

إقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان:

فعالية برنامجي "العلاج المعرفي السلوكي، وعلاج العقل والجسم"

في خفض حدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأعراض

المصاحبة عند المراهقين في غزة

"دراسة تجريبية مقارنة"

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هي نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وإن هذه الرسالة ككل، أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل درجة أو لقب علمي أو بحثي لدى أي مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

DECLARATION

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the researcher's own work, and has not been submitted elsewhere for any other degree or qualification.

Student's name:

اسم الطالب: **عمر وليد عمر شاهين**

Signature:

التوقيع: **عمر شاهين**

Date:

التاريخ: 2014/1/22م



الجامعة الإسلامية - غزة
شؤون البحث العلمي والدراسات العليا
كلية التربية
قسم علم النفس
تخصص: صحة نفسية

**فعالية برنامجي "العلاج المعرفي السلوكي، وعلاج العقل والجسم"
في خفض حدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأعراض
المصاحبة عند المراهقين في غزة
"دراسة تجريبية مقارنة"**

**Effectiveness of cognitive behavioral program and mind body medicine to alleviate
the severity of PTSD and associated symptoms among adolescents in Gaza
"Empirical and comparative study"**

إعداد الطالب

عمر وليد عمر شاهين

إشراف الأستاذ الدكتور

سمير رمضان قوته

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير

في علم النفس - صحة نفسية

1435هـ - 2014م



هاتف داخلي: 1150

مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

الرقم من غ/35/..... Ref

التاريخ 2014/01/22 Date

نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناءً على موافقة شئون البحث العلمي و الدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحث/ عمر وليد عمر شاهين لنيل درجة الماجستير في كلية التربية/ قسم علم النفس - صحة نفسية وموضوعها:

فعالية برنامجي "العلاج المعرفي السلوكي، وعلاج العقل والجسم" في خفض حدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة عند المراهقين في غزة (دراسة تجريبية مقارنة) وبعد المناقشة العلنية التي تمت اليوم الأربعاء 21 ربيع الأول 1435هـ، الموافق 2014/01/22م الساعة الواحدة والنصف ظهراً في مبنى القدس، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

.....

مشفراً ورئيساً

أ.د. سمير رمضان قوتة

.....

مناقشاً داخلياً

د. ختام إسماعيل السحار

.....

مناقشاً خارجياً

د. عبد العزيز موسى ثابت

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحث درجة الماجستير في كلية التربية/ قسم علم النفس - صحة نفسية.

واللجنة إذ تمنحه هذه الدرجة فإنها توصيه بتقوى الله ولزوم طاعته وأن يسخر علمه في خدمة دينه ووطنه.

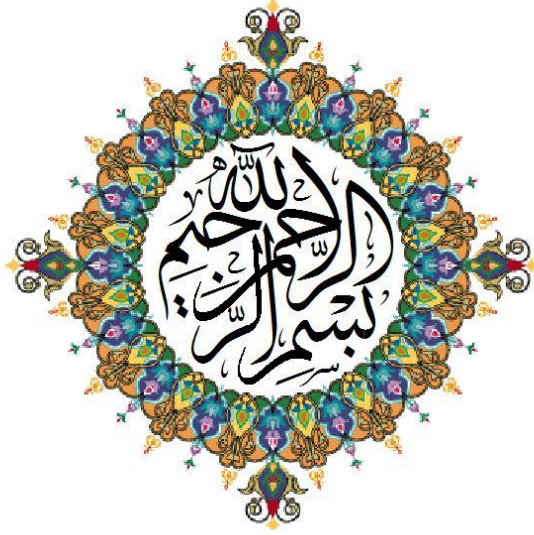
والله ولي التوفيق،،،

مساعد نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

.....

أ.د. فؤاد علي العاجز





﴿وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ
وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ ﴿١٥٦﴾ الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمُ مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا
إِلَيْهِ رَاغِبُونَ ﴿١٥٧﴾﴾ أُولَئِكَ عَلَيْهِمْ صَلَوَاتٌ مِّن رَّبِّهِمْ وَرَحْمَةٌ وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُهْتَدُونَ ﴿١٥٨﴾﴾

صَلَّى
الْحَقُّ

سورة البقرة: " 155-157 "



