

THE EFFECT OF COLLECTIVE COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY ON REDUCTION AND REGULATIO OF CONCERN LEVEL

KOLLEKTİF BİLİŞSEL DAVRANIŞ TERAPİSİNİN KAYGI DÜZEYİNİ AZALTMA VE DÜZENLEMEDEKİ ETKİSİ

Bilgalim Muhammed¹

Abstract

The objective of this research is to identify the effectiveness of cognitive behavioral group therapy in reducing and changing phobic ideas from a sample of 08 cases suffering of panic disorder with agoraphobia, that was the diagnosis by DSM V and phobic questionnaire use ideas Champless. DL (PQI) (1984) that was translated and adapted by the researcher, this therapy was performed on 04 cases when the 04 other cases they remain pending. At the end of therapy says it is very effective in reducing and changing phobic ideas is this that has been asked and discussed in this article.

Résume

L'objectif de cette recherche vise à identifier l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale de groupe dans la réduction et la modification des idées phobique auprès un échantillon de 08 cas qui souffre du trouble de panique avec agoraphobie, qu'était diagnose par le DSM V et l'usage de questionnaire d'idées phobiques de Champless. D.L. (QPP) (1984) qu'était traduit et adapté par le chercheur, cette thérapie a été pratiqué sur 04 cas quand les 04 autre cas ils restent dans l'attente. A la fin la thérapie affirme qu'elle est très efficace dans la réduction et la modification des idées phobique est-ce la qui a été posé et discuté dans cet article.

Özet

Bu araştırmanın amacı davranışçı ve kolektif bilişsel tedavi programının kaygı düzeyini azaltma ve düzenleme üzerindeki etkisini tesbit etmektir. Bu amaçla toplu mekânlardaki panik eşliğine bağlı olarak kaygılanan kişilerden bir örneklem oluşturuldu. DSM5, yani zihinsel bozuklukların istatistiki teknikte teşhisi ölçeğine ve Champless D.L.'nin kaygı envarteri yazar tarafından tercüme edilerek teşhis yapılmıştır. Dört kişiden oluşan deney grubuna terapi programı uygulandı. Sonuçlar yine dört kişiden oluşan kontrol grubunun verileriyle karşılaştırıldı. Terapi programının başarılı olduğu saptandır.

بلغاليم محمد

جامعة أبي بكر بلقايد

دور العلاج المعرفي السلوكي الجمعي في الخفض والتعديل من الأفكار الخوافية

ملخص

يهدف هذا البحث إلى التعرف على مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجمعي في الخفض والتعديل من الأفكار الخوافية لدى عينة تعاني من اضطراب الهلع المصحوب بخواف الأماكن العمومية، حيث تكونت عينة الدراسة من (08) ثمانية حالات تعاني من اضطراب الهلع المصحوب بخواف الأماكن العمومية، تم الكشف عنها بواسطة ، وباستخدام استبيان الأفكار الخوافية لشاميلس DSM V استخدام الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس (المترجم والمكيف من طرف الباحث، تم تطبيق العلاج على (04) أربع QPP Champless.D.L.(1984) حالات في حين بقيت الحالات الأربعة (04) الأخرى في الانتظار إلى حين انتهاء العلاج. في النهاية أثبت العلاج فعالية جد مرتفعة في الخفض من حدة الأفكار الخوافية وهذا ما تم عرضه ومناقشته في هذا المقال.

¹ Ebu Bekir Bilkaid Üniversitesi Cezayir. drmohpsy@hotmail.fr

الكلمات المفتاحية:

العلاج المعرفي السلوكي الجمعي، التعديل، الأفعال الخوفية، اضطراب الهلع وخوف الأماكن العمومية.

مقدمة:

يعتبر العلاج النفسي من مجالات علم النفس التطبيقي، ويقيم أساساً على مساعدة الآخرين من أجل تحديد حالاتهم والتدخل فيها من أجل مشاكلهم نهائياً أو جزئياً، ووجد من بين العلاجات معاناتهم النفسية العلاج المعرفي السلوكي الذي يمثل الجانب العلمي والتقني من العلاج النفسي، والذي أظهر فعالية و نجاحاً مرتفعاً خاصة مع تطور النظريات التي تعلم السلوكية والنظريات المعرفية، نظريات أخرى كالتنظيرية ولا يقف عند هذا الحد بل يمدد إلى الإندسائية والجدولة، واسد تعامله على المدى الواسع والبعيد مع مختلف الاضطرابات والمشاكل النفسية، مظهراً نتائجاً جاملة فتة لأنظار مع تنوع طرقه وتقنياته في العلاج وخاصة مع اضطرابات القلق، ويعتبر اضطراب الهلع وخوف الأماكن العمومية أو المرفوعة من بين اضطرابات القلق الأكثر انتشاراً حيث يتراوح انتشاره في المجتمع العام من 2% إلى 3% بين الراشدين والمرهقين حسب إحصائيات الجمعية الأمريكية لقلب العقلي سنة 2102 في الولايات المتحدة الأمريكية وعدد من الدول الأوروبية ولفتره لا تتجاوز اثنتا عشرة شهراً

أن أعراضه تعتبر الأكثر انتشاراً من ناحية شدتها ومدى الألام، النفسية الناجمة عنها، في الحالات تعاني من نوبات هلع شديدة ومكررة أكان ذلك ناجماً عن تعرضها لمواقف خوفية أو خوفها من التعرض لتلك النوبات مرة أخرى (الخوف من الخوف)، فتتكون حالتها الجسدية أو الاجتماعية ناجمة لدى الحالات جملة من الأفعال حول عن تأويلاتها الخاطئة والكارثية، ويرى بيك وكلارك (Bek & Clark) وهعملان رائدات في علم النفس الجسدي (Clark) أن التأويل والفهم الخاطئ والكارثي للأحاسيس الجسدية أو العقلية؛ تبطة بالأحاسيس فتثير من الأحيان نتائج الكارثية المر الجسدية كالموت الناجم عن النوبات القلبية، الاذتناق، أو ماشابه ذلك، في حين أن الكارثة المصورة (في نوبات الهلع) قد تحدث فقدان السيطرة الذي يؤدي بدوره إلى الجنون (أي، "سأصبح مجنوناً")، أو يتصرف الفرد بطريقة محرجة أو مذلة أمام الآخرين؛

ي ذلك، يمكن أن يكون ال خوف من نوبات الهلع قويا لدرجة أن علاوة عل
ت كون ال كارثة المدتملة معاودة حادة ل نوبة هلع كاملة أخرى . كما يرى
كلارك (KralC .MD) أن ال تفسير ال كارثي ل الأحاسيس الجسدية هو
ال سبب الأساسي ل حدوث نوبة هلع وي مثل سمة معرفية دائمة
لأفراد الذين يعانون من اضطراب ال دنع يتحاضوا و اذهو (فعضلا)
الهلع ولا يسواب قلقين . لذا يقوم ال علاج المعرفي ال سلوكي على
إعادة ال تأهيل المعرفي ال الذي ي لبي وظي فتين في ال علاج المعرفي
ال سلوكي ل نوبات الهلع: أنه يقدم أدلة متضاربة ل لتأويلات
ال خاطئة وال كارثية وأنه يقدم تفسيرا بديلا عن الأحاسيس
ال خفية؛ فيعتبر تجميع الأدلة والبراهين حول اضطراب الهلع ال
وتحديد الأخطاء المعرفية (أي ال مبالغة في ال تمال و شدة

خطر وشيك)، وإنتاج تفسيرات بديلة مفيدة للغاية في العملية العلاجية وذلك من خلال
مجموعة من التقنيات المعرفية والسلوكية².

