



فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض اضطراب الهلع لدى عينة من الحالات السريرية

أ.د. عبده فرحان الحميري**

أ. هناء علي علي سنان*

Dr.abdualhemyari1963@gmail.com

Hsinan2000@gmial.com

الملخص

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج علاجي قائم على العلاج السلوكي المعرفي Cognitive Behavioural Therapy في خفض اضطراب الهلع لدى عينة من الحالات السريرية في البيئة اليمنية. اعتمدت الدراسة المنهج الإكلينيكي والمنهج شبه التجريبي بتصميم القياسات المتكررة (قبلي-بعدي-تتبعي). تكوّنت العينة من خمس حالات مشخصة باضطراب الهلع، وطُبقَ عليها مقياس شدة اضطراب الهلع Panic Disorder Severity Scale الذي أعدّه شير وآخرون (1997)، بترجمة وتكييف سنان (2025)، عبر ثلاث مراحل زمنية. وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية البرنامج في خفض شدة الأعراض. كما بينت النتائج وجود فروق دالة بين القياسين البعدي والتتبعي، مما يدل على استمرار أثر البرنامج بعد انتهاء تطبيقه. وأوصت الدراسة بتعميم تطبيق العلاج المعرفي السلوكي في مراكز الصحة النفسية بالجامعات والمستشفيات اليمنية، وإدراجه ضمن برامج إعداد الاختصاصيين النفسيين، وتوظيفه في الجوانب الوقائية والجماعية، مع تعزيز التكامل بين التدخلات النفسية والطبية لضمان خدمات علاجية شمولية قائمة على الأدلة العلمية الرصينة.

كلمات مفتاحية: العلاج المعرفي السلوكي، اضطراب الهلع، الحالات السريرية.

* باحثة نفسية في وزارة الصحة العامة والسكان، الجمهورية اليمنية

** أستاذ علم النفس الإكلينيكي، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة ذمار

للاقتباس: سنان، هناء علي علي؛ الحميري، عبده فرحان. (2026). فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض اضطراب الهلع لدى عينة من الحالات السريرية، مجلة الآداب للدراسات النفسية والتربوية، 8(1)، 9-63.

© نُشر هذا البحث وفقاً لشروط الرخصة Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)، التي تسمح بنسخ البحث وتوزيعه ونقله بأي شكل من الأشكال، كما تسمح بتكييف البحث أو تحويله أو الإضافة إليه لأي غرض كان، بما في ذلك الأغراض التجارية، شريطة نسبة العمل إلى صاحبه مع بيان أي تعديلات أُجريت عليه.



Effectiveness of a Cognitive Behavioral Therapeutic Program in Reducing Panic Disorder among a Sample of Clinical Cases

Hana Ali Ali Sinan *

Hsinan2000@gmial.com

Prof. Abdu Farhan Alhemyari **

Dr.abdualhemyari1963@gmail.com

Abstract

This study aimed to investigate the effectiveness of a therapeutic program based on Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in reducing panic disorder among a sample of clinical cases in the Yemeni context. Both the clinical approach and a quasi-experimental design were adopted using repeated measures (pre-test, post-test, and follow-up). The sample consisted of five cases diagnosed with panic disorder. The Panic Disorder Severity Scale (PDSS) developed by *Shear et al. (1997)* was administered, translated and adapted version by *Sinan (2025)*, across three time points. Results revealed statistically significant differences at ($\alpha \leq 0.05$) between the mean scores of the pre-test and post-test measurements in favor of the post-test, indicating the therapeutic program effectiveness in reducing the severity of panic disorder symptoms. Findings also demonstrated significant differences between the post-test and follow-up measurements, suggesting the sustained effectiveness of the program after the intervention completion. The study recommended expanding cognitive behavioral therapy application in mental health centers within Yemeni universities and hospitals, incorporating it into the training programs of psychological specialists, and utilizing it in preventive and group-based interventions. Strengthening the integration between psychological and medical interventions was emphasized to ensure comprehensive, evidence-based therapeutic services.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Panic Disorder, Clinical Cases

* Psychological Researcher, Ministry of Public Health and Population, Republic of Yemen

** Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Arts, Tamar University

Cite this article as: Sinan, Hana Ali Ali. & Alhemyari, Abdu Farhan. (2026). Effectiveness of a Cognitive Behavioral Therapeutic Program in Reducing Panic Disorder among a Sample of Clinical Cases. *Journal of Arts for Psychological & Educational Studies* 8(1) 9-63

© This material is published under the license of Attribution 4.0 International (CC BY 4.0), which allows the user to copy and redistribute the material in any medium or format. It also allows adapting, transforming or adding to the material for any purpose, even commercially, as long as such modifications are highlighted and the material is credited to its author.



مقدمة

تُمثل الصحة النفسية ركيزةً أساسيةً في بناء شخصية متوازنة وقادرة على التفاعل الإيجابي مع المجتمع، لما لها من دور محوري في تنظيم سلوك الفرد وضبط انفعالاته وتعزيز قدرته على التكيف مع متغيرات الحياة ومتطلباتها. ويؤدي أي خلل فيها إلى ظهور اضطرابات نفسية، تنعكس سلبًا على التفكير والمشاعر والسلوك والعلاقات الاجتماعية. وفي ظلّ تسارع وتيرة الحياة، وتزايد الضغوط اليومية، إلى جانب ضعف الوعي والتثقيف النفسي، وافتقار بعض الأفراد لمهارات المواجهة الفعّالة، تتسع دائرة المخاطر المؤدية إلى نشوء اضطرابات نفسية قد يعوق الفرد عن أداء أدواره بكفاءة، وممارسة حياته بصورة طبيعية (زهران، 2005، ص. 9). وتشير بيانات منظمة الصحة العالمية لعام 2021 إلى أن نحو مليار شخص عالميًا يعانون من أحد أشكال الاضطرابات النفسية، وهو ما يعكس حجم التحدي، وضرورة تعزيز الجهود الوقائية والعلاجية في مجال الصحة النفسية.

وذكرت منظمة الصحة العالمية (WHO, 2022) أن الاضطراب النفسي يؤثر في شخص واحد من كل (8) أشخاص في العالم، وتنطوي الاضطرابات النفسية على اختلالات جسيمة في التفكير، أو ضبط المشاعر أو السلوك.

وفي تقرير منظمة الصحة العالمية (WHO, 2019) يمتد تأثير اضطرابات القلق إلى ما هو أبعد من مجرد تشخيصها؛ إذ يعاني عدد من الأفراد من مشاعر خوف وقلق شديدين، غالبًا ما تكون مصحوبة بأعراض جسدية وسلوكية ومعرفية، وقد تؤثر هذه الأعراض سلبًا في قدرة الفرد في ضبط مشاعره، مما يؤدي إلى حالة من التوتر النفسي المستمر، وتتسبب هذه الأحاسيس في ضغط نفسي قد يستمر لفترات طويلة، وهو ما ينعكس سلبًا على مختلف أنشطة الحياة اليومية، سواء على المستوى الشخصي أم الاجتماعي أم الدراسي أم المهني".

كما شهدت معدلات الإصابة باضطرابات القلق ارتفاعاً ملحوظاً بنسبة (26%)، وهو ما ارتبط بشكل كبير بتداعيات جائحة كوفيد-19، التي أسهمت في زيادة الضغوط النفسية، والعزلة الاجتماعية، والخوف من الإصابة بالمرض، مما أدى إلى تفاقم حدة الأعراض لدى عدد من الأفراد (WHO, 2020)، ويُعد من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا على مستوى العالم، وغالبًا ما يصاحبها مجموعة من الاضطرابات النفسية الأخرى، مما يزيد من تعقيد عملية التشخيص الدقيق للاضطراب الأساسي لدى الفرد. هذا التداخل بين الاضطرابات قد يؤدي إلى تشخيص خاطئ أو غير مكتمل، ومن ثمّ يتعرض المريض لعلاجات غير فعّالة أو غير مناسبة، ونتيجة لذلك، قد يستمر الفرد في متابعة العلاج دون تحقيق تحسن ملحوظ؛ مما يؤثر سلبًا في جودة حياته وفرص شفائه (WHO, 2023).



وتشير تقديرات 2023 إلى إن (4٪) من سكان العالم حالياً يعانون من أحد أنواع اضطرابات القلق، وتزيد اضطرابات القلق خطر الإصابة بالاكتئاب والاضطرابات الإدمانية، فضلاً عن خطر الأفكار والسلوكيات الانتحارية، وعلى الرغم من توفر علاجات فعالة للغاية لهذه الاضطرابات، فإن نسبة من يتلقون العلاج لا تزال منخفضة؛ إذ يتلقى شخص واحد فقط من بين كل أربعة مصابين (27.6%) شكلاً من أشكال العلاج، وقد أرجع التقرير هذه الفجوة في تلقي العلاج إلى عدد من العوائق، من أبرزها، ضعف الوعي بأن اضطراب القلق يُعد حالة صحية قابلة للعلاج، نقص الاستثمار في خدمات الصحة النفسية، قلة الكوادر الصحية المدربة، بالإضافة إلى الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالأمراض النفسية، وقد أوضح التقرير أن معدل الانتشار يختلف من دولة إلى أخرى، ويتراوح ما بين (2.5-6.5%) من إجمالي السكان، كما كشفت الإحصاءات عن تفاوت ملحوظ بين الجنسين؛ إذ تمثل النساء النسبة الأكبر من المصابين، بنسبة تُقدَّر بـ (62%)، أي: ما يعادل (170) مليون امرأة، مقارنة بـ 105 ملايين رجل" (WHO، 2023).

في حين أشارت مجلة لا نسيت للطب النفسي (the lancet psychiatry، 2023) إلى أن "الباحثين حللوا بيانات أكثر من (150) ألف شخص بالغ شاركوا في استطلاع World Mental Health خلال الأعوام 2001-2022 في (29) دولة، من ضمنها (12) دولة ذات دخل منخفض ومتوسط، و(17) دولة ذات دخل مرتفع، واتضح أن أكثر الاضطرابات انتشاراً هي القلق والاكتئاب، واكتشف الباحثون أن احتمال ظهور أول مرض نفسي في عمر (15) سنة وأن متوسط العمر الذي يظهر فيه هذا المرض هو (19) عاماً للرجال و(20) عاماً للنساء، وسوف يعاني نصف سكان المعمورة في عمر (75) عاماً من اضطراب واحد أو عدة اضطرابات نفسية، وهذه الاضطرابات تظهر لأول مرة عادة في مرحلة الطفولة ومرحلة المراهقة أو مرحلة الشباب".

ومن بين اضطرابات القلق، يبرز اضطراب الهلع (Panic Disorder) بوصفه اضطراباً نفسياً؛ إذ نَوّه عكاشة (2003) إلى أن "اضطراب الهلع بين مجموع الشعب ينتشر بنسبة (5.2%)، مما يجعل انتشاره أكثر من التوقعات السابقة، وتشير الإحصاءات إلى أن (30-50%) من المرضى المتكررين على أطباء القلب الذين لا تظهر عليهم أدلة كافية على مرض في الشرايين التاجية يعانون من اضطراب الهلع، وعادة ما يبدأ الاضطراب في أوائل العشرينيات من العمر، ويبدأ الفرد الشكوى أواخر العشرينيات حتى تتضح بصورة جلية الأعراض. وتوجد علاقة بين اضطراب الهلع واضطرابات نفسية أخرى، أهمها الاكتئاب، وسوء استعمال المواد مثل المهدئات، ومحاولات الانتحار حوالي (20%)، وكذلك يصاحب اضطراب الهلع في حوالي (15-20%) من حالات تدني الصمام الميترالي" (ص. 126-127).

ويتسم اضطراب الهلع بظهور مفاجئ لنوبات من الخوف الشديد أو الرعب، تُثار عادةً بفعل أعراض فيزيولوجية متسارعة، مثل تسارع ضربات القلب، ضيق التنفس، والدوخة، تُغذي هذه الأعراض مشاعر مفزعة بفقدان السيطرة أو الخوف من الموت الوشيك، مما يؤدي إلى تصاعد حدة النوبة، قبل أن تتلاشى

في غضون دقائق، تاركة وراءها شعورًا متزايدًا بالقلق والخوف من تكرار التجربة، وغالبًا ما يُطوّر الفرد المصاب سلوكيات تجنّب وانسحاب من المواقف أو الأماكن التي يربطها بحدوث النوبات، مما يؤدي - بمرور الوقت - إلى قيود حادة في الأداء الوظيفي والاجتماعي والمهني، وقد يُفضي ذلك إلى ما يُعرف برهاب السباح (Agoraphobia) لدى بعض الحالات (الحسيني، 2014، ص. 38؛ مكزني، 2013، ص. 15).

إضافة لذلك أشار المعهد الوطني للصحة النفسية (National Institute of Mental Health, 2017) إلى أن "معدل انتشار اضطراب الهلع بين البالغين الذين تزيد أعمارهم عن (18) عامًا بلغ حوالي (2.7%)، كما أظهرت النتائج أن معدل الانتشار كان أعلى بين الإناث (3.8%) مقارنة بالذكور (1.6%)، وتشير التقديرات إلى أن نسبة (4.7%) من البالغين في الولايات المتحدة يُصابون باضطراب الهلع في وقتٍ ما من حياتهم".

وحظي اضطراب الهلع باهتمام واسع في الدراسات السابقة؛ إذ هدفت دراسة أجراها "مونتا" وآخرون (Moneta, et al., 2018) إلى فحص مدى انتشار نوبات الهلع واضطراب الهلع على امتداد الحياة، إلى جانب تحديد العوامل الرئيسية المرتبطة بهما، وتحليل الدور المحتمل للعمر في التخفيف من حدّة الأعراض، وقد اعتمدت الدراسة على تحليل بيانات مقطعية لعينة ممثلة على المستوى الوطني، شملت (4569) بالغًا غير مقيم في مؤسسة صحية، وتم تصنيف المشاركين إلى ثلاث مجموعات وفقًا لنتائج المقابلات: غير مصابين بالذعر، ومصابين بنوبات هلع دون اضطراب الهلع، ومصابين باضطراب الهلع. أظهرت النتائج أن أعلى معدلات انتشار نوبات الهلع (9.5%) وُجدت بين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين (30 - 93) عامًا، بينما سُجل أعلى معدل لاضطراب الهلع (3.3%) بين الفئة العمرية من (40 - 49) عامًا. في المقابل، أظهر المشاركون الذين تزيد أعمارهم عن 80 عامًا أدنى معدلات انتشار.

وفي التقرير العلمي الصادر عن مركز الملك سلمان لأبحاث الإعاقة حول الصحة وضغوط الحياة (King Salman centre for disability research, 2018) إشارة إلى أن "نتائج المسح الوطني السعودي بيّنت أن نسبة انتشار اضطراب الهلع بين المشاركين بلغت نحو (1.6%)، في حين وصلت نسبة من أفادوا بإصابتهم بأحد اضطرابات القلق عمومًا إلى (23.3%)، مما يعكس مدى شيوع اضطرابات القلق في المجتمع مقارنة باضطراب الهلع أحد مكوناتها الأقل انتشارًا". "إن اضطراب الهلع المصحوب برهاب السباح، الذي يندرج ضمن اضطرابات القلق، وهو واحد من اضطرابات القلق التي يعاني منها الأفراد، وتختلف نسب انتشار اضطراب الهلع ورهاب السباح باختلاف الدراسات والمجتمعات، وتشير بعض الدراسات إلى أن نسبة انتشار اضطراب الهلع تتراوح بين (2-5%) من إجمالي عدد السكان، والسمة الأساسية هو نوبات متكررة من القلق الشديد. أما رهاب السباح فقد أثبتت الإحصاءات التي وضعتها الجمعية الأمريكية للطب العقلي في الدليل



التشخيصي، والإحصائي الخامس أن كل سنة يشخص رهاب الساح بنسبة (1.7%) عند المراهقين والراشدين.

وتحتل اليمن المرتبة (46) من بين (57) دولة شملها تصنيف منظمة ساين لابس الأمريكية Sabin (USA) Labs Organization (2022) حول الحالة العقلية العالمية، وأوضح التقرير أن نسبة (24.4%) من اليمنيين الذين شملتهم الدراسة يعانون من صعوبات في التعامل مع ضغوطات الحياة اليومية، مما يعكس تدهورًا ملحوظًا في الحالة النفسية العامة؛ نتيجة للظروف الإجتماعية والاقتصادية".

وأشارت منظمة الصحة العالمية (WHO, 2023) إلى نتائج دراسة ميدانية أُجريت عام 2019 بالتعاون مع وزارة الصحة العامة والسكان اليمنية والاتحاد الأوروبي؛ بهدف تقدير معدل انتشار الأمراض المزمنة في اليمن، وقد أظهرت الدراسة أن معدل انتشار هذه الأمراض بلغ نحو (37) حالة لكل 10,000 نسمة، كما بيّنت النتائج أن اضطرابات القلق تُعد من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا؛ إذ بلغ معدل انتشارها قرابة (25%) من إجمالي العينة المشمولة بالدراسة.

وأوضحت هيئة مستشفى إسطنبول الوطني (Istanbul National Hospital Authority)، (2025) أن الدراسات الوبائية التي بيّنت معدل انتشار اضطراب الهلع مدى الحياة يتراوح بين (1.5% - 3.5%)، وأوضحت التقارير أن اضطراب الهلع غالبًا ما يبدأ خلال مرحلة البلوغ، إلا أن سن ظهوره الشائع يكون في العشرينيات من العمر، مع إمكانية ظهوره في أي مرحلة عمرية، كما أظهرت البيانات أن نسبة الإصابة باضطراب الهلع لدى النساء تُقدّر بضعف النسبة لدى الرجال، مما يشير إلى وجود فروق ملحوظة مرتبطة بالنوع الاجتماعي في أنماط الانتشار".

تُعدّ دراسة حرميل وآخرون (2018) من الدراسات المهمة التي تناولت تقدير انتشار الاضطرابات النفسية في اليمن خلال الفترة من 2014 إلى 2017، مستندةً إلى بيانات خط المساعدة والاستشارات النفسية والاجتماعية. وقد شملت عينة كبيرة من المتصلين بلغ عددهم (846,982)، أُجريت مقابلات تشخيصية مكتملة مع (389,614) منهم بنسبة استجابة بلغت (40%)

ورغم القيمة الكبيرة لحجم العينة، فإن اعتماد الدراسة على عينة غير احتمالية عرضية يحدّ من إمكانية تعميم النتائج على عموم السكان. ومع ذلك، فإن النتائج التي أشارت إلى ارتفاع عدد الحالات المشخصة، وانتشار اضطراب القلق بنسبة (3.25%)، تعكس حجمًا ملحوظًا للمشكلة النفسية في السياق اليمني، وتؤكد أهمية تعزيز خدمات الصحة النفسية في ضوء هذه المؤشرات.