- إلى البسمة الحانية، والروح التي رفرت وما كنت، والعين التي سهرت وما نامت، واليد التي تعبت وما فترت، إلى من فتح الأبواب بالدعاء، قلب الحنان أمني أطال الله عمرها.
- إلى من أفنى شبابه، وأرهق أيامه، وأجهد زمانه، وبذل الكثير من أجلي، بالجهد والوقت والمال، وكان له عظيم الأثر في حياتي.... والدي أطال الله عمره، وإلى روح عمي الأديب أحمد عمر شاهين وعمي المهندس زكريا عمر شاهين.
- إلى من أثرت بوقتها وأعطتني روحاً تنبض بالإيمان، وطريق نور يوصلني للعلم لأعرف كينونتي كإنسان بالنصح والصبر / حرم خالي " أم محمود ".
- أما أسرتي: **إخوتي وزوجتي وأبنائي**، فقد أعانوني وصبروا علي، وتحملوا الكثير في سبيل تذليل كل صعب أمامي، وتعبيد كل درب لي، فلهم مني كل التقدير والاعتزاز والحب، داعياً الله أن يعينني في تعويضهم لما بذلوه من جهد وعناء.
- إلى من مد لي كف العطاء، وعلت سمته الآباء، فأعطي بسخاء، وفي نفسي له وفاء، وكلني له ثناء... اعترافاً... واعتزازاً... وتشريفاً... وافتخاراً... بكل ما قدمه لي... أستاذي الفاضل الدكتور: جميل عبد العاطي.
- إلى سعادة / الأستاذ الدكتور ... سمير قوته... والدكتور: مصطفى المصري لطالما كنتم لي في سنوات الدراسة موطن الأفكار والإلهام، بفضلكم عرفت أن للحياة طرق أخرى... يمكن بها دائماً الوصول للنجاح..... ولطالما دفعتموني للأفضل... إهدي هذا البحث المتواضع.
- إلى من امتلأت حياته بكثافة القيد المظلم، وفضل عن الحديث الصمت في الظلام، وعن الحضور الرحيل، وعن الثقة بالنفس الخضوع... وتواري عن الأنظار وترك داخلي ألحان الامل للعودة للربيع ولكل مهتم بمجال العلاج النفسي.
- إلى من...
- شهد بأن لا إله إلا الله محمد رسول الله، وتأدب بأدب القرآن الكريم، وتمسك بحبله ونوره المبين، وأقبل على مآدبته في قرأه الكريم، وجعل من القرآن شفاءً لأسقامه والنجاة في اتّباعه. وأتبع واقتدى بالرسول الأمين، أكرم الخلق أجمعين محمد الأمين وآله وأصحابه الغر الميامين ومن تبعهم بخير وإحسان إلى يوم الدين.
- اللهم اجعل هذا العمل خالصاً لوجهك الكريم، اللهم آمين وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين

✍ الباحث

عمر شاهين

شكر وتقدير

الحمد لله الذي علم بالقلم، علم الإنسان ما لم يعلم، وأصلي وأسلم على خير من تعلم وعمل وعلم، سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم.

أما بعد: يقول الرسول صلى الله عليه وسلم: " مَنْ قَالَ جَزَاكُمُ اللَّهُ خَيْرًا، فَقَدْ أَبْلَغَ فِي الثَّنَاءِ " وَقَالَ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ: " لَا يَشْكُرُ اللَّهُ مَنْ لَا يَشْكُرُ النَّاسَ " .

بعد أن من الله على بإتمام هذه الأطروحة، التي أسأل الله أن يجعلها علماً نافعاً، فإني أشكره عز وجل على عظيم عطاياه وجزيل فضله، شكراً طيباً مباركاً ملء السموات والأرض وملء ما بينهما، هو وحده له الفضل في إتمام هذه الأطروحة، فلك ربي سجدت، وعليك توكلت، وبك آمنت...

لا يسعني بعد إتمام هذه الأطروحة إلا أن أتقدم بوافر الشكر والعرفان إلى أستاذي الفاضل البروفسور الدكتور / سمير قوته، الذي أسعدني بإشرافه على هذه الدراسة كما وأتقدم بالشكر والامتنان إلى عضوي لجنة المناقشة/ البروفسور الدكتور: عبد العزيز ثابت مناقشاً خارجياً والدكتور: ختام السحار مناقش داخلي، على تكرمهما والذين تلطفوا بقبول مناقشة هذه الأطروحة وأن أعترف بالجميل لمن قدمه، وكما أتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان للأستاذ الدكتور: مصطفى المصري والدكتورة: لى ترزي، والدكتور: جميل عبد العاطي أصحاب العلم الواسع والخلق الرفيع، والذين لم يخلوا على بملاحظاتهم وتوجيهاتهم وتعاونهم طيلة فترة إعداد الأطروحة، إذ كان لجهودهم القيمة الأثر العظيم في إنجاز هذه الأطروحة، فأسأل الله تعالى أن يوفقهم لكل خير وأن يبارك فيهم لخدمة العلم وأهله.

وكما أتقدم بخالص شكري وتقديري إلى أستاذي الفاضل سعادة الأستاذ الدكتور: جاسم منصور، والأستاذ الدكتور: قاصب أبو علام، والبروفسور الدكتورة، بلميهوب كلثوم، والدكتور: يعقوب الأسطل، والأستاذ: أحمد ثابت ومشرف الصحة النفسية الأستاذ: إبراهيم يونس والأستاذ: باسل الحمارنة والدكتور: صفوت دياب والدكتور: فضل أبو هين، الدكتور: أنور العبادسة، والدكتور: عمر البحيصي لما أولوه إلى من جهد واهتمام، وما قدموه من نصح وتوجيه وإرشاد خلال مراحل هذه الرسالة، فقد كان لتوجيههم السديد الأثر الكبير في إظهار هذه الرسالة المتواضعة إلى حيز الوجود. أرجو لهم دوام التوفيق والسداد.