الإشكالية:

بما أن نوبات الهلع ليست ناجمة عن المواقف المخيفة (حسب الحالات) بل هي راجعة
إلى الأفكار التي كونها الفرد حول ذاته والأعراض المعاودة من جهة والمواقف
الخوفية من جهة أخرى، كما نجد في المقابل العلاج المعرفي السلوكي الذي أبدى
فعالية في تقنياته السلوكية والمعرفية خاصة في علاج اضطراب الهلع وخوف الأماكن
العمومية وبمختلف أشكاله أكان ذاتيا، فرديا، أو جمعيا، ومن هنا تظهر لنا التساؤلات
التالية:

- هل يوجد فرق دال إحصائيا في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على
مقياس الأفكار الخوفية في القياس قبل وبعد إجراء البرنامج؟
- هل يوجد فرق دال إحصائيا في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية
والمجموعة الضابطة على مقياس الأفكار الخوفية في القياس البعدي؟
- هل يوجد فرق دال إحصائيا في متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على
مقياس الأفكار الخوفية في القياس القبلي والبعدي؟
- هل البرنامج العلاجي المقترح فعال في التعديل من الأفكار الخوفية لدى المصابين
بنوبة الهلع وخوف الأماكن العمومية؟

فرضيات البحث:

- يوجد فرق دال إحصائيا في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على
مقياس الأفكار الخوفية في القياس قبل وبعد إجراء البرنامج.

². Op.cit, p:294.

- يوجد فرق دال إحصائياً في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الأفكار الخوافية في القياس البعدي.
- لا يوجد فرق دال إحصائياً في متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الأفكار الخوافية في القياس القبلي والبعدي
- البرنامج العلاجي المقترح فعال في التعديل من الأفكار الخوافية لدى المصابين بنوبة الهلع وخواف الأماكن العمومية.
أهداف البحث:

- الكشف عن مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجمعي في التعديل من الأفكار الخوافية لدى عينة تعاني من اضطراب الهلع وخواف الأماكن العمومية.
- مساعدة الأفراد المصابين بنوبات الهلع ورهاب الأماكن العمومية على مواجهة مخاوفهم والتعامل معها حين وقوعها.

تحديد المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

العلاج المعرفي السلوكي: هو علاج نفسي يعتمد على نظريات التعلم السلوكي من جهة والنظريات المعرفية من جهة أخرى، فيقوم على برامج علاجية قصيرة المدى تعتمد على حل المشكلات، فهو علاج تطبيقي سريع وموجه نحو أهداف معينة والتي تسمح للفرد بتنمية قدراته اللازمة لمواجهة نوبات الهلع والمواقف الخوافية وللمدى البعيد.

البرنامج العلاجي الجماعي المقترح: وهو بناء برنامج علاجي جماعي يعتمد على مجموعة من التقنيات العلاجية التي وضعها كل من بيك وكلارك (Beck & Clark) للعلاج أو الخفض من درجة نوبات الهلع عند المصابين باضطراب الهلع وخواف الأماكن العمومية، كما تساعد الأفراد على مواجهة المواقف الخوافية والتعديل من أفكارهم الخوافية، كل ذلك تحت ظل العلاج الجماعي الذي لا يتجاوز 5 خمسة أفراد والذي يسوده التعاون والمشاركة النشطة والفعالة لكل من المعالج وأفراد المجموعة.

اضطراب الهلع: يتصف بمجموعة من نوبات الهلع المعادة والمتكررة والتي تتميز أساساً بارتفاع مفاجئ، حاد وشديد للخوف أو الرعب وعدم الراحة والقلق الذي يصل إلى ذروته خلال دقائق، والتي تكون مصحوبة بمجموعة من الأعراض الجسدية والمعرفية، والتي تظهر عليها على الأقل أربعة أعراض من أعراض الهلع³، ونستطيع الكشف عنها من خلال محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس.

رهاب الأماكن العمومية أو المفتوحة: الأغورافوبيا هو اضطراب من اضطرابات القلق يتميز بالخوف الشديد وغير المبرر من الأماكن العمومية بحيث يخاف الأشخاص من وضعيتين أو أكثر من الوضعيات التالية: ركوب وسائل النقل، التواجد في أماكن مفتوحة، التواجد في أماكن مغلقة، أن يكونوا في سلسلة الانتظار أو في وسط الحشود، أو أن يكونوا لوحدهم خارج المنزل في وضعيات أخرى، حيث تستحوذ على هؤلاء

³. op.cit, American Psychiatric Association, p:208.

الأفراد أفكار مقلقة حول عدم قدرتهم على الهروب أو عدم تمكن الإسعاف من الوصول إليهم عند حدوث نوبة هلع أو أعراض أخرى تشل من قدراتهم، هذه الوضعيات تحدث هلع وخوف لدى الفرد وغالبا ما تكون متجنبة وتستلزم مرافقة أحدهم⁴، والذي نستطيع الكشف عنه من خلال محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس.

الأفكار الخوافية: وهي الأفكار التي تعتلي الفرد قبل، أثناء وبعد حدوث نوبة الهلع والمتعلقة بالحالة الجسدية والنفسية والاجتماعية للفرد والتي تحدث بدورها حالة من التجنب للمواقف التي يعتبرها الفرد مهددة لحياته وهي في الأصل غير مخيفة ونستطيع قياس هذه الأفكار من خلال تطبيق استبيان الأفكار الخوافية (QPP) لشامبلز (Champlless.D.L. (1984).

منهجية الدراسة:

قد استخدم الباحث في بحثه المنهج الوصفي الذي يعتبر كل استقصاء ينصب على ظاهرة من الظواهر التربوية أو النفسية كما أنها قائمة في الحاضر بقصد تشخيصها وكشف جوانبها وتحديد العلاقات بين عناصرها أو بينها وبين ظواهر تربوية وتعليمية أو نفسية أو اجتماعية أخرى⁵، والذي يقوم على دراسة الحالة التي تهدف إلى تعرف على خصائص ومضمون حالة أو ظاهرة واحدة وبصورة مفصلة ودقيقة⁶، وقد استعمل هذا المنهج من أجل تعرف الباحث على تاريخ الحالة من حيث البدء، التثبيت، الأسباب والتطور، أما المنهج التجريبي (أو الشبه تجريبي) الذي يهدف إلى قياس أثر أحد المتغيرات المستقلة أو أكثر على متغير تابع محدد وذلك من خلال التحكم أو السيطرة على كافة العوامل المحيطة بالظاهرة موضوع التجربة⁷، واستخدم الباحث هذا المنهج والذي يقوم على اختبار القبلي والبعدي لفعالية الأساليب العلاجية والبرنامج المقترحة من أجل تعديل من الأفكار الخوافية.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 8 طلبة من طلبة جامعة أبي بكر بلقايد أربع منهم أجري عليهم العلاج (3 ثلاث إناث وذكر واحد) (مجموعة تجريبية) وأربع حالات بقيت في الانتظار إلى حين نهاية العلاج (3 ثلاث إناث وذكر واحد) (مجموعة ضابطة) تتراوح أعمارهم بين 21 و 32 سنة، تم اختيارهم من طرف الباحث بعد تشخيص 22 حالة تم التعرف عليها في الجامعة وفق الشروط التالية:

- أن تكون وحدات العينة (الحالات) تدرس أو تعمل بجامعة أبي بكر بلقايد تلمسان؛
- أن تكون لديها أكثر من 4 أربعة أعراض من أعراض نوبة الهلع المذكورة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM V؛

⁴. op.cit, 217-218.

