

— *Brief Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder*

العلاج المعرفي السلوكي الموجز لاضطراب الهلع — دراسة حالة —

سنوساوي عبد الرحمن¹

1- معهد العلوم الانسانية والاجتماعية، المركز الجامعي مغنية، تلمسان، الجزائر

البريد الإلكتروني: senoussaoui13@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-1890-9736> 

المخلص

تتناول هذه الدراسة مقارنة علاجية للتكفل بالأشخاص الذين يعانون من اضطراب الهلع، وذلك باستعمال تقنيات العلاج المعرفي السلوكي الموجز، وذلك بالاعتماد على المنهج الإكلينيكي (دراسة حالة) وجلسات محدودة ومختصرة. وقد تم تطبيق العلاج على حالة من جنس ذكر كان يعاني من نوبات هلع متكررة بلغت أكثر من ثلاث نوبات يوميًا. تمثل الهدف العلاجي في التخفيف من حدة نوبات الهلع لدى الحالة، ثم مساعدته على التكيف معها وتجاوزها، وذلك من خلال تطبيق خمس مراحل أساسية جُسدت في خمس جلسات علاجية، مع تخصيص جلسة سادسة للمتابعة والتقييم. وتتمثل هذه المراحل في: التصحيح المعرفي لتصورات الحالة حول الاضطراب، ثم مناقشة توقعات الهلع لديه ووصف النوبة، ثم تجربة استدعاء النوبة والتحكم فيها، ثم التخفيف من القلق المرتبط بنوبات الهلع، وأخيرًا التغلب على سلوك التجنب. وقد بلغت مدة العلاج أربعة أسابيع، مع أسبوعين للمتابعة. وأظهرت نتائج تطبيق الجلسات تحسنًا ملحوظًا، حيث تم التقليل من عدد النوبات المسجلة إلى أربع نوبات فقط خلال أسبوعين، إلى جانب تحسن مزاج الحالة وتزايد تفاؤلها بالتحسن والتحكم في النوبات، إذ لم يلجأ إلى المستشفى بعد تطبيق الجلسات كما كان يحدث سابقًا.

الكلمات المفتاحية

اضطراب الهلع؛ العلاج المعرفي السلوكي؛ العلاج الموجز؛ القلق؛ سلوك التجنب.

Abstract

This study examines a therapeutic approach for the management of individuals suffering from panic disorder through the use of brief cognitive-behavioral therapy techniques, based on the

طريقة الاستشهاد بهذا البحث:

سنوساوي ع. ا. (2026). العلاج المعرفي السلوكي الموجز لاضطراب الهلع: دراسة حالة. مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية. 16(01).

<https://doi.org/10.67603/jossh.v16i01.10159>

تاريخ الاستلام: 2025-06-04

تاريخ القبول: 2026-03-16

تاريخ النشر: 2026-06-10

حقوق النشر © 2026 للمؤلف/المؤلفين و

جامعة محمد بوضياف المسيلة.

هذا العمل مُرخّص بموجب رخصة المشاع الإبداعي

النسبة - غير تجاري الدولية. (CC BY-NC 4.0)

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



¹Corresponding author)

clinical method (case study) and delivered through limited and concise sessions. The intervention was applied to a male patient experiencing recurrent panic attacks, exceeding three attacks per day. The therapeutic objective was to reduce the severity of panic attacks and subsequently help the patient adapt to and overcome them. This was achieved through five core phases implemented across five therapeutic sessions, followed by a sixth session dedicated to follow-up and evaluation. These phases included cognitive restructuring of the patient's perceptions of the disorder, discussion of panic-related expectations and description of the attack, experimental induction and control of panic symptoms, reduction of anxiety associated with panic attacks, and finally overcoming avoidance behaviors. The duration of treatment was four weeks, followed by two weeks of follow-up. The results demonstrated a significant improvement, with a reduction in the number of recorded panic attacks to only four attacks over a two-week period, along with improved mood and increased optimism regarding symptom control. Notably, the patient no longer required hospital admission following the intervention, as had been the case prior to treatment.

Keywords

panic disorder; cognitive behavioral therapy; brief intervention; anxiety; avoidance behavior .

مقدمة:

خلال مسيرة الحياة المليئة بالعواقب والتحديات، يختبر الإنسان مجموعة من الأحاسيس التي قد تستحوذ على إدراكه وتفكيره وتدفعه للعيش في حالة من الترقب والقلق والخوف، وقد تتخذ هذه الأحاسيس أحياناً طابعاً جسدياً يوحى بخطر الموت الوشيك، إلا أن هذه التجارب تمثل في جوهرها تأويلات خاطئة لتغيرات طبيعية في بيئة الإنسان، يتم تفسيرها على أنها تهديدات محدقة تستجيب لها العضوية بشكل غريزي. ونتيجة لذلك، قد يشعر الإنسان بالهلع والجزع تجاه أمور لا تشكل تهديداً حقيقياً أو خطراً موضوعياً، وقد تستمر هذه الحالة لفترات طويلة بما يعكس صفو حياته، ويعيق نموه السليم، ويؤثر سلباً على صحته النفسية؛ وعندما تتجاوز استجابات الهلع والجزع حدود السيطرة، فإنها تأخذ شكل اضطراب ملموس يظهر في هيئة نوبات هلع مفاجئة تجتاح كيان الشخص دون سابق إنذار، في هذه الحالة، يُصاب الفرد بما يُعرف باضطراب الهلع، وهو اضطراب يستلزم تدخل أخصائي نفسي متخصص للتشخيص والمعالجة. ويعد اضطراب الهلع من الاضطرابات النفسية التي قد تتخذ طابعاً مزمناً في حال عدم التكفل العلاجي المناسب، إذ يؤدي إلى تدهور ملحوظ في جودة حياة المصاب، ويقيد نشاطاته اليومية، وقد يصاحبه اضطرابات نفسية أخرى أبرزها رهاب الخلاء، ورغم الطابع المزمن الذي يأخذه هذا الاضطراب، تؤكد الدراسات قابليته للعلاج، حيث أثبتت البحوث والدراسات حول الموضوع والتي نذكر منها دراسة كلارك (Clark D. M., et al., 1994) فعالية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي في الحد من نوبات الهلع أو القضاء عليها، مع تفوق واضح للتدخلات النفسية في استدامة التحسن. كما أظهرت الدراسات المقارنة (Arntz, 2002) أن العلاج المعرفي السلوكي، سواء بصيغته المطولة أو الموجزة، يحقق نتائج إيجابية متقاربة، ما يبرز أهمية التدخلات العلاجية القصيرة والفعالة. كما قام فريق من الباحثين (Bilet, Olsen, Andersen, & Martinsen, 2020) من متابعة فعالية العلاج المعرفي السلوكي على المرضى المصابين باضطراب الهلع وذلك لمدة تصل

إلى ثلاثين سنة، وقد أبلغ معظم المرضى عن رضاهم الكبير عن العلاج المعرفي السلوكي، وأشادوا بفوائده العلاجية الكبيرة التي أدت لتقلص عدد نوبات الهلع لديهم، وعلى العموم تشير الدراسات (خرخاش و بوعطة، 2016: 183) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي من خلال استخدام مهارة الاسترخاء واستغلال الأساليب المعرفية له دور كبير وإيجابي في اختفاء الأعراض الفيزيولوجية المصاحبة للاضطراب.