وفي ظل غياب المعلومات الرقمية الموثوقة عن الأزمة الإنسانية للحرب في اليمن وتأثيرها العميق في الصحة النفسية للأفراد والمجتمع، ذكر تقرير منظمة الصحة العالمية (WHO) لعام (2023) تحت عنوان: "أزمة الصحة النفسية في اليمن"، أن "ما يقارب سبعة ملايين شخص بحاجة إلى دعم نفسي، في حين لا



يتلقى المساعدة فعليًا سوى نحو (120,000) شخص فقط، الأمر الذي يسلب الضوء على الفجوة الواسعة بين الحاجة إلى الخدمات النفسية وتوافرها في ظل التحديات المستمرة التي تواجه النظام الصحي في البلاد". يُواجه الوضع الراهن في اليمن تحديات عدة في مجال الصحة النفسية، من أبرزها نقص أدوات التشخيص الدقيقة، وانخفاض مستوى الوعي المجتمعي، وصعوبة الوصول إلى خدمات الصحة النفسية المتخصصة، وعن طريق البرنامج الوطني للصحة النفسية التابع لوزارة الصحة العامة والسكان، كشفت الزيارات الميدانية عن أوجه قصور واضحة في تسجيل التشخيصات السريرية في ملفات المرضى، إلى جانب غياب توثيق الأدوية الموصوفة في أوراق الفحص، مما أدى إلى صعوبة الحصول على معلومات دقيقة وموثوقة حول الاضطرابات النفسية، كما أن غياب أرشفة ملفات المرضى، وعدم جمع البيانات الإحصائية اللازمة في المستشفيات، يُمثلان تحديًا كبيرًا أمام جهود التقييم والتخطيط لتطوير خدمات الصحة النفسية في البلاد.

ويلاحظ وجود نقص واضح في الدراسات التي تناولت اضطراب الهلع تحديدًا؛ الأمر الذي شكّل دافعًا أساسيًا للباحثين لاختيار هذا الاضطراب في دراستهما الحالية؛ بهدف الإسهام في سد الفجوة البحثية القائمة، عن طريق بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي موجه لعلاج اضطراب الهلع لدى عينة سريرية في البيئة اليمنية، ويستند هذا البرنامج إلى نظريات علمية فسّرت اضطراب الهلع، وإلى دراسات سابقة أثبتت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف أعراض هذا الاضطراب وتحسين الحالة النفسية للمصابين به. ورغم ما أثبتته العلاج المعرفي السلوكي من فاعلية عالمية في التخفيف من اضطرابات القلق، بما في ذلك اضطراب الهلع، سواء في الإرشاد الفردي أو الجماعي، فإن تطبيقه في البيئة المحلية يتطلب تكييفًا يتناسب مع الخصوصية الثقافية للمجتمع اليمني واحتياجات الفئات المستهدفة.

انطلاقًا مما سبق، وفي ظل غياب برامج علاجية تجريبية لاضطراب الهلع في اليمن، تبرز الحاجة إلى تصميم وتطبيق برامج علاجية معرفية سلوكية مصممة خصيصًا لتلائم السياق اليمني، ويُعزّز هذا التوجه ما أظهرته عدد من الدراسات في البيئات الغربية من فاعلية ملموسة لهذا النوع من العلاج، مما يفتح المجال أمام إمكانية تكييف تلك البرامج عالميًا، بحيث تُصاغ بنماذج تأخذ في الحسبان الخصوصيات الثقافية، والوصمة الاجتماعية المرتبطة بالاضطرابات النفسية، فضلًا عن محدودية الموارد المتاحة، كما هو الحال في اليمن.

وبهذا، تسعى هذا الدراسة إلى تقديم دراسة علمية تساهم في إثراء المعرفة العلمية حول فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الهلع في اليمن، مع مراعاة الخصوصيات الثقافية والاجتماعية والعملية للبيئة المحلية. عن طريق:



1- تقديم دراسة علمية تطبيقية فردية مُركزة حول فاعلية العلاج المعرفي السلوكي وجهاً لوجه، مع رصد دقيق للنتائج على مدار (13) جلسة، مما يُتيح فهماً عميقاً لتأثير العلاج في كل حالة سريرية على حدة، على عكس دراسات تناولت ذلك على مدار (4) جلسات إلى أكثر من (16) جلسة، كدراسة (سرور، 2013)، ودراسة (الآسي، 2014)، ودراسة "جاي-أما، وآخرين" (Jae-AMA, et al., 2018)، ودراسة "بيليت، وآخرين" (Bilet, et al, 2020)، ودراسة (الصبوة وآخرين، 2017)، ودراسة "مظفر وتهمينه" (Muzaffar, Tehmina, 2022)، ودراسة "إيدي وآخرين"، (Eide, et al., 2025)، ودراسة أجراها "أتشمان، بيثاني وآخرون" (Ateachman, Bethany et al , 2008)، ودراسة "ناجاتا، شينوبو وآخرين" (Nagata, Shinobu et al. , 2018)، ودراسة "دانون وآخرين" (Danon, et al., 2004). ودراسة "إفثيميو وآخرين" (Efthimiou, et al., 2018).

2- وبحسب علم الباحثين، لا توجد دراسات علمية سابقة في اليمن لقياس وتقييم فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في السياق المحلي؛ الأمر الذي يبرز الحاجة إلى إجراء دراسة تهدف إلى تكيف هذا النوع من العلاج بما يتلاءم مع البيئة اليمنية.

3- قلة الدراسات التي تتضمن متابعة بعد انتهاء برنامج العلاج على المدى المتوسط، ما يحد من فهم مدى استمرارية التحسن العلاجي على المدى المتوسط، كدراسات كانت المتابعة فيها على المدى القصير والطويل، كدراسة "ناكانو، يومي وآخرين" (Nakano, Yumi et al., 2008)، ودراسة "جاي-أما، وآخرين" (Jae-AMA, et al., 2018)، ودراسة "بيليت، وآخرين" (Bilet, et al, 2020)، ودراسة "إيدي وآخرين"، (Eide, et al., 2025)، ودراسة "أتشمان، بيثاني وآخرين" (Ateachman, Bethany et al , 2008).

4- استخدام مجموعة مُتنوعة من التقنيات المعرفية والسلوكية في برنامج العلاج (التثقيف النفسي، إعادة البنية المعرفية، إعادة التدريب على التنفس، التدريب على التنفس البطني، التدريب على الاسترخاء، التدريب على التعرض التدريجي للمثيرات الداخلية والخارجية، وصرف الانتباه والواجبات المنزلية والتوقف عن سلوكيات الأمان ومهارات منع الانتكاسة ومهارات حل المشكلات)، تتجاوز ما جرى عرضه في بعض الدراسات التي اقتصر على تقنيات محدودة أو بروتوكولات موجزة، مما يُعزز جودة التدخل العلاجي وفاعليته، ومراعاة للفروق الفردية للحالات السريرية. على عكس بعض الدراسات التي تناولت تقنيات محددة، كدراسات "ناجاتا، شينوبو وآخرين" (Nagata, Shinobu et al. , 2018)، ودراسة أجراها "مارك وآخرون"، (Mark, et al. , 2023)، ودراسة "أتشمان، بيثاني وآخرين" (Ateachman, Bethany et al , 2008)، ودراسة "روبنز، رون وآخرين" (Robbins, Ron et al. , 2015)، ودراسة (أسيا، 2014)، ودراسة (أحمد، 2022)، "بادلسكو" (Badulescu, 2023)، ودراسة "إفثيميو وآخرين" (Efthimiou, et al., 2018)، "مظفر وتهمينه" (Muzaffar, Tehmina, 2022)، ودراسة "كليريكن، تيتشمان وجانيك،



سميث" (Clerkin, Teachma & Janik-Smith, 2008)، ودراسة "ديكون" (Deacon, Brett, 2007)، ودراسة
"ناكانو، يومي وآخرين" (Nakano, Yumi et al., 2008).

5- تكييف مقياس شدة اضطراب الهلع مع السياق اليميني، بما يضمن دقة تقييم الأعراض وملاءمة
الأداة لخصائص العينة.

6- وقد أتاح التركيز على عينة سريرية صغيرة ومحددة مكونة من خمس حالات، بدلاً من الاعتماد
على عينات كبيرة تفتقر إلى التفاصيل الدقيقة، إمكانية إجراء تحليل نوعي وكفي معمق لكل حالة على حدة،
على عكس دراسة (أحمد، 2022) التي اعتمدت - فقط - على دراسة الحالة، ودراسة "ناكانو، يومي وآخرين"
(Nakano, Yumi et al., 2008)، ودراسة "مان جولا، وآخرين" (Manjula, M et al., 2009)، ودراسة (سرور،
2013)، ودراسة (الآسي، 2014)، ودراسة "جاي-أما، وآخرين" (Jae-AMA, et al., 2018)، ودراسة "إفثيمييو
وآخرين" (Eftthimiou, et al., 2018)، ودراسة "بيليت، وآخرين" (Bilet, et al, 2020)، ودراسة "بابولا،
ديفيد وآخرين" (Papola, Davide et al., 2022)، ودراسة (آسيا، 2014)، ودراسة (محمد، 2017)، ودراسة
(الصبوة وآخرين، 2017)، ودراسة "أتشمان، بيثاني وآخرين" (Ateachman, Bethany et al, 2008)،
ودراسة "ناجاتا، شينوبو وآخرين" (Nagata, Shinobu et al., 2018)، ودراسة (Mark, et al., 2023)،
ودراسة (دانون وآخرين) (Danon, et al., 2004)، ودراسة "أجراها" (Eloumary, et al., 2004)، ودراسة
(Danon, et al., 2004)، ودراسة "أجراها" (Eloumary, et al., 2004)، ودراسة (Eloumary, et al., 2004)،
(2023).

مشكلة الدراسة:

انطلاقاً مما سبق يمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس الآتي:

ما فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض أعراض اضطراب الهلع لدى عينة من الحالات السريرية؟
وتنبثق من السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية الآتية:

1- ما دلالة الفروق الإحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياسين القبلي والبعدي
لاضطراب الهلع بعد تطبيق البرنامج العلاجي؟

2- ما دلالة الفروق الإحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياسين البعدي والتتبعي
لاضطراب الهلع بعد تطبيق البرنامج العلاجي؟

وللإجابة عن أسئلة الدراسة تم صياغة الفرضيات الآتية:

1- توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) فأقل بين متوسط درجات أفراد العينة في
القياسين القبلي والبعدي لاضطراب الهلع لصالح القياس البعدي.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط درجات أفراد العينة في

القياسين البعدي والتتبعي، لصالح القياس التتبعي.



أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- 1- التحقق من فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي، مصمم خصيصًا لخفض أعراض اضطراب الهلع لدى عينة من الحالات السريرية في البيئة اليمنية.
- 2- تصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي يستند إلى نموذج بيك وكلاارك، يتناسب مع الخصائص الثقافية والاجتماعية للمجتمع اليمني.
- 3- قياس فاعلية البرنامج العلاجي في خفض أعراض اضطراب الهلع لدى عينة الدراسة، بعد تطبيقه مباشرة (القياس البعدي).
- 4- قياس مدى استمرارية أثر البرنامج العلاجي بعد مدة زمنية من انتهاء التدخل (القياس التبعي).

أهمية الدراسة:

تبرز أهمية الدراسة الحالية فيما يأتي:

أولاً: من الناحية النظرية:

- قد تسهم الدراسة في إثراء الجانب المعرفي والعلمي في مجال العلاج المعرفي السلوكي غير الدوائي، عن طريق تقديم نموذج تطبيقي مستند إلى نظريات بيك وكلاارك، وامتكيف مع الخصائص الثقافية اليمنية.
- تحفيز الباحثين والمختصين لإجراء المزيد من الدراسات في مجال اضطراب الهلع، بما يسهم في إجراء المزيد من البحوث العلمية في هذا المجال.
- الدراسات السابقة استهدفت علاج اضطراب الهلع المصحوب برهاب الساح في العيادات النفسية، فيما استهدفت هذه الدراسة علاج عينة سريرية تعاني من اضطراب الهلع دون رهاب الساح بحسب المحكات التشخيصية في DSM5.

ثانياً: من الناحية التطبيقية:

- 1- تقديم برنامج علاجي معرفي سلوكي غير دوائي، يمكن أن يُستخدم من قبل الاختصاصيين النفسيين في المؤسسات والمراكز العلاجية لمساعدة الحالات المصابة باضطراب الهلع.
- 2- الإسهام في تطوير أساليب علاجية تستند إلى الأدلة العلمية، بما يتناسب مع احتياجات البيئة المحلية.
- 3- الإسهام في تقديم نموذج تدخل نفسي لا دوائي؛ لخفض اضطراب الهلع منخفض الكلفة وقابل للتطبيق في بيئات تعاني من محدودية الموارد النفسية، مثل اليمن.
- 4- تفتح المجال أمام بحوث مستقبلية؛ تهدف إلى تطوير وتعميم برامج علاج معرفي سلوكي لا دوائي لاضطراب الهلع في البيئة اليمنية والعربية.



5- تقديم خدمات نفسية عن طريق التوعية والتثقيف النفسي حول اضطراب الهلع وطرق علاجه، مما يساهم في تقليل الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالاضطرابات النفسية.
مصطلحات ومفاهيم الدراسة:

(1) العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive – Behavioural Therapy -CBT):

يعد "العلاج المعرفي السلوكي أحد أشكال العلاج النفسي الحديث نسبياً، ويركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها، وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة، وعلاج نفسي يعتمد على نظريات التعلم السلوكي من جهة والنظريات المعرفية من جهة أخرى، ويقوم على برامج علاجية قصيرة المدى، وعلاج تطبيقي موجه نحو أهداف معينة، تسمح للفرد بتنمية قدراته ومواجهة نوبات الهلع" (محمد، 1999، ص.11-21).

عرفه القشاعلة (2021) أنه: "عبارة عن مجموعة فاعلة من الإجراءات التي تتضمن التقييم والتخطيط، واتخاذ القرار وتوظيف التقنيات والفنيات بدءاً بالتعليم النفسي والاكتشاف الموجه، ولعب الأدوار والتعريض السلوكي الحي والمتخيل؛ مما يساعد المرضى على التعامل مع أنماط التفكير اللاتكفي، وإحلال تفكير أكثر عقلانية وأكثر توافقاً" (ص.19).

وعرفه Scott (2009) أنه: "تعليم العملاء مهارات إدارة الضيق العاطفي، ويختلف محتوى التعليم من اضطراب إلى آخر، ومع ذلك، يجري التعليم عن طريق أسلوب الأسئلة السقراطية، وهو شكل من أشكال الأسئلة غير المباشرة التي تترك للعميل فرصة لاستخلاص استنتاجاته الخاصة" (ص.1).

ويعرّف العلاج المعرفي السلوكي اجرائياً بأنه:

تدخل علاجي منظم قائم على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي، يهدف إلى خفض شدة وتكرار نوبات الهلع، وتعزيز مستوى التكيف النفسي والاجتماعي لدى المريض. ويتحقق ذلك من خلال توظيف مجموعة من الفنيات العلاجية المحددة، تشمل: إعادة البناء المعرفي لتصحيح الأفكار والمعتقدات غير العقلانية المرتبطة بالنوبات، تدريب المريض على مهارات ضبط التنفس للتحكم في الأعراض الفسيولوجية المصاحبة، تقديم التثقيف النفسي حول طبيعة الاضطراب وآلياته، وتطبيق تقنيات التعرض التدريجي للمثيرات أو المواقف المرتبطة بالقلق. ويُطبّق البرنامج خلال (13) جلسة علاجية فردية، تتراوح مدة كل جلسة بين (50-60) دقيقة، بمعدل جلستين أسبوعياً لكل حالة.

(2) اضطراب الهلع (Panic Disorder):

في ضوء الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الطبعة الخامسة – النص المرجع (DSM-5-TR)، يُعرّف اضطراب الهلع بأنه: أحد أنواع القلق الذي يتميز بحدوث نوبات هلع متكررة وغير متوقعة، يشعر خلالها الفرد بخوف شديد أو انزعاج حاد يصل إلى ذروته خلال دقائق، مصحوباً بأعراض



جسدية ومعرفية مثل خفقان القلب، ضيق التنفس، الدوخة، أو الشعور بفقدان السيطرة والخوف من الموت. ولا يقتصر الاضطراب على النوبات نفسها، بل يشمل أيضًا فترة لاحقة لا تقل عن شهر من القلق المستمر أو الانشغال بحدوث نوبات جديدة، إضافةً إلى تغييرات سلوكية ملحوظة لتجنب المواقف التي قد تُثير النوبات، مع التأكيد على أن الأعراض لا تُعزى إلى استخدام مواد مثل المخدرات أو الأدوية، أو إلى حالة طبية أخرى، كما لا يمكن تفسيرها ضمن اضطراب نفسي آخر (American Psychiatric Association, 2022, pp. 235–236).

التعريف الإجرائي لاضطراب الهلع:

هو: "الدرجة الكلية التي تحصل عليها الحالة في استجابتها لمقياس شدة اضطراب الهلع المطبق في هذه الدراسة".

(3) الحالات السريرية (Clinical Cases):

تُعرف الحالة السريرية في علم النفس الإكلينيكي أنها: عرض تفصيلي ومتكامل لحالة فردية تعاني من اضطراب نفسي أو سلوكي؛ يهدف إلى فهم طبيعة الأعراض، وتحليل العوامل المساهمة فيها، وتوجيه التشخيص والتدخل العلاجي المناسب، ويُعد هذا الأسلوب من الأساليب الأساسية في الدراسة السريرية والتدريب المهني؛ إذ يتيح فهماً معمقاً للفروق الفردية وتطبيقاً عملياً للنظريات النفسية. (Kazdin, 2021, p. 142؛ إبراهيم، 2015، ص. 273).

ويقصد بالحالة السريرية - إجرائياً - في هذا السياق: بأنها وثيقة تحليلية تتضمن بيانات نوعية وكمية حول فرد يعاني من اضطراب نفسي، وتشمل جمع معلومات منهجية عن التاريخ النفسي، والأعراض، والتشخيص وفق معايير DSM-5 أو ICD-11، بالإضافة إلى خطة التدخل العلاجي ومراحل تطبيقها، وتطور استجابة الحالة لها خلال مدة محددة، ويُستخدم هذا الوصف لتقييم فاعلية العلاج، وتوثيق التغييرات السلوكية والمعرفية والانفعالية التي تطرأ على الحالة (Kazdin, 2021, p. 144؛ إبراهيم، 2015، ص. 275).

المنهجية والإجراءات:

استخدمت الدراسة الحالية المنهج الإكلينيكي (العيادي): الذي يدرس الحالة بصورة شمولية في سياقها النفسي والاجتماعي، ولا يقتصر على الحالات المرضية، بل يشمل أيضًا الأفراد الذين يواجهون ضغوطاً حياتية (النجار، 2008، ص. 16). يتيح هذا المنهج تشخيص المشكلات بدقة، والتنبؤ بمسارها، واقتراح التدخل العلاجي المناسب (محمود، 2016، ص. 23)، وتم الاستعانة بالمقابلة العلاجية المقننة أداة رئيسة لفهم الحالة النفسية واستكشاف الأفكار والمشاعر والسلوكيات المرتبطة باضطراب الهلع، مما ساعد في التشخيص واختيار التدخل العلاجي الملائم (صابر وخفاجة، 2002، ص. 135-136) ملحق (1).