⁵. هيئة التأطير بالمعهد الوطني لتكوين، منهجية البحث سند تكويني لفائدة المفتشين في مختلف الأطوار التعليمية، المعهد الوطني لتكوين مستخدمي التربية، الجزائر، 2005، ص:23.

⁶. محمد عبيدات، محمد أبو نصار، عقلة مبيضين، مناهج البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، الأردن، 1999، ص:44.

⁷. نفس المرجع، ص:40.

- أن تكون لديها أكثر من مكانين تتجنبها من الأماكن العمومية المذكورة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM V؛
- أن تكون الأعراض موافقة لمحكات الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM V؛
- أن لا تكون هذه الأعراض ذات منشئ طبي (مرض عضوي)؛
- أن لا تكون الأعراض راجعة لتناول أدوية أو مخدرات أو آثار فيزيولوجية لمواد معينة؛

أدوات الدراسة:

استخدم الباحث الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM V في الكشف عن اضطراب الهلع وخواف الأماكن العمومية، كما استخدم الباحث استبيان الأفكار الخوافية (QPP) لشامبلس (Champliss.D.L. (1984) والمترجم والمكيف من طرف الباحث والمكون من 14 بند والذي يقيس شدة كل من الأفكار الخوافية الاجتماعية (07 بنود) والجسدية (الصحة الجسدية) (07 بنود) في أبعاد خماسية لقياس شدة الأفكار، و تم تطبيقه على عينة مكونة من 40 حالة تعاني من اضطراب الهلع وخواف الأماكن العمومية، وذلك لتأكد من الصدق والثبات حيث تراوح معامل الصدق 0.69 عند مستوى الدلالة 0.01، أما الثبات عن طريق التناسق الداخلي باستخدام معامل ألفا كورونباخ تحصل على 0.768 في التطبيق الأول و 0.762 في التطبيق الثاني عند مستوى الدلالة 0.01، كما تحصل على ارتباط بدرجة 0.91 عند مستوى الدلالة 0.01 باستخدام معامل الارتباط بيرسون بعد تطبيق وإعادة تطبيق الاختبار على العينة، كما ظهر الفرق سالب النتيجة بعد استخدام T التجريبية بعد تطبيق وإعادة تطبيق الاختبار على العينة، حيث تحصل على -1.14 عند مستوى الدلالة 0.26 أو بمعنى آخر هو غير دال.

كما استخدم الباحث البرنامج الإحصائي لمعالجة البيانات SPSS من أجل التأكد من صدق الاختبار وثباته من جهة ومن جهة أخرى التأكد من صدق الفرضيات، كما استخدم أساليب إحصائية أخرى عن طريق مربع إيتا η^2 وقيمة d لمعرفة قوة تأثير

المتغير المستقل الذي هو البرنامج العلاجي على المتغير التابع وهو درجة الأفكار الخوافية كما نستطيع التأكد من خلاله على درجة فعالية العلاج. تم حساب مربع إيتا η^2 أولاً من خلال المعادلة التالية:

$$\eta^2 = \frac{T^2}{T^2 + df}$$

حيث η^2 : هي نتيجة "T" التجريبية مربع

df تمثل درجة الحرية

وتم حساب قيمة d التي تعني حجم الأثر من خلال المعادلة:

$$d = \frac{2\sqrt{\eta^2}}{\sqrt{1 - \eta^2}}$$

الخطوات الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي لنوبة الهلع وخواف الأماكن العمومية:

أهداف المعالجة الأولية هي:

1. تقليل حساسية أو استجابة للأحاسيس الجسدية أو العقلية ذات الصلة بالهلع؛
2. إضعاف التأويل الخاطئ والكارثي الكامنة وراء مخططات التهديد الجسدي أو العقلي؛
3. تعزيز قدرات إعادة تقييم المعرفية التي تؤدي إلى اعتماد تفسير بديل أكثر اعتدالا وواقعية للأعراض؛
4. القضاء على سلوك التجنب والسلوكيات التأمين الأخرى غير القادرة على التكيف؛
5. الرفع من قدرات الحالة لتقبل القلق والخوف وإعادة تأسيس الشعور بالأمان؛

يعرض الجدول رقم "1" الخطوات الرئيسية في العلاج المعرفي المستخدمة لتحقيق هذه الأهداف.

الجدول رقم "1"

1. اعلام العميل؛
2. تعليم النموذج المعرفي لعلاج الهلع؛
3. تحديد الأهداف؛
4. إعادة تأهيل التنفس والاسترخاء؛
5. إعادة التأهيل المعرفي للتأويلات الخاطئة والكارثية؛
6. تفعيل المخططات والتعريض للإحساسات الفزيائية لنوبة الهلع؛
7. التعريض للمواقف الخوافية أو التحصين التدريجي؛
8. تقبل الأعراض والسلامة تأويلها؛
9. الوقاية من الانتكاس؛

بنى الباحث البرنامج من خلال الدراسات السابقة في العلاج المعرفي السلوكي وخاصة دراسة بيك وكلارك والبرنامج التطبيقي لجون غوليت وآخرون (coll, 2013) (Jean Goulet, المطبق بمستشفى لافال (Laval) في كندا، وقد قام الباحث بإدخال

تقنيات ووسائل من أجل التفعيل الجيد لهذا البرنامج (آلة العرض وتنشيط المخططات عن طريق الأفلام الوثائقية) وإثراؤه من خلال الدراسات النظرية والسابقة الأخرى التي تطرقت إلى هذا الموضوع أو إلى الأساليب التي وضعت في علاج اضطرابات القلق الأخرى، والتي أبدت فعاليتها في العلاج المقترح من طرف الباحث، وقد دام تقديم البرنامج 13 أسبوع بمعدل حصة واحدة في الأسبوع.

عرض نتائج الدراسة والتعليق عليها:

عرض نتائج الفرضية الأولى والتعليق عليها:

تنص الفرضية الأولى على: "يوجد فرق دال إحصائياً في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الأفكار الخوافية في القياس قبل وبعد إجراء البرنامج".

لتأكد من صدق هذه الفرضية تم معالجة البيانات المتعلقة بها عن طريق البرنامج الإحصائي لمعالجة البيانات SPSS، كما تم قياس بمعامل "T" لدراسة الفرق بين درجات متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في كل مجال من مجالات مقياس الأفكار الخوافية في القياس قبل وبعد إجراء البرنامج، والجدول رقم "3" يبين قيمة "T" التجريبية:

مستوى الدلالة المعنوية	"T"	القياس البعدي		القياس القبلي		أبعاد المقياس
		الانحراف المعياري للمجالات	متوسطات درجات المجالات	الانحراف المعياري للمجالات	متوسطات درجات المجالات	
0.003	8.53	1.82	9.00	4.19	21.25	المخاوف الاجتماعية
0.004	8.03	1.00	9.5	3.36	27.00	المخاوف الجسدية
0.003	8.28	1.41	9.25	3.77	24.12	مجموع المتوسطات

يظهر الجدول الفرق الحاصل بين متوسطات درجات القياس قبل العلاج وبعده لكل من المخاوف الاجتماعية والتي تحصلت على 8.53 عند مستوى الدلالة، 0.003 والمخاوف الجسدية التي تحصلت على 8.03 عند مستوى الدلالة 0.004، أما في مجموع متوسطات الأبعاد فتحصلت على 8.28 عند مستوى الدلالة 0.003. في ذلك دلالة إحصائية على وجود فرق في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الأفكار الخوافية في القياس قبل وبعد إجراء البرنامج.