رغم نتائج هاته الدراسات التي أشارت بوضوح إلى الأثر الإيجابي الذي يتركه العلاج المعرفي السلوكي على اضطراب الهلع، فإن الحاجة إلى مزيد من الدراسات التطبيقية التي تستكشف فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض نوبات الهلع لا تزال قائمة، ومن هذا المنطلق نطرح إشكالية البحث الحالي:

هل يمكن أن يساهم العلاج المعرفي السلوكي الموجز في التخفيف من نوبات الهلع لدى الشخص المصاب باضطراب الهلع؟

1. فرضيات وأهداف الدراسة:

بناءً على إشكالية الدراسة، فإنه يمكننا صياغة فرضيات البحث على النحو التالي:

1.2 الفرضية الرئيسية:

العلاج المعرفي السلوكي الموجز يساهم في التخفيف من شدة وتكرار نوبات الهلع لدى الشخص المصاب باضطراب الهلع.

2.2 الفرضيات الفرعية:

- تعديل المعتقدات الخاطئة المرتبطة بنوبات الهلع يساهم في تقليل الخوف المفرط من الأحاسيس الجسدية.

- مناقشة التوقعات الكارثية وفهم طبيعة النوبة يساهم في تقليل القلق المرتبط بالتهديد المتوقع.

- التدريب على استدعاء النوبة والتحكم فيها عملياً يعزز القدرة على مواجهة الأعراض الجسدية والسيطرة عليها.

- تطبيق تقنيات خفض القلق يساعد على تقليل شدة الأعراض الفيزيولوجية المصاحبة لنوبات الهلع.

- مواجهة المواقف المثيرة للهلع والتقليل من سلوكيات التجنب يعزز التكيف السلوكي ويقلل الاعتماد على الأمان الزائف.

- وبناءً عليه فإن هذه الدراسة تهدف إلى خفض نوبات الهلع لدى الشخص المصاب باضطراب الهلع في ظرف وجيز وذلك من خلال تحقيق الأهداف الفرعية التالية:

- وعي الشخص المصاب باضطراب الهلع بمعتقداته الخاطئة المرتبطة بنوبات الهلع وتصحيحها معرفياً.

- تعرف الشخص المصاب باضطراب الهلع على التوقعات الكارثية وفهم طبيعة النوبة لتقليل القلق المصاحب لها.

- تدريب الشخص المصاب باضطراب الهلع على استدعاء النوبة بشكل مراقب واستخدامه لاستراتيجيات التحكم في الأعراض الفيزيولوجية المصاحبة لها.
- تعليم الشخص المصاب باضطراب الهلع تقنيات خفض القلق مثل التنفس العميق والاسترخاء العضلي لمواجهة الأعراض الجسدية أثناء نوبة الهلع.
- تمكين الشخص المصاب باضطراب الهلع من مواجهة المواقف المثيرة للهلع وتقليل سلوكيات التجنب، لتعزيز التكيف السلوكي اليومي.

2. لمحة تاريخية عن اضطراب الهلع:

منذ القدم تم وصف اضطراب الهلع (Panic disorder) (PD) في عديد الكتابات الأدبية القديمة والفلكلور الميثولوجي للشعوب، حيث نجد أن أحد أقدم الأمثلة عن ذلك هو ما جاء في الأساطير اليونانية للإله "بان" "god Pan" الذي كان مسؤولاً عن إثارة الهلع والذعر لدى الناس، وقد كان الإله "بان" هو إله القطعان والرعاة، ولأن نصفه الأعلى كان على هيئة رجل ونصفه الأسفل على شكل ماعز، كما كانت له قرون وسيقان ماعز، فقد كان مظهره مخيفاً ومثيراً للذعر لدى الرعاة الذين كان يخرج إليهم من بين قطعان الماشية (Nardi & Freire, 2016, p:02).

وقد تنوعت المصطلحات المستخدمة لوصف اضطراب الهلع على مر السنين، فخلال الحرب الأهلية الأمريكية، وصف الدكتور جاكوب مينديز داكوستا Dr. Jacob Mendes DaCosta اضطراب الهلع على أنه اضطراب في القلب والأوعية الدموية كونه يتضمن آلاماً في الصدر وخفقان سريعاً للقلب، ولكن اتضح بعد ذلك أن مرض القلب بتوصيفه الطبي العيادي لم يكن موجوداً في الغالب، وأصبحت هذه المتلازمة تُعرف بأسماء عديدة منها وهن الدورة الدموية العصبية Neurocirculatory Asthenia، ومتلازمة الجهد Effort Syndrome والعصاب القلبي Cardiac Neurosis ومتلازمة قلب الجندي Soldier's Heart ومتلازمة داكوستا DaCosta's Syndrome؛ وغالباً ما كانت هاته المتلازمة نتيجة الصدمات النفسية والجسدية خلال الحروب، كما استخدم سيغموند فرويد Sigmund Freud مصطلح "عصاب القلق Anxiety neurosis" لوصف مجموعة متنوعة من الأعراض المرتبطة بالقلق، يتخذ بعضها شكل قلق مزمن ومستمر والبعض الآخر يتميز "بنوبات قلق مفاجئة"، وهو النمط الذي نطبق عليه ربما مصطلح "هجمة هلع Panic Attack" (Root, 2000, P:02).

وفي عام 1954 ربط ماير غروس Mayer-Gross اضطرابات القلق الشائعة والمتنوعة بالعوامل الوراثية والعضوية والنفسية للأشخاص، وقسمها إلى حالات قلق بسيطة وحالات قلق رهاب، كما نشر دونالد كلاين Donald Klein سنة 1964 أبحاثه التي تدل على استجابات إيجابية من طرف الذين يعانون من نوبات هلع لعقار الإيميرامين Imipramine وهو عقار مضاد للاكتئاب ثلاثي الحلقات Tricyclic Antidepressants، وقد ساهمت ملاحظاته في ظهور مصطلح "اضطراب الهلع" في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-III سنة 1980، حيث يظهر للمرة الأولى مصطلح اضطراب الهلع في تصنيف رسمي، وقد استمرت مراجعة

الدليل التشخيصي الشامل لـ DSM-III لمدة 7 سنوات، مما أدى إلى صدور النسخة المنقحة للدليل DSM-III-R وذلك سنة 1987 حيث أصبح اضطراب الهلع وفق هاته النسخة من الدليل التشخيصي والإحصائي يدرج مع أو بدون رهاب الخلاء، كما تم تبسيط معايير اضطراب الهلع وجعلها أقرب إلى الممارسة السريرية، وفي النسخة الرابعة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-IV الصادرة سنة 1992 تم إعطاء أهمية أكبر للعواقب الرهيبة لنوبة الهلع وليس فقط للأعراض الجسدية للهجمة الهلعية، وفي عام 2000 تم نشر نسخة منقحة من DSM-IV غير أن معايير اضطراب الهلع ظلت كما هي، وفي عام 2013 فصلت النسخة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-5 اضطراب الهلع عن رهاب الخلاء مع استمرار التركيز على نوبة الهلع في تشخيص اضطراب الهلع (Nardi & Freire, 2016, p:06).