كما أتقدم بالشكر والتقدير لكافة أساتذتي الكرام أعضاء هيئة التدريس بقسم التربية وعلم النفس بكلية التربية بالجامعة الإسلامية، على توجيهاتهم القيمة خلال مناقشة خطة هذه الأطروحة وكذلك أشكر جميع الأساتذة في قسم علم النفس محلياً ودولياً والذين قاموا مشكورين بتحكيم المقاييس والبرنامجين، والذين أمدوني بعلمهم الوافر ونصائحهم الثمينة وملاحظاتهم القيمة.

وأنتقدم بشكري للأستاذ خليل مقداد مدير شركة ساستك للاستشارات والتحليل الإحصائي على التحليل، الإحصائي لبيانات الدراسة، الذي لم يبخل على بملاحظاته حول المعالجة الإحصائية وتحليل بيانات هذه الدراسة، وكذلك شكري وتقديري الخالص إلى السادة العاملين في مؤسسات المجتمع المدني وأخص بالذكر مؤسسة التوت الأرضي، ومؤسسة التأهيل المجتمعي، وبلدية بيت لاهيا الذين كان لهم الفضل في إتمام الموافقة لتطبيق الأطروحة في مؤسساتهم، وكذلك شكري وامتناني لعينة الدراسة الذين لا أنسى أبداً تعاونهم معي ودعائهم لي بالنجاح والتوفيق وأدعو لهم بوافر الصحة والعطاء، كما أشكر إدارة وزارة التربية والتعليم وخاصة دائرة التوجيه والإرشاد الدكتور: أحمد الحواجري، ومديرية محافظة الشمال متمثلة بقسم التوجيه والإرشاد المشرفة: نفوذ العطل على التسهيلات والعون والاستجابة التي قدموها لإتمام هذه الدراسة العلمية، كما وأتقدم بالعرفان والتقدير لكافة الذين قدموا لي العون والمساعدة خلال ترددي على المكتبات العامة والخاصة أو في إعارة المراجع والكتب، أو ساعدوا في أعمال الدراسة الميدانية ممن أشرفوا على جمع البيانات في الميدان فريقي المساعد، الأستاذ: أحمد عبد العاطي، المهندسة: رشا قنديل لكم كل التقدير، وكذلك الذين ساهموا في أعمال التنسيق والإخراج الطباعي، وكل من ساهم في إسناد هذه الأطروحة ودعمها.

وأخيراً أخص بالشكر الجزيل والداي حفظهما الله ورعاهما، وزوجتي وابني وابنتي " وليد والين " على صبرهم واهتمامهم ودوام متابعتهم لسير دراستي، وحرم خالي " أم محمود " لجهودها النبيلة في مساندتي أثناء طريقي وصولاً للنجاح. وأكرر شكري وتقديري لكل من ساهم وساعد بصورة مباشرة أو غير مباشرة في إنجاح هذا الجهد وسهوت عن ذكر اسمه، وأسأل الله العلي القدير أن يجعل هذا العمل خالصاً لوجهه الكريم، وأن يمدنا بعونه وتوفيقه ويجعل ما تعلمناه عوناً لنا على أفضل الأداء، أنه ولي ذلك والقادر عليه وأخيراً أعود وأتوجه إلى العلي القدير بالحمد والشكر ما حييت على أن وهبني الصبر والمثابرة على إنجاز هذا العمل فإنْ وُفِّقْتُ فمنَ الله، وإنْ أَحْقَقْتُ فعذري لقوله سبحانه وتعالى: (قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ) (البقرة: 32).

والله من وراء القصد،

ملخص الدراسة

فاعلية برنامجي العلاج المعرفي السلوكي، وعلاج العقل والجسم في خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة لدى المراهقين في قطاع غزة
"دراسة تجريبية مقارنة"

تعتبر هذه الدراسة من أوائل الدراسات في البيئة الفلسطينية، وربما في المحيط العربي حسب علم الباحث، والتي تعني بمقارنة برنامجين علاجيين؛ لخفض أعراض كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة على المراهقين، وبذلك تفتح هذه الدراسة المجال أمام المزيد من الأبحاث والدراسات في هذا السياق.

وقد هدفت الدراسة إلى التعرف إلى: مدى فاعلية كلاً من برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وعلاج العقل والجسم في خفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، والأعراض المصاحبة والمحددة بالقلق والاكتئاب، وتتبع مدى استمرارية فاعلية البرنامجين العلاجيين فيما أحدثا من خفض لمستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة في القياس البعدي والتتبعي. وكما هدفت الدراسة إلى مقارنة مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقل والجسم في خفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، والأعراض المصاحبة لدى المراهقين من كلا الجنسين.