عرض نتائج الفرضية الثانية والتعليق عليها:

تنص الفرضية الثانية على: "يوجد فرق دال إحصائياً في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الأفكار الخوافية في القياس البعدي".

لتأكد من صدق هذه الفرضية تم معالجة البيانات المتعلقة بها عن طريق البرنامج الإحصائي لمعالجة البيانات SPSS، كما تم قياس بمعامل "T" لدراسة الفرق بين درجات متوسطات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في كل مجال من مجالات مقياس الأفكار الخوافية في القياس بعد إجراء البرنامج على المجموعة التجريبية، والجدول رقم "4" يبين قيمة "T" التجريبية:

مستوى الدلالة المعنوية	"T "	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		أبعاد المقياس
		الانحراف المعياري للمجالات	متوسطات درجات المجالات	الانحراف المعياري للمجالات	متوسطات درجات المجالات	
0.035	3.65	1.82	9.00	4.12	17.00	المخاوف الاجتماعية
0.007	6.6	1.00	9.5	3.51	23.5	المخاوف الجسدية
0.021	5.12	1.41	9.25	3.31	20.25	مجموع المتوسطات

يظهر الجدول الفرق الحاصل بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والضابطة في القياس بعد العلاج المقدم للمجموعة التجريبية لكل من المخاوف الاجتماعية والتي تحصلت على 3.65 عند مستوى الدلالة، 0.035 لصالح المجموعة التجريبية والمخاوف الجسدية التي تحصلت على 6.6 عند مستوى الدلالة 0.007 لصالح المجموعة التجريبية، أما في مجموع متوسطات الأبعاد فتحصلت على 5.12 عند مستوى الدلالة 0.021 لصالح المجموعة التجريبية. في ذلك دلالة إحصائية على وجود فرق في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الأفكار الخوافية في القياس بعد إجراء البرنامج العلاجي لصالح المجموعة التجريبية كما نلاحظ ارتفاع في مستوى الدلالة في الأبعاد الجسدية على حساب الأبعاد الاجتماعية وذلك راجع إلى طبع العلاج المقدم.

عرض نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على: "لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي والبعدي على مقياس الأفكار الخوافية".

لتأكد من صدق هذه الفرضية تم معالجة البيانات المتعلقة بها عن طريق البرنامج الإحصائي لمعالجة البيانات SPSS، كما تم قياس بمعامل "T" لدراسة الفرق بين درجات متوسطات أفراد المجموعة الضابطة في كل مجال من مجالات مقياس الأفكار الخوافية في القياس قبل وبعد إجراء البرنامج، والجدول رقم "5" يبين قيمة "T" التجريبية:

مستوى الدلالة المعنوية	"T "	القياس البعدي		القياس القبلي		أبعاد المقياس
		الانحراف المعياري للمجالات	متوسطات درجات المجالات	الانحراف المعياري للمجالات	متوسطات درجات المجالات	
0.638	0.52	4.12	17.5	4.99	17.75	المخاوف الاجتماعية
0.08	-2.61	3.51	23.5	3.40	22.25	المخاوف الجسدية

0.359	-1.04	3.81	20.5	4.19	20.00	مجموع المتوسطات
-------	-------	------	------	------	-------	-----------------

يظهر الجدول عدم وجود فرق حاصل بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي لكل من المخاوف الاجتماعية والتي تحصلت على 0.52 عند مستوى الدلالة، 0.638 والمخاوف الجسدية التي تحصلت على 2.61- عند مستوى الدلالة 0.08، أما في مجموع متوسطات الأبعاد فتحصلت على 1.04- عند مستوى الدلالة 0.359. وهذا يدل على عدم وجود دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) أو ما يقل عنها، ومنه لا يوجد فرق في متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الأفكار الخوافية في القياس القبلي وبعدي لمدة 13 أسبوع.

عرض نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على: "البرنامج العلاجي المقترح فعال في التعديل من الأفكار الخوافية لدى المصابين بنوبة الهلع وخواف الأماكن العمومية".

لتأكد من صدق هذه الفرضية تم معالجة البيانات المتعلقة بها عن طريق مربع إيتا η^2

وقيمة d لمعرفة قوة تأثير المتغير المستقل الذي هو البرنامج العلاجي على المتغير التابع وهو درجة الأفكار الخوافية كما نستطيع التأكد من خلاله على درجة فعالية العلاج.

والجدول رقم "6" يبين مستويات الفاعلية والتأثير للعلاج النفسي:

مرتفع جدا	مرتفع	فوق المتوسط	متوسط	ضعيف
$1 \leq$	0.80	0.60	0.50	0.20

والجدول رقم "6" يوضح مدى فعالية البرنامج العلاجي وتأثيره في خفض من الأفكار الخوافية:

القيم	T	T ²	df	η^2	d	قوة التأثير والفاعلية
حسب المجالات	7.85	61.62	3	0.96	8.81	مرتفع جدا

من خلال الجدول نلاحظ فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجمعي على الأفكار الخوافية وهو ذو فعالية جد مرتفعة.

تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة:

تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الأولى والدراسات السابقة:

من خلال عرضنا لنتائج الفرضية الأولى للعينة التجريبية تظهر لنا أن هناك فرق بين القياس قبل وبعد إجراء العلاج وهو فرق إيجابي ومرتفع لصالح القياس البعدي بلغ (8.28) عند مستوى الدلالة (0.003)، وهذا يعني أن العلاج المعرفي السلوكي والبرنامج العلاجي الجمعي فعالين في التعديل والخفض من الأفكار الخوافية أكانت

اجتماعية والتي ظهرت نتيجة الفرق فيها (8.53) عند مستوى الدلالة (0.003) أو جسدية والتي كان حاصل الفرق فيها (8.03) عند مستوى الدلالة (0.004)، كما نلاحظ تراجع ملحوظ في متوسطات الدرجات في القياس البعدي (9.25) أمام القياس القبلي (24.12) وعند جميع الحالات، وهذا التراجع الملحوظ ناتج عن التعديل والتغيير في كل من الحالة النفسية لمجموعة العينة من جهة والأفكار الخوافية من جهة أخرى حيث مس هذا الخفض والتعديل كل من المخاوف الاجتماعية حيث تحصل الباحث على (21.25) في متوسط الدرجات للعينة قبل العلاج وعلى (9.00) في متوسط الدرجات للعينة بعد العلاج، أما المخاوف الجسدية فتحصل على (27.00) في القياس القبلي و(9.5) في القياس البعدي وهذا دليل فعالية البرنامج في الخفض والتعديل في كل من المخاوف الاجتماعية والجسدية إلا أننا نلاحظ فرق أكبر في المخاوف الجسدية على حساب الاجتماعية وهذا راجع إلى طبيعة العلاج الذي يركز على الأعراض الجسدية، كما أن الحالات استبدلت أفكارها الخوافية غير العقلانية والسلبية بأخرى أكثر عقلانية وإيجابية ووعي خاصة المتعلقة بالحالة الفيزيولوجية كزيادة ضربات القلب والإحساس بالاختناق والدوار والتقيؤ وغيرها من الأفكار الجسدية بأخرى أكثر واقعية وإرجاعها إلى الحالة النفسية وإلى الوظيفة التحذيرية للجهاز العصبي، وهذا راجع إلى إعادة التأهيل المعرفي الخاص بالأعراض وجدول الضبط الذاتي وبالتالي فإن التعديل من الأفكار الخوافية يؤدي مباشرة إلى زوال الأعراض وبالتالي اختفاء السلوكيات التجنبية، كما نشير أن التعديل المعرفي يتكون من خلال الأساليب المستخدمة والتي تخفف من شدة وحدة الأعراض كإعادة التأهيل التنفسي والاسترخاء وتقنية التعريض للأعراض الفيزيولوجية التي تجعل الحالة أكثر وعياً بأعراضها ومصدرها الحقيقي وكيفية التغلب عليها، وتقنية التعريض للمواقف الخوافية أو التحصين التدريجي الذي جعل الحالات أكثر تكيفاً مع المواقف التي كانت تخاف منها، وقد جاءت هذه النتائج مطابقة ومتفقة مع نتائج العديد من الدراسات السابقة التي أجريت في هذا المجال مثل دراسة سوكل وبيك وآخرون (Sokol, Beck & coll, 1989) والتي أجريت على 17 حالة تعاني من اضطراب الهلع، وتم تطبيق 18 حصة مختلف في العلاج المعرفي التي ركزت على التاويلات الخاطئة للأعراض الجسدية للقلق، التعريض، والتعديل المعرفي للهلع وقد انخفضت نوبات الهلع إلى درجة الصفر بعد انتهاء العلاج، كما استطاعت الحالات أن تؤول قلقها بصورة أكثر عقلانية وواقعية⁸، أما دراسة روزينك وآخرون (S. Rusinek & coll, 2004): هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الهلع وخوف الأماكن العمومية في تعديل المخططات المعرفية لهذا الاضطراب، طبق الباحث العلاج المعرفي السلوكي المختصر لمدة 10 أسابيع على عينة تتكون من 62 حالة قسمت إلى قسمين، المجموعة الأولى متكونة من