3. النظريات المفسرة لاضطراب الهلع:

كما هو الحال لمعظم اضطرابات القلق والأمراض العقلية بشكل عام، فإنه لا أحد يعرف بالضبط ما الذي يسبب اضطراب الهلع، وقد أسفرت سنوات من البحث عن عديد النظريات المختلفة، وقد جاء في بعض بحوث الجمعية الأمريكية لعلم النفس أنه قد يكون هناك استعداد وراثي لاضطرابات القلق، حيث أفاد بعض المصابين بأن أحد أفراد الأسرة يعاني من اضطراب هلع أو يعاني من اضطراب عاطفي آخر مثل الاكتئاب، كما أفادت البحوث أنه يمكن أن يكون اضطراب الهلع ناتجاً أيضاً عن خلل بيولوجي، غير أنه لم يتم بعد تحديد علامة بيولوجية معينة مسؤولة عن ظهور اضطراب الهلع (Parks, 2013, P:17)؛ وعموماً فإن هناك خلفيتان نظريتان رئيسيتان لفهم سبب اضطرابات الهلع، الأولى تركز على العوامل البيولوجية أما الثانية فتركز على العوامل النفسية، ومن المتفق عليه على نطاق واسع أن العوامل البيولوجية والنفسية متسببة في إحداث نوبة الهلع، لكن الآراء تختلف حول الأهمية النسبية لكل عامل وكيف يتم تكامل العامل البيولوجي مع العامل النفسي، ولهذا لا يوجد في الوقت الحاضر تفسير مرضي وشامل لاضطراب الهلع، ولكن تم إحراز تقدم جيد، كما هو الحال مع بعض المشاكل الطبية والنفسية الأخرى، مما انعكس إيجاباً على طرق العلاج (Rachman & De Silva, 2010).

1-4 النظرية البيولوجية:

يعاني الأشخاص المصابون باضطراب الهلع من صعوبة في التنفس، ومن الخوف الشديد من الاختناق، ووفقاً للدراسة الطبية التشريحية لهاته الأعراض فقد شاعت مؤخراً نظرية تفسر الهلع على أنه نشاط عصبي ينتج إنذاراً كاذباً في الدماغ وهي النظرية المعروفة باسم "نظرية إنذار الاختناق الزائف False Suffocation Alarm Theory"، حيث يرى أصحاب هذه النظرية أن نوبات الهلع ناتجة عن نظام إنذار نشط كاذب في الدماغ، وتسمى المنطقة التي يتم على مستواها هذا النشاط بالموضع الأزرق Locus Ceruleus وهي منطقة موجودة في الجسر (Pons) الذي يقع بين النخاع المستطيل والدماغ المتوسط، وسميت هاته المنطقة بهذا الاسم لأن الخلايا العصبية

هناك لونها أزرق، وتلعب هذه المنطقة دوراً وظيفياً فيما يتعلق بالضغط النفسي والشعور بالفرح، حيث يتم استنفار المناطق الدماغية تحت المهاد مما يشعر أن هناك تهديد موجود في البيئة، ليغرق بعدها الشخص في نوبة هلع، كما تشير الأبحاث في الآونة الأخيرة إلى أن نوبات الهلع ناتجة عن تشوهات في بعض أنظمة GABA (حمض G-Aminobutyric) أو السيروتونين في الدماغ، كما أنها تظهر أيضاً إذا كان هناك عيوب في نظام الإنذار الواقع في قاعدة الدماغ وبالخصوص على مستوى الحصين Hippocampes (Berman, 2010, P:10).

وترجع بعض الدراسات هذه التشوهات في عمل الجهاز العصبي المركزي إلى أسباب جينية، فقد وجدت الدراسات أن الاضطراب لديه انتشار عائلي قوي مع معدلات مرتفعة في أقارب الدرجة الأولى قد تصل إلى نسبة 30 بالمائة (Zal, 1990, P:113).

2-4 النظرية النفسية:

أظهرت دراسة أجراها كل من ديفيد كلارك وبول سالكوفسكي Clark & Salkovskis (1990) إلى أن هؤلاء المرضى يميل تنفسهم إلى أن يكون سريعاً جداً و/أو ضحلاً جداً، ولهذا يرجع إلى أن تكرار تجربة التنفس غير الكافي أو المفرط قد تكون سببا في ظهور نوبات الهلع، حيث غالباً ما تتضمن آثار الإفراط في التنفس (فرط التنفس) الدوخة، والشعور بالدوران، وسرعة ضربات القلب، وعدم الثبات، ووخز الأطراف، وضيق الصدر، وحتى الشعور بعدم الواقعية، وحسب الباحثان فإن نوبة الذعر تحدث عندما يعتقد الشخص أن آثار الإفراط في التنفس (مثل الاحساس بالدوران الخفيف، والشعور بعدم الواقعية، واحساس بالضغط على الصدر) تعني أن شيئاً رهيباً على وشك الحدوث.

وبناء على هذه الدراسة يذهب رايشمان ودي سيلفا Rachman & De Silva (1996, P:26) إلى أن الناس يشعرون بالخوف الشديد عندما يحسون أنهم في خطر مباشر ويتفاعلون وفقاً لذلك، وتتكون ردود أفعالهم الطارئة من أحاسيس جسدية شديدة، مثل تسارع ضربات القلب، وتنفس متسارع، وأفكار كارثية، وتؤدي التفسيرات الخاطئة لأي تغيرات جسدية إلى استجابات شبيهة بتلك التي تكون أثناء وجود خطر حقيقي، ومرضى اضطراب الهلع يفسرون أي تغير في حالتهم الجسدية أو وتيرة تنفسهم أو ضربات القلب بناء على أفكار سلبية غير متكيفة، وأكثر التفسيرات الخاطئة شيوعاً التي تثير الذعر هي: الخوف من نوبة قلبية وشيكة، والخوف من الاختناق، والخوف من فقدان كلي للسيطرة، والخوف من الجنون، والخوف من الإحراج/ والشعور بالإذلال، والخوف من وجود ورم في المخ أو أمراض خطيرة أخرى، ويكون الأشخاص الذين لديهم استعداد للخوف من واحدة أو أكثر من هذه الكوارث الشخصية، بسبب أحداث في تاريخهم الشخصي أو العائلي، أو من الذين لديهم حساسية شديدة تجاه أحاسيسهم الجسدية.

4. أعراض اضطراب الهلع وتشخيصه:

يتميز اضطراب الهلع بنوبات متكررة من الهلع، ويكون هناك قلق حيال الإصابة بالمزيد من هذه النوبات نتيجة الأثر النفسي البالغ الذي تتركه النوبة، ونوبة الهلع عبارة عن نوبة مفاجئة من

التوجس الشديد والرعب والشعور بقرب الأجل، تصاحبها أعراض جسدية مثل صعوبة التنفس، وخفقان القلب والغثيان، وآلام الصدر، والشعور بالاختناق الناتج عن انسداد الحلق Choking أو انسداد الفم والأنف Smothering، والدوار والعرق والارتعاش، ومن بين الأعراض الأخرى التي يمكن ظهورها خلال نوبة الهلع تبدد الشخصية Depersonalization حيث يحس الفرد أنه خارج جسده، وتبدد الواقع Derealization وهو إحساس الفرد بأن العالم غير حقيقي، والمخاوف من فقدان السيطرة على النفس ومن الجنون ومن الموت (كرينج وآخرون، 2016).

وقد ربط الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية بين اضطراب الهلع والخوف المرضي من الأماكن المفتوحة، وعلى الرغم من وجود خلاف معاصر بين العياديين عما إذا كان من الممكن معالجتهما كاضطرابين منفصلين تماماً أو كاضطراب موحد، إلا أنه يتم التشخيص في الغالب باضطراب الهلع إذا ما أعلن المريض عن حدوث نوبات هلع بشكل غير متوقع وبدون مقدمات، وإذا ما تتبع أحد هذه النوبات -على الأقل- فترة شهر من القلق بشأن حدوث نوبات أخرى، مع وجود مخاوف من وقوع النوبات وظهور نتائجها أو وجود تغير ملحوظ في السلوك المرتبط بالنوبات إذا لم يكن لهذه النوبات سبب طبي أو تأثيرات ناتجة لتناول مواد وعقاقير مثل الأدوية والكحول (هوفمان، 2012).

