130** .
- Lauren Hensley - Maloney , R . Enrique Varela . (2009) . The Influence of Hurricane Exposure and Anxiety Sensitivity on Panic Symptoms , **Child & Youth Care Forum** , **38(3)** , **135 – 149** .
- Lincoln , T . M . (2003) . **Cognitive behavioral treatment of social phobia , bridging the gab between research and practice** , Unpublished doctoral dissertation , University of Marburg , Marburg
- Liviu Bunaciu , Ellen W. Leen - Feldner , Heidemarie Blumenthal , Ashley A . Knapp , Christal L . Badour . (2014) . An Experimental Test of the Effects of Parental Modeling on Panic-Relevant Escape and Avoidance Among Early Adolescents , **Behavior Therapy** , **45(4)** , **517 – 529** .
- Mancebo , M . , Greinberg , B . , Grant , J . , Pinto A . , Eisen , J . Dyck , I . & Rasmuss , S . (2008) . correlartes of occupational disability in a clinical sample of panic disorder . **comprehensive psychiatry** , **49** , **34 – 50** .
- Mclean , P . , Whittal , M . , Thordarson , D . , Taylor , S . , Sochting , I . , Koch , W . , Paterson , R . & Anderson , K . (2001) . Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of panic disorder , **Journal of Consulting and clinical psychology** , **69(2)** , **205 – 214** .
- Meuret , Michael P . Twohig , David Rosenfield , Steven C . Hayes Michelle G . Craske . (2012) . Brief Acceptance and Commitment Therapy and Exposure for Panic Disorder : A Pilot Study , **Cognitive and Behavioral Practice** , **19(4)** , **606 – 618** .
- Michelle G. Craskea , Joseph P . DeColab , Andrei D . Sachsc , Deborah C . Pontilloa . (2003) . **Panic control treatment for agoraphobia** , *Journal of Anxiety Disorders* , **17(3)** , **321 – 333** .
- Mitte , K . (2005) . **A meta - analysis of the efficacy of psycho - and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia** , *Journal of Affective Disorders* , **88** , **27 – 45**
- Paul M . Salkovskis . (2004) . **Cognitive - behavioural treatment for panic** , *Journal of Psychiatry* , **3(5)** , **39 – 42** .

- Pollard , C . A . , & Zuercher – White , E . (2003) . **The agoraphobia workbook : A comprehensive program to end your fear of symptom attacks** , Oakland , CA : New Harbinger Publications , Inc .
- Robin S . Rosenberg , Stephen M . Kosslyn . (2011) . **Abnormal Psychology** , United States of America , New York , Publishers .
- Roy – Byrne , P . , Craske , M . , & Stein , M . (2006) . **Panic Disorder** , The Lancet , 368 , 1023 – 1033 .
- Ruth L . Greenberg . (2005) . Throug : Jan Scott , J . Mark G . Williams , and Aaron T . Beck . (2005) **Cognitive therapy in clinical practice An illustrative Case book** , London , New York , British Library Cataloguing in Publication Data .
- Salkovskis , P . & West Brook , D . (1989) . Behaviour therapy and panic attack : Can Failure be turned into success ? , **Behaviour Research and Therapy** , 27(2) , 140 – 160 .
- Salkovskis . (2007) . Cognitive – behavioural treatment for panic , **Psychiatry** , 6(5) , 193 – 197 .
- Sara Freedman , and Rhonda Adessky . (2009) . **Cognitive Behavior Therapy for Panic Disorder** , Psychiatry Relat Sci , 46(4) , 251 – 256 .
- Schimmel , T . (2002) . **Panic Disorder with Dissociation : A Comparative Study** , Folrida , PHD , dissertation , Carlos , Albizu University .
- Stuart , Gregory L . ; Treat , Teresa A . ; Wade , Wendy A . (2000) . Effectiveness of an empirically based treatment for panic disorder delivered in a service clinic setting : 1 - year follow – up , **Journal of Consulting and Clinical Psychology** , 68(3) , 506 – 512 .
- Taylor , S . Abramowitz , J . , Mckay , D . , Carmin , C . (2006) . **Do dysfunctional beliefs play a role in all types of Panic disorder ?** , Journal of Anxiety Disorders , 20(1) , 85 – 97 .
- Terri L . Barrera , Kathleen M . Grubbs , Mark E . Kunik , Ellen J . Teng . (2014) . **A Review of Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease : The Rationale for Interoceptive Exposure** , Journal of Clinical Psychology in Medical Settings , 21(2) , 144 – 154 .
- Tilo Kirchera , Volker Aroltb , Andreas Jansena , Martin Pykaa , Isabelle Reinhardtc , Thilo Kellermannnc , Carsten Konrada , B , Ulrike Luekend , Andrew T . Glosterd ,

Alexander L . Gerlache , Andreas Ströhlef , André Wittmannf , Bettina Pfliedererg , Hans - Ulrich Wittchend , Benjamin Straubea . (2013) . Effect of Cognitive - Behavioral Therapy on Neural Correlates of Fear Conditioning in Panic Disorder , **Biological Psychiatry** , 73(1) , 93 – 101 .