عينة الدراسة: وتكونت عينة الدراسة من طلبة الثانوية العامة للمستوى العاشر والحادي عشر من مدارس محافظة الشمال، وقد تم اختيار العينة على مرحلتين: أولاً: عينة الدراسة المسحية: و تم اختيار عينة الدراسة من العاشر والحادي عشر من بعض المدارس الثانوية بمحافظة شمال قطاع غزة عن العام (2012-2013) والبالغ عددهم (ن = 800) من كلا الجنسين وتكونت عينة الذكور من (ن=400) وتكونت عينة الإناث من (ن = 400) وأبقي من كلا الجنسين على (ن = 758) مفحوص وذلك بعد استبعاد (ن= 42) من كلا الجنسين؛ لأسباب متعلقة بإجراءات البحث. ثانياً: العينة العلاجية: وتم اختيار العينة العلاجية من عينة الدراسة المسحية السابقة لتمثل المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة. وهم الطلاب الذين حصلوا على 40-59% كمحك على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة بمستوى درجة شديدة من الأربع مدارس وقد بلغ عدد هؤلاء الطلبة في المجموعة التجريبية (40)، والمجموعة الضابطة (40) في كلٍّ من برنامج العلاج المعرفي السلوكي وبرنامج علاج العقل والجسم؛ نظراً لارتفاع درجة اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

منهج الدراسة: اعتمد الباحث في الدراسة الحالية على المنهج الوصفي التحليلي، والمنهج التجريبي كمنهج إكلينيكي من حيث التصميم التجريبي ذو المجموعتين المتكافئتين، مجموعتان تجريبيتان ومجموعتان ضابطتان لكل برنامج على حدة، وكما استخدم الباحث المنهج المقارن للمقارنة بين البرنامجين لتحديد البرنامج الأكثر فاعلية واستمرارية في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث ثمان أدوات في الدراسة الحالية، حيث قام بعمل تقنين لها على البيئة الفلسطينية من حيث الصدق والثبات بالطرق العلمية المتعارف عليها وهي: مقياس غزة للخبرات الصادمة - مقياس كرب ما بعد الصدمة للأطفال - قائمة معارف اضطراب الضغط اللاحق لصدمة PTCI - مقياس القلق لسيلبرجر - مقياس بك للاكتئاب - مقياس السلوك العدواني والعدائي للشباب والمراهقين - وبرنامجي الدراسة وهما: برنامج العلاج المعرفي السلوكي - برنامج علاج العقل والجسم.

الأساليب الإحصائية المستخدمة بالدراسة:

قام الباحث باستخدام الأساليب الإحصائية التالية: اختبار كا² " لمعرفة الفروق بين العينتين بالنسبة للمتغيرات الديمغرافية، لمعرفة تجانس العينتين - اختبار "ت" لعينتين مستقلتين، لكشف الفروق بين المجموعتين بالنسبة للمتغيرات التابعة - معامل ارتباط بيرسون لمعرفة صدق الاتساق الداخلي بين الفقرات والدرجة الكلية لمقاييس الدراسة - المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري والوزن النسبي - اختبار ويلوكسون Wilcoxon Test، وذلك بهدف معرفة الدلالة الإحصائية للفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في مقياس الدراسة - تحليل التباين ثلاثي الاتجاه للقياسات المتكررة (مجموعات مترابطة) (ANOVA) Two-Factor Experiment with Repeated Measurement - اختبار شفیه لقياس اتجاه الفروق بين المتوسطات.

نتائج الدراسة: ومن أهم النتائج التي توصل إليها الباحث في الدراسة:

أولاً: نتائج الدراسة التجريبية:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,05) في درجات المتغيرات النفسية والمتمثلة في (كرب ما بعد الصدمة - القلق حالة وسمة - الاكتئاب النفسي - معارف كرب ما بعد الصدمة - السلوك العدواني والعدائي للمراهقين) لدى المجموعة التجريبية والضابطة قبل البرنامج.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,05) في درجات المتغيرات النفسية والمتمثلة في (كرب ما بعد الصدمة - القلق حالة وسمة - الاكتئاب النفسي - معارف كرب ما بعد الصدمة - السلوك العدواني والعدائي للمراهقين) لدى المجموعة التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات المتغيرات النفسية والمتمثلة في (كرب ما بعد الصدمة - القلق حالة وسمة - الاكتئاب النفسي - معارف كرب ما بعد الصدمة - السلوك العدواني والعدائي للمراهقين) لدى طلبة المجموعة التجريبية في برنامج العلاج المعرفي السلوكي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات المتغيرات النفسية والمتمثلة في (كرب ما بعد الصدمة - القلق حالة وسمة - الاكتئاب النفسي - معارف كرب ما بعد الصدمة - السلوك العدواني والعدائي للمراهقين) لدى طلبة المجموعة التجريبية في برنامج علاج العقل والجسم.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي في درجات المتغيرات النفسية والمتمثلة في (كرب ما بعد الصدمة - القلق حالة وسمة - الاكتئاب النفسي - معارف كرب ما بعد الصدمة - السلوك العدواني والعدائي للمراهقين) لدى طلبة المجموعة التجريبية في برنامج المعرفي السلوكي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي في درجات المتغيرات النفسية والمتمثلة في (كرب ما بعد الصدمة - القلق حالة وسمة - الاكتئاب النفسي - معارف كرب ما بعد الصدمة - السلوك العدواني والعدائي للمراهقين) لدى طلبة المجموعة التجريبية في برنامج العقل والجسم.
- لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في القياسات المتكررة (القبلي - البعدي - التتبعي) لدرجات مقياس كرب ما بعد الصدمة، وقائمة معارف كرب ما بعد الصدمة، ومقياس القلق حالة وسمة وقائمة بيك للاكتئاب ومقياس السلوك العدواني والعدائي للمراهقين بالنسبة لنوع البرنامج العلاجي و نوع الجنس والتفاعل بينهما.