وحسب محك تشخيص نوبات الهلع وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (APA, 2000, p. 430) فإن نوبة الهلع هي فترة غير متصلة من الخوف أو الانزعاج الشديد، حيث تظهر على الأقل أربعة (أو أكثر) من الأعراض التالية بشكل مفاجئ وتصل إلى ذروتها في غضون 10 دقائق، وتتمثل هذه الأعراض في:

- خفقان القلب، أو تسارع دقات القلب.
- التعرق.
- رجفان.
- الإحساس بضيق التنفس.
- الشعور بالاختناق.
- ألم في الصدر أو عدم الراحة.
- غثيان أو ضيق في البطن.
- الشعور بعدم القدرة على الثبات الجسدي أو الدوار أو الإغماء.
- التبدد (الشعور بعدم الواقعية) أو نزع الشخصية (الانفصال عن الذات).
- الخوف من فقدان السيطرة أو الجنون.
- الخوف من الموت.

- تنمل (الإحساس بالخدر أو الوخز).

- قشعريرة أو هبات ساخنة.

وقد يرتبط اضطراب الهلع بمتلازمة رهاب الخلاء Agoraphobia الذي تصاحبه النوبة الهلعية في كثير من الأحيان، ولهذا وجب التمييز بين النوبة الهلعية التي تكون نتيجة إصابة الشخص باضطراب الهلع، والنوبات الهلعية التي تكون ناتجة عن إحدى الاضطرابات الأخرى بدلاً من اضطراب الهلع مثل اضطراب القلق المعمم Generalized Anxiety Disorder، واضطراب الوسواس القهري Obsessive-Compulsive Disorder، واضطراب ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Disorder، واضطراب الإجهاد الحاد والاضطراب الذهاني قصير المدى Acute Stress Disorder and Brief Psychotic Disorder، والفوبيا الاجتماعية Social Phobia، والفوبيا الخاصة Specific Phobia، والإكتئاب Depression، والاضطرابات الذهانية الأخرى (Root, 2000, P:21-24).

كما أنه لا ينبغي الخلط بين نوبة الهلع ونوبة القلق، فنوبة القلق تكون أقل حدة وتكون نتيجة قلق مفرط مع توتر العضلات، والرعدة، وضيق التنفس، والدوخة، وما إلى ذلك. وتتكون نوبة الهلع بشكل أساسي من تسارع دقات القلب بشكل مفاجئ، والدوخة، والشعور بفقدان السيطرة، والهبات الساخنة، وحين لا يكون الشخص على علم مسبق بأن هاته نوبة هلع تصبح النوبة أكثر رعباً، حيث تنتهي النوبة غالباً بنقل الشخص إلى غرفة الطوارئ (ER) لأنه يعتقد أنه يعاني من نوبة قلبية أو بعض الحالات الطبية الخطيرة الأخرى (Berman, 2010, 45).

ويشير بيرمان Berman (2010, P:43) أن هناك ثلاثة أنواع من نوبات الهلع وهي:

- غير متوقعة: وهي نوبات الهلع التي تحدث فجأة ودون مقدمات وغير مرتبطة بمواقف

محددة كما أن ليس لها محفزات مرتبطة بها، ويشكو عديد المرضى من هاته النوبة.

- مرتبطة بموقف محدد: وهي نوبة هلع تحدث بعد التعرض لمواقف مثيرة أو تسبقها محفزات

محددة، مثل المرتفعات، أو أمام الحيوانات مثل الكلاب أو القطط.

- نتيجة الاستعداد المسبق للوضع: وهي نوبة هلع تحدث نتيجة تفكير الشخص في النوبة

وتوقعه لحدوثها، حيث يستدعي الأعراض بسرعة لتحدث النوبة.

وتشير دراسات (Root, 2000, P: ix) إلى أن ما بين 1.5٪ إلى 3.5٪ من السكان يعانون من اضطراب الهلع في مرحلة ما من حياتهم، وأن العديد من الأشخاص الآخرين يعانون من اضطرابات ذات صلة، مثل الرهاب الاجتماعي، واضطراب القلق العام، والاكتئاب، والاضطراب ثنائي القطب، واضطرابات الكرب العظمي، ورهابات محددة؛ وتشير التقديرات إلى أن ما بين ثلاثة إلى ستة ملايين شخص في الولايات المتحدة يعانون من اضطراب الهلع؛ وقد أوضحت عديد البحوث (غانم، 2018، ص:95) أن "حوالي 10٪ إلى 12٪ من الجمهور العام قد تعرضوا لخبرة الهلع من

خلال نوبة واحدة على الأقل خلال العام الماضي، كما أوضحت دراسات أخرى أن من بين 2% إلى 5% من الجمهور العام قد انطبقت عليهم محكات نوبات الهلع المصحوبة برهاب الأماكن المفتوحة، إضافة إلى ذلك، فإن نوبات الهلع قد تظهر في أنواع أخرى من الاضطرابات مثل: اضطرابات القلق (بأنواعها وتصانيفها المختلفة) واضطرابات المزاج.

5. علاج اضطراب الهلع:

إذا ترك مريض اضطراب الهلع دون علاج، فإن هناك خطر أن يصبح اضطراب الهلع مزمنًا، بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تؤدي نوبات الذعر غير المنضبط إلى مجموعة من المشاكل الخطيرة الأخرى ذات الصلة، ولا سيما رهاب الخلاء، كما أن هذا الاضطراب يؤدي إلى عجز الفرد عن عيش حياته بشكل طبيعي، وتتقيد تحركاته بسبب الخوف المفرد من حدوث النوبة، كما أفادت الدراسات التتبعية للحالات أن قلة من المرضى المحظوظين يتعافون تدريجيًا بدون علاج، وعموما فإن اضطراب الهلع هو اضطراب قابل للعلاج، ففي عام 2004، نشر المعهد الوطني للصحة والتميز السريري (NICE) مراجعة شاملة للأدلة المتعلقة بعلاج اضطراب الهلع مع/أو بدون رهاب الخلاء، وقدم توصيات صريحة، حيث أشار التقرير إلى وجود نوعين من العلاج الفعال: العلاج النفسي (لا سيما العلاج السلوكي المعرفي) والعلاج الدوائي، وتوصلت لجنة الخبراء الذين شاركوا في مؤتمر توافقي حول اضطراب الهلع الذي نظمته المعاهد الوطنية للصحة في الولايات المتحدة إلى نفس النتائج، وكانت النتائج متفقة على أن العلاجات النفسية لها "فاعلية مثبتة في الحد من أو القضاء على نوبات الهلع ورهاب الخلاء (Rachman & De Silva, 2010, P :40).