واعتمدت الدراسة أيضًا على المنهج شبه التجريبي: ذي القياسات المكررة (قبلي-بعدي-تتبعي)؛ لأنه الأنسب لفحص أثر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في علاج اضطراب الهلع. ويقوم هذا التصميم على تطبيق أداة القياس على المشاركين قبل بدء البرنامج (القياس القبلي)، ثم بعد الانتهاء من جلساته (القياس البعدي)، وأخيراً في فترة لاحقة (قياس تتبعي) للتحقق من مدى استمرارية أثر البرنامج، ويُعد هذا النوع من التصاميم من التصاميم التجريبية الحقيقية التي تسمح برصد التغيرات داخل الأفراد عبر الزمن، مما يعزز دقة النتائج وصدقها الداخلي (أبو حطب & صادق، 2005، ص 315؛ عبيدات وآخرون، 2001، ص 190؛ Creswell, 2014, p. 160).

مجتمع الدراسة:

المجتمع الأصلي (*Population*) في هذه الدراسة هو المجموعة الكاملة من الأفراد الذين يستهدفهم الباحثان بغرض تعميم نتائج الدراسة عليهم فيما يتعلق بمشكلة البحث (الحمداني وآخرون، ص. 89). وبناءً عليه، يتكون مجتمع الدراسة من 30 مريضاً مترددًا على المركز الطبي الخيري بأمانة العاصمة، تم تشخيصهم باضطراب الهلع من قبل أطباء نفسيين مختصين، وقد تم اعتماد هذا المجتمع كمرجعية لاختيار العينة الاستطلاعية بما يتوافق مع أهداف الدراسة.

عينة الدراسة الأساسية:

استندت الدراسة في هذه المرحلة إلى المركز الطبي الخيري؛ إذ حصلت على قائمة تضم 30 حالة سريرية مشخصة باضطراب الهلع خلال المدة من 2024م حتى 2025م، وبعد التواصل الأولي مع هذه الحالات، وتطبيق مقياس شدة اضطراب الهلع لتقييم مستوى الأعراض لدى كل مشارك، وبناءً على نتائج القياس اختيرت (10) حالات، بنسبة (33.3%) من بين المشاركين ممن سجلوا أعلى الدرجات؛ لتكون عينة الدراسة الأساسية، وجرت متابعة هذه الحالات المختارة عن طريق مقابلات تشخيصية سريرية دقيقة، هدفت إلى تحقيق ما يأتي.

1. تأكيد تشخيص اضطراب الهلع وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية – الإصدار الخامس (DSM-5-TR) بما يضمن مطابقة الحالات لمعايير التشخيص المعتمدة واستبعاد أي تأثيرات فيزيولوجية مباشرة أو اضطرابات نفسية أخرى قد تفسر الأعراض.
2. استبعاد الحالات التي قد تكون أعراضها ناتجة عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة، مثل تناول الأدوية أو المواد المخدرة.
3. استبعاد الحالات التي يمكن تفسير أعراضها بوجود اضطراب نفسي آخر.

امتدت الفترة الأساسية للدراسة من 17 فبراير حتى 22 أبريل 2025م، وتخللتها عدة زيارات ميدانية إلى المركز الطبي. وخلال هذه الزيارات، قام الباحثان بالتواصل المباشر مع المشاركين، وتطبيق أدوات



القياس المعتمدة، إلى جانب بناء علاقة مهنية قائمة على الثقة والاحترام المتبادل، وذلك تمهيداً لتطبيق البرنامج العلاجي لاحقاً. وقد أسهم هذا الأسلوب في تعزيز التزام المشاركين، ورفع مستوى دقة البيانات، وضمان جديتها وموثوقيتها.

العينة التجريبية:

بما أن الهدف الأساس للدراسة هو التحقق من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من أعراض اضطراب الهلع، فقد تم الاعتماد على العينة الأساسية البالغ حجمها (10) أفراد في اختيار عينة تجريبية مكونة من (5) حالات سريرية تعاني من اضطراب الهلع بشكل واضح، دون وجود اضطرابات نفسية أو عضوية مصاحبة، وذلك لضمان نقاء العينة وتقليل أثر المتغيرات الدخيلة في النتائج.

معايير اختيار العينة التجريبية:

1. أن تُظهر الحالة أربعة أعراض أو أكثر من أعراض نوبة الهلع وفقاً لـ DSM-5.
2. أن تكون الأعراض متطابقة مع معايير التشخيص المعتمدة لنوبة الهلع.
3. ألا تكون الأعراض ناتجة عن مرض عضوي معروف.
4. ألا تكون الأعراض نتيجة تأثير مباشر لمواد (أدوية، مخدرات، منشطات).
5. أن تحصل الحالة على (14) درجة أو أكثر في مقياس شدة اضطراب الهلع المستخدم في الدراسة.

أدوات الدراسة:

1- مقياس شدة اضطراب الهلع PDSS Panic Disorder Severity Scale:

التعريف بالمقياس: في عام 1993م، عقد المعهد الوطني للصحة العقلية في الولايات المتحدة (National Institute of Mental Health – NIMH) اجتماعاً لمجموعة عمل لتوحيد معايير تقييم اضطراب الهلع، وأكدت النتائج على ضرورة وجود مقياس تصنيفي عالمي؛ لتحديد شدة هذا الاضطراب. بناءً على ذلك، طور أربعة من الباحثين (Shear, Woods, Gorman, & Barlow, 1997, pp. 295–298) مقياس شدة اضطراب الهلع (Panic Disorder Severity Scale – PDSS)، وهو مقياس موجز يستخدمه الطبيب لتقييم شدة اضطراب الهلع بشكل عام.

جرى تصميم المقياس على غرار مقياس Yale-Brown للوسواس القهري، ويتألف من سبع فقرات يجري تقييم كل منها على مقياس من (0 إلى 4)؛ إذ يمثل (0) غياب الأعراض، ويمثل (4) أقصى حد للشدة، وتشمل العناصر: تكرار نوبات الهلع والضيق المصاحب لها، القلق المتوقع، الخوف والتجنب المرتبط بالخوف من الأماكن المفتوحة، الخوف والتجنب المرتبط بالهلع، تأثير الاضطراب في الأداء الوظيفي، والتأثير في التواصل الاجتماعي (Shear et al., 1997, pp. 295–296). أظهرت الدراسات الأولية للمقياس اتساقاً داخلياً وموثوقية جيدة، مع موثوقية ممتازة بين المقيمين وصلاحيته تمييزية جيدة وحساسية للتغير؛ إذ بلغ



معامل ألفا كرونباخ (0.65)، وتراوحت موثوقية المقيمين المشتركة بين 0.84 و0.88 (Shear et al., 1997, pp. 297-298).

حظي المقياس بانتشار واسع، وجرت ترجمته إلى تسع لغات على الأقل، منها: الإسبانية، البرتغالية، الإيطالية، المجرية، الفنلندية، الصربية، الكرواتية، اليابانية، والتركية، مع الحفاظ على موثوقيته وصلاحيته مقارنة بالنسخة الإنجليزية الأصلية (Shear et al., 1997, p. 297).

تم تطبيق المقياس في دراستين عشوائيتين تجريبيتين على اضطراب الهلع، شملت 568 مشاركاً. ركزت الدراسة الأولى على العلاج التعاوني متعدد المراكز (Shear et al., 1997, ص. 297)، بينما تناولت الدراسة الثانية العلاج طويل المدى. تم تدريب مقيمي النتائج من اختصاصيي الخدمة الاجتماعية وعلماء النفس على ضمان موثوقية القياس، مع متابعة شهرية لضمان ثباته، إذ بلغت موثوقية المقياس في الدراسة الأولى 90%، وفي الدراسة الثانية بلغ معامل الارتباط داخل الفئة 0.99، مما يعكس موثوقية عالية جداً.

يُعد PDSS أداة موثوقة لتقييم شدة اضطراب الهلع بعد تشخيصه، ويتوافق مع معايير DSM-5-TR (2022). إذ إنه يغطي المقياس العناصر الأساسية لمعيار نوبات الهلع المتكررة وغير المتوقعة (المعيار A)، بما في ذلك الأعراض الجسدية والمعرفية المصاحبة للنوبة مثل الخوف من فقدان السيطرة أو الموت والضيق الشديد. كما يتضمن عناصر لتقييم القلق المستمر أو الانشغال باحتمال حدوث نوبات لاحقة والتجنب السلوكي، وهو ما يتوافق مع المعيار B. إضافة إلى ذلك، يقيس المقياس تأثير الاضطراب على الأداء الوظيفي والاجتماعي، ما يعكس شدة اضطراب الهلع وتأثيره على الحياة اليومية. على الرغم من أن PDSS لا يستخدم كأداة تشخيصية مستقلة، فإن موثوقيته العالية وصلاحيته التمييزية تجعله مناسباً لتقييم شدة اضطراب الهلع وفق الإطار التشخيصي لـ DSM-5-TR (American Psychiatric Association).

تم ترجمة المقياس الأصلي من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية، ثم عرضت النسخة المترجمة على مدقق لغوي متخصص؛ لضمان جودة الصياغة اللغوية ودقتها بعد ذلك، عرضت المقياس على خبير نفسي للتحقق من مدى ملاءمته ودقته النفسية، عقب ذلك، أجرى الباحثان ترجمة عكسية للمقياس من اللغة العربية إلى الإنجليزية، وقارنا النسخة المترجمة عكسياً بالنسخة الأصلية؛ إذ أظهرت النتائج تطابقاً كاملاً بنسبة (100%)، مما يعكس جودة الترجمة ودقتها، وفيما يتعلق بعملية تقنين المقياس، جرى تطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من (60) مشاركاً، منهم (30) فرداً من عينة سريرية تعاني من اضطراب الهلع، و(30) فرداً من عينة غير سريرية (طلبة جامعة)؛ بهدف التأكد من سلامة الخصائص السيكومترية للأداة ومدى موثوقيتها وصلاحياتها للاستخدام في سياق الدراسة، وقد كان الحصول على ذلك بواسطة مؤشرين، هما صدق المحكمين، وصدق البناء، وذلك على النحو الآتي:



1- صدق المحكمين (الصدق الظاهري-Face Validate): يتمثل هذا النوع في أخذ حكم من مجموعة من أساتذة الاختصاص (عدددهم 3 محكمين) حول مدى صلاحية الأداة في قياس المتغيرات المستهدفة والتحقق من صحة الفرضيات، ويعطي المحكمون إفاداتهم بشأن صلاحية الأداة (سلوم، 2022، ص. 31)، وقد تحقق ذلك في المقياس الحالي عن طريق:
* اختيار مجموعة من الأساتذة المختصين في علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي وعلم النفس، بلغ عددهم (6) خبراء.

* عرض المقياس بصيغته المترجمة إلى اللغة العربية، الذي يحتوي على سبعة أسئلة مرتبة وفق تدرج من (0) إلى (4)، بالإضافة إلى البند الأول الذي يشمل (13) عرضًا يحدد عدد الأعراض سواء كانت أكثر من أربعة أم أقل، وذلك بالاعتماد على آراء الخبراء حول مدى مطابقة الترجمة لبعض الفقرات، وملاءمة كل فقرة للسؤال المحدد، استنادًا إلى التعريف النظري لاضطراب الهلع وتعريفات المجالات المختلفة في المقياس. وقد جرى تقييم ملاءمة الفقرات للأسئلة والأعراض المراد قياسها مع مراعاة السياق الاجتماعي والثقافي في اليمن، ومن ثمَّ الإبقاء على الترجمة الأصلية الفقرات التي حازت على نسبة اتفاق تساوي (100%): إذ جرى اعتماد مستويين للتقييم: "موافق" و"غير موافق"، وكانت نتيجة التقييم أن جميع الفقرات حصلت على موافقة كاملة من جميع الخبراء الخمسة، بما في ذلك البند الأول الذي يضم (13) عرضًا.

2-الصدق البنائي: Construct validity

جرى تقييم الصدق البنائي لمقياس شدة اضطراب الهلع باستخدام طريقتين رئيسيتين، هما: التجانس الداخلي، والقوة التمييزية للفقرات، بالاعتماد على بيانات العينة الاستطلاعية المكونة من (60) مشاركًا، (30) مشاركًا من المركز الطبي الخيري - الذين تم سحب عينة الدراسة منهم- و(30) مشاركًا من طلاب الكلية الوطنية الجامعية للعلوم الصحية المهنية.

أ. التجانس الداخلي للفقرات (Internal Consistency – Pearson Correlation):

أظهرت معاملات الارتباط بين درجات كل فقرة والفقرات الأخرى، ثم بين درجة الفقرة والدرجة الكلية للمقياس دلالة إحصائية عند مستوى ($p < 0.05$) فأقل؛ إذ تجاوزت القيم الحد الأدنى المقبول، مما يشير إلى أن جميع الفقرات تقيس بُعدًا مفاهيميًا متماسكًا يعكس قوة الصدق البنائي للمقياس، وأن جميع فقراته تسهم بشكل متناسق في قياس شدة اضطراب الهلع، ما يعزز من موثوقية المقياس وصلاحيته للتطبيق العملي والبحثي.

ب. القوة التمييزية للفقرات بطريقة المجموعتين المتطرفتين (Discriminant Validity)

لتقييم قدرة المقياس على تمييز المصابين من غير المصابين باضطراب الهلع، استُخدم اختبار (T-Test) لمقارنة متوسطات درجات مجموعتين من المشاركين:



المجموعة السريرية: أفراد مشخصون باضطراب الهلع (ن = 30)

المجموعة غير السريرية: أفراد لا يعانون من اضطراب الهلع، طلبة (ن = 30)،

أظهرت نتائج الاختبار (T-Test) فروقاً دالة إحصائية عند مستوى ($p < 0.05$) في جميع البنود لصالح المجموعة السريرية، باستثناء السؤال السادس الذي لم تظهر فيه فروق ذات دلالة، ولم تحذف من المقياس؛ لأنها قد حصلت على معامل ارتباط اقوى بالدرجة الكلية للمقياس، ولإتاحة الفرصة للباحثين العرب بتطبيق المقياس على عينات معلمية بأعداد كبيرة، كما كانت المتوسطات الأعلى دائماً لدى المجموعة السريرية، مما يعكس ارتفاع مستوى الأعراض مقارنة بالمجموعة غير السريرية. تعكس هذه النتائج فاعلية المقياس في التمييز بين المصابين وغير المصابين، وتدعم صدق الأداة في قياس المتغير المستهدف، مما يعزز إمكانية استخدامها في التشخيص والدراسة الإكلينيكية.

ثبات المقياس (Reliability):

أظهر مقياس شدة اضطراب الهلع (PDSS) درجة عالية من الثبات والموثوقية عند تطبيقه على العينة الاستطلاعية (n = 60) باستخدام معامل ألفا كرونباخ؛ إذ بلغت قيمته (0.882)، مما يدل على اتساق داخلي مرتفع بين الفقرات السبع للمقياس وقياسها لُبعد واحد مرتبط بشدة اضطراب الهلع، كما أظهرت معاملات الارتباط المصححة بين كل فقرة والمجموع الكلي للمقياس (Item-Total Correlation) مدى ملاءمة جميع الفقرات لتمثيل البُعد المقاس بدقة؛ إذ تراوحت القيم بين 0.600–0.860، وأكدت نتائج "Cronbach's Alpha if Item Deleted" أن حذف أي فقرة لن يؤدي إلى تحسين معامل الاتساق الكلي بشكل ملموس، مما يعكس أهمية جميع الفقرات في الحفاظ على اتساق المقياس. تدعم هذه النتائج موثوقية المقياس وصلاحيته للاستخدام في البحوث النفسية السريرية وغير السريرية، مع تعزيز صدقه البنائي ضمن السياق المحلي لعينة الدراسة.

تعليمات تطبيق المقياس (إجراءات التطبيق)

تم تطبيق مقياس اضطراب الهلع بصورة فردية في بيئة هادئة ومناسبة، مع توفير ظروف تضمن راحة المفحوص وخصوصية إجاباته. وقبل البدء في التطبيق، قام الاختصاصي النفسي بتوضيح الهدف من المقياس، مبيّناً أنه أداة لقياس شدة نوبات الهلع والأعراض المصاحبة لها خلال الأسبوع السابق للتطبيق، وأنه لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة، وإنما المطلوب هو اختيار البديل الذي يعكس الحالة الفعلية للمفحوص بدقة وصدق.

كما تم شرح مفهوم نوبة الهلع وفق التعريف الوارد في المقياس، والتأكد من فهم المفحوص للفرق بين نوبات الهلع الكاملة ونوبات الأعراض المحدودة. وطُلب من المفحوص الإجابة عن جميع البنود، واختيار استجابة واحدة فقط لكل سؤال تعبر عن متوسط حالته خلال الأسبوع الماضي.



وفي الحالات التي استدعت ذلك، تمت قراءة البنود للمفحوصين الذين لديهم صعوبات قرائية، مع الالتزام بالحياد التام في نبرة الصوت وعدم توجيه الإجابات. واستغرق تطبيق المقياس ما بين (5-10) دقائق تقريباً.

بعد الانتهاء من الإجابة، تمت مراجعة الاستبانة للتأكد من استكمال جميع البنود وعدم وجود بيانات ناقصة. وقد روعي الالتزام بالمعايير الأخلاقية في البحث العلمي، إذ تم التأكيد على سرية المعلومات واستخدام النتائج لأغراض البحث العلمي فقط. وفي الحالات التي أظهرت درجات مرتفعة تشير إلى شدة الأعراض، تم الأخذ بعين الاعتبار إجراء متابعة إكلينيكية عند الحاجة. ملحق (2).