ثانياً: نتائج الدراسة الإكلينيكية:

ومن خلال الدراسة توصل الباحث إلى أهم الدلالات الإكلينيكية المتعلقة بالبرنامجين نظراً لنوع الجنس في ظل القياسات المتبعة وهي كالتالي:

- أظهرت النتائج في القياس البعدي في برنامج العلاج المعرفي السلوكي في المجموعتان التجريبية من كلا الجنسين درجة عالية من التحسن، حيث بلغ عدد أفراد العينة ما يلي: لا توجد لديهم أعراض كرب ما بعد الصدمة (6) - وصدمة خفيفة (9) - صدمة متوسطة (4) صدمة شديدة (1). أما بالنسبة للعينة الملتحقة ببرنامج علاج العقل والجسم كانت على النحو التالي: (1) لا توجد أعراض كرب ما بعد الصدمة - (7) كرب ما بعد الصدمة خفيف - (10) كرب ما بعد الصدمة متوسط - (2) صدمة شديدة، وهذا يعني أن البرنامجين لهم أثر في التغير وخفض حدة الأعراض، ولكن برنامج العلاج المعرفي السلوكي كان له الأثر الأكبر في تحقيق التحسن.

- أظهرت النتائج في القياس التتبعي في برنامج العلاج المعرفي السلوكي في المجموعتان التجريبية من كلا الجنسين درجة عالية من التحسن حيث بلغ عدد أفراد العينة ما يلي: لا توجد لديهم أعراض كرب ما بعد الصدمة (3) - صدمة خفيفة (6) - صدمة متوسطة (8) - وصدمة شديدة (3) أما بالنسبة للعينة الملتحقة ببرنامج علاج العقل والجسم كانت على النحو التالي: (1) لا توجد أعراض كرب ما بعد الصدمة - (8) كرب ما بعد الصدمة خفيف - (8) كرب ما بعد الصدمة متوسط - (3) صدمة شديدة، وهذا يعني أن البرنامجين لهم أثر في التغير وخفض حدة الأعراض ولكن برنامج علاج العقل والجسم كان له الأثر الأكبر في تحقيق التحسن من خلال استمرارية فاعليته في التحسن في القياس التتبعي ومن خلال نتائج الدراسة فإنني أقترح اعتماد برنامج علاج العقل والجسم في معالجة كرب ما بعد الصدمة.

Abstract

Effectiveness of cognitive behavioral program and mind body medicine to alleviate the severity of PTSD and associated symptoms among adolescents in Gaza "Empirical and comparative study"

The study is considered a pioneer in Palestine and the Arab World according to the researcher's knowledge, which is concerned with comparing tow programs to reduce PTSD and associated symptoms among adolescents.

The study aimed at knowing the effectiveness of both cognitive behavioral therapy and mind body medicine to reduce PTSD and associated sympmtoms,which were defined as anxiety and depression and the follow up of the effectiveness of the programs on the long run. The study also aimed at comparing cognitive behavioral therapy effectiveness and mind body medicine to reduce PTSD and associated symptoms among adolescents of both genders.

Study sample:

The sample is comprised of secondary school students tenth and eleventh grades in the north governorate ,the sample was selected in 2 stages ,first: the screening sample:where the study sample was selected from tenth and eleventh secondary school students in the north governorate 2012-2013,the total number was 800 of both sexes ,400male and 400 female ,later 42 were excluded and 758 were examined.

Second:The therapeutic sample

The therapeutic sample was selected from the screening sample to represent experimental and control groups, those are the students who had 40-59% on the PTSD scale with high severity in the four schools ,the number of both the intervention and control group was 40 in cognitive behavioral therapy and mind body programs because of the high score of PTSD scale.

Study methodology

The researcher used the descriptive analytic method and the empirical method as a clinical method, as empirical design with 2 equivalent groups ,2 intervention groups and 2 control groups for each intervention program

,also the comparative method was used to define which therapeutic program was more effective in alleviating the PTSD and associated symptoms and the continuity of the improvement.