وقد تم تطوير العديد من العلاجات السلوكية المعرفية الفعالة لاضطراب الهلع خلال ثمانينيات القرن الماضي، كان أهمها العلاج بالسيطرة على الذعر (The Panic Control Treatment (PCT) الذي طوره بارلو وكراسك Barlow, Craske وزملاؤهما، وكذا برنامج العلاج المعرفي الذي طوره كلارك وسالكوفسكيس وبيك Clark, Salkovskis, Beck, and colleagues وزملاؤهما، وعلى الرغم من اختلاف العلاجين في نواحي عدة، إلا أنهما يحتويان على العديد من الطرق الشائعة الفعالة في علاج نوبات الهلع (Clark D. M., Salkovskis, Hackmann, Wells, Ludgate, & Gelder, 1999). وفي دراسة كلارك وزملاؤه (Clark D. M., Salkovskis, Hackmann, Middleton, Anastasiades, & Gelder, 1994) المطبقة على عينة من أربعة وستون مريضاً باضطراب الهلع والتي كان الهدف منها معرفة أثر العلاج المعرفي مقارنة بتأثير عقار الأبرامين المضاد للاكتئاب والعلاج التطبيقي بالتعرض والاسترخاء، تفوق العلاج المعرفي على باقي العلاجات بعد ثلاثة أشهر التي مثلت مدة العلاج، وكذلك بعد متابعة انتكاس الحالات المتحسنة بعد مدة اثنا عشر شهراً من المتابعة. وفي دراسة أخرى قام بها نفس الباحثين (1999) كانت هذه المرة مطبقة على عينة من اثنان وأربعين (42) مصاباً باضطراب الهلع مع أو بدون رهاب الخلاء، وبعد توزيعها بالتساوي وعشوائياً على ثلاث مجموعات، كانت المجموعة الأولى تخضع للعلاج المعرفي الكامل full cognitive therapy (FCT) باثني عشر جلسة موزعة على ثلاثة أشهر والمجموعة الثانية للعلاج المعرفي الموجز brief

cognitive therapy (BCT) بخمسة جلسات وجلستين للمتابعة ومجموعة ثالثة لا تخضع لأي علاج، وتمت متابعة الحالات لمدة ثلاثة (03) أشهر ثم اثنا عشر (12) شهرا، وقد دلت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق تذكر بين العلاج المعرفي الكامل وبين العلاج المعرفي الموجز، وقد تم تسجيل تحسن كل من أفراد المجموعتين، ولكن لم يطرأ أي تحسن على المجموعة التي لم تتلقى أي علاج.

وفي دراسة أرنود أرنتز Arnoud Arntz (2002) تمت مقارنة العلاج المعرفي Cognitive therapy (CT) والتعرض الداخلي Interoceptive Exposure (IE) كعلاج لاضطراب الهلع بدون رهاب الخلاء في عينة تتكون من تسعة وستون (69) مريضاً، تم تقسيمهم على العلاجين عشوائياً، وقد أفادت النتائج أنه لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين العلاجات فيما يتعلق بانخفاض وتيرة الذعر ومستويات القلق اليومية التي تم تسجيلها بتطبيق استبيان معد لهذا الغرض، وبعد المتابعة لمدة أربعة أسابيع ثم ستة أشهر كانت نسب عالية من المرضى خالية من نوبات الذعر في اختبارات ما بعد المتابعة، وعلى الرغم من أن الانخفاض في المعتقدات الخاصة بالطبيعة الكارثية للأحاسيس الجسدية كان جيداً وبنفس القدر تقريباً في كلا المجموعتين العلاجيتين، إلا أن معتقدات ما بعد العلاج كانت مرتبطة بقوة بالأعراض لدى المجموعة الأولى ولكنها لم تكن كذلك في مجموعة التعرض الداخلي، حيث أن الحد من المعتقدات كان ضرورياً في العلاج المعرفي، ولكن ليس ضرورياً في التعرض الداخلي، ويشير هذا إلى أن العلاجين يستخدمان آليات تغيير مختلفة.

وفي دراسة آن فانتز Hanne N. Fentz وزملاؤها (2013) حول آليات التغير النفسي في العلاج السلوكي المعرفي (CBT) لاضطراب الهلع مع أو بدون رهاب الخلاء، وقد توصلت الدراسة إلى أن الفاعلية الذاتية في التحكم في الذعر وسيط مهم في تغيير مستوى القلق على الرغم من وجود علاقة سببية متبادلة بين الفعالية الذاتية للحد من الذعر ومستوى القلق يبدو أنها ضمنية.

ومؤخراً قام فريق من الباحثين (Bilet, Olsen, Andersen, & Martinsen, 2020) من متابعة فعالية العلاج المعرفي السلوكي على المرضى المصابين باضطراب الهلع وذلك لمدة تصل إلى ثلاثين سنة، حيث بلغ حجم العينة ثمانية وستين (68) مريضاً، وتم تقييم استجابات المرضى عن طريق استبيان يقيس جودة الحياة المتعلقة بالصحة والرضا عن العلاج، وقد كانت النتائج جيدة حيث أبلغ 95٪ من الأشخاص عن رضاهم الكبير عن العلاج المعرفي السلوكي، وأفاد 93٪ منهم بفوائد علاجية كبيرة.

وقد تم إجراء عدد من المحاولات للجمع بين العلاج النفسي والأدوية أملاً في إحداث تأثيرات أقوى لدى الأشخاص المصابين باضطراب الهلع، وأكدت نتائج الدراسات أن العلاج الدوائي والعلاج النفسي فعالان، ولكن كانت هناك علامات قليلة تدل على أن بالجمع بين هاذين النوعين من العلاج نحصل على نتائج أحسن (Rachman & De Silva, 2010, P :60-61).

6. إجراءات الدراسة:

اعتمدت الدراسة على المنهج الإكلينيكي القائم على دراسة الحالة، باعتباره من أنسب المناهج لدراسة الاضطرابات النفسية وفهم دينامياتها بعمق، حيث يسمح منهج دراسة الحالة الواحدة بتحليل الحالة في سياقها النفسي والوجداني والسلوكي وما يصاحب ذلك من تغيرات جسدية فيسولوجية؛ وقد تم تطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي موجز على حالة واحدة مصابة باضطراب الهلع، بهدف الكشف عن مدى فاعلية هذا النوع من التدخل العلاجي في التخفيف من نوبات الهلع وتحسين قدرة المصاب على التحكم فيها.

تمثلت عينة البحث في شخص من جنس ذكر يعاني من نوبات هلع متكررة منذ فترة زمنية طويلة تجاوزت سنة كاملة، وهو ما يشير إلى الطابع المزمن نسبياً للاضطراب. وقد تم اختيار الحالة وفق معايير تشخيصية إكلينيكية تتماشى مع المعايير المعتمدة في الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية لاضطراب الهلع، مع التأكد من استقرار الحالة الصحية العامة وعدم وجود مشاكل صحية أو نفسية أخرى قد تؤثر في نتائج التدخل العلاجي.

ولغرض جمع المعطيات، استعانت الدراسة بعدة أدوات إكلينيكية مكملية، تمثلت في المقابلة الإكلينيكية التي هدفت إلى استكشاف التاريخ المرضي للحالة، وطبيعة نوبات الهلع، والعوامل المثيرة لها، إلى جانب الملاحظة الإكلينيكية التي ساعدت على رصد السلوكيات والانفعالات المصاحبة للنوبات قبل وبعد التدخل العلاجي. كما تم استخدام مقياس التغيرات الفيزيولوجية لقياس شدة وتكرار الأعراض الجسدية المصاحبة للقلق ونوبات الهلع، والتي شملت على وجه الخصوص: تسارع ضربات القلب، ضيق التنفس، التعرق، الدوخة، الرجفة، الإحساس بالاختناق، الغثيان، والتنميل، وذلك بهدف دعم التقييم الإكلينيكي بمعطيات كمية أكثر دقة.

كما اعتمدت الدراسة برنامجاً علاجياً معرفياً سلوكياً تم بناؤه في ضوء الأسس النظرية والتطبيقية للعلاج المعرفي السلوكي، مع مراعاة الطابع الموجز للتدخل العلاجي، وقد تكون البرنامج من خمس جلسات علاجية، خُصصت كل جلسة لمعالجة مرحلة محددة من مراحل علاج اضطراب الهلع، شملت هاته الجلسات المحاور الأساسية الخمس وهي: التصحيح المعرفي للمعتقدات الخاطئة المرتبطة بنوبات الهلع، مناقشة التوقعات الكارثية ووصف النوبة، تدريب الحالة على استدعاء النوبة والتحكم فيها، خفض مستوى القلق المصاحب لنوبات الهلع، وأخيراً التغلب على سلوك التجنب المرتبط بالمواقف المثيرة للهلع. وتلت هذه الجلسات جلسة سادسة للمتابعة والتقييم، خُصصت لرصد استمرارية التحسن ومدى ثبات الأثر العلاجي.