2- تصميم البرنامج المعرفي السلوكي: Cognitive behavioural therapy :

جرى تصميم البرنامج وتنفيذه وفق الخطوات المنهجية الآتية:

أولاً: خطوات التصميم:

1- تحديد المشكلة والإطار النظري:

- اختيار الاضطراب المستهدف (اضطراب الهلع).
- تحديد الأطر النظرية المعتمدة كنموذج بيك Beck ، نموذج كلارك Clark ، ونماذج أخرى، وتوظيفها في اختيار التقنيات الملائمة لتطبيق الجلسات العلاجية.
- مراجعة الأدبيات السابقة والدراسات التطبيقية ذات الصلة، كدراسات "أتشمان، بيثاني وآخرين" (Ateachman, Bethany et al , 2008)، ودراسة "ناجاتا، شينوبو وآخرين" Nagata, (et al. , 2018) (Shinobu)، ودراسة تطبيقية أجراها "مارك وآخرون"، (Mark, et al. , 2023)، ودراسة (سرور، 2013)، و(الآسي، 2014)، و(ميمونة، 2018)، ومن الأدبيات مرجع (إسماعيل، ب.ت)، و(بارلو، 2002)، و(هوفمان، 2012)، و(مكمانوس، 2017)، و(مكاي وآخرين، 2023)، ودراسة "كيسي" وآخرين (Casey, et al., 2004)، ودراسة "بيمايش" وآخرين (Beamish, et al., 2001)، ودراسة (ميمونة، 2018)، كما اعتمد الباحثان في بناء المحتوى التطبيقي للبرنامج على النموذج العلاجي الذي طوره جون غوليت وزملاؤه (Jean Goulet et al., 2013, pp. 67-82-83) (84-86) المطبق في مستشفى "لا فال (Laval)" بكندا.
- الاسترشاد بتوجيهات المشرف الأكاديمي وخبرته في الجانب الميداني والعلاجي، لضمان تطبيق البرنامج بكفاءة وفعالية.
- الاستفادة من ملاحظات الأساتذة المحكمين حول البرنامج العلاجي والعمل على تطويره وفقاً لتوصياتهم



2-تحديد الأهداف:

الهدف العام للبرنامج:

يتمثل الهدف العام في التحقق من فاعلية برنامج معرفي سلوكي مُصمم خصيصًا لخفض أعراض اضطراب الهلع لدى عينة من الحالات السريرية في البيئة اليمينية.
الأهداف الإجرائية (الفرعية):

- تعزيز التحالف العلاجي من خلال بناء علاقة مهنية قائمة على الثقة والتفاهم المتبادل، وتوقيع عقد علاجي يحدد الأدوار والمسؤوليات، مع تقديم التثقيف النفسي حول اضطراب الهلع من حيث أسبابه وآليات نشوئه وأساليب علاجه وفق النموذج المعرفي السلوكي.
- تنمية الوعي بالعلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات والاستجابات الجسدية، وتوضيح دورها في تشكيل الحلقة المفرغة لنوبات الهلع، مع العمل على خفض الحساسية تجاه الأحاسيس الجسدية المزعجة عبر التعرض التدريجي وتعزيز التكيف.
- إضعاف التفسيرات الكارثية والمعتقدات المرتبطة بالتهديد، واستبدالها بتفسيرات معرفية بديلة أكثر واقعية وتوازنًا، إلى جانب تعديل نمط الانتباه الانتقائي المفرط نحو المثيرات المرتبطة بالقلق.
- الحد من السلوكيات التجنبية وسلوكيات الأمان غير الوظيفية، وتعزيز الشعور بالسيطرة والثقة بالنفس.
- تطبيق استراتيجيات إعادة الهيكلة المعرفية لتعديل الأفكار التلقائية السلبية وتحسين الاستجابة الانفعالية للمثيرات الضاغطة.
- تدريب المشاركين على تقنيات تنظيم التنفس والاسترخاء، بما في ذلك التنفس العميق الواعي، للحد من التوتر وتقليل آثار فرط التهوية.
- تنمية مهارات المواجهة الفعالة من خلال التعرض التدريجي المنظم للمثيرات الداخلية (مثل تسارع ضربات القلب والدوخة) والخارجية (مثل الأماكن المفتوحة والقيادة)، ضمن تسلسل هرمي يبدأ من المثيرات الأقل إثارة للقلق وصولًا إلى الأعلى، بما يعزز التعود وكسر دائرة الهلع.
- تعزيز اليقظة الذهنية (Mindfulness) لدعم التركيز على اللحظة الحاضرة وتقليل الاجترار والتوقعات السلبية.
- تنمية القدرة على تقبل مشاعر القلق والانزعاج دون اللجوء إلى التجنب، بما يساهم في ترسيخ الشعور بالأمان الداخلي.
- تثبيت المهارات المكتسبة وضمان استمراريتها بعد انتهاء البرنامج من خلال استراتيجيات المتابعة ومنع الانتكاس.



- إعداد خطط فردية للتعامل مع النوبات المستقبلية تتضمن أساليب التقييم الذاتي، والاستجابة المناسبة، والوقاية من الانتكاس.
- تقييم فاعلية البرنامج باستخدام أدوات قياس قبلية وبعديّة وتتبعية، إضافة إلى المقابلات السريرية لقياس مستوى التحسن المعرفي والسلوكي والانفعالي.
- تعزيز مهارات التفكير المنطقي واتخاذ القرار بما يدعم التكيف مع الضغوط الحياتية المرتبطة بمثيرات القلق.

3- تحديد المكونات الأساسية للبرنامج:

- عدد الجلسات: 13 جلسة بواقع 12 جلسة علاجية مع القياس القبلي والبعدي؛ ثم الجلسة 13 قياس تتبعي بعد شهر من تطبيق البرنامج العلاجي).
- مدة كل جلسة (60 دقيقة).
- شكل الجلسات (فردية).
- التوزيع الزمني: جلستان أسبوعياً على مدى 6 أسابيع مع تخصيص الأسبوع السابع لإجراء القياس التبعي.

4- اختيار التقنيات العلاجية: يعتمد البرنامج على مجموعة من التقنيات العلاجية المستندة إلى

العلاج المعرفي السلوكي، وتشمل:

- تقنية التثقيف العلاجي: تقديم المعلومات الأساسية حول اضطراب الهلع، طبيعته، وأثره النفسي والجسدي، لمساعدة الحالات على فهمه والتعامل معه بوعي.
- تقنية إعادة البناء المعرفي: تعديل الأفكار السلبية وغير المنطقية المرتبطة بالهلع، وتعزيز التفكير الواقعي والايجابي.
- تقنية التعرض التدريجي للمثيرات الداخلية: مساعدة الحالات على مواجهة الأعراض الجسدية المقلقة تدريجياً مما يقلل من حساسيتهم تجاهها.
- تقنية التعرض التدريجي للمثيرات الخارجية: مواجهة السلوكيات التجنبية المرتبطة بالهلع، وتعزيز الشعور بالقدرة على التعامل مع المواقف المسببة للقلق.
- تقنية التعرض التخيلي: تمكين الحالات من التعامل مع مخاوفهم عن طريق تخيل السيناريوهات المثيرة للقلق، مما يساعد في التكيف معها بواقعية.
- تقنية إعادة تدريب التنفس والتنفس البطني: تعليم استراتيجيات التنفس الصحيحة لتقليل حدة القلق، وتحقيق التوازن الجسدي والنفسي أثناء نوبات الهلع.



- تقنية الاسترخاء العضلي التدريجي: تحسين القدرة على تنظيم الاستجابة الانفعالية عبر تمارين الاسترخاء الموجهة، مما يساعد في تخفيف التوتر الجسدي.
- مهارات منع الانتكاسة: مهارات التواصل مع الآخرين، ومهارات التعامل مع الضغوط النفسية، وتقنية حل المشكلات.

5- إعداد الوسائل التعليمية والتقنية المستخدمة في البرنامج:

استُخدمت مجموعة متنوعة من الوسائل التعليمية والتقنية؛ بهدف تعزيز الفهم وتطبيق المعرفة عمليا، وتشمل:

- * الأجهزة التقنية: مثل: حاسوب محمول وشاشة العرض (بروجكتر).
- * مواد بصرية وسمعية: تتضمن (أفلام وثائقية، نشرات تثقيفية، رسومات توضيحية، مقاطع فيديو تعليمية).
- * أوراق عمل: تشمل: (سجلات الأفكار، جداول المراقبة الذاتية).

6- بناء الجدول العام الموحد لجلسات البرنامج

تم إعداد الجدول (1) كإطار موحد للجلسات العلاجية، يهدف إلى تنظيم جميع عناصر البرنامج بشكل متكامل، بحيث يتيح لكل جلسة تحديد رقمها، وعنوانها، والأهداف الرئيسية، والتقنيات العلاجية المستخدمة، والواجب المنزلي المطلوب، والمدة الزمنية المخصصة. يهدف هذا الجدول إلى ضمان اتساق سير البرنامج، وضمان تغطية جميع الأهداف العلاجية والتقنيات اللازمة بشكل منسق ومنظم، مع تسهيل متابعة تقدم المشارك وتقييم فعالية كل جلسة:

جدول (1)

الجدول العام الموحد لجلسات البرنامج

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	الأهداف الرئيسية	التقنيات العلاجية	الوسائل والواجب المنزلي	المدة
1	التثقيف النفسي والتعاقد العلاجي	التعارف، بناء الألفة، إزالة الغموض عن اضطراب الهلع	التثقيف النفسي، التزويد بالمعلومات، نموذج التعاقد	قراءة مطوية حول النموذج المعرفي المنزلي	60د
2	الكشف عن الأفكار التلقائية وتشتيت الانتباه	فهم العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك	إعادة البناء المعرفي، الحوار السقراطي، سجل الأفكار	ملء سجل الأفكار	60د
3	تصحيح التفسيرات	تعديل الأفكار	إعادة البناء المعرفي	قراءة مطوية عن	60د



	الكارثية للأعراض الجسدية	المشوهة عن الأحاسيس الجسدية	المناقشة، التثقيف النفسي	الأعراض وتأويلاتها، ملء سجل الأفكار
4	التحكم في التنفس وتقليل فرط التهوية	تقليل الشعور بالأحاسيس الجسدية	تمرين التنفس العميق، الإلهاء	تطبيق تمرين التحكم في 60د التنفس، ملء سجل الأفكار
5-7	التعرض للأحاسيس الداخلية	خلق التعود وتقليل الخوف من الأحاسيس الجسدية	التعرض التدريجي، التنفس البطيء	تمارين التعرض وتسجيل الاستجابات، ملء سجل الأفكار 60د
8	التقبل ومواجهة القلق	رفع قدرة الحالة على التقبل الذهني	إعادة البناء المعرفي، اليقظة الذهنية	مواجهة المواقف المتجنبة، ملء سجل الأفكار 60د
9-10	التعرض الموقفي الحقيقي	القضاء على سلوكيات الأمان	التعرض الواقعي، التحصين التدريجي	التعرض للمواقف الواقعية 60د
11	الوقاية من الانتكاسة	تعزيز الاستمرار في التحسن	معلومات وقائية، خطة عمل شخصية	إعداد خطة ذاتية للوقاية 60د
12	التقييم والختام	تقييم التحسن وتعزيز الدافعية	القياس البعدي، النقاش الختامي	رسائل تشجيعية وتغذية راجعة 60د
13	المتابعة التبعية بعد شهر	قياس الاستفادة متوسطة المدى	مقابلة تقييمية، مقياس شدة الهلع، خطة متابعة	خطة أهداف شخصية واستمرار الدعم 60د

ثانياً- التحقق من صلاحية البرنامج العلاجي (التحكيم):

• عرض البرنامج على محكمين متخصصين:

جرى تقييم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المُعد لخفض اضطراب الهلع باستخدام أداة تقييم مكونة من (7) أسئلة صيغت بدقة؛ لضمان شمولها لجميع الجوانب الأساسية للبرنامج من حيث الأهداف، والمحتوى، والأساليب، والإجراءات العلاجية، وقد خضع البرنامج لعملية تحكيم علمية من قبل لجنة مكونة من (6) محكمين متخصصين في مجالات الطب النفسي، وعلم النفس الإكلينيكي، والصحة النفسية. اعتمد المحكمون في تقييمهم مقياساً نوعياً يتضمن خمس درجات: (ممتاز، جيد جداً، جيد، مقبول، يحتاج إلى تعديل)؛ إذ مُنحت كل درجة وزناً نسبياً محددًا يتراوح بين (5 إلى 1) تبعاً لمستوى التقييم.



• جرى تعديل البرنامج بناء على التغذية الراجعة:

أوصى أحد المحكمين بإجراء تقييم لمستوى التحسن لدى الحالات بعد الجلسة السادسة أو السابعة، وذلك بهدف ملاحظة مدى التقدم المحقق خلال مسار الجلسات العلاجية. وقد أظهرت نتائج تحكيم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي من قبل ستة محكمين متخصصين عن حصوله على نسبة إجمالية بلغت (95.19%)، مما يعكس جودة عالية في التصميم وارتباطاً مباشراً بالأهداف العلاجية، وقد سجلت محاور المحتوى والتدرج المنطقي ووضوح الأهداف، وملاءمة الأنشطة نسبة موافقة (96%)، في حين حققت محاور التطبيق العملي والأسس النظرية وشمولية الجلسات وأدوات التقييم نسبة (93.33%)، وتشير هذه النتائج إلى أن البرنامج يتسم باتساق علمي ومنهجي مرتفع، بما يدعم فاعليته المتوقعة في خفض أعراض اضطراب الهلع وصلاحيته للتطبيق في بيئات علاجية مشابهة.

ثالثاً: تنفيذ البرنامج:

تم تنفيذ البرنامج وفق المراحل الآتية:

1- المرحلة الأولى: ما قبل التدخل (التقييم القبلي):

- اختيار العينة وفق معايير التشخيص (DSM-5) + مقياس شدة اضطراب الهلع.
- إجراء مقابلات أولية للتشخيص وبناء علاقة علاجية.
- توقيع العقد العلاجي.

2. المرحلة الثانية: التدخل العلاجي (الجلسات الأساسية)

- تنفيذ الجلسات (1-11) وفق الجدول العام الموضوع.
- تدريب المشاركين على تقنيات CBT.
- تكليفهم بواجبات منزلية وتقييمها دورياً.

3. المرحلة الثالثة: إعادة التقييم (الجلسة 12):

- إعادة تطبيق مقياس شدة اضطراب الهلع.
- مناقشة مدى التحسن الحاصل.
- تعزيز المهارات المكتسبة.
- وضع خطة مبدئية لمنع الانتكاسة.

4. المرحلة الرابعة: التقييم التبعي (الجلسة 13):

- عقد جلسة متابعة بعد شهر.
- إعادة تقييم الحالة (مقابلة + مقياس شدة اضطراب الهلع).



- مراجعة خطة منع الانتكاسة.

5. المرحلة الخامسة: ما بعد البرنامج:

- تحليل النتائج باستخدام الأساليب الإحصائية.
- تفسير النتائج وربطها بالإطار النظري والدراسات السابقة.
- صياغة التوصيات.

رابعاً: الإجراءات التفصيلية لتنفيذ جلسات البرنامج

الجلسة الأولى: الهدف (التعارف، بناء الألفة، إزالة الغموض عن اضطراب الهلع):

في الجلسة الأولى، بُنيت علاقة علاجية أولية مع الحالات عن طريق التعارف، وشرح المكاسب المتوقعة من الالتزام بالعلاج مقابل الخسائر المحتملة لعدم تلقيه، مما عزز دافعية الحالة للانخراط في عملية العلاج.

1. طُبّق مقياس شدة اضطراب الهلع لتحديد الأعراض الأساسية، وتقييم مدى تأثير الاضطراب في الحياة اليومية.
2. بعد ذلك، شُرح أهمية الالتزام بالواجبات المنزلية باعتبارها عنصراً أساسياً في العلاج المعرفي السلوكي، (CBT) لتحقيق نتائج فعالة.
3. عُرض فيلم وثائقي مبسط يشرح طبيعة اضطراب الهلع بشكل مفصل وسهل الفهم، مما يساعد الحالة على تطوير فهم أساسي للاضطراب.
4. شُرح النموذج المعرفي للعلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الهلع، مع التركيز على العلاقة بين الأفكار، والمشاعر، والسلوك، وكيف تؤثر هذه العناصر في تطور نوبات الهلع.
5. زُوّدت الحالات بنشرة توعوية تشرح وظائف أعضاء الجسم أثناء الراحة، وحالات التوتر الداخلي والخارجي، مما يساعد على تصحيح المفاهيم الخاطئة حول الأعراض الجسدية، في نهاية الجلسة أُجريت مراجعة مع الحالات لضمان استفادتهم من المحتوى المُقدم.
6. في نهاية الجلسة، أفادت الحالات بالشعور بالارتياح بعد فهمهم لاضطراب الهلع وأعراضه، وإمكانية حدوثه لدى أي شخص، كما أبدت الحالات رغبتها في مواصلة جلسات العلاج للتغلب على هذا الاضطراب.
7. وأخيراً، أُعطيت الحالات واجباً منزلياً، يتضمن مخططاً لتتبع نوبات الهلع؛ لمراقبة الأعراض والأنماط السلوكية، لاستخدامه في الجلسات المستقبلية.



الجلسة الثانية: الهدف (فهم العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك):

1. بدأت الجلسة الثانية بمراجعة الواجبات المنزلية الخاصة بالحالات، والمتمثلة في جدول تتبّع نوبات الهلع الذي يهدف إلى رصد المحفزات السابقة للنوبات والأعراض المصاحبة لها. وقد أظهرت الحالات التزامًا واضحًا في إنجاز المهام المطلوبة، مما يعكس مستوى جيدًا من التفاعل والانخراط في العملية العلاجية.
2. خلال الجلسة، شُرح نموذج العلاج السلوكي المعرفي لاضطراب الهلع بمزيد من التفصيل، مع التركيز على الترابط بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات التلقائية، وردود الفعل الجسدية؛ لتعزيز فهم الحالات لطبيعة الاضطراب.
3. تناولت الجلسة أيضًا مفهوم سلوكيات السلامة، موضحةً كيف يمكن لهذه السلوكيات أن تُسهم في إدامة وتغذية دورة الخوف المرتبطة بنوبات الهلع، وجرى توجيه الحالات حول طرق كسر هذه الدورة السلبية.
4. كما جرى تناول آليات التعامل مع المحفزات التي تؤدي إلى النوبات، سواء كانت بيئية أم معرفية أم سلوكية، مع تقديم أمثلة واقعية لمساعدة الحالات على التمييز بينها.
5. عُرض فيلم وثائقي تعليمي يشرح الجهاز العصبي وآلية نوبات الهلع من منظور فسيولوجي، مما ساعد على توضيح الأعراض الجسدية وتخفيف القلق المصاحب لها.
6. وُزعت مطوية تعليمية تحتوي على معلومات مبسطة حول العلاج المعرفي السلوكي وعلاقته باضطراب الهلع، بهدف دعم التعلم الذاتي للحالات.
7. أفادت الحالات بأنها استوعبت محتوى الجلسة، وتمكنت من فهم العلاقة التفاعلية بين الأفكار والمشاعر والسلوك والأعراض الجسدية المرتبطة بنوبات الهلع، كما أبدت تفاعلًا وتعاونًا إيجابيين خلال الجلسة، مما يدل على انخراطها الفعال في العملية العلاجية.
8. كُلفت الحالات بواجب منزلي، يتضمن إكمال سجل الأفكار (مراقبة ذاتية)؛ لمساعدتها على مراقبة وتحليل الأفكار التلقائية المرتبطة بالنوبات استعدادًا للتدخل المعرفي في الجلسات المستقبلية.

الجلسة الثالثة: الهدف (تعديل الأفكار المشوهة عن الأحاسيس الجسدية):

1. مراجعة الجلسة السابقة: جرى مراجعة الواجب المنزلي المتعلق بسجل الأفكار، الذي يهدف إلى مساعدة الحالات على تحديد وتوثيق الأفكار التلقائية المرتبطة بنوبات الهلع.
2. التثقيف النفسي: عُرض فيلم وثائقي يشرح وظائف الجسم، بهدف زيادة وعي الحالات بالعمليات الجسدية الطبيعية وتقليل القلق المصاحب لها.