Study Tools:

The researcher used eight tools during the implementation of the study ,after adaptation the tools to the Palestinian environment ,regarding validity and reliability using ,the following tools: Gaza inventory for traumatic events ,PTSD scale for children ,Post Traumatic Stress Disorder Inventory , Spengler's Anxiety Inventory, Beck Inventory of Depression, Aggressive behavior Scale of Youth and adolescents,in addition to that two therapeutic programs:cognitive behavior and mind body medicine.

Statistical methods used;

During study implementation the following statistical tools were used:Chi-squared test to identify the differences between the samples relating to demographic variables,to identify the homogeneity of the samples T test for 2 independent samples,to identify the differences between the 2 groups regarding the dependent variables –Pearson Correlation Coefficient was used to identify the internal consistency among the scales items and the total rate of study –the means ,standard deviation and the relative weight –Wilcoxon Test to identify the statistical meaning of the differences between the pre and post tests of the intervention group ,ANOVA –Two Factor Experiment with Repeated Measurement-Scheffe Test to identify the direction of differences among the means.

The Results of the study:the most important results of the study were:

First:The empirical results

*There were no differences of statistical significance at the level of 0,05 at the grades of the psychological variables (PTSD,anxiety as a state and trait ,depression, PTSD cognitions ,aggressive behavior among adolescents) in both groups the control and intervention before the implementation of the program.

*There are differences of statistical significance at the level of 0,05at the grades of the psychological variables (PTSD, anxiety as a state and trait,

PTSD cognitions, aggressive behavior among adolescents) in both groups after the implementation of the program.

*There are differences of statistical significance between the grades of pre and post tests in the following psychological variables (PTSD ,anxiety as a state and trait,depression,PTSD cognitions, aggressive behavior among adolescents) among the students of intervention group using cognitive behavior therapy.

*There are differences of statistical significance between the grades of the pre and post tests in the following psychological variables (PTSD ,anxiety as a state and a trait,depression,PTSD cognitions and aggressive behavior among adolescents)among students of intervention group using mind body medicine.

*There are no differences of statistical significance between the grades of post and follow up tests in the grades of psychological variables (PTSD, anxiety as a state and a trait, depression ,PTSD cognitions, aggressive behavior among adolescents) among the students of experimental group using cognitive behavior therapy.

*There are differences of statistical significance between the grades of post and follow up tests in the following psychological variables (PTSD, anxiety as a state and a trait, depression,PTSD cognitions, aggressive behavior among adolescents) among students of mind body medicine group.

*There are no differences of statistical significance in repeated tests(pre ,post and follow up)in the grades of PTSD inventory ,PTSD cognitions inventory ,anxiety as a state and a trait scale, Beck depression inventory ,aggressive behavior scale,)regarding the therapeutic program(cognitive behavior or mind body medicine)and the sex and interaction between them

***Second: The clinical results:**

The study led to the following results:

*The study revealed in the post test of cognitive behavior therapy group in both experimental groups ,and in both genders high grades of improvement ,where the members of the sample showed:they don't have PTSD symptoms(6),mild trauma(9),moderate trauma(4),and severe trauma (1),while the sample of mind body medicine showed the following results:

(1)there are no PTSD symptoms,(7)mild PTSD symptoms,(10)moderate symptoms of PTSD,(2)severe PTSD symptoms, this means both programs have good results ,while the cognitive behavior therapy has better results in improvement.

*The results revealed in the follow up study in cognitive behavior therapy and in both experimental groups ,and for both genders high grades of improvement ,where the numbers as follows:no symptoms of PTSD 3,mild trauma 6 ,moderate trauma 8 ,severe trauma 3,and regarding the group of mind body medicine the results as follows:1 no symptoms of PTSD ,8 mild PTSD symptoms, 8 moderate symptoms of PTSD ,3 severe PTSD symptoms.

This means both programs are effective in alleviating the severity of the symptoms, but mind body medicine has more influence in alleviating the symptoms through its more persistent effect, so as a result of this I do recommend mind body medicine in treating PTSD.

قائمة المحتويات

رقم الصفحة	العنوان
ب	إهداء
ج	شكر وتقدير
هـ	ملخص الدراسة باللغة العربية
ط	ملخص الدراسة باللغة الانجليزية
م	قائمة المحتويات
ف	قائمة الجداول
ش	قائمة الملاحق
الفصل الاول: (مشكلة الدراسة، وأهدافها، وأهميتها)	
2	مقدمة الدراسة
7	1-1 مشكلة الدراسة وتساؤلاتها
8	2-1 مبررات الدراسة
10	3-1 أهداف الدراسة
11	4-1 أهمية الدراسة
12	5-1 مصطلحات الدراسة
16	6-1 حدود الدراسة
الفصل الثاني: (الإطار النظري للدراسة)	
19	1.2 المبحث الاول: اضطراب كرب ما بعد الصدمة
19	1-1-2 أولاً: النشأة التاريخية لكرب ما بعد الصدمة
21	2-1-2 الصدمة النفسية