وقد كانت مدة تطبيق البرنامج العلاجي هي شهر كامل بمعدل جلسة في كل أسبوع تقريباً وقد مدة كل جلسة هي ساعة واحدة، بما يضمن التدرج المنطقي في تنفيذ خطوات العلاج دون إرهاق الحالة. وتلت هذه الجلسات جلسة سادسة للمتابعة والتقييم بعد أسبوعين من انتهاء البرنامج، بهدف رصد استمرارية التحسن وثبوت المهارات المكتسبة، ولتعزيز فعالية البرنامج وضمان الدعم المستمر، تم فتح خط هاتفي مع تبادل رسائل قصيرة للمتابعة اليومية، ما أتاح تقديم الدعم الفوري عند ظهور أي نوبة أو قلق مفاجئ، ومتابعة تنفيذ الواجبات المنزلية والتمارين التي

تنفذ بين الجلسات، وتسجيل الملاحظات اليومية المتعلقة بالتغيرات الفيزيولوجية والنفسية، وهو ما عزز التزام الحالة بالخطّة العلاجية واستمرارية تطبيق المهارات المكتسبة. وقد تم اعتماد المقارنة بين القياس القبلي والقياس البعدي للحالة، من خلال الأدوات المستخدمة، للتحقق من فرضيات البحث وتقييم فاعلية البرنامج العلاجي المطبق، بما يسمح بتقديم قراءة إكلينيكية دقيقة للتغيرات التي طرأت على الحالة نتيجة التدخل العلاجي.

7. عرض الحالة Case Presentation:

1-8 تقديم الحالة:

الحروف الأولى من الاسم: ب.م

الجنس: ذكر

العمر: 45 سنة

الحالة الاجتماعية: متزوج زواجاً تقليدياً من ابنة عمّه

الأبناء: أربعة أبناء – ذكر واحد (عمره 4 أشهر) وثلاث إناث (الصغرى 1.5 سنة، الوسطى 7 سنوات، الكبرى 12 سنة)

الوضع السكني: يسكن في منزل مستقل

الزوجة: ربة بيت، مستواها التعليمي: السنة التاسعة أساسي

الخلفية الأسرية: ب.م له خمسة إخوة (ثلاثة ذكور واثنتان إناث متزوجات). أشار إلى وجود مشاكل أسرية، خاصة مع أخيه الأصغر العصبي جداً، كما أن عمته تعاني من نوبات هلع مشابهة لتلك التي يعاني منها.

2-8 المشكلة الأساسية (Presenting Problem)

بدأت معاناة السيد ب.م مع نوبات الهلع منذ 15 عاماً (عمره حينها 30 سنة). أول نوبة حدثت بعد ممارسة الرياضة وشرب ماء بارد، حيث شعر بخفقان شديد في القلب، وضيق في التنفس، ودوار، وخوف شديد من الموت، نُقل على إثرها إلى المستشفى وتلقى حقنة مهدئة مع الأكسجين. بعد حوالي شهر، عانى من نزلة برد أعقبها خفقان شديد، مما أدى إلى تكرار النوبات بمعدل وصل إلى ثلاث نوبات في اليوم.

3-8 التاريخ الطبي والنفسي السابق (Medical and Psychiatric History)

زار السيد ب.م العديد من أطباء القلب (خمسة أطباء)، ولجأ إلى الرقية الشرعية وبعض العلاجات الشعبية. ولكنه لم يزر طبيباً نفسياً إلا بعد توصية من طبيب القلب، الذي أخبره أنه يعاني من وسواس قهري. الطبيب النفسي شخص حالته باضطراب الهلع ووصف له ليكزونيا Lysanxia 10 ملغ وديبريتين Depretine 40 ملغ. استعمل الدواء بشكل غير منتظم بسبب الخوف من الإدمان، لكنه لاحظ فعاليته عند حدوث النوبة. الحالة لا تتعاطى التدخين أو الكحول أو المخدرات. لا توجد مؤشرات لاضطرابات نفسية مرافقة كاضطراب ما بعد الصدمة أو الرهاب.

4-8 التشخيص (Diagnosis):

استنادًا إلى المقابلات السريرية والوثائق الطبية، تتوافق الأعراض مع تشخيص اضطراب الهلع غير المصحوب برهاب الأماكن المفتوحة (Agoraphobia)، حسب معايير DSM-5. تم نفي وجود اضطرابات مصاحبة كالإدمان أو اضطراب ما بعد الصدمة.

8. الخطة العلاجية Treatment Plan :

تم إعداد برنامج علاجي معرفي سلوكي (CBT) موجز قصير الأمد، يتكون من خمس جلسات علاجية موزعة على أربعة أسابيع، تليها جلسة سادسة خُصصت للمتابعة وتقييم النتائج بعد أسبوعين من انتهاء التدخل العلاجي. وقد تم تصميم جلسات البرنامج العلاجي بالاعتماد على التحليل المعرفي الذي قدمه دافيد كلارك (Clark D. M., 1986) لاضطراب الهلع، والذي ينطلق من فرضية مفادها وجود علاقة وثيقة بين الأحاسيس الجسدية التي يتم إدراكها أثناء نوبات الهلع، والتفسيرات الكارثية لهذه الأحاسيس، وما ينجم عنها من قلق شديد، حيث اقترح كلارك Clark مجموعة من الخطوات العلاجية الأساسية التي تم توظيفها ضمن البرنامج العلاجي الحالي، والمتمثلة في: توجيه انتباه الحالة إلى وجود حالات تنفس متسارع وأحاسيس جسدية داخلية مشابهة لأعراض الهلع لكنها لا تستدعي الخوف، ثم شرح ومناقشة الدور الذي يلعبه فرط التنفس في إحداث نوبات الهلع، وذلك من خلال مناقشة واعية للنوبات السابقة التي مرّ بها المريض. كما شمل البرنامج تدريب الحالة على التحكم في التنفس باعتباره أسلوبًا للمواجهة أثناء النوبة، إلى جانب تنمية استجابات معرفية أكثر ملاءمة تجاه الأعراض الجسدية، والعمل على تحديد وتعديل المثيرات المعرفية والسلوكية المرتبطة بنوبات الهلع، من خلال مراجعة اليوميات التي تم خلالها تسجيل حدوث هذه النوبات.

وقد تم تطبيق هذه الخطوات العلاجية بشكل تدريجي عبر جلسات البرنامج، مع مراعاة مدى استجابة الحالة للعلاج، وتقييم التغيرات المعرفية والفيزيولوجية قبل وبعد التدخل العلاجي، قصد التحقق من فاعلية البرنامج العلاجي وملاءمته لأهداف الدراسة.

9-1 الأهداف العلاجية الأساسية:

تصحيح التصورات المعرفية حول اضطراب الهلع.

مناقشة الأفكار التوقعية للنوبة ووصفها بدقة.

استدعاء النوبة والتحكم فيها ضمن ظروف علاجية آمنة.

التخفيف من القلق المصاحب للنوبات.

مواجهة سلوك التجنب والتغلب عليه تدريجيًا.

تم برمجة الجلسات بشكل متباعد لتشجيع الحالة على التفاعل النشط، وتعزيز الإحساس بالكفاءة الذاتية والاستقلالية في التعامل مع النوبات دون الاعتماد المستمر على المعالج.