⁸. op.cit, Beck & Clark, p :325.

36 حالة يعانون من نوبة الهلع وخواف الأماكن العمومية (16 رجل و20 امرأة)، والثانية المتكونة من 36 حالة لا يعانون من أي اضطراب نفسي موازية للأولى من حيث السن والجنس. ولقياس هذا الاضطراب استخدم الباحث استبيان الأفكار الخوافية (Champliss.D.L. 1984) واستبيان المخططات المعرفية اللاتوافقية (Young, 1990) وذلك لقياس 13 مخطط لا توافقي. أظهرت النتائج أن العلاج المعرفي السلوكي الجماعي لخواف الأماكن العمومية ونوبات الهلع أبدى نجاحا ملحوظا في اختفاء الأعراض وهذه الفعالية لوحظت أثناء الحصص العلاجية مما أدى إلى الاستقلالية وتراجع الإعاقة للاضطراب اليومي؛ حيث أن 19 رجل من 20 و14 امرأة من 16 تمكنوا من تنمية الاستقلالية ومواجهة الوضعية الخوافية وانخفاض القلق اتجاه هذه الوضعية وتراجع الأفكار الخوافية وتعديلها بأخرى أكثر واقعية. أما بالنسبة للمخططات المعرفية اللاتوافقية لم يحدث أي تغيير خلال العلاج المعرفي السلوكي، مما يثبت أن العلاج المعرفي السلوكي يعدل كل من الأفكار ويخفض من الأعراض ولكنه لا يغير المخططات المعرفية ومنه معتقد الفرد⁹.

ودراسة بوشار وآخرون (Stéphane Bouchard & coll, 2007) هدفت الدراسة الى تغيير في إدراك وفهم نوبة الهلع في العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الهلع وخواف الأماكن العمومية من خلال تعديل الاختلال الوظيفي للمعتقدات والجدارة الذاتية. وقد قيمت أربعة متغيرات: أ. درجة المعتقد الأساسي لكل حالة اتجاه نتائج المتعلقة بنوبة الهلع؛ ب. تقييم إدراك الكفاءة الذاتية للحالات من أجل التحكم بنوبة الهلع عند حضور الأحاسيس الجسدية المتعلقة بها؛ ج. تقييم إدراك الكفاءة الذاتية للحالات من أجل التحكم بنوبة الهلع عند حضور الأفكار المتعلقة بها؛ د. مستوى إدراك وفهم الهلع عند الإصابة بنوبة هلع. تكونت عينة الدراسة من 31 حالة تعاني من نوبة الهلع وخواف الأماكن العمومية بعد أن شخصوا من خلال استعمال الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM IV فقط 22 حالة تمكنت من إنهاء بروتكول العلاج من خلال وضع برنامج التأهيل معرفي، ثم تم عزل 10 حالات لم تنجح في اتمام العلاج، بينما 12 حالة تم إتمام العلاج عليها، سبع منها عن طريق التعديل المعرفي وخمس حالات من خلال التعريض، كما أستعمل مقياس أو استبيان الأفكار الخوافية (APA). تحصلوا في النهاية بالنسبة للحالات التي تعالج بالتعديل المعرفي أو التعريض على النتيجة التالية: تغير الإدراك وفهم نوبة الهلع من خلال تغير الوظيفة المختلة للمعتقد عند ثلاث حالات، من خلال تغير الكفاءة الذاتية عند ستة حالات، من خلال تغير الوظيفة المختلة للمعتقد و الكفاءة الذاتية عند ثلاث حالات. كما تحصلوا على نتيجة أن

9. S. Rusinek, P. Graziani, D. Servant, M. Hautekeete, I. Deregnaucourt, Article original, Thérapie cognitive et schémas cognitifs : un aspect du paradoxe, Revue européenne de psychologie appliquée n°: 54 (2004), p : 173-177.

هناك علاقة ترابطية ذاتية بين كل من الاختلال الوظيفي للمعتقدات الأساسية والسلوك والانفعال، الاستجابات الفيزيولوجية و مختلف المتغيرات المتعلقة بالمحيط¹⁰. ويمكن تفسير النتائج التي توصل إليها الباحث إلى عدة عوامل، وقد أرجعها الباحث إلى جودة البرنامج العلاجي الذي أبدى نجاحا في مختلف أنحاء العالم خاصة في الخفض والتعديل من الأفكار الخوافية، كما أرجعها إلى نوعية المقياس الذي يلعب هو أيضا دورا أساسيا في توعية الحالات نحو أفكارها والتعرف إليها وعقلنتها، كما أنها راجعة إلى العينة التي تميزت بالفاعلية والتفاعل اتجاه العلاج والمستوى التعليمي والثقافي لها، هذا من جهة ومن جهة أخرى محتوى البرنامج وكيفية تطبيقه والأساليب والتقنيات والوسائل المستخدمة فيه، والظروف التي طبق فيها.

تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الثانية والدراسات السابقة:

من خلال عرضنا لنتائج الفرضية الثانية للعينة التجريبية والضابطة والتي تنص على "يوجد فرق دال إحصائيا في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الأفكار الخوافية في القياس البعدي"، حيث تحصل الباحث على فرق إيجابي ومرتفع بين المجموعة الضابطة والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية والتي بلغت (5.12) عند مستوى الدلالة (0.021)، وهذا دال على الخفض والتعديل من الأفكار الخوافية لدى المصابين بنوبة الهلع وخواف الأماكن العمومية حيث بقيت المجموعة الضابطة على حالها، والتي تحصلت على متوسط الدرجات قيمته (20.25) في حين تحصلت المجموعة التجريبية على (9.25) وهذا الفرق مرتفع وإن دل على شيء إنما يدل على فعالية البرنامج العلاجي حيث أبدى تقدما في الخفض والتعديل في كل من المخاوف الاجتماعية والتي تحصلت على قيمة الفرق (3.65) عند مستوى الدلالة (0.035)، أما المخاوف الجسدية فتحصلت على (6.6) عند مستوى الدلالة (0.007)، أما في متوسط الدرجات للمجموعة الضابطة في المخاوف الاجتماعية (17.00) مقابل (9.00) بالنسبة للمجموعة التجريبية، ومتوسط الدرجات المجموعة الضابطة في المخاوف الجسدية (23.5) مقابل (9.5) للمجموعة التجريبية، والفرق الملحوظ هنا في كل من المخاوف الجسدية على حساب المخاوف الاجتماعية لكل من المجموعة الضابطة والتجريبية هو راجع إلى نوعية العلاج الذي يركز على علاج الأعراض الفيزيولوجية والتي تسيطر بدورها على الاضطراب بصورة عامة. كما أبدت المجموعة التجريبية تقدما ملحوظا على حساب المجموعة الضابطة من حيث الأفكار الخوافية أكانت ذات منشأ اجتماعي أو جسدي، وقد جاءت هذه النتائج مطابقة ومتفقة مع نتائج العديد من الدراسات السابقة التي أجريت في هذا المجال مثل دراسة مارشوند وآخرون (Marchand & coll, 2004) هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على

10. Stéphane Bouchard, Janel Gauthier, Arie Nouwen, Hans Ivers, Annie Vallières, Sébastien Simard, Thomas Fournier, original Article, "Temporal relationship between dysfunctional beliefs, self-efficacy and panic apprehension in the treatment of panic disorder with agoraphobia", Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry n°: 38 (2007) , p:275-292.

مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الهلع وخواف الأماكن العمومية وحده دون العلاج الدوائي (بأشكاله الثلاث أكان فردياً، جماعياً، أو ذاتياً)، مقابل العلاج المعرفي السلوكي المصحوب بالعلاج الدوائي. تكونت عينة الدراسة من 84 حالة شخصوا باضطراب الهلع وخواف الأماكن العمومية من درجة متوسطة إلى حادة حسب السلم العام لحدة الأعراض لبيو (Lebeau, 1992)، جميع أفراد العينة تلقوا العلاج المعرفي السلوكي، قسمت العينة إلى عينة ضابطة المتكونة من 27 حالة وضعوا في الانتظار لمدة 14 أسبوع قبل تلقي العلاج، 57 من 84 حالة يتلقون علاج دوائي أكان مهدئات، مضادات قلق، مضادات اكتئاب، أو أدوية أخرى قبل بدأ العلاج، علما أنهم قد أعلموا من قبل باستمرار تناول الأدوية خلال مدة العلاج؛ أما 27 حالة المتقيت تبدأ العلاج دون أخذ أدوية؛ هكذا قسمت العينة إلى مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية متكونة من 57 حالة، كما قسمت إلى مجموعة يقدم لها علاج نفسي مصحوب بالأدوية وآخر دو علاج دوائي. استخدم الباحث في دراسته كل من مقياس خواف الأماكن العمومية (IMA)، استبيان الأحاسيس الجسدية واستبيان الأفكار الخوافية (Champlless.D.L. 1984 & Stephenson, 1998)، كما تم قياس القلق والاكتئاب بمقياس بيك (Beck) للقلق والاكتئاب، كما استخدم الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM IV. دامت مدة العلاج 14 أسبوعاً بالإضافة للمتابعة إلى غاية سنتين. أثبتت النتائج أن كلا طريقتي العلاج فعالة بنسبة مقاربة ولا يوجد أي فرق في الاختبار البعدي، على غرار الفرق بين المجموعة التجريبية على حساب الضابطة حيث أظهرت فعالية العلاجين على حساب المجموعة المنتظرة للعلاج. كما أثبتت الدراسة التتبعية أنه لا يوجد فرق بين العلاج المعرفي السلوكي المصحوب بالأدوية وغير المصحوب، لكن بعد سنتين من التتبع أثبتت الدراسة وجود فرق لصالح العلاج المعرفي السلوكي لوحده¹¹. كما أظهرت دراسة روزينك وآخرون (S. Rusinek & coll, 2004) المذكورة سابقاً نفس النتائج.

ويرجع الباحث هذا الفرق بين المجموعة الضابطة والتجريبية إلى فعالية البرنامج العلاجي وتقنياته المستخدمة في خفض من حدة الأفكار الخوافية من جهة والأعراض والسلوكيات التجنبية من جهة أخرى، حيث ظهر على الحالات تحسن في أعراضها بعد ظهور أفكار أخرى منطقية مرتبطة بها حسب تمارين الضبط الذاتي وبرنامج الأفكار التلقائية والمنطقية، في حين بقيت الأفكار على حالها عند العينة الضابطة التي لم يطبق عليها هذا التمرين (الضبط والبرنامج) إلا المقياس، والتي لم تحصل في نفس الوقت على علاج مما أدى إلى بقاء الأفكار والأعراض على حالها في حين لاحظنا التحسن عند العينة التجريبية وهذا ما أكدته كل الدراسات السابقة المذكورة سالفاً.

¹¹ . André Marchand, Vanessa Germain, Daniel Reinharz, Nicole Mainguy, Pierre Landry, Article original, Analyse des coûts et de l'efficacité d'une psychothérapie pour le Trouble panique avec agoraphobie versus un traitement combinant la pharmacothérapie et la psychothérapie, Santé mentale au Québec, vol. 29, n° 2, 2004, p. 201-220.

تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الثالثة والدراسات السابقة:

ظهرت نتائج هذه الفرضية أنه لا يوجد فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) أو ما يقل عنه باستخدام معامل الفرق T في القياس القبلي والبعدي على مقياس الأفكار الخوافية بالنسبة للمجموعة التجريبية أثناء تطبيق القياس على المجموعة الضابطة حيث بقيت كل من متوسط الدرجات أكانت للمخاوف الاجتماعية أو الجسدية على حالها وهذه النتائج مطابقة للدراسات السابقة لكل من مارشوند وآخرون (Marchand & coll, 2004)، روزينك وآخرون (S. Rusinek & coll, 2004) المذكورة سابقاً والتي تحصلت على نفس النتائج. ويرجع الباحث هذه النتائج لعدم تلقي المجموعة الضابطة للبرنامج العلاجي.

تحليل وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الرابعة والدراسات السابقة:

من خلال عرضنا لنتائج الفرضية الرابعة التي تنص " البرنامج العلاجي المقترح فعال في التعديل من الأفكار الخوافية لدى المصابين بنوبة الهلع وخواف الأماكن العمومية " يظهر لنا أن المتغير المستقل وهو البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الجمعي لديه تأثير وبالتالي فعالية على المتغير المستقل وهو الأفكار الخوافية حيث أظهر مربع إيتا η^2 وقيمة d لمعرفة قوة تأثير المتغير المستقل على التابع حيث تحصل الباحث على

قيمة $\eta^2 = 0.96$ وقيمة $d = 8.81$ وبما أن قيمة هذه الأخيرة أكبر من الواحد "1"