3. تقنيات إزالة التحسس: عملت الحالات على تقليل حساسيتهم للإشارات الجسدية عن طريق مناقشة استجاباتهم وتدريبهم على إعادة تفسير الإشارات بطريقة أقل تهديدًا.
 4. ربط المكونات الثلاثة: جرى توضيح العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك، وكيفية تفاعلها أثناء نوبة الهلع، مما أسهم في فهم الحالات الشامل لطبيعة استجاباتهم.
 5. التفسير الفسيولوجي لنوبة الهلع: قُدّم شرح مبسط للآليات البيولوجية والفسيولوجية المصاحبة لنوبات الهلع، مما عزز الفهم الواقعي وقبّل من التفسيرات الكارثية.
 6. أظهرت الحالات فهمًا جيدًا لمحتوى الجلسة، وفهمًا كافيًا للنموذج المعرفي السلوكي، كما أظهرت تفاعلًا إيجابيًا وتعاونًا ملحوظًا عن طريق مشاركتهم الفعالة وطرح الأسئلة، مما يعكس مستوى عاليًا من التحفيز والانخراط في عملية العلاج.
 7. الواجب المنزلي: أعطيت الحالات مطويات تثقيفية عن اضطراب الهلع وأعراضه، مع التركيز على تحديد تفسيراتها الكارثية. وطلب منها أيضًا محاولة إعادة صياغة هذه التفسيرات بطريقة أكثر عقلانية وتوازنًا. سجل الأفكار (مراقبة ذاتية).
- الجلسة الرابعة: الهدف (تقليل الشعور بالأحاسيس الجسدية):

ركزت الجلسة الرابعة على تعميق فهم الحالات لاضطراب الهلع، عن طريق تطبيق مجموعة من التدخلات النفسية الهادفة إلى تعزيز الوعي الذاتي وتطوير المهارات السلوكية والمعرفية، خلال الجلسة. وقد أبدت الحالات تفاعلًا إيجابيًا ودافعًا كبيرًا للمشاركة في الأنشطة العلاجية. وتضمنت الجلسة الموضوعات الآتية:

1. مراجعة الجلسة السابقة والواجبات المنزلية: بدأت الجلسة بمراجعة الموضوعات السابقة ومناقشة الواجبات المنزلية المتعلقة بتحديد أعراض اضطراب الهلع. أظهرت المريضة فهمًا جيدًا للأعراض، وقدمت شرحًا واضحًا للاختلافات بين الجوانب الجسدية والنفسية، معربةً عن فخرها بتقدمها وفهمها الجديد.
2. عرض فيديو تعليمي حول فوائد فرط التنفس وتقنية التنفس العميق: شاهدت الحالات الفيديو باهتمام بالغ، وأبدت الحالات اهتمامًا كبيرًا بالمحتوى، وطرحت أسئلة خلال العرض عكست فضولها ورغبتها في تعلم هذه المهارة بشكل صحيح، كما أعربت عن حماسها لتجربة التنفس العميق كوسيلة لإدارة التوتر. - تطوير تسلسل هرمي للتعرض للأحاسيس الجسدية المؤلمة: شاركت المريضة بنشاط في تطوير تسلسل هرمي للتعرض للأحاسيس الجسدية، وأظهرت استعدادًا حقيقيًا لمعالجة مشاعر القلق، بل أسهمت بأفكار حول مواقف ترغب في ممارستها.



3. تقليل شدة الاستجابات للأحاسيس الجسدية وتصحيح التفسيرات السلبية: استجابات الحالات بفاعلية للتمارين المُقدمة، مُعربةً عن وعي متزايد بالإفراط في تفسير الإشارات الجسدية، وأبدت حماسًا كبيرًا لتجربة هذه المهارات خارج الجلسة.
4. التدريب على استراتيجيات التثتيت وكسر حلقة الهلع: أظهرت الحالات انخراطًا واضحًا في التمارين العملية، وأعربت عن إعجابها بتقنيات التثتيت الذهني والجسدي، مؤكدةً أنها أصبحت تمتلك الآن أدوات جديدة تلجأ إليها في لحظات الخوف.
5. تحديد الواجب المنزلي: كُلفت الحالات بتمرين التحكم في التنفس واجبًا منزليًا، أعربت عن حماسها لتطبيقه، وأكدت أنها ستسجل ملاحظاتها حول تجربتها لمناقشتها في الجلسة القادمة. سجل الأفكار (مراقبة ذاتية).

الجلسة الخامسة: الهدف (خلق التعود وتقليل الخوف من الأحاسيس الجسدية):

1. جرى مراجعة الواجب المنزلي المرتبط بتمارين التحكم بالتنفس، وقد لوحظ وجود تقدم واضح في قدرة الحالات على استخدام هذه المهارة لخفض مستوى القلق في المواقف اليومية.
2. قُدّم مفهوم التعرض التدريجي، مع تحديد الإحساسات الجسدية المستهدفة، مثل خفقان القلب والدوخة وضيق التنفس.
3. نُقِّد أول تمرين عملي للتعرض داخل الجلسة، تلاه نقاش حول الأفكار والمخاوف المصاحبة لهذه الإحساسات، وكُلفت الحالات بواجب منزلي يتضمن التعرض التدريجي وتسجيل الملاحظات. سجل الأفكار (مراقبة ذاتية).

الجلسة السادسة: الهدف (خلق التعود وتقليل الخوف من الاحاسيس الجسدية):

1. جرى مراجعة نتائج التعرض المنزلي ومناقشة التحديات التي ظهرت.
2. تم استكمال التعرض العملي داخل الجلسة بجرعات أعلى من الجلسة السابقة، مع التركيز على مراقبة الأفكار السلبية أثناء التمرين.
3. قُدّم تدريب عملي على تعديل هذه الأفكار وتحويلها إلى أفكار واقعية ومطمئنة.
4. تم تشجيع الحالات على تقبل الإحساسات الجسدية بدلاً من مقاومتها. الواجب المنزلي هنا كان مواصلة التعرض مع التركيز على تعديل الأفكار وتسجيل الملاحظات اليومية. سجل الأفكار (مراقبة ذاتية).

الجلسة السابعة: الهدف (خلق التعود وتقليل الخوف من الأحاسيس الجسدية):

1. جرى مراجعة التجربة المنزلية والتقدم الذي تحقق.
2. تقييم مستوى الانزعاج الحالي مقارنة بالجلسات السابقة.



3. القيام بزيادة شدة التعرض داخل الجلسة لتعزيز الثقة بالنفس وتحفيز التكيف.
 4. جرى التأكد من أن الحالات بدأت تطبق تعديل الأفكار بشكل أكثر تلقائية،
 5. تم وضع خطة لاستمرار التعرض المنزلي اليومي، مع دمج مهارات التحكم بالتنفس وتعديل الأفكار جزءاً من الروتين اليومي لضمان استمرارية التقدم.
- الجلسة الثامنة: الهدف (رفع قدرة الحالة على التقبل الذهني):**

1. فُتحت الجلسة بمراجعة النقاط الأساسية التي جرى تناولها في الجلسة السابقة، التي ركزت على التعامل مع الأعراض الجسدية المرتبطة بالقلق.
2. كما جرى التحقق من مدى استيعاب المفحوص للمحتوى العلاجي، ومناقشة تنفيذ الواجب المنزلي؛ إذ قامت الحالات باستحداث الأعراض الجسدية عن طريق ممارسة الجري وكنم النفس، وأبدت قدرة على تقبل تلك الأعراض والتعامل معها عن طريق تعديل الأفكار المرتبطة بها، مما أسهم في خفض حدة القلق المصاحب لها.
3. جرى التمهيد للجلسة الحالية عن طريق توضيح هدفها العلاجي، الذي يتركز على تعزيز قدرة الحالات على التعامل مع مشاعر القلق والانزعاج الناتجة عن الأعراض الجسدية، بالإضافة إلى تنمية مهارات اليقظة الذهنية والتركيز على اللحظة الآنية.
4. أثناء الجلسة، نُفذت تمارين لاستحضار الأعراض الجسدية بشكل تدريجي، وقد أظهرت الحالات تحسناً واضحاً في تقبلها لتلك الأعراض، مع انخفاض تدريجي في ردود الفعل القلقة والمقاومة.
5. دُرِّبَت الحالات على تقنية التنفس البطني كوسيلة للحد من التوتر الجسدي، إلى جانب تطبيق مهارات إعادة البناء المعرفي عن طريق استبدال الأفكار السلبية بتفسيرات أكثر عقلانية واتزاناً.
6. كما جرى توظيف عدد من تمارين الوعي؛ بهدف بقاء الحضور الذهني، والتعامل مع المثيرات الجسدية والذهنية دون اجترار فكري أو تهويل.
7. وفي ختام الجلسة، كُلفت الحالات بواجب علاجي يتمثل في الاستمرار في التعرض المتدرج للأعراض الجسدية الداخلية، بالإضافة إلى مواجهة المواقف التي سبق أن تجنّبتها، وذلك في إطار خطة التعرض السلوكي المرسومة بسجل الأفكار (مراقبة ذاتية)

الجلسة التاسعة: الهدف (القضاء على سلوكيات الأمان):

1. افتتحت الجلسة بمراجعة مجريات اللقاء السابق، مع التطرق لتجربة الحالات في أداء المهمة المنزلية التي كانت تهدف إلى البدء بتجربة الأعراض الجسدية بشكل تدريجي.
2. تمحور النقاش حول مفهوم التعرض المتدرج، وشرح بطريقة مبسطة، مع تقديم أمثلة عملية تساعدها على مواجهة تلك الأعراض بخطوات مدروسة وواضحة.

3. شُدّد خلال الحوار على ضرورة التعامل مع الإشارات الجسدية بوعي وهدوء، والتوقف عن تفسيرها بوصفها أمورًا مقلقة، بل رؤيتها كجزء طبيعي من التوتر أو القلق.

4. وفي نهاية الجلسة، جرى تقييم مدى استيعاب الحالات للموضوع والمهارات المقدّمة، وجرى تشجيعها على متابعة التطبيق في المنزل مع التركيز على احتواء المشاعر بدلاً من محاربتها.

الجلسة العاشرة: الهدف (القضاء على سلوكيات الأمان):

1. بدأت الجلسة بمناقشة مدى التزام الحالات بتطبيق التمرين المنزلي الأخير، والتعرف إلى التحديات التي واجهتهم أثناء تنفيذ خطوات التعرض، وقد تم تخصيص وقت الجلسة لتفصيل خطوات "التعرض المنهجي"، وشرح آليات المواجهة التدريجية للأعراض الجسدية، بطريقة تُمكنها من التعامل مع المواقف بمرونة أكبر.

2. جرت الإشارة إلى أهمية الحضور الذهني والهدوء أثناء التعرض، بدلاً من الوقوع في دائرة القلق والتضخيم، والنظر للأعراض بعديها مجرد مظاهر عابرة لا تُشكل خطراً.

3. اختتم اللقاء بالتأكد من فهمها الكامل للتقنيات المطروحة، وتكليفها بمواصلة التمارين المنزلية، مع التدريب على التقبل التام للمشاعر والانفعالات دون مقاومة.

الجلسة الحادية عشرة: الهدف (تعزيز الإستمرار في التحسن):

1. جرى خلال الجلسة مراجعة ما جرى التطرق إليه في الجلسة السابقة، إلى جانب مناقشة الواجب المنزلي، الذي تضمن تدريب الحالات على التعرض التدريجي للمواقف المثيرة للقلق، مع الحد من سلوكيات التجنب والطمأنة، وذلك قبل تصاعد مشاعر القلق أو الانزعاج.

2. كما جرى خلال الجلسة الحالية استعراض مهارات الوقاية من الانتكاسة، مع التأكيد على أهمية الاستمرار في تطبيق الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية المكتسبة سابقاً، إلى جانب وضع خطة طويلة المدى لتعزيز الاستقرار النفسي.

3. أظهرت الحالات درجة عالية من التفاعل مع محاور الجلسة؛ إذ صممت مجموعة من الخطط العملية لمواجهة نوبات الهلع المحتملة.

4. وفي ختام الجلسة، تم تحديد واجب منزلي يتمثل في إعداد خطط شخصية مفصّلة للتعامل مع أي نوبات محتملة مستقبلاً، وذلك بهدف تعزيز الشعور بالسيطرة، ورفع مستوى الجاهزية النفسية، ودعم استدامة المهارات المكتسبة.



الجلسة الثانية عشرة: الهدف (تقييم التحسن وتعزيز الدافعية):

- استُعرض في بداية الجلسة ما جرى العمل عليه سابقًا، إلى جانب مراجعة الواجب المنزلي؛ إذ قامت الحالات بتصميم خطط مستقبلية للتعامل مع نوبات الهلع، مما يعكس مدى تقدمها في استيعاب وتطبيق المهارات العلاجية.
1. خلال الجلسة الحالية، قُدِّم شرح تفصيلي لمهارات التعامل مع المشكلات، بما في ذلك اتخاذ القرارات والتفكير المنطقي؛ بهدف تعزيز قدرة الحالة على مواجهة الضغوط والتحديات اليومية بشكل فعال.
 2. في ختام الجلسة، نُفِّذ تقييم بعدي باستخدام مقياس خاص بقياس شدة اضطراب الهلع، وذلك من أجل رصد مدى التحسن والتقدم المحقق خلال البرنامج العلاجي.
 3. جرى الاتفاق مع الحالات على تحديد موعد للجلسة النهائية بعد شهر؛ بهدف استكمال التقييم النهائي ومتابعة الاستقرار في التطبيق العملي للمهارات.

الجلسة الثالثة عشرة: الهدف (قياس الاستفادة):

1. أُجريت مقابلات تقييمية لمتابعة تطورات وتحسن الحالات بعد انتهاء البرنامج العلاجي.
2. طُبِّقت أدوات القياس (التبعية) مقياس شدة اضطراب الهلع، لقياس مدى التحسن والاستفادة من العلاج.
3. تقديم جدول ملخص للعلاج يتضمن مراحل مختلفة واستراتيجيات التعامل المستمرة.

خامسًا: وسائل التقييم والمتابعة:

- التقييم القبلي والبعدي: باستخدام مقاييس معيارية مثل: (مقياس شدة اضطراب الهلع).
- التقييم التبعي: إعادة تطبيق المقياس بعد شهر.
- تقييم الواجبات المنزلية: لقياس مدى الالتزام.
- التغذية الراجعة داخل الجلسات: لمتابعة التقدم من خلال تطبيق سجل الأفكار (المراقبة الذاتية) ملحق (3).

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

اعتمدت الدراسة على مجموعة من الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة البيانات وحجم العينة، وقد تمثلت فيما يأتي:

1. الإحصاءات الوصفية (Descriptive Statistics):

استُخدمت هذه الإحصاءات لتحليل خصائص العينة ووصف البيانات الأولية، مثل حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية؛ بهدف تقديم صورة عامة عن توزيع المتغيرات قيد الدراسة.



2. اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Signed-Rank Test):

استُخدم هذا الاختبار لتحليل الفروق بين القياسين (القبلي والبعدي، ثم البعدي والتبقي) في كل فرضية من فرضيات الدراسة، ويُعد اختبار ويلكوكسون من الاختبارات الإحصائية غير المعلمية المناسبة لمقارنة مجموعتين مرتبطتين، لاسيما عندما لا تتحقق افتراضات التوزيع الطبيعي، مما يجعله مناسباً لطبيعة بيانات الدراسة الحالية.

3-معادلة حجم الأثر: للتعرف على الدلالة العملية للدلالة الإحصائية.

عرض النتائج ومناقشتها:

نتائج الفرضية الأولى:

"توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ فأقل بين متوسط درجات أفراد العينة في القياسين القبلي والبعدي لاضطراب الهلع لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية البرنامج العلاجي".
لاختبار هذه الفرضية طُبّق اختبار ولوكوكسون اللامعلمي للرتب لاستخراج الفروق بين نتائج القياس القبلي والبعدي لتطبيق البرنامج العلاجي على أفراد عينة الدراسة الأساسية (ن=5)، والجدولان (2-3) يوضحان ذلك.

جدول (2):

نتائج الإحصائيات الوصفية *Descriptive Statistics* للقياس القبلي والبعدي

المتغير	N	المتوسط	الانحراف المعياري	الحد الأدنى	الحد الأقصى
القياس القبلي	5	18.0	3.80	14.00	24.00
القياس البعدي	5	3.20	0.83	2.00	4.00

جدول (3):

نتائج اختبار (Wilcoxon) دلالة الفروق بين متوسطات رتب المشاركين قبل وبعد تطبيق البرنامج

على مقياس شدة اضطراب الهلع (ن+5)

نتائج المقياس القبلي - البعدي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z	الدلالة	معامل التأثير لكوهين
الرتب السالبة	0	.00	.00	2.023	0.043	$d \approx 3.56$
الرتب الموجبة	5	3.00	15.00			
الرتب المتعادلة	0					
الإجمالي	5					



مناقشة الفرضية الأولى:

أوضحت النتائج الإحصائية في جدول (2) أن متوسط درجات شدة اضطراب الهلع قد انخفض من (18.0) في القياس القبلي إلى (3.20) في القياس البعدي، مصحوبًا بانخفاض في الانحراف المعياري من (3.80) إلى (0.83)، وهو ما يدل على تحسن ملحوظ في مستوى شدة اضطراب الهلع لدى المشاركين عقب تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي. كما بينت نتائج اختبار ولكوكسون للرتب المرتبطة في جدول (3) أن جميع الرتب كانت موجبة، دون ظهور أي رتب سالبة أو متعادلة، مما يعكس انخفاض درجات اضطراب الهلع لدى جميع أفراد العينة، دون أي حالة تراجع، واستقرار الأثر العلاجي بعد التطبيق المباشر. وقد بلغت قيمة الدلالة الإحصائية ($p = 0.043$) وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد ($\alpha \leq 0.05$)، مما يؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، علاوة على ذلك، أظهر حساب حجم الأثر وفق معامل كوهين ($Cohen's d \approx 3.56$) أن حجم الفرق يُعد كبيرًا جدًا وفقًا لمعيار كوهين (1988، ص 25)، وهو ما يعكس قوة وفعالية البرنامج العلاجي في إحداث تحسن ملموس ومستدام في شدة اضطراب الهلع لدى المشاركين.

وبناءً على ما سبق، تُقبل الفرضية الأولى التي تنص على وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، بما يدل على فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض شدة اضطراب الهلع لدى العينة السريرية.

تتسق نتائج الدراسة الحالية مع الاتجاه العام في الأدبيات النفسية التي أكدت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي (CBT) في خفض أعراض اضطراب الهلع؛ فقد أثبتت عدة دراسات، مثل (Deacon 2007)، و (Desnoyers & Hurley 2007)، و (Nakano et al. 2008)، و (Manjula et al. 2009)، و (Efthimiou et al. 2018)، أن العلاج المعرفي السلوكي يُعد من أكثر التدخلات العلاجية فعالية في التعامل مع اضطراب الهلع، نظرًا لاعتماده على تعديل الأفكار الكارثية، وخفض الحساسية للأعراض الجسدية، وتعزيز مهارات المواجهة.