9-2 الجلسة الأولى: التصحيح المعرفي لتصورات الحالة حول الاضطراب

تم تحديد المخاوف الأساسية التي يعاني منها ب.م والمتعلقة بنوبات الهلع (توقف القلب، الموت،

فقدان الأبناء...)، ومناقشتها بناءً على معطيات علمية وتقارير طبية سابقة. تم تدريب الحالة على تمرين استرخاء عميق يهدف إلى تعزيز إدراكه الفيسيولوجي لجسده، وإعادة تفسير الإشارات الجسدية المقلقة بطريقة منطقية وأمنة.

3-9 الجلسة الثانية: مناقشة توقعات الهلع ووصف النوبة

تم التركيز على وصف تفصيلي لنوبات الهلع، وتحليل الأفكار التي تسبق وترافق النوبة. تم العمل على فصل الرابط بين الأعراض الجسدية والتفسيرات الكارثية، مع التأكيد على مألوفية الأعراض وكونها غير خطيرة.

4-9 الجلسة الثالثة: تجربة استدعاء النوبة والتحكم فيها

تم تنفيذ تمرين علاجي لاستدعاء نوبة هلع بشكل اصطناعي داخل الجلسة، ومساعدة الحالة على التحكم فيها تدريجيًا من خلال تقنيات التنفس وإعادة التفسير الإيجابي للأعراض. تم تكليف الحالة بإعادة التجربة ذاتيًا خارج الجلسة.

5-9 الجلسة الرابعة: التخفيف من القلق المرتبط بالنوبات

تعزيز مكتسبات الجلسات السابقة، والتركيز على القلق كمحفز ثانوي للنوبات. تطرق النقاش إلى إمكانية تقليل أو وقف استعمال الأدوية، مع تدريب موسّع على تمارين الاسترخاء والتعرض للأفكار المخيفة بطريقة منضبطة وأمنة.

6-9 الجلسة الخامسة: التغلب على سلوك التجنب

تم مواجهة أماكن ومحفزات الهلع تدريجيًا باستخدام تمارين التعرض. ناقش المريض تجاربه مع هذه التمارين، وبدأ بوضع خطة لمواجهة المواقف المحفزة بدلاً من تجنبها، مما يعزز ثقته الذاتية في التحكم بالنوبات.

7-9 الجلسة السادسة: المتابعة والوقاية من الانتكاس

رُصد انخفاض ملحوظ في عدد النوبات وشدها، تم العمل على تعزيز الاستقلالية النفسية للمريض، وبناء خطة للمتابعة الذاتية والتعامل المستقبلي مع النوبات في حال ظهورها. تم التأكيد على إمكانية تواصله عند الحاجة لتفادي الانتكاس.

9. مناقشة نتائج البحث والتحقق من الفرضيات:

أظهرت نتائج الدراسة أن العلاج المعرفي السلوكي الموجز كان فعالاً وله أثر واضح في التخفيف من شدة وتكرار نوبات الهلع لدى الحالة المدروسة، حيث انخفض عدد النوبات بشكل ملحوظ بعد تطبيق البرنامج، كما تحسن مستوى القلق وزاد مستوى السيطرة على الأعراض الفيزيولوجية المصاحبة للنوبات، وهاته النتائج تتوافق مع ما ورد في بعض الدراسات السابقة، مثل دراسة كلارك وزملائه (Clark D. M., et al., 1994)، و (Clark D. M., et al., 1999) والتي أكدت أن العلاج المعرفي الكامل والموجز على حد سواء يؤديان إلى تحسن ملحوظ في التحكم بنوبات الهلع، دون اختلاف كبير بينهما في النتائج النهائية، مما يدعم فرضية فاعلية البرنامج الموجز في مدة قصيرة.

أما بخصوص الفرضيات الفرعية، فقد لوحظ أن الحالة أظهر وعياً أكبر بأحاسيس جسده وقدرة على إعادة تفسيرها بشكل منطقي وآمن، مما ساهم في تقليل الخوف المفرط لديه. وهذه النتيجة تدعم الفرضية الفرعية الأولى، وتندمج مع الطروحات النظرية لكلارك وسالكوفسكي (Salkovskis & Clark 1990) حول أهمية التصحيح المعرفي في كسر حلقة القلق المرتبط بالهلع. كما ساعدت المناقشة التفصيلية للنوبات وتحليل الأفكار المرافقة لها على فصل الرابط بين الأعراض الجسدية والتفسيرات الكارثية، وهو ما أدى إلى انخفاض القلق المرتبط بالنوبات. هذا يحقق الفرضية الفرعية الثانية، ويعكس نتائج دراسة أرنود آرنتز (Arntz, 2002) التي أشارت إلى أن تعديل التفسيرات الكارثية يقلل من القلق اليومي المرتبط بالهلع.

ومن خلال التمرين العملي لاستدعاء النوبة واستخدام تقنيات التحكم في التنفس وإعادة التفسير الإيجابي، تمكنت الحالة من مواجهة الأعراض تدريجياً، ما عزز قدرتها على التحكم بالنوبة. هذا يدعم الفرضية الفرعية الثالثة، ويؤكد فعالية التعرض المنظم والتحكم الذاتي في معالجة اضطراب الهلع، كما ورد في برامج العلاج بالسيطرة على الذعر لبارلو وكراشك (Craske & Barlow, 2022, P:102).

كما ساعدت تقنيات الاسترخاء والتنفس العميق على تقليل شدة الأعراض الفيزيولوجية المصاحبة لنوبة الهلع، وتعزيز شعور السيطرة على النوبات، وهو ما يحقق الفرضية الفرعية الرابعة. وهذه النتائج تتفق مع دراسة هان فانترز Hanne N. Fentz وزملائها (2013) التي أكدت أن الفاعلية الذاتية في التحكم بالهلع تمثل وسيطاً مهماً في تقليل القلق المصاحب للنوبات.

ولمواجهة المواقف المثيرة للهلع وتقليل سلوكيات التجنب، ساهمت الجلسات في تعزيز التكيف السلوكي اليومي وزيادة ثقة الحالة في قدرتها على التحكم بالنوبات وذلك من خلال الاتصال اليومي ومتابعة إجراء تمارين التدريب بشكل مستمر، وكان لذلك أثر كبير في تحكم الحالة في النوبات وتعزيز استراتيجيات المواجهة لديه، وهذا ما يدعم الفرضية الفرعية الخامسة. وتتسق هاته النتائج مع الطرح النظري لكلارك وسالكوفسكي (Salkovskis & Clark, 1990) الذي يؤكد أن تعديل سلوكيات التجنب جزء أساسي من العلاج المعرفي السلوكي للهلع.

وقد أظهرت متابعة الحالة بعد أسبوعين من انتهاء البرنامج انخفاضاً ملحوظاً في عدد النوبات وشدها، وتحسناً في الاستقلالية النفسية، ما يعزز فرضية أن البرنامج الموجز لا يحقق فاعلية قصيرة المدى فقط، بل يساهم في استدامة النتائج وتقليل خطر الانتكاس، بما يتفق مع نتائج متابعة بيلي وأولسون Bilet و Olsen وزملائهم (2020) على مدى ثلاثين سنة.

وبناءً على النتائج المذكورة أعلاه، فإنه يمكننا القول أن الفرضية الرئيسية للدراسة تحققت، إذ ساهم البرنامج الموجز في التخفيف من شدة وتكرار نوبات الهلع لدى الشخص المصاب باضطراب الهلع. كما تأكدت جميع الفرضيات الفرعية المرتبطة بجلسات البرنامج، حيث تم رصد التحسن على مستوى المعتقدات الخاطئة، والتوقعات الكارثية، والتحكم بالنوبات، وخفض القلق، والتكيف السلوكي. وتؤكد هذه النتائج جدوى العلاج المعرفي السلوكي الموجز كخيار فعال وسريع

للتدخل العلاجي، ويعزز ما توصلت إليه الدراسات السابقة حول فاعلية هذا النوع من العلاج مقارنة بالعلاج الدوائي أو برامج العلاج طويلة الأمد.