- Van Oppen , P . & Emmelk Kamp , P . (2000) . **Issues in Cognitive treatment of panic** . In : W . K . Good Man , M . V . Rudorfer & J . D . Maser (Eds.) , **Contemporary issues in treatment of Panic disorder** , 117 – 132 , London : Lawrence Erlbaum Associates .

- White , K . S . , & Barlow , D . H . (2002) . **Panic disorder and agoraphobia** , In D . H . Barlow (ed.) , **Anxiety and its disorders : The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed)** , New York : Guilford Press .

- Wilhelm , S . & Stekette , G . (2006) . **Cognitive therapy for Panic disorder : A guide for professionals** , New Harbinger , Oakland , C . A Reviewed by : Karen Rowa , (2008) *Cognitive and Behavioral Practice* , 15(1) , 108 – 110 .

- Williams , S . L . (1992) . **Perceived self – efficacy and phobic disability** , in : Schwarzer , R (ed .) **Self – efficacy : thought control of action (147 – 175)** , Washington , Dc : Hemisphere .

The Efficacy of the Cognitive - Behavioral Therapeutic Program and Effectiveness of the sample Cases of Panic Attack With Agoraphobia Symptoms

Montaser S . Ahmad

Dep. of Psychology - Assiut University - Al Wady El gedid Branch

Mohamed N. Al Sabwah

Dep. of Psychology - Cairo University

El - Nabgha F. Mohammed

Dep. of Psychology –Minia University

Abstract

The purpose of the present study was to determine the extend of the contribution of cognitive therapy - behavioral in relieving the symptoms of panic attacks with Agoraphobia , and highlight the role of cognitive therapy – behavioral , in the treatment of panic attacks with Agoraphobia and ability to edit ideas and negative trends that I have this class , as well as reaching a number of diagnostic tests for the symptoms of panic attacks with Agoraphobia , as well as evaluative tests for therapy programs , characterized by record efficiently psychological high , as the study aimed to establish a cognitive - behavioral unified , detailed and intensive therapeutic program that characterized by a degree of flexibility , therapeutic efficiency , and appropriate our Arab culture , and it can be used by healers for similar cases , in this study , there was attempt for providing scientific model to study the treatment of individual cases of panic attacks with Agoraphobia , where the scarcity of such studies on the

Egyptian and Arab level . And that through the adoption of the current researchers on a battery of tests , namely : the semi – yet rate diagnostic interview , and a list of beliefs and mechanism negative ideas for panic attacks with Agoraphobia , and a list of panic attacks and agoraphobia , and the measure of semantic clinical diagnostic panic is used as litmus ratified of the list of panic attacks and agoraphobia , and intelligence of anxiety associated with panic attacks and agoraphobia , and intelligence psychological anxiety for children and adolescents is used litmus veracity of intelligence of anxiety associated with panic attacks and agoraphobia , and the measure of self-assessment for the extent of improvement symptoms of panic attacks with Agoraphobia (formula is provided for the patient) , and (formula provides for his family, relatives and friends) is used as external sincerity ecosystem litmus for the people around the patient (which is known is affect) and tables of self-monitoring . And as part of the verification of the objective of the study , It had been used design for random and unequal groups by tribal and dimensional measurement, and so in the light of the quasi-experimental approach , it has also been conducting a prospective study to verify the psychometric efficiency for designed study tools , and so on a sample of (151) individuals , then tests were corrected and we relied on the statistics stake in our selection of the core sample , which consisted of (12) persons suffering from panic attacks with Agoraphobia and they who have received (2) a standard deviation hand injury turmoil , after determining numerical value of each test separately after adding (2) a standard test for it , were divided into two groups , the experimental group (n = 6) and represents a group patients panic attacks with Agoraphobia who received cognitive therapy program - behavioral to panic attacks with Agoraphobia , and the control group (n = 6) , a group patients with panic attacks with Agoraphobia who did not receive any of the types of psychotherapy , both during the period or earlier , the results were found to indicate verify hypotheses that says that cybernetic is effectively to improve the behavioral symptoms of panic attacks with Agoraphobia , I have an experimental sample of patients to alleviate the psychological suffering and chagrin and anxiety resulting from the turmoil in comparison to the control group .

Key words : (CBT - panic attacks cases - Agoraphobia - automatic negative thoughts - associated with panic attacks accompanied by Anxiety with Agoraphobia) .