كما تتوافق نتائج الدراسة مع ما توصلت إليه دراسة (Clerkin & Janik 2008) التي أشارت إلى حدوث "مكاسب مفاجئة" في منتصف البرنامج العلاجي، غالبًا ما تكون أكثر ثباتًا وارتباطًا بتغيرات معرفية عميقة. وقد لوحظ في الدراسة الحالية نمط مشابه؛ إذ بدأ التحسن الملحوظ مع الجلسة السادسة، بما يعكس حدوث تحول معرفي تدريجي أدى إلى انخفاض الأعراض.

وتنسجم هذه النتائج أيضًا مع عدد من الدراسات العربية، مثل دراسة (محمد، 2017)، ودراسة (الصبوة وآخرين، 2017)، ودراسة (ميمونة، 2018)، التي أكدت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض



أعراض اضطراب الهلع في البيئات العربية، مما يعزز قابلية تطبيق هذا النموذج العلاجي عبر سياقات ثقافية مختلفة.

كما تدعم الدراسة الحالية ما أشارت إليه دراستا Badulescu (2023) و Mark et al. (2023) حول أهمية توظيف حزمة متكاملة من التقنيات المعرفية السلوكية، تشمل: التثقيف النفسي، وإعادة الهيكلة المعرفية، والاسترخاء العضلي، والتعرض التدريجي، إلى جانب تنمية الوعي الذاتي لدى الحالات تجاه الأعراض الجسدية والانفعالية. كذلك تؤكد النتائج أهمية العلاقة العلاجية المباشرة كعامل داعم لنجاح التدخل، وهو ما يتفق مع ما أوردته دراستا Papola et al. (2022) و Efthimiou et al. (2008) ورغم هذا الاتساق العام، تختلف الدراسة الحالية عن بعض الدراسات السابقة في توقيت ظهور التحسن؛ إذ لم يُلاحظ تحسن مبكر كما في دراسة Jae-AMA et al. (2018) التي سجلت نتائج إيجابية بعد أربع جلسات فقط، أو دراسة Clerkin et al. (2008) التي رصدت تحسناً بعد الجلسة الثانية أو الرابعة. في المقابل، بدأ التحسن في الدراسة الحالية بعد الجلسة السادسة، مما يشير إلى أن بعض الحالات قد تحتاج إلى مدة أطول لاستيعاب التقنيات العلاجية والتفاعل معها، خاصة في ظل وجود أعراض جسدية شديدة. وتنفرد الدراسة الحالية أيضاً؛ بإبراز دور الواجبات المنزلية بوصفها عنصراً محورياً في نجاح العلاج؛ إذ أسهمت في تعزيز الاستبصار الشخصي، وتنمية الشعور بالمسؤولية تجاه الذات، ودعم استمرارية التغيير الإيجابي بعد انتهاء الجلسات. وهذا البعد لم يُسلط عليه الضوء بالقدر نفسه في بعض الدراسات الكمية، مثل Papola et al. (2022) و Efthimiou et al. (2018)، مما يضيف بعداً تفسيرياً مهماً لطبيعة التحسن وآلياته في الدراسة الراهنة.

من حيث التفسير النظري، يمكن تأطير نتائج الدراسة في ضوء النموذج المعرفي الذي طوّره Aaron Beck، الذي يفترض أن الاضطرابات الانفعالية تنشأ نتيجة أنماط تفكير تلقائية مشوّهة تستند إلى معتقدات جوهرية سلبية حول الذات والعالم ومستوى التهديد. ووفق هذا المنظور، فإن اضطراب الهلع لا يرتبط فقط بشدة الأعراض الجسدية، بل بطريقة تفسير الفرد لهذه الأعراض. وعليه، فقد ركز البرنامج العلاجي على إعادة البناء المعرفي، وتفنيد الأفكار الكارثية المرتبطة بالإشارات الجسدية (كتسارع ضربات القلب أو الدوخة أو ضيق التنفس)، ما أتاح للمشاركين إعادة تقييم خبراتهم الداخلية بصورة أكثر عقلانية واتزاناً، وأسهم في خفض الاستجابة القلقية المصاحبة لها.

كما يمكن تفسير التحسن في ضوء نموذج اضطراب الهلع الذي قدّمه David Clark، الذي يؤكد أن نوبة الهلع تنشأ من سوء تفسير الأحاسيس الجسدية الطبيعية بوصفها مؤشرات على خطر وشيك، مثل الموت أو فقدان السيطرة. وانطلاقاً من هذا التصور، عملت الجلسات العلاجية على تدريب المشاركين على المراقبة الذاتية الدقيقة لأفكارهم واستجاباتهم الجسدية، واختبار صحتها من خلال التعرض التدريجي



المنظم، الأمر الذي ساعدهم على اكتشاف عدم واقعية مخاوفهم، وبالتالي كسر حلقة التفسير الكارثي المتصاعد.

ومن منظور نموذج (2002) David H. Barlow، فإن خفض اضطراب الهلع يتحقق عبر تعطيل "دائرة القلق التوقعي"، إذ يؤدي التعرض التدريجي إلى خفض الحساسية الفسيولوجية للمثيرات المهدّدة، وإعادة تنظيم استجابة الجهاز العصبي الذاتي. ويبدو أن هذا ما انعكس في الفروق الجوهرية بين القياسين القبلي والبعدي، بما يشير إلى حدوث تعديل متكامل في البنية المعرفية والانفعالية والسلوكية المرتبطة بالاضطراب.

وتعزز النتائج الطرح النظري القائل: إن العلاج المعرفي السلوكي يُحدث تغييرًا متزامنًا على ثلاثة مستويات مترابطة:

فعلى المستوى المعرفي، اكتسب المشاركون قدرة أعلى على رصد الأفكار التلقائية المشوهة واستبدالها بتفسيرات أكثر واقعية.

وعلى المستوى الانفعالي، تعلموا مهارات تنظيم القلق من خلال تقنيات الاسترخاء والتنفس، مما خفّض شدة الاستثارة الفسيولوجية.

أما على المستوى السلوكي، فقد تدربوا على مواجهة المواقف المثيرة للهلع دون تجنب، الأمر الذي أعاد بناء الشعور بالكفاءة الذاتية وخفّض الاعتماد على سلوكيات الأمان.

ومن الناحية التطبيقية، فإن الانخفاض الحاد في متوسط الدرجات من (18.0) قبل تطبيق البرنامج إلى (3.20) بعده لا يمثل دلالة إحصائية فحسب، بل يعكس دلالة سريرية وعملية واضحة؛ إذ يشير إلى تحول نوعي في خبرة المشاركين اليومية، تمثل في انخفاض تكرار النوبات وحدّة الأعراض الجسدية والانفعالية المصاحبة لها. ويُفهم هذا التحسن في إطار إعادة هيكلة المعاني المرتبطة بالأعراض، بحيث لم تعد تُفسّر بوصفها تهديدًا وجوديًا، بل خبرات جسدية قابلة للفهم والسيطرة.

كما تعكس النتائج فاعلية البرنامج في تعزيز الاستراتيجيات التكيفية طويلة المدى، مثل التعرض التدريجي للمنظم، وضبط التنفس، وإدارة الانتباه، وهي مكونات أساسية في ترسيخ التعافي ومنع الانتكاس. ولم يقتصر أثر البرنامج على خفض الأعراض فحسب، بل امتد إلى تحسين الأداء الوظيفي والاجتماعي، بما يشير إلى تحقق تعافٍ سريري فعلي وفق معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5).

ومن الجدير بالذكر أن السياق الاجتماعي والثقافي لعب دورًا داعمًا في تعزيز فاعلية التدخل؛ إذ أبدى المشاركون تقبلًا واضحًا للتقنيات السلوكية، خاصة تلك التي تتناغم مع القيم الاجتماعية اليمنية

القائمة على الصبر، والاعتماد على الله، والتماسك في مواجهة الشدائد، مما أسهم في رفع الدافعية وتعميق الالتزام بالعلاج.

وبناءً على ما تقدم، يمكن الجزم بأن نتائج الفرضية الأولى تؤكد فاعلية التدخل المعرفي السلوكي في خفض اضطراب الهلع من خلال تعديل البنى المعرفية غير التكيفية، وتعزيز استراتيجيات المواجهة الفعالة، وتنمية مهارات التنظيم الانفعالي، بما يتسق مع الأسس النظرية للنماذج المعرفية ومع الأدلة التجريبية الداعمة لها.

نتائج الفرضية الثانية:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ بين متوسط درجات أفراد العينة في القياسين البعدي والتبقي، لصالح القياس التبقي، مما يدل على استمرارية أثر البرنامج العلاجي بعد انتهاء تطبيقه". لاختبار هذه الفرضية؛ طُبِق اختبار ولكوكسون اللامعلمي للرتب لاستخراج الفروق بين نتائج القياس البعدي والتبقي لتطبيق البرنامج العلاجي على أفراد عينة الدراسة الأساسية (ن=5)، والجدولان (5،4) يوضحان ذلك.

جدول (4):

نتائج الاحصاءات الوصفية Descriptive Statistics للقياس البعدي والتبقي

المتغير	N	المتوسط	الانحراف المعياري	الحد الأدنى	الحد الأقصى
القياس البعدي	5	3.20	083.	2.00	4.00
القياس التبقي	5	1.40	054.	1.00	2.00

جدول (5):

نتائج اختبار (Wilcoxon) دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المشاركين بعد تطبيق البرنامج

وتبقي بعد شهر من البرنامج على مقياس شدة اضطراب الهلع (ن+5)

نتائج المقياس البعدي - التبقي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z	الدلالة	معامل التأثير لكوهين
الرتب السالبة	0	.00	.00	-2.041	0.041	$d \approx 2.16$
الرتب الموجبة	5	3.00	15.00			
الرتب المتعادلة	0	.00				
الإجمالي	5					



مناقشة الفرضية الثانية:

أوضحت النتائج الإحصائية في جدول (4) أن متوسط درجات شدة اضطراب الهلع قد انخفض من (3.20) في القياس البعدي إلى (1.40) في القياس التبعي، مصحوبًا بانخفاض في الانحراف المعياري من (0.83) إلى (0.54)، وهو ما يدل على استمرار التحسن الذي حققه المشاركون خلال فترة تطبيق البرنامج العلاجي حتى بعد انتهائه، كما يشير إلى تعميم الأثر العلاجي الإيجابي على مواقف الحياة اليومية. كما بينت نتائج اختبار ولكوكسون للترتيب المرتبطة في جدول (5) أن جميع الرتب كانت موجبة، دون ظهور أي رتب سالبة أو متعادلة، مما يعكس غياب أي تراجع في مستوى التحسن بعد القياس البعدي، واستمرار الأثر العلاجي لدى جميع أفراد العينة. وقد بلغت قيمة الدلالة الإحصائية ($p = 0.041$)، وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد ($\alpha \leq 0.05$)، مما يؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية ضئيلة بين القياسين البعدي والتبعي لصالح القياس التبعي.

وعلاوة على ذلك، أظهر حساب حجم الأثر وفق معامل كوهين ($Cohen's d \approx 2.16$) أن حجم الفرق يُعد كبيرًا جدًا وفقًا لمعايير كوهين (1988، ص 25)، وهو ما يعكس قوة البرنامج العلاجي وفعالته في إحداث تحسن ملموس ومستدام في شدة اضطراب الهلع لدى المشاركين.

تتسق هذه النتائج مع ما توصلت إليه عدد من الدراسات السابقة التي أثبتت استمرارية أثر العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب الهلع، كدراسة (Anjelache, 2016) التي أظهرت تحسنًا في جودة الحياة العامة للمشاركين، وهو ما انعكس في هذه الدراسة عن طريق إفادات الحالات السريرية التي شهدت زيادة في الراحة النفسية، واستعادة الأنشطة اليومية، وتعزيز الثقة بالنفس، وهي مؤشرات مهمة على النجاح العلاجي، وفي سياق مماثل، تدعم دراسة (Zarei, et al., 2024) هذه النتائج، مشيرة إلى أن الفاعلية المستمرة للعلاج المعرفي السلوكي في اضطرابات الهلع مرتبطة بقدرة المريض على تطبيق المهارات العلاجية ذاتيًا بعد انتهاء البرنامج، وهو ما تحقق في الدراسة الحالية عن طريق اعتماد المشاركين على ما تعلموه في مواجهة اضطراب الهلع والوقاية من الانتكاسة.

أما من حيث التفسير النظري، فإن استمرارية الأثر يمكن فهمها في إطار النموذجين المعرفيين لبيك وكلاارك، اللذين يؤكدان أن العلاج المعرفي السلوكي لا يقتصر على خفض الأعراض السطحية، بل يستهدف الجذور المعرفية والسلوكية للاضطراب، فالمشاركون في البرنامج تعلموا كيفية تعديل البنية المعرفية للمعتقدات السلبية حول الخطر وفقدان السيطرة، واستبدالها بتصورات أكثر واقعية وثقة بالنفس، وهو ما أدى إلى انخفاض الحساسية للمثيرات الداخلية والخارجية المرتبطة بالهلع.

كما أسهمت الجلسات السلوكية التي ركزت على التعرض التدريجي للمواقف المثيرة للقلق؛ في تعزيز القدرة على المواجهة وتقليل التجنب، مما أدى إلى تكوين أنماط سلوكية جديدة أكثر توافقًا. ويدعم نموذج

بارلو (Barlow, 2002)، هذا التفسير؛ إذ يرى أن التعرّض السلوكي المنتظم يؤدي إلى "كسر دائرة القلق المتوقع" وإعادة ضبط الارتباط الشرطي بين المثيرات والقلق، مما ينتج عنه تحسن مستمر وثابت بمرور الوقت.

وُفسّر استمرار التحسن أيضًا من منظور التعلم المعرفي والسلوكي؛ إذ تشير الأدبيات إلى أن التدريب المتكرر على مهارات الاسترخاء والتنفس المنتظم، وإعادة التقييم المعرفي يُسهم في "ترسيخ التعلم العلاجي (Therapeutic Learning Consolidation)"، أي: أن الأفراد يصبحون قادرين على تطبيق مهاراتهم تلقائيًا في مواقف جديدة دون الحاجة إلى إشراف المعالج، وهو ما يفسر بقاء أثر العلاج بعد انتهاء الجلسات. ومن جهة أخرى، يمكن تفسير استمرار التحسن في هذه الدراسة من منظور الخصوصية الثقافية والاجتماعية للمجتمع اليمني؛ إذ تسود قيم التعاون والدعم الأسري، مما وفر للمشاركين بيئة داعمة لتطبيق المهارات العلاجية المكتسبة في حياتهم اليومية، كما أن الانسجام بين مبادئ العلاج المعرفي السلوكي والقيم الدينية، مثل الصبر، والتوكل، وضبط النفس عزز فاعلية المكونات المعرفية والسلوكية للبرنامج وأسهم في استدامة التحسن النفسي بعد انتهاء الجلسات.

كما يمكن الإشارة إلى أن الانخفاض الإضافي في المتوسطات من (3.20) في القياس البعدي إلى (1.40) في القياس التبعي يعكس تطورًا تدريجيًا مستمرًا في الاتجاه الإيجابي، أي: أن المشاركين لم يحتفظوا فقط بالتحسن الذي تحقق أثناء البرنامج، بل واصلوا التقدم بفضل توظيف المهارات المعرفية والسلوكية التي اكتسبوها، ويُعد هذا المؤشر من أهم علامات نجاح التدخلات العلاجية المعرفية السلوكية التي تستهدف "التمكين الذاتي للمريض".

بناءً على ما سبق، يمكن القول: إن النتائج الحالية تؤكد أن البرنامج المعرفي السلوكي لم يحدث تحسنًا مؤقتًا، بل أدى إلى تغيير معرفي وسلوكي عميق ومستدام، فقد اكتسب المشاركون مهارات مواجهة ذاتية أسهمت في ضبط استجاباتهم الانفعالية والتغلب على الأفكار الكارثية المرتبطة بالهلع، مما يعزز فاعلية هذا النوع من التدخلات في البيئات العربية عمومًا، واليمنية خصوصًا. إن هذه النتائج لا تدعم فقط الفرضية الثانية، بل تضيف دليلًا تجريبيًا جديدًا على أن العلاج المعرفي السلوكي يمثل خيارًا علاجيًا مستدامًا وأكثر فاعلية مقارنة بالأساليب التقليدية قصيرة الأمد، سواء كانت دوائية أم داعمة فقط، وذلك بفضل تركيزه على التغيير المعرفي والسلوكي العميق الذي يستمر أثره حتى بعد انتهاء البرنامج العلاجي.

التوصيات العملية

1. تعميم تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي (CBT) في مراكز الإرشاد النفسي والصحة النفسية بالجامعات والمستشفيات، باعتباره علاجًا فعالًا قائمًا على الأدلة العلمية لاضطراب الهلع واضطرابات القلق.



2. تضمين العلاج المعرفي السلوكي ضمن البرامج التدريبية الأساسية للمختصين والمعالجين النفسيين، مع التركيز على التدريب العملي والإشراف الإكلينيكي لضمان جودة التطبيق.
3. تكييف البرامج العلاجية مع الخصوصية الثقافية والدينية للمجتمع اليمني والعربي، مع مراعاة القيم الداعمة مثل الصبر، التوكل، وضبط الانفعال، لتعزيز فعالية العلاج واستدامة نتائجه.

البحوث المستقبلية المقترحة

1. إجراء دراسات مقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي وأساليب علاجية أخرى مثل: (العلاج الجدلي السلوكي، العلاج النفسي الديناميكي، العلاج الدوائي، والعلاج بالتقبل والالتزام) لتحديد نسب الفاعلية النسبية لكل منها.
2. تنفيذ دراسات تجريبية على عينات أكبر وأكثر تنوعاً (من حيث الجنس، العمر، والمستوى الثقافي) لزيادة إمكانية تعميم النتائج والتحقق من ثبات فاعلية البرنامج.
3. إجراء متابعات طويلة ممتدة (3-6 أشهر بعد انتهاء البرنامج) لقياس استمرارية التحسن والعوامل المؤثرة فيه على المدى الطويل.