10. التعليق على نتائج البحث:

تنسجم نتائج هذه الدراسة مع الطروحات المعرفية السلوكية التي تؤكد أن نوبات الهلع تنتج عن تفاعل معقد بين التفسيرات الكارثية للأحاسيس الجسدية وتدني الكفاءة الذاتية في التحكم بها. فقد أظهر تطبيق البرنامج العلاجي انخفاضاً ملحوظاً في شدة وتكرار الأعراض الفيزيولوجية المصاحبة لنوبات الهلع، وهو ما يدعم افتراض كلارك (1986) وسالقوفسكي (1991) القائل بأن تعديل التفسيرات الكارثية وسلوكيات التجنب يسهم في كسر الحلقة المفرغة للهلع. كما يتوافق التحسن المسجل في قدرة الحالة على مواجهة النوبات والتحكم فيها مع طرح باندورا حول الدور المحوري لتعزيز الكفاءة الذاتية في خفض الخطر المحسوس. وتؤكد هذه النتائج وجاهة التوجه التكاملي المعتمد في الدراسة، والذي يجمع بين إعادة البناء المعرفي وتعزيز الكفاءة الذاتية، بما يتماشى مع النموذج ثلاثي المراحل لبيك وكلارك (1997)، ويبرز فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الموجز في التخفيف من نوبات الهلع وتحسين التكيف معها.

11. خلاصة عامة:

يتضح من نتائج الدراسة أن اضطراب الهلع يرتبط بتفسيرات خاطئة للتغيرات الفيزيولوجية في الجسم، حيث يستجيب المصاب لأحاسيس طبيعية مثل تسارع ضربات القلب أو ضيق التنفس بتصورات كارثية مرتبطة بالموت أو الاختناق، ما يجعله في حالة ترقب دائم للنوبة ويعزز مستوى القلق لديه وكذا سلوكيات التجنب. وقد أظهرت نتائج البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الموجز المطبق في هاته الدراسة والمكون من خمس جلسات ومحددة الهدف والمحتوى وجلسة سادسة للمتابعة، فعالية واضحة في التخفيف من شدة وتكرار نوبات الهلع، حيث شملت الجلسات تصحيح التصورات الخاطئة، ومناقشة التوقعات الكارثية، وتجربة استدعاء النوبة والتحكم فيها، وخفض القلق، وكذا مواجهة سلوكيات التجنب، مع تطبيق تقنيات الاسترخاء والتنفس العميق لتعزيز التحكم الذاتي. وبناءً على ذلك، توصي الدراسة بالاعتماد على العلاج المعرفي السلوكي الموجز كخيار فعال وسريع، مع متابعة قصيرة وفتح قنوات اتصال يومية للمتابعة وتقييم التقدم في العلاج وتجنب الانتكاس، كما توصي الدراسة بفتح آفاق بحثية مستقبلية لتطبيقه على عينات أكبر، ومقارنته مع العلاجات الدوائية أو العلاجات السلوكية المتكاملة، ودراسة تأثيره على جودة الحياة والتكيف الاجتماعي لدى المرضى المصابين باضطراب الهلع وعائلاتهم، مع التركيز على تعزيز الكفاءة الذاتية للحد من القلق وتحسين التحكم بالنوبات، وهذا لدعم فرضية أن مثل هاته البرامج العلاجية الموجزة والمحددة تشكل استراتيجية واعدة لعلاج اضطراب الهلع والاضطرابات المشابهة.

المراجع:

1. خرخاش، أ؛ بوعطة، ش. (2016). تأثير العلاج السلوكي المعرفي علي الضغط واستراتيجيات التعامل لدي أباء الأطفال الصم دراسة ميدانية بمدرسة صغار الصم بولاية المسيلة. مجلة العلوم الاجتماعية و الانسانية، 6(01)، 173-199، استرجع في من-<https://journals.univ-msila.dz/index.php/JOSSH/article/view/9780>.
2. كرينج، آن؛ جونسون، شيري؛ نيال، جون؛ دافيدسون، جيرالد. (2016). علم النفس المرضي. ترجمة: أمثال الهادي الحويلة، فاطمة عياد سلامة؛ هناء شويخ؛ مالك جاسم الرشيد؛ نادية عبد الله الحمدان. ط2. القاهرة: المكتبة الأنجلو مصرية.
3. محمد حسن غانم. (2018). الاضطرابات النفسية و العقلية و السلوكية. ط2. القاهرة: المكتبة الأنجلو مصرية.
4. هوفمان، إس دي. (2012). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر. ترجمة علي عيسى مراد. ط1. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
5. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders DSM5 (éd. Fifth Edition). Washington: American Psychiatric Publishing.
6. APA, A. P. (2000). Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. Washington: American Psychiatric Association.
7. Arntz, A. (2002). Cognitive therapy versus interoceptive exposure as treatment of panic disorder without agoraphobia. Behaviour Research and Therapy, 03(30), 325–341.
8. Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. Behaviour Research and Therapy, 35(01), 49-58.
9. Berman, C. W. (2010). 100 Questions & Answers About Panic Disorder (éd. 2nd Edition). London: Jones and Bartlett Publishers.
10. Bilet, T., Olsen, T., Andersen, J. R., & Martinsen, E. W. (2020). Cognitive behavioral group therapy for panic disorder in a general clinical setting: a prospective cohort study with 12 to 31-years follow-up. BMC Psychiatry, 20(01), 01-07.
11. Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. Behaviour Research and Therapy, 24(04), 461–470.
12. Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P., & Gelder, M. (1994). A Comparison of Cognitive Therapy, Applied Relaxation and Imipramine in the Treatment of Panic Disorder. British Journal of Psychiatry, 06(164), 759-769.
13. Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J., & Gelder, M. (1999). Brief Cognitive Therapy for Panic Disorder: A Randomized Controlled Trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 04(67), 583–589.
14. Fentz, H. N., Hoffart, A., Jensen, M. B., Arendt, M., O'Toole, M. S., Rosenberg, N. K., et al. (2013, September). Mechanisms of change in cognitive behaviour therapy for panic disorder: The role of panic self-efficacy and catastrophic misinterpretations. Behaviour Research and Therapy, 51(09), 579-587.
15. Nardi, A. E., & Freire, R. C. (2016). Panic Disorder Neurobiological and Treatment Aspects. Basel: Springer International Publishing.
16. Parks, P. J. (2013). Panic Disorder. San Diego: ReferencePoint Press.
17. Rachman, S., & De Silva, P. (1996). Panic disorder- The Facts. New York: Oxford University Press.
18. Rachman, S., & De Silva, P. (2010). Panic disorder (éd. 3rd Editin). New York: Oxford University Press.
19. Root, B. A. (2000). Understanding Panic and Other Anxiety Disorders. Mississippi: University Press of Mississippi.
20. Salkovskis, P. M. (1991). The Importance of Behaviour in the Maintenance of Anxiety and Panic: A Cognitive Accoun. Behavioural Psychotherapy, 19(06), 06-18.
21. Salkovskis, P. M., & Clark, D. M. (1990). Affective responses to hyperventilation: A test of the cognitive model of panic. Behaviour Research and Therapy, 28(01), 51-61.
22. Zol, M. H. (1990). Panic Disorder - The Great Pretender. Massachusetts: Perseus Publishing.