فإن درجة التأثير قوية جداً ومنه فإن البرنامج العلاجي لديه تأثير وفعالية قوية جداً في خفض وكذا التعديل من الأفكار الخوافية وهذه النتائج مطابقة للدراسات السابقة كدراسة بيك وسوكول وكلارك وآخرون (Sokol & Beck & Clark & coll, 1992) أجريت الدراسة على 33 حالة تعاني من نوبة الهلع قصد التعرف على فعالية العلاج المعرفي الفردي 12 أسبوع، مقابل العلاج المعرفي الجماعي المختصر 8 أسابيع، أظهرت الدراسة أن العلاج الجماعي المختصر فعال بنفس درجة العلاج الفردي، في حين أن العلاج المعرفي الفردي أبدى فعالية في علاج الاكتئاب والقلق المعمم بنسبة 71% مقابل 87% في العلاج الجماعي المختصر لنوبات الهلع، ودراسة كلارك وآخرون (Clark & coll, 1994) أجريت هذه الدراسة على 64 حالة تعاني من اضطراب الهلع وخواف الأماكن العمومية لغرض التعرف على فعالية العلاج المعرفي بمختلف أساليبه مقابل العلاج بالاسترخاء في 10 حصص حصة في كل أسبوع ولمدة ثلاث أشهر، تحصل الباحثون على نتيجة أن العلاج المعرفي فعال في خفض أعراض الهلع، السلوك التجنبي لرهاب الأماكن العمومية، التأويل الخاطئ للأحاسيس الجسدية، واليقظة المفرطة اتجاه الأعراض الجسدية (الطبية) على حساب العلاج بالاسترخاء حيث أظهرت الدراسة نجاح العلاج المعرفي بنسبة 80% من الحالات في حين 25% من الحالات بالعلاج بالاسترخاء و40% من الحالات بالعلاج الدوائي (imipramine). في حين أن الدراسة التتبعية بعد 15 شهر أثبتت أن العلاج المعرفي بقيت فعاليته جد

مرتفعة على حساب العلاج بالاسترخاء والعلاج الدوائي (imipramine) باستخدام 6 مقاييس لقياس الهلع والقلق حيث أظهرت النتائج فعالية العلاج المعرفي بـ 85% مقابل 47% بالنسبة للعلاج بالاسترخاء و60% بالنسبة للعلاج الدوائي (imipramine)¹² ، كما أثبتت دراسة مارشوند وديون (Marchand & Dion, 1998) التي هدفت إلى التعرف على تأثير مختلف مستويات القلق الاجتماعي على نجاعة العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الهلع وخواف الأماكن العمومية بشكله التوجيه الذاتي والموجه من طرف المعالج، كما تهدف الدراسة إلى التعرف على ما مدى تأثير البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المخصص لاضطراب الهلع وخواف الأماكن العمومية على مختلف مستويات القلق الاجتماعي بالسلب أو الإيجاب من جهة، ومن جهة أخرى تقوم هذه الأخيرة إذا كان لديها تأثيرا على العلاج المعرفي السلوكي الموجه لأعراض رهاب الأماكن العمومية. تم اختيار العينة (بعد تشخيص اضطراب الهلع المصحوب بخواف الأماكن العمومية بدون وجود تشخيص ثاني للخواف الاجتماعي، مع وجود أو عدم وجود أعراض القلق الاجتماعي) والتي بلغت 51 حالة تعاني من اضطراب الهلع وخواف الأماكن العمومية (26 حالة تتبع علاج موجه من طرف المعالج و25 حالة تتبع علاج التوجيه الذاتي) والذي شُخص باستخدام الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع DSM IV، كما استخدم الباحث 8 مقاييس واستبيانات لقياس الاضطراب خاصة مجموعة استبيانات الهلع وخواف الأماكن العمومية لشومبس (IMA, QSP, QPP) (Champliss.D.L. 1984) واستبيان الخوف (QEP) (Marks & Mathew, 1979) ومقاييس بيك (Beck) للقلق والاكتئاب، كما استخدم الباحث لتقييم القلق الاجتماعي استبيان الخوف (Marks & Mathew, 1979) استبيان الخوف من الأحكام السلبية (FNE) (Watson & Friend, 1969) ، كما استخدم استبيان القلق والتجنب الاجتماعي (SAD) (Marks & Mathew, 1979)، وقد قام الباحث بتطبيق هذه الاختبارات قبل وبعد إجراء العلاج. تحصل الباحث على النتائج التالية: أن مستوى القلق الاجتماعي المتوسط والشديد لديه تأثيرا سلبيا على العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الهلع وخواف الأماكن العمومية بالنسبة للعلاجين (الذاتي والموجه). كما أن هذان النموذجان فعالان في الخفض ليس فقط من درجة الهلع وخواف الأماكن العمومية ولكن حتى مختلف مستويات القلق الاجتماعي وحتى الاكتئاب والقلق المعمم¹³ . كما وضعت دراسة برلنو وآخرون (Barlow & coll, 2000) هدفت الدراسة إلى التعرف على الفرق بين كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي (imipramine) والعلاج بالبلاسيبو أجريت الدراسة على 77 حالة تعاني من اضطراب الهلع، أظهرت نتائج الدراسة أنه كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي (imipramine) فعالان

¹². op.cit, Beck & Clark, p :326.

¹³. André Marchand et Marie-Hélène Dion, « Comorbidité du TPA : L'impact de différents niveaux d'anxiété sociale sur l'efficacité d'un traitement cognitivo-comportemental du trouble panique avec agoraphobie », Santé mentale au Québec, vol. 23, n° 2, 1998, p. 171-196.

على حساب البلاسيبو، في حين لا يوجد فرق بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي (imipramine) بعد إجراء القياس في نهاية العلاج، ولكن هناك فرق ملحوظ في العلاج التتبعي لمصلحة العلاج المعرفي السلوكي. أما دراسة شامبلز وبيترمان (Chambless & Peterman 2004) أجريا 13 ثلاثة عشر دراسة حول العلاج المعرفي السلوكي لنوبات الهلع وأعراض الخوف تحصلا على 0.93 في متوسط معامل النجاح وذلك إثرا مقارنة 71% من الحالات التي عولجت بالعلاج المعرفي السلوكي ويعانون من الهلع والخوف بـ 29% من الحالات وضعت في الانتظار أو تناولت البلاسيبو، كما أظهرت نتائج الدراسات أن فعالية هذا العلاج تظهر في عدة اضطرابات أخرى كالأعراض المعرفية للهلع، القلق المعمم، وبدرجة أقل في أعراض الاكتئاب. كما أثبتت دراسة جون بواير بيسون وآخرون (Joannie Poirier-Bisson & coll, 2010) التي تمثلت في معرفة الفاعلية التي أثبتتها كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي لاضطرابات القلق (نوبات الهلع، المخاوف الخاصة، المخاوف الاجتماعي، القلق المعمم) عبر 28 سنة (2008/1980) وذلك بالرجوع إلى أرشيفات الدراسات السابقة في هذين العلاجين حيث أثبتت الدراسة فعالية ملحوظة لكلا العلاجين خاصة إذا كانا معا في حين أن بعض الدراسات أثبتت أن العلاج المعرفي السلوكي أكثر فعالية خاصة للمدى البعيد¹⁴. كما أثبتت دراسات أخرى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطرابات القلق الأخرى كدراسة ليبويتز وآخرون (Liebowitz & coll, 1999) أجريت الدراسة على 133 حالة تعاني من المخاوف الاجتماعي شخصت عن طريق DSM-IV وقسمت إلى ثلاث مجموعات بهدف التعرف على فاعلية كل من العلاج المعرفي السلوكي للمخاوف الاجتماعي، العلاج الدوائي (phenelzine)، والعلاج عن طريق البلاسيبو، خلال 12 أسبوع من التطبيق للعلاج المعرفي السلوكي الجماعي لمدة ساعتين ونصف في الأسبوع، أظهرت النتائج بعد نهاية العلاج أن كل من العلاج المعرفي السلوكي والدوائي أعطيا نتيجة إيجابية على حساب البلاسيبو بنسبة 75%، وبعد التتبع لمدة 6 أشهر 50% من الحالات التي عولجت بالعلاج الدوائي (phenelzine) انتكست إلى الاضطراب مقابل 17% فقط من العلاج المعرفي السلوكي¹⁵. ودراسة كلارك وآخرون (D.M. Clark & coll, 2003) التي أجريت على 71 حالة تعاني من المخاوف الاجتماعي قسمت العينة بشكل عشوائي إلى ثلاث مجموعات الأولى تعالج علاج معرفي سلوكي فردي وأما الثانية علاج معرفي جماعي والثالثة تبقى في الانتظار إلى حين انتهاء العلاج، أثبتت نتائج الدراسة بعد العلاج إلى أن هناك فرق في كل من العلاج المعرفي الفردي والجماعي على حساب المجموعة الموضوعية في انتظار لصالح المجموعتين التجريبيية

14. Joannie Poirier-Bisson, Pasquale Roberge, André Marchand et Rachel Grégoire, « Les études de coûts-efficacité des traitements pharmacologiques et psychologiques des troubles anxieux : une recension des écrits », Santé mentale au Québec, vol. 35, n° 1, 2010, p. 129-152.