قائمة المراجع:

أولاً: المراجع العربية:

- إبراهيم، عبد الستار. (2015). *الأسس النفسية للإرشاد والعلاج النفسي*. (ط. 10). القاهرة: عالم الكتب.
- أبو حطب، فؤاد، وصادق، أمال (2005). *مناهج البحث في التربية وعلم النفس*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- أحمد، رافات. (2022). فاعلية العلاج المعرفي المستند إلى الوعي الكامل في علاج اضطراب الهلع دراسة إكلينيكية في الشعبة النفسية في مستشفى المواساة بدمشق، *مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية والنفسية*، 38 (1)، 41-41. journal.eduj/article/view
- إسماعيل، عطية. (ب.ت). *العلاج المعرفي السلوكي*. جامعة المنوفية - فرع تبوك Noorbook.com.
- الآسي، صالح. (2014). *فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق لدى عينة من المرضى المترددين على العيادة النفسية*. غزة.
- آسيا، مهمل. (2014). *فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التقليل من نوبات الهلع سلوك التجنب والاعراض المرضية لدى ذو الإصابة باضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان (أطروحة دكتوراه منشورة، مؤسسة (جامعة الجزائر). الرابط: <http://193.194.83.152:8080/ymlui/handle>*
- بارلو وآخرين. (2002). *مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاج تفصيلي (صفوت فرج وآخرون، مترجم)*. دار نشر جيلفورد <https://www.noor-book.com>.
- بيك، آرون. (2000). *العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية*. (عادل مصطفى، مترجم). بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر <https://www.hindawi.org>.
- حرم، عبد الوهاب، جباري، بلقيس محمد، والميري، سيف الدين (2018). *دراسة تقدير انتشار الاضطرابات*



- النفسية بين السكان المتضررين من الحرب في اليمن. مؤسسة الإرشاد الأسري للاستشارات النفسية
<http://www.fcfd-ye.org/DocumentViewer.aspx?id=11>
- الحسيني، وردة. (2014). اضطراب الهلع وثورة العلاج المعرفي السلوكي. دار الشروق للنشر. <https://tariq-library.com>
- زهران، حامد عبد السلام. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي. عالم الكتب للنشر والطباعة والتوزيع
<https://www.noor-book.com>
- سرور، عفاف محمد عمر. (2013). فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي مصمم لخفض مستوى الرهاب
الاجتماعي. [رسالة غير منشورة] <https://psyc.sudanforums.net>
- سلوم، توفيق عبد الله، وآخرون. (2022). دليل مناهج البحث في علم النفس. الجامعة اللبنانية.
<https://www.ul.edu.lb/files/announcement>
- صابر، فاطمة، وخفاجة، ميرفت. (2002). أسس ومبادئ البحث العلمي (ط. 1). مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية .
<https://www.noor-book.com>
- الصبوة، أحمد، أحمد، فتحي، وسعيد. محمد. (2017). كفاءة برنامج معرفي-سلوكي وتأثيره في تحسين أعراض
حالات نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، 5(4)،
<https://doi.org/10.21608/pshj.2017.100040>
- عبيدات، ذوقان، عدس، عبد الرحمن، وعبد الحق، كايد. (2001). الدراسة العلمي: مفهومه، أدواته وأساليبه.
عمان: دار الفكر.
- عكاشة، أحمد. (2003). الطب النفسي المعاصر. مكتبة الانجلو المصرية القاهرة، مصر <https://foulabook.com/ar/book>
- غوليت وآخرون. (2013). دليل الممارسة لاضطراب الهلع مصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة. (وحيدة، مترجمة.
<https://tccmontreal.com/wp-content/uploads/2021>
- القشاعة، بديع. (2021). مختصر أساليب العلاج النفسي. دار النشر مركز السيكلوجي للنشر الإلكتروني
النقب. فلسطين <https://www.noor-book.com>
- مجلة لا نسيت للطب النفسي. (2023). استطلاع الصحة العقلية العالمية لعام 2023. مجلة لا نسيت للطب
النفسي، 10، (10)، 777-778. استرجع من- [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(23\)00205](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(23)00205)
- محمد، بلغالم. (2017). بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي لخفض نوبات الهلع عند المصابين بفوبيا الأماكن
المفتوحة [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. المستودع المؤسسي لجامعة ابي بكر بالقايد-تلمسان) الرابط <http://dspace.univ.tlemcen.dz/hand>
- محمد، عادل. (1999). العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات. دار الرشد. القاهرة <https://www.noor-book.com>
- محمود، نهاد. (2016). علم النفس الإكلينيكي بين النظرية والتطبيق. دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
مركز الملك سلمان لأبحاث الإعاقة. (2018). نتائج المسح الوطني السعودي: نسبة انتشار اضطراب الهلع. [مقال].
تم الاسترجاع من <https://www.kscdr.org.sa/ar/research/3046> - https://x.com/Prof_Subai/
- المعهد الوطني للصحة النفسية (2017). معدل انتشار اضطراب الهلع بين البالغين. وزارة الصحة والخدمات
الإنسانية الأمريكية [مقال]. تم الاسترجاع من



- <https://www.nlm.nih.gov/health/statistics/panic-disorder> & <https://ar.wikipedia.org>
مكاي وآخرون. (2023). العلاج المعرفي السلوكي ببساطة ست مهارات لتحسين حالته المزاجية في دقائق، مكتبة جريب .
www.newharbinger.com
- مكمانوس، فريدا. (2017). مقدمة قصيرة جدا العلاج المعرفي السلوكي. (سارة طه علام، مترجم). دار النشر -
مؤسسة هندواي <https://www.hindawi.org/books/630416>.
- مكزي، كوام. (2013). القلق ونوبات الذعر. (هلا أمان الدين، مترجم). دار المؤلف للتوزيع www.j4know.com.
- منظمة الصحة العالمية. (2019). اضطرابات القلق [مقال] <https://www.who.int>.
- منظمة الصحة العالمية. (2020). تحليل الوضع الراهن في محور الصحة: معدلات الإصابة باضطراب القلق
[تقرير] <https://www.who.int>.
- منظمة الصحة العالمية. (2021). الصحة النفسية: ما يقارب مليار شخص يعانون من اضطرابات نفسية حول
العالم [مقال] <https://www.who.int>.
- منظمة الصحة العالمية. (2022). الاضطرابات النفسية [مقال] <https://www.who.int>.
- منظمة الصحة العالمية. (2023). حجم الأزمة الإنسانية في اليمن [تقرير] <https://www.who.int>.
- منظمة الصحة العالمية. (2023). حول الأمراض المزمنة واضطرابات القلق في اليمن [تقرير]. الاتحاد الأوروبي
وزارة الصحة العامة والسكان اليمنية <https://www.who.int-disorders>.
- منظمة الصحة العالمية. (2023). حملة الصحة النفسية: الصحة النفسية حق إنساني عالمي [تقرير].
<https://www.who.int>
- منظمة الصحة العالمية. (2023). الأيام الصحية: اضطرابات القلق العالمية [تقرير] <https://www.who.int>.
- منظمة ساين لابس الأمريكية. (2022). التقرير السنوي حول الحالة العقلية العالمية. [تقرير] تم الاسترجاع من
<https://www.sabin.org/>
- ميمونة، عوائل. (2018). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة اضطراب الهلع لدى الراشد -دراسة
عيادة لحالة واحدة [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعه وهران. Bucket-theses-Algeria.com النجار، خالد عبد الرزاق.
(2008). حقيبة تدريبية أكاديمية: دراسة الحالة. مركز التنمية الأسرية بالأحساء.
- هوفمان، إس جي. (2012). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية (مراد علي
عيسى، مترجم). دار الفجر للنشر والتوزيع <https://tariq-library.com>.
- هيئة مستشفى إسطنبول الوطني. (2025، 23 يناير). نتائج الدراسات الوبائية حول اضطراب الهلع [مقال]. تمالاسترجاع من
<https://npistanbul.com/ar>

Arabic references

- Abu Hatab, Fouad, & Sadiq, Amal. (2005). *Manahij al-bahth fi al-tarbiyah wa 'ilm al-nafs*. Cairo: Maktabat al-Anglo al-Masriyyah.
- Al-Asi, Saleh. (2014). *Fa'iliyat al-'ilaj al-ma'rifi al-suluki fi khafd idtirab al-qalaq lada 'aynah min al-marid al-mutaraddidin 'ala al-'iyadah al-nafsiyyah*. Gaza.



- Al-Qasha'leh, Badi'. (2021). *Mukhtasar asaleeb al-'ilaj al-nafsi*. Al-Naqab, Palestine: Markaz al-Sikologi lil-Nashr al-Iliktruni. <https://www.noor-book.com>
- Al-Husseini, Warda. (2014). *Idtirab al-hala' wa thawrat al-'ilaj al-ma'rifi al-suluki*. Cairo: Dar al-Shorouk. <https://tariq-library.com>
- Ahmad, Rafat. (2022). *Fa'iliyat al-'ilaj al-ma'rifi al-mustanid ila al-wa'y al-kamil fi 'ilaj idtirab al-hala': dirasah ikliniyyah fi al-shu'bah al-nafsiyyah fi Mustashfa al-Muwasah bi Dimashq. Majallat Jami'at Dimashq lil-Ulum al-Tarbawiyah wa al-Nafsiyyah*, 38(1), 41.
- Ibrahim, Abdel Sattar. (2015). *Al-Usus al-nafsiyyah lil-irshad wa al-'ilaj al-nafsi* (10th ed.). Cairo: 'Alam al-Kutub.
- Ismail, Atiyah. (n.d.). *Al-'ilaj al-ma'rifi al-suluki*. Toubuk, Saudi Arabia: Menoufia University – Toubuk Branch. Noor book.com
- Asia, Mahmal. (2014). *Fa'iliyat al-'ilaj al-ma'rifi al-suluki fi al-taqlil min nawbat al-hala', su'luk al-tajannub, wa al-a'rad al-mardiyyah lada dhawi idtirab al-hala' al-musahub bi rahab al-makan* (Doctoral dissertation, University of Algiers). <http://193.194.83.152:8080/ymlui/handle>
- Barlow, D. H., et al. (2002). *Marji' iklيني fi al-udtirabat al-nafsiyyah: dalil 'ilaj tafsiili* (S. Faraj et al., Trans.). Cairo: Dar Nashr Guilford. <https://www.noor-book.com>
- Beck, Aaron. (2000). *Al-'ilaj al-ma'rifi wa al-udtirabat al-infi'aliyah* (Adel Mustafa, Trans.). Beirut: Dar al-Nahda al-'Arabiyya. <https://www.hindawi.org>
- Harmal, Abdel Wahab, Jabbari, Balqis M., & Al-Miri, Saif Al-Din. (2018). *Dirasah taqdir intishar al-udtirabat al-nafsiyyah bayn al-sukkan al-mutadarririn min al-harb fi Yemen*. Al-Irshad al-Usari lil-Istisharat al-Nafsiyyah. <http://www.fcdf-ye.org/DocumentViewer.aspx?id=11>
- Zahraan, Hamed Abdel Salam. (2005). *Al-Siha al-nafsiyyah wa al-'ilaj al-nafsi*. Cairo: 'Alam al-Kutub. <https://www.noor-book.com>
- Sarour, Afaf Mohamed Omar. (2013). *Fa'iliyat barnamaj 'ilaji ma'rifi-suluki musammam li khafd mustawa al-rahb al-ijtima'i* [Unpublished thesis]. <https://psyc.sudanforums.net>
- Salma, Tawfiq Abdel Allah, et al. (2022). *Dalil manahij al-bahth fi 'ilm al-nafs*. Lebanon: Lebanese University. <https://www.ul.edu.lb/files/announcement>
- Saber, Fatima, & Khafaja, Mirfat. (2002). *Usus wa mabadi' al-bahth al-'ilmi* (1st ed.). Cairo: Maktabat wa Matba'at al-Ishaa' al-Fanniyya. <https://www.noor-book.com>
- Al-Sabwa, Ahmad, Ahmad, Fathi, & Said, Mohamed. (2017). *Kafa'at barnamaj ma'rifi-suluki wa ta'thiruhu fi tahsin a'rad nawbat al-hala' al-musahub bi rohb al-khala'*. *Al-Majalla al-Misriyya li 'Ilm al-Nafs al-Iklini wa al-Irshadi*, 5(4). <https://doi.org/10.21608/pshj.2017.100040>



- Obaidat, Zoqan, Adas, Abdel Rahman, & Abdel Haq, Kaid. (2001). *Al-Dirasah al-'Ilmiyyah: Maftumha, adawat-ha, wa asaleebuha*. Amman: Dar Al-Fikr.
- Okasha, Ahmad. (2003). *Al-Tibb al-nafsi al-mu'asir*. Cairo: Maktabat al-Anglo al-Masriyyah. <https://foulabook.com/ar/book>
- Guillet, et al. (2013). *Dalil al-mumarasah li idtirab al-hala' al-musahub bi fobia al-amakin al-wasi'ah* (Wahida, Trans.). <https://tccmontreal.com/wp-content/uploads/2021>
- Muhammad, Balgham. (2017). *Bina' barnamaj 'ilaji ma'rifi-suluki jama'i li khafd nawbat al-hala' 'ind al-musabbib bi fobia al-amakin al-maftuha* [Unpublished doctoral dissertation]. University of Abou Bekr Belkaid, Tlemcen. <http://dspace.univ.tlemcen.dz/hand>
- Muhammad, Adel. (1999). *Al-'ilaj al-ma'rifi al-suluki: Usus wa tatbiqat*. Cairo: Dar Al-Rushd. <https://www.noor-book.com>
- Mahmoud, Nihad. (2016). *'Ilm al-nafs al-ikliniki bayn al-nazariyah wa al-tatbiq*. Cairo: Dar Al-'Ilm wa Al-Iman.
- King Salman Center for Disability Research. (2018). *Natayij al-masah al-watani al-sa'udi: Nisbat intishar idtirab al-hala'* [Article]. https://x.com/Prof_Subai/ - <https://www.kscdr.org.sa/ar/research/3046>
- National Institute of Mental Health. (2017). *Murat intishar idtirab al-hala' bayn al-bulugh* [Article]. U.S. Department of Health & Human Services. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/panic-disorder> & <https://ar.wikipedia.org>
- McKay, et al. (2023). *Al-'ilaj al-ma'rifi al-suluki bibasatah: Sitt maharat li tahsin al-hal al-mizaji fi daqaiq*. Jarir Library. www.newharbinger.com
- McManus, Frieda. (2017). *Muqadimah qasirah jiddan fi al-'ilaj al-ma'rifi al-suluki* (Sarah T. Allam, Trans.). Hindawi Publishing. <https://www.hindawi.org/books/630416>
- Memonzi, Kwam. (2013). *Al-Qalaq wa nawbat al-dhahr* (Hala Amandin, Trans.). Cairo: Dar Al-Mu'allif lil-Tawzi'. www.j4know.com
- WHO. (2019). *Anxiety disorders* [Article]. <https://www.who.int>
- WHO. (2020). *Current situation analysis in health axis: Anxiety disorder rates* [Report]. <https://www.who.int>
- WHO. (2021). *Mental health: Nearly one billion people experience mental disorders globally* [Article]. <https://www.who.int>
- WHO. (2022). *Mental disorders* [Article]. <https://www.who.in>
- WHO. (2023a). *Scale of the humanitarian crisis in Yemen* [Report]. <https://www.who.int>
- WHO. (2023b). *Chronic diseases and anxiety disorders in Yemen* [Report]. EU & Yemen Ministry of Public Health. <https://www.who.int-disorders>



- WHO. (2023c). *Mental health campaign: Mental health as a global human right* [Report]. <https://www.who.int>
- WHO. (2023d). *Health days: Global anxiety disorders* [Report]. <https://www.who.int>
- Sabin Labs, USA. (2022). *Annual report on global mental health status* [Report]. <https://www.sabin.org/>
- Mimouna, 'Awail. (2018). *Fa'iliyat al-'ilaj al-ma'rifi al-suluki fi al-takhfif min hudat idtirab al-hala' lada al-rashid: dirasah 'iyadiyyah li halah wahidah* [Unpublished Master's thesis]. University of Oran, Algeria.
- Najjar, Khaled Abdel-Razzaq. (2008). *Haqibat tadreeb akademiyyah: dirasat al-halah*. Al-Ahsa, Saudi Arabia: Center for Family Development.
- Hoffman, S. G. (2012). *Al-'ilaj al-ma'rifi al-suluki al-mu'asir: Al-hulul al-nafsiyyah li mushkilat al-sihha al-'aqliyyah* (Murad Ali Issa, Trans.). Dar Al-Fajr. <https://tariq-library.com>
- Istanbul National Hospital Authority. (2025, January 23). *Results of epidemiological studies on panic disorder* [Article]. <https://npistanbul.com/ar>

ثانياً: المراجع الإنجليزية:

- American Psychiatric Association. (2022). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing.
- Anjelache, L. (2016). Cognitive behavioural intervention in panic attacks: A case study. *Psychology*, 3(4), 167–186. <https://doi.org/10.22055/Psy.2022.41381.2885>
- Ateachman, B., Marker, C., & Smith-Janik, S. B. (2008). Automatic associations and panic disorder: Trajectories of change over the course of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 988–1002. <https://doi.org/10.1037/a0013113>
- Badulescu, A. L., & Author, C. (2023). A closer look on panic disorder: Case study. *Education, Psychology and Economic Studies*, 15, 313–322. <https://doi.org/10.15405/epes.23045.3>.
- Beamish, P. M., Belcastro, A. L., & Granello, D. H. (2001). *Treatment of panic disorder* *A Clinical Update*. <https://files.eric.ed.gov/fulltext>
- 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. *B Psychiatry*, 20, 259. <https://doi.org/10.1186/s12888-020>.
- Casey, L. M., Oji, T. P. S., & Newcombe, P. A. (2004). An integrated cognitive model of panic disorder: The role of positive and negative cognitions. *Clinical Psychology Review*, 24(5), 529–555. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.01.005>



- Clerkin, E. M., Teach man, B. A., & Smith-Janik, S. B. (2008). Sudden gains in group cognitive– behavioral therapy for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 46(11), 1244– 1250. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.002>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. p. 25.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed method approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Danon, P. N., Gon-Usishkin, M., Gelbert, A., Lowe grub, K., & Grunau's, L. (2004). Cognitive behavioural group therapy in panic disorder patients: The efficacy of CBGT versus drug treatment. *Annals of Clinical Psychiatry*, 16(1), 41–46. <https://doi.org/10.1080/104012>
- Deacon, B. J. (2007). Two-day intensive cognitive behavioral therapy for panic disorder: A case study. *Behaviour Modification*, 31(5), 595–615. <https://doi.org/10.1177/0145445507300873>
- Desnoyers & Hurley, A. (2007). A case of panic disorder treated with cognitive behavioral therapy techniques. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 10(1), 25–30. <https://psycnet.apa.org/record/2008-03321-004>
- Efthimiou, O., Furukawa, T. A., Pompilid, A., Oimai, H., Tajika, A., & Salanti, G. (2018). Disorder: A systematic review and network meta- analysis. *Psychological Medicine*, 48 (12), 1945–1953. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003919>.
- Eide, T. O., Olsen, T., Hansen, B., Solem, S., & Hagen, K. (2025). The Bergen 4-day treatment for panic disorder patients in a rural clinical setting: A long-term follow-up study. *BMC Psychiatry*, 25(3). <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06>.
- Eloumary, O., Iahlou, L., Ouhamou, M., Laaraj, H., Salehddine, Z., McCormack, D., Doufik, J., Mouhdi, K., & Rammouz, I. (2023). Clinical evolution of patients with pre-existing panic disorder during the COVID-19 pandemic: Two-year longitudinal follow-up in Morocco. *[Journal Name]*, 29. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3249312/v1>.
- Jae-AMA, Lim, Lang, Lee, Yoonji Lrene, Phd, Joon Hwan MD, & PHD, Soothed. (2018). Investigating Effective Treatment Factors in Brief Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder. *Journal Of Anxiety Disorders*, 97(38), 121 – 122. DOI: 10.1097/MD.000
- Kazdin, A. E. (2021). *Research design in clinical psychology* (5th ed.). Cambridge iversity Press.
- Manjula, M., Kumariah, V., Prasadarao, P. S. D. V., & Aguram, R. (2009). Cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 51(2), 108–116. <https://doi.org/10.4103/>