15. op.cit, Beck & Clark, p 381:.

كما أثبت العلاج الفردي تقدماً على حساب العلاج الجماعي بعد 6 أشهر من التتبع¹⁶. أيضاً دراسة مارتين دي بروفنشير وآخرون (Martin D Provencher & coll, 2006) أجريت الدراسة على 90 فرد يعانون من القلق المعمم شخصوا عن طريق DSM IV بغرض تقييم انتشار وتطور اضطرابات المحور الأول المصاحب لها والتي خضعت للعلاج المعرفي السلوكي من بين 12 و16 حصة لعلاج اضطراب القلق المعمم، تم تطبيق مقياس اضطرابات القلق قبل وبعد العلاج المعرفي السلوكي وتحصلوا على نتيجة بعد عملية التشخيص أن مجموع الحالات تعاني من اضطرابات مصاحبة بنسبة 73% وأظهرت الدراسة أن التشخيص الأكثر انتشاراً هو الخوف البسيط، الخوف الاجتماعي، اضطراب الهلع، والاكتئاب، وهذه الاضطرابات حسب نتائج الدراسة تتأثر هي الأخرى بالعلاج المعرفي السلوكي الموجه لعلاج القلق المعمم خاصة على اضطراب الهلع¹⁷. كل هذه الدراسات أثبتت فعالية العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق عامة ونوبة الهلع وخوف الأماكن العمومية خاصة كما أثبتت فعالية هذا البرنامج في التعديل من درجة الأفكار الخوافية، وهذا راجع إلى جودة الأساليب والتقنيات المستخدمة وسهولة تطبيقها وفهم توجيهاتها والتمارين الموجهة فيها للحالات المطبق عليها، وليس فقط على الأفكار الخوافية ولكن حتى على الأعراض والسلوكيات التجنبية مما أدى إلى تحسن وضعية الحالات نهائياً.

خاتمة:

يتبين لنا من خلال ما تم عرضه أن العلاج المعرفي السلوكي علاج فعال ليس فقط في التخفيض من شدة الأفكار الخوافية التي تستحوذ على الحالات والتعديل منها إلى أفكار أخرى أكثر عقلانية، بل تعدو إلى الاستجابات الانفعالية والسلوكية للفرد فتصبح هذه الأخيرة أكثر تكيفاً مع المواقف التي سبق لها أن كانت مخيفة بالنسبة للحالات، والتي كانت تسبب في النهاية مجموعة من النوبات الشديدة والعنيفة من القلق والرعب التي تعتلج وجدانها، وبالتالي فإن التعديل من الأفكار الخوافية أو حتى الخفض منها يؤدي بدوره إلى ظهور الاستجابات التكيفية وهذا ما أكده كل من بيك وكلاارك في دراستهما حول الأفكار التلقائية أو التأويلات الخاطئة والكارثية، كما أننا لا نغفل دور الاستجابات الانفعالية والسلوكية كأداة لإعادة التأهيل المعرفي وتصحيح الأفكار والتأويلات الخاطئة والكارثية وكأنها حلقة مغلقة نهايتها هي بداية للأخرى، وفي الأخير نشير إلى أن العلاج المعرفي السلوكي هو علاج سهل وموجه ويقوم على أسس وتقنيات علمية مدروسة تخفف من درجة معاناة الحالات بل تقوم في أغلب الأحيان بعلاجها وتحقيق التكيف والصحة النفسية لديها.

¹⁶ . op.cit, p :382.

¹⁷ . Martin D Provencher, Robert Ladouceur, Michel J Dugas, La comorbidité dans le trouble d'anxiété généralisée : prévalence et évolution suite à une thérapie cognitivo-comportementale, Rev Can Psychiatrie, vol 51, no 2, février 2006.

قائمة المراجع باللغة العربية:

1. محمد عبيدات، محمد أبو نصار، عقلة مبيضين، مناهج البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، الأردن، 1999.
2. هيئة التأطير بالمعهد الوطني لتكوين، منهجية البحث سند تكويني لفائدة المفتشين في مختلف الأطوار التعليمية، المعهد الوطني لتكوين مستخدمي التربية، الجزائر، 2005.

قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

3. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth edition DSM-5, New School Library, Washington, DC, 2013.
4. André Marchand et Marie-Hélène Dion, « Comorbidité du TPA : L'impact de différents niveaux d'anxiété sociale sur l'efficacité d'un traitement cognitivo-comportemental du trouble panique avec agoraphobie », Santé mentale au Québec, vol. 23, n° 2, 1998.
5. André Marchand, Vanessa Germain, Daniel Reinharz, Nicole Mainguy, Pierre Landry, Article original, Analyse des coûts et de l'efficacité d'une psychothérapie pour le Trouble panique avec agoraphobie versus un traitement combinant la pharmacothérapie et la psychothérapie, Santé mentale au Québec, vol. 29, n° 2, 2004.
6. David A. Clark, Aaron T. Beck, Cognitive Therapy of Anxiety Disorders Science and Practice, The Guilford Press, New York, 2010.
7. Jean Goulet, Louis Chaloult, Thanh-Lan Ngo, Guide de pratique pour l'évaluation et le traitement cognitive- comportemental de trouble panique avec ou sans agoraphobie (TPA), Cité de la santé de Laval, Polyclinique médicale Concorde, Hôpital du Sacré – cœur de Montréal, 2013.
8. Joannie Poirier-Bisson, Pasquale Roberge, André Marchand et Rachel Grégoire, « Les études de coûts-efficacité des traitements pharmacologiques et psychologiques des troubles anxieux : une recension des écrits », Santé mentale au Québec, vol. 35, n° 1, 2010.
9. Martin D Provencher, Robert Ladouceur, Michel J Dugas, La comorbidité dans le trouble d'anxiété généralisée: prévalence et évolution suite à une thérapie cognitivo-comportementale, Rev Can Psychiatrie, vol 51, no 2, février 2006.
10. S. Rusinek, P. Graziani, D. Servant, M. Hautekeete, I. Deregnaucourt, Article original, Thérapie cognitive et schémas cognitifs : un aspect du paradoxe, Revue européenne de psychologie appliquée n°: 54 (2004).
11. Stéphane Bouchard, Janel Gauthier, Arie Nouwen, Hans Ivers, Annie Vallières, Sébastien Simard, Thomas Fournier, original Article, "Temporal relationship between dysfunctional beliefs, self-efficacy and panic apprehension in the treatment of panic disorder with agoraphobia", Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry n°: 38 (2007).