- Mark, A. T., Hjemdal, O., Hannisdal, M., Reme, H. D., Lending, S. E., Hodne, K., Jengedal, R. G., & Johnson, S. (2023). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder in group: A case study. *Journal of Clinical Psychology, 80*(4), 884–899. <https://doi.org/10.1002/>
- Moneta, M. V., Beatriz, O., Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L., & Haro, J. M. (2018). Epidemiology of panic attacks, panic disorder and the moderating role of age: Results from a population-based study. *Journal of Affective Disorders, 264*, 627–633. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.022>
- Muzaffar, T. (2022). Effectiveness of online cognitive behavioural therapy: A case study of panic disorder. *Pakistan Journal of Clinical Psychology, 21*(2), 89–107 <https://doi.org/10.51253/pjcp.2022.21.2.89>
- Nagata, S., Bu, C., Seki, Y., Shibuya, T., Yokoo, M., Murata, T. K., Hamamatsu, Y., Yamada, F., Ibuki, H., Minami Tani, N., Yoshinaga, Y., Kusunoki, M., Inada, Y., Kawasoe, N., Adachi, S., Oshiro, K., Matsuzawa, D., Hirano, Y., Yoshimura, K., Nakazato, M., Masaomiyu, N., Nakagawa, A., & Shimizu, E. (2018). Does cognitive behavioral therapy alter mental Defect and cognitive flexibility in patients with panic disorder? *BMC Research Notes, 11*(1), 11–23. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3130-0>
- Nakano, Y., Lee, K., Noda, Y., Ogawa, S., Kinoshita, Y., Funayama, T., Watanabe, N., Chen, J., Noguchi, Y., & Furukawa, T. A. (2008). Cognitive behaviour therapy for Japanese patients with panic disorder: Acute phase and one-year follow-up results. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 62*(10), 779–786. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2008.01799.x>
- Papola, D., Ostuzzi, G., Tedeschi, F., Gastaldon, C., Purgato, M., Del Giovane, C., Pompili, A., Pauley, D., Karyotin, E., Sijbrandij, M., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., & Barbui, C. (2022). CBT treatment delivery formats for panic disorder: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine, 53*(3), 614–624. <https://doi.org/10.1017/S0033291722003683>
- Robbins, R., Parker, J., & Tatum, C. (2015). A one-session treatment protocol for panic attacks. *Psychology, 6*(9), 1059–1066. <https://doi.org/10.4236/psych.2015.69103>
- Scott, M. J. (2009). *Simply effective cognitive behavior therapy: A practitioner's guide*. <https://www.amazon.co.uk/simply-effective/>
- Shear, M. K., Brown, T.A., Barlow, D.H., Money, R., Sholomskas, D.E., Woods, W., Gorman, J., M., & Papp, L. A. (1997). Multicenter Collaborative Panic Disorder Severity Scale. *American Journal of Psychiatry, 154*(11), 1571-1575. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.11.1571>
- Zarei, B., Zargari, A., & Davoudi, I. (2024). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on severity of symptoms and quality of life in patients with panic disorder: A case study. *Journal of Psychiatry, 31*(1), 167–186. <https://doi.org/10.22055/psy.2024.31.1.167>



الملاحق

ملحق (1)

استمارة دراسة الحالة الإكلينيكية

أولاً: البيانات الشخصية

رقم الملف: الجنسية: التاريخ: / /

الاسم: الجنس: العمر:

مكان الميلاد: مكان الإقامة الحالي.....:

الحالة الاجتماعية: المستوى التعليمي.....:

المهنة: مصدر التحويل.....:

سبب التحويل: رقم التواصل.....:

ثانياً: الشكوى الحالية

على لسان المريض:

.....
.....

على لسان المرافق:

.....
.....

أسباب المشكلة أو المرض الحالي:

.....
.....

تاريخ ظهور المشكلة لأول مرة:

.....
.....

الأوقات التي يقل فيها ظهور المشكلة:

.....
.....

الأوقات التي يزداد فيها ظهور المشكلة:

.....
.....

الجهود العلاجية الحالية:

.....
.....

التاريخ المرضي السابق والجهود العلاجية السابقة:

.....
.....

ثالثاً: التاريخ النفسي والطبي

سمات الشخصية قبل الاضطراب:

.....
.....



هل عانيت من أعراض نفسية سابقًا؟ نعم لا

التفاصيل:

هل تناولت أدوية نفسية سابقًا؟ نعم لا

التفاصيل:

هل تدخن أو تتعاطى الكحول أو المخدرات؟ نعم لا

التفاصيل:

هل تعاني من أمراض عضوية؟ نعم لا

التفاصيل:

النوم: طبيعي عميق متقطع قليل

الشهية: جيدة ممتازة ضعيفة

رابعاً: التاريخ العائلي

هل الأم على قيد الحياة؟ نعم لا العمر عند الوفاة:

سبب الوفاة:

هل الأب على قيد الحياة؟ نعم لا العمر عند الوفاة:

سبب الوفاة:

التكوين الأسري

م	الاسم	صلة القرابة	الحالة الاجتماعية	العمر	التعليم	الحالة الصحية	الحالة النفسية	المهنة
1								
2								
3								
4								

خامساً: التاريخ التطوري

الحمل: طبيعي غير طبيعي

الولادة: طبيعية قيصرية

الرضاعة: طبيعية صناعية مدة الرضاعة:

الطفولة: سعيدة هادئة حزينة مشاكسة

البلوغ والمراهقة: عادية صعبة بها مشكلات سعيدة

سادساً: التاريخ المدرسي والمهني والاجتماعي

التاريخ المدرسي:

.....



التاريخ المهني:

التاريخ الاجتماعي:

هل لديك أصدقاء؟ نعم لا العدد.....:

هل تحب المناسبات الاجتماعية؟ نعم لا

سابعاً: الفحص النفسي

المظهر: عادي نظيف غير مهندم

السلوك: هادئ متزن عدائي غير متزن

الكلام: مترابط غير مترابط مفهوم غير مفهوم

التفكير: منطقي غير منطقي

المزاج: طبيعي قلق حزين متقلب

الإدراك والوعي: واعٍ غير واعٍ واعٍ للزمان واعٍ للمكان

الانتباه والتركيز: ممتاز جيد ضعيف

الهلاوس: موجودة غير موجودة

الاستبصار: مستبصر غير مستبصر

الدافعية للعلاج: مرتفعة متوسطة منخفضة معدومة

ثامناً: التشخيص

المحور الأول (الاضطرابات الإكلينيكية):

المحور الثاني (اضطرابات الشخصية/التخلف العقلي):

المحور الثالث (الأمراض العضوية):

المحور الرابع (المشكلات النفسية والاجتماعية):

المحور الخامس (التقييم العام للوظائف).....:

تاسعاً: المقاييس المستخدمة

المقاييس	الدرجة	الشدة	ملاحظات



عاشراً: ملخص الحالة

الحادي عشر: الصياغة الإكلينيكية (Case Formulation)

الثاني عشر: الخطة العلاجية

ملحق (2)

مقياس شدة اضطراب الهلع

Panic Disorder Severity Scale (PDSS) Self-report Form

تأليف:

Shear, M. K., et al. (1997)

تكييف

هناء سنان

الأستاذ الدكتور / عبده الحميري

تعليمات الاختصاصي النفسي لتطبيق المقياس

يرجى من الاختصاصي الالتزام بالإرشادات الآتية عند تطبيق المقياس لضمان الدقة والموضوعية:

1. تهيئة البيئة المناسبة:

- توفير مكان هادئ وخالي من المشتتات.
- التأكد من شعور المفحوص بالراحة والخصوصية.

2. توضيح هدف المقياس:

- إبلاغ المفحوص أن الهدف هو تقييم شدة نوبات الهلع وأعراضها خلال الأسبوع الماضي فقط.
- التأكيد أن المقياس ليس اختبار نجاح أو فشل، ولا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة.

3. شرح مفهوم نوبة الهلع:

- توضيح التعريف الوارد في الاستبانة (شعور مفاجئ بالخوف أو القلق الشديد يصل إلى ذروته خلال عشر دقائق ويصاحبه أربعة أعراض على الأقل).
- التأكد من فهم المفحوص للفرق بين نوبة الهلع الكاملة ونوبة الأعراض المحدودة.

4. طريقة الإجابة:

- توجيه المفحوص لاختيار درجة واحدة فقط لكل سؤال.
- التأكيد على أن الإجابة يجب أن تعكس متوسط حالته خلال الأسبوع الماضي.
- منع التأثير على إجابات المفحوص أو توجيهه نحو خيار معين.



5. التعامل مع الاستفسارات:

- الإجابة عن الأسئلة التوضيحية المتعلقة بطريقة الإجابة فقط.
- تجنب تفسير البنود أو إعادة صياغتها بطريقة قد تغير معناها النفسي.

6. مدة التطبيق:

- يستغرق التطبيق عادة من 5-10 دقائق.
- يمكن قراءة البنود للمفحوص في حال وجود صعوبات قرائية، مع الحفاظ على الحياد التام في نبرة الصوت.

7. التحقق بعد الانتهاء:

- التأكد من استكمال جميع البنود وعدم ترك أي سؤال دون إجابة.
- مراجعة الاستبانة أمام المفحوص في حال وجود بيانات ناقصة.

8. الاعتبارات الأخلاقية:

- الحفاظ على سرية المعلومات.
- استخدام النتائج لأغراض التقييم أو البحث العلمي فقط.
- في حال ظهور مؤشرات شدة مرتفعة أو معاناة واضحة، يُستحسن إجراء مقابلة إكلينيكية متابعة.:

.....

م	محكات تشخيص اضطراب الهلع	لا أو افق	لا	محايد	أو افق	أو افق
		بشدة	أو افق			بشدة
	تشير الأسئلة الآتية إلى نوبات الهلع وإلى أعراض نوبة محدودة، ففي هذه الاستبانة نُعرّف نوبة الهلع أنها: " الشعور المفاجئ بالخوف أو القلق الشديد " مصحوبا بأربعة أعراض على الأقل من الأعراض المذكورة أدناه، وتُصنّف على أنها: "الشعور المفاجئ"، ويجب أن تصل الأعراض ذروتها في غضون عشر دقائق، وتسمى النوبات التي تحوي أقل من أربعة أعراض من الأعراض المذكورة أدناه" نوبات ذات أعراض محدودة، وفيما يأتي الأعراض التي يجب تحديدها:					
1	نبضات القلب السريعة أو القوية.					
2	التعرق.					
3	الارتجاف أو الرعشة.					
4	ضيق التنفس.					
5	شعور بالاختناق.					



6	ألم أو عدم ارتياح في الصدر.
7	الغثيان.
8	الدوار أو الإغماء.
9	الإحساس بالانفصال عن الواقع.
10	الخدر أو التميل
11	قشعريرة أو الشعور بالبرد أو الحى المفاجئة.
12	الخوف من فقدان السيطرة أو الجنون.
13	الخوف من الموت.
Q1	كم عدد نوبات الهلع أو "نوبات الأعراض المحدودة" التي مررت بها خلال الأسبوع الماضي؟
0	لا توجد نوبات هلع، أو لا توجد نوبات بأعراض محدودة.
1	خفيفة: لا توجد نوبات هلع كاملة أو نوبة هلع محدودة الأعراض واحدة يوميا.
2	متوسطة: نوبة أو نوبتان كاملتان و/ أو نوبات هلع محدودة الأعراض متعددة يوميا.
3	شديدة: أكثر من نوبتين كاملتين، ولكن لا تزيد عن معدل نوبة واحدة يوميا في المتوسط.
4	شديدة للغاية: نوبات هلع كاملة حدثت أكثر من مرة يوميا، في معظم الأيام.
Q2	إذا كنت قد عانيت من أي نوبات هلع خلال الأسبوع الماضي، فإلى أي مدى كانت مرعبة أو مقلقة أثناء حدوثها؟ (إذا مررت بأكثر من نوبة، ضع متوسط التقييم، إذا لم تكن هناك نوبات هلع ولكن كانت هناك نوبات أعراض محدودة، أجب عن النوبات المحدودة).
0	ليست مخيفة على الإطلاق، أو لا توجد نوبات هلع أو أعراض هلع محدودة خلال الأسبوع الماضي
1	مخيفة قليلا (لكنها ليست شديدة).
2	مخيفة بشكل معتدل (شديدة، ولكن يمكن التحكم فيها).
3	مخيفة بشدة (شديدة للغاية).



4 مخيفة للغاية (ضيق شديد اثناء النوبات).

Q3 خلال الأسبوع الماضي: إلى أي مدى شعرت بالقلق أو التوتر بشأن موعد حدوث نوبة الهلع التالية أو بشأن المخاوف المتعلقة بالنوبات؟ على سبيل المثال: (قد تعتقد أنها تعني أنك تعاني من مشاكل جسدية أو نفسية أو قد تسبب لك إحراجا اجتماعيا).

0 لا شيء على الإطلاق.

1 أحيانا أو بشكل خفيف فقط.

2 بشكل متكرر أو متوسط.

3 غالبا أو بدرجة مخيفة جدا.

4 بشكل مستمر تقريبا وبدرجة معيقة لمهامي.

Q4 خلال الأسبوع الماضي: هل هنالك أماكن أو مواقف مثل: (وسائل النقل العام، السينما، الحشود، الجسور، الأنفاق، مراكز التسوق، البقاء بمفردك) تجنبتها أو شعرت بالخوف منها، بسبب الخوف من حدوث نوبة الهلع (عدم الارتياح، والرغبة في تجنبها أو المغادرة)؟ هل كانت هناك أي مواقف أخرى كنت ستجنبها أو شعرت بالخوف منها، وقد حدثت خلال الأسبوع الماضي للسبب نفسه؟

إذا كانت إجابتك "نعم" على أي من السؤالين، يرجى تقييم مستوى الخوف والتجنب لديك خلال الأسبوع الماضي؟

0 لا خوف أو تجنب.

1 خوف أو تجنب طفيف يمكنني عادة مواجهة الموقف أو تحمله، كان هناك تغيير طفيف أو لا يوجد تغيير في نمط حياتي بسبب ذلك.

2 خوف أو تجنب ملحوظ، ولكنه لا يزال قابلا للتحمل، تجنبت بعض المواقف، ولكن كان يمكنني مواجهتها برفقة شخص آخر. كان هناك تغيير طفيف في نمط حياتي بسبب ذلك، لكن لم تتأثر وظائف حياتي العامة.

3 شديد: تجنب موسع، كان من الضروري إجراء تغيير كبير في نمط حياتي لاستيعاب هذا التجنب، مما يجعل من

الصعب إدارة الأنشطة المعتادة.

4 شديد للغاية: خوف معيق شامل و/ أو تجنب، كان هناك تغيير شامل ومعيق في نمط حياتي بحيث لم تنجز المهام المهمة.

Q5 خلال الأسبوع الماضي: هل كانت هناك أي أنشطة مثل: (النشاط البدني، العلاقات الجنسية، أخذ حمام ساخن، شرب القهوة، مشاهدة فيلم مثير أو مخيف) تجنبتها أو شعرت بالخوف منها (بسبب أنها غير مريحة، أو كنت ترغب في تجنبها أو التوقف عنها): لأنها تسببت في شعور جسدي مشابه لتلك التي تشعر بها أثناء نوبات الهلع أو كنت تخشى أن تسبب نوبة هلع؟ هل هناك أي أنشطة أخرى كنت ستجنبها وقد ظهرت خلال الأسبوع لهذا السبب؟ إذا كانت الإجابة "نعم" على أي من الخيارين، يرجى تقييم مستوى الخوف والتجنب لديك لتلك الأنشطة خلال الأسبوع الماضي؟

0 لا خوف أو تجنب للأوضاع أو الأنشطة بسبب المشاعر الجسدية المقلقة.

1 خفيف: خوف أو تجنب أحيانا، لكن يمكنني عادة مواجهة أو تحمل تلك الأنشطة التي تسبب المشاعر الجسدية مع القليل من الضيق. لم يكن هناك سوى تغيير بسيط لنمط حياتي بسبب هذا.

2 متوسط: تجنب ملحوظ لكنه ممكن السيطرة عليه، كان هناك تغيير محدود، ولكنه واضح في نمط حياتي بحيث إن وظيفتي العامة لم تتأثر.

3 شديد: تجنب واسع النطاق، كان هناك تغيير كبير في نمط حياتي أو تأثير في وظيفتي.

4 شديد للغاية: تجنب مستمر ومعيق، كان هناك تغيير كبير في نمط حياتي لدرجة أن المهام أو الأنشطة المهمة لم يجر تنفيذها.

Q6 خلال الأسبوع الماضي: إلى أي مدى أثرت الأعراض المذكورة أعلاه (نوبات الهلع وأعراضها المحدودة، القلق بشأن



النوبات، أو خوف من المواقف والأنشطة بسبب النوبات) مجتمعة في قدرتك على العمل أو القيام بمسؤولياتك في المنزل؟
(إذا لم تكن لديك مسؤوليات عمل أو منزل، برأيك كيف كنت ستؤدي هذه المهام إذا كانت لديك خلال الأسبوع الماضي)؟

0 لا يوجد تأثير في مسؤوليات العمل أو المنزل.

1 يوجد تأثير طفيف مع مسؤوليات العمل أو المنزل، لكن يمكنني القيام بكل شيء إذا لم تكن لدي هذه المشاكل.

2 يوجد تأثير كبير مع مسؤوليات العمل أو المنزل، لكنني كنت قادرا على القيام بالأشياء المطلوبة.

3 إعاقة كبيرة في مسؤوليات العمل أو المنزل، كانت هناك أشياء مهمة لم أتمكن من القيام بها بسبب هذه المشاكل.

4 إعاقة شديدة لدرجة أنني كنت غير قادر تماما على إدارة أي من مسؤوليات العمل أو المنزل.

Q7 خلال الأسبوع الماضي: إلى أي مدى تسببت نوبات الهلع أو "نوبات الأعراض المحدودة"، والقلق بشأن النوبات، والخوف من المواقف والأنشطة في التأثير في حياتك الاجتماعية؟ (إذا لم تكن لديك فرص كثيرة للتواصل الاجتماعي هذا الأسبوع، أجب كيف تعتقد أنك كنت ستصرف إذا أتاحت لك الفرصة).

0 لا يوجد تأثير على الإطلاق.

1 يوجد تأثير طفيف في الأنشطة الاجتماعية، لكن يمكنني القيام بكل شيء تقريبا إذا لم أكن أواجه هذه المشاكل.

2 يوجد تأثير كبير في الأنشطة الاجتماعية، لكن يمكنني القيام بمعظم الأشياء إذا بذلت مجهودا.

3 ضعف كبير في الأنشطة الاجتماعية، هناك عدد من الأشياء الاجتماعية التي لم أتمكن من القيام بها بسبب هذه المشاكل.

4 ضعف شديد، لدرجة أنه لم يكن هناك شيء اجتماعي تقريبا يمكنني القيام به.



ملحق (3)

سجل الأفكار (المراقبة الذاتية)

اليوم/ التاريخ	الموقف	الأفكار التلقائية	المشاعر	السلوك	النتيجة