25	3-1-2 تعريف اضطراب كرب ما بعد الصدمة
31	3-1-2 النظريات المفسرة لاضطراب الضغط اللاحق لصدمة:
37	4-1-2 أسباب كرب ما بعد الصدمة
46	5-1-2 أعراض كرب ما بعد الصدمة للمراهقين
50	6-1-2 التصنيف العالمي للأمراض (ICD-10) لمنظمة الصحة العالمية
51	7-1-2 التنبؤ باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)
52	8-1-2 ثانياً: الأفكار السالبة المتضمنة في اضطراب الضغط اللاحق لصدمة
72	9-1-2 القلق النفسي
72	10-1-2 مفهوم القلق النفسي
73	11-1-2 حالة القلق وسمة القلق
77	12-1-2 أعراض القلق
77	13-1-2 الاكتئاب
78	14-1-2 تعريف الاكتئاب
78	15-1-2 النظريات المفسرة للاكتئاب
88	2.2 المبحث الثاني: العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة
89	1-2-2 النموذج المعرفي للقلق
90	2-2-2 مبادئ علاجية معرفية سلوكية خاصة في اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD)
93	3-2-2 الخطوط الاتفاقية الموجهة لعلاج كرب ما بعد الصدمة:
94	4-2-2 الأسس النظرية للعلاج المعرفي السلوكي في اضطراب كرب ما بعد الصدمة
109	5-2-2 مراحل العلاج النفسي
129	6-2-2 فنيات التدخل بالعلاج المعرفي السلوكي

136	3.2 المبحث الثالث: علاج العقل والجسم
136	1-3-2 الجذور التاريخية للعقل والجسم
143	2-3-2 العلاقة بين الجسم والعقل
146	3-3-2 صياغة التقييم للمرضي في علاج العقل والجسم
152	4-3-2 الأخلاق ومعايير الممارسة في علاج العقل والجسم
165	5-3-2 أثر العقل على الصحة
165	6-3-2 العوامل الإيجابية ودورها في الحفاظ على مستوى مرتفع من الصحة النفسية والبدنية
182	7-3-2 العلاقة بين العقل والبدن رؤية مستقبلية
الفصل الثالث: (الدراسات السابقة)	
188	مقدمة
189	1-3 أولاً: الدراسات التي تناولت موضوع اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى الأطفال والمراهقين
200	2-3 ثانياً: الدراسات التي تناولت موضوع العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة للأطفال والمراهقين
204	3-3 ثالثاً: الدراسات التي تناولت موضوع علاج العقل والجسم لاضطراب كرب ما بعد الصدمة للأطفال والمراهقين
208	4-3 تعقيب عام على الدراسات السابقة
الفصل الرابع: (الطريقة والإجراءات)	
219	مقدمة
219	1-4 منهج الدراسة
220	2-4 المجتمع الأصلي للدراسة
220	3-4 عينة الدراسة

226	4-4 أدوات الدراسة
259	5-4 الخطوات الاجرائية للدراسة
261	6-4 الصعوبات التي واجهت الباحث
264	7-4 الأساليب الإحصائية
الفصل الخامس : (عرض نتائج الدراسة وتفسيرها ومناقشتها)	
266	مقدمة
266	1-5 تساؤلات الدراسة
266	2-5 عرض التساؤل الاول وتفسيره ومناقشته
270	3-5 عرض التساؤل الثاني وتفسيره ومناقشته
274	4-5 عرض التساؤل الثالث وتفسيره ومناقشته
277	5-5 عرض التساؤل الرابع وتفسيره ومناقشته
280	6-5 عرض التساؤل الخامس وتفسيره ومناقشته
282	7-5 عرض التساؤل السادس وتفسيره ومناقشته
284	8-5 فرضيات الدراسة
351	توصيات الدراسة
352	مقترحات الدراسة
353	قائمة المصادر والمراجع
375	قائمة الملاحق

قائمة الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
23	الأحداث الصدمية والضواغط محتملة الوقوع	1-2
24	تصنيف الاستجابات للخبرة الضاغطة	2-2
59	خطوات تحطم الافتراضات	3-2
61	المعتقدات الغير تكيفية في اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD)	4-2
98	التصورات الخاصة بالصدمة (انتقاء)	5-2
108	المكونات العلاجية للعلاج المعرفي لاضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)	6-2
221	بيان بتوزيع أعداد مجتمع الأربع مدارس تبعاً للجنس والمؤسسة العلمية	1-4
221	بيان بتوزيع أعداد عينة الدراسة المسحية تبعاً لنسبة المؤية ولمتغير الجنس	2-4
222	بيان بتوزيع إعداد عينة الدراسة العلاجية تبعاً لمتغير الجنس	3-2
223	يوضح الخصائص الديمغرافية لأفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية حسب المتغيرات الديمغرافية (ن = 80)	4-4
224	يوضح الخصائص الديمغرافية لأفراد عينة برنامج العقل والجسم وعينة برنامج المعرفي السلوكي حسب المتغيرات الديمغرافية (ن = 40)	5-4
225	نتائج اختبار (ت) للمقارنة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بالنسبة لدرجات على درجات المتغيرات النفسية قبل تطبيق البرامج (ن=80)	6-4
227	يبين معامل ارتباط درجة كل فقرة من مقياس الخبرات الصادمة مع الدرجة الكلية له	7-4
229	يظهر معامل ارتباط درجة كل فقرة من مقياس كرب ما بعد الصدمة مع الدرجة الكلية له	8-4
230	ارتباط أبعاد مقياس كرب ما بعد الصدمة مع الدرجة الكلية له	9-4
232	ارتباط أبعاد مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة مع الدرجة الكلية له	10-4
233	يظهر معامل ارتباط درجة كل فقرة من فقرات	11-4
223	يظهر معامل ارتباط درجة كل فقرة من فقرات	12-4

رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
13-4	يظهر معامل ارتباط درجة كل فقرة من فقرات البعد الثالث لوم الذات مع الدرجة الكلية للمقياس	243
14-4	معامل ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية لمقياس معارف كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الأربعة	235
15-4	يوضح مفتاح تصحيح الصورة الاولى (قلق حالة)	236
16-4	تصنيف مستويات القلق	237
17-4	يظهر معامل ارتباط درجة كل فقرة من مقياس القلق - كحالة - سمة مع الدرجة الكلية لكل بعد على حده	238
18-4	معامل ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية لمقياس القلق كحالة وسمة وأبعاده الأربعة	239
19-4	معاملات الارتباط بين فقرات مقياس بك للاكتئاب والدرجة الكلية للمقياس	240
20-4	مستويات درجات كل بعد من أبعاد مقياس السلوك العدواني والعنائية	243
21-4	معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس السلوك العدواني والدرجة الكلية للمقياس	243
22-4	معاملات الارتباط بين فقرات مقياس السلوك العدواني والدرجة الكلية لكل بعد على حدة	244
23-4	معامل ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية لمقياس السلوك العدواني وأبعاده الأربعة	245
24-4	بروتوكول برنامج العلاج المعرفي السلوكي	253
25-4	موضوعات جلسات برنامج العلاج السلوكي المعرفي	255
26-4	بروتوكول برنامج علاج العقل والجسم	256
27-4	موضوعات جلسات برنامج علاج العقل والجسم	258
1-5	يوضح مدى تعرض الخبرات الصادمة لدى المراهقين في المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في العينة (ن=80)	266
2-5	نتائج اختبار (كا سكوير) لكشف الفروق في مستوى الخبرات الصادمة بالنسبة لنوع المجموعة (ن=80)	269
3-5	يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس كرب ما بعد الصدمة للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي	271

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
272	نتائج اختبار (كا سكوير) لكشف الفروق في مستوى كرب ما بعد الصدمة بالنسبة لنوع المجموعة قبل تطبيق البرنامج (ن=80)	4-5
274	يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس معارف ما بعد الصدمة للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي	5-5
277	يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس التقدير الذاتي للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي	6-5
280	يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس الاكتئاب النفسي للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية	7-5
282	يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس السلوك العدواني للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي	8-5
284	نتائج اختبار (ت) للمقارنة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بالنسبة لدرجات على درجات المتغيرات النفسية قبل تطبيق البرامج (ن=80)	9-5
286	نتائج اختبار (ت) للمقارنة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بالنسبة لدرجات على درجات المتغيرات النفسية بعد تطبيق البرامج (ن=80)	10-5
293	يوضح المتوسط الحسابي لدرجات القياس القبلي والقياس البعدي في المتغيرات النفسية، وقيمة اختبار ولكوكسون (Wilcoxon on T-statistic) وقيمة إيتا لقياس حجم التأثير للمراهقين في المجموعة التجريبية - برنامج المعرفي السلوكي	11-5
301	يوضح نسبة التغير في المتغيرات النفسية لدى المراهقين في المجموعة التجريبية لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي حسب نوع الجنس	12-5
305	يوضح المتوسط الحسابي لدرجات القياس القبلي والقياس البعدي في المتغيرات النفسية، وقيمة اختبار ولكوكسون (Wilcoxon on T-statistic) وقيمة إيتا لقياس حجم التأثير للمراهقين في المجموعة التجريبية - برنامج العقل والجسم	13-5
313	يوضح نسبة التغير في المتغيرات النفسية لدى طلبة المجموعة التجريبية لبرنامج العقل والجسم حسب نوع الجنس	14-5
316	يوضح المتوسط الحسابي لدرجات القياس البعدي والقياس التتبعي في المتغيرات النفسية، وقيمة اختبار ولكوكسون (Wilcoxon on T-statistic) المراهقين في المجموعة التجريبية - برنامج المعرفي السلوكي	15-5
322	يوضح المتوسط الحسابي لدرجات القياس البعدي والقياس التتبعي في المتغيرات	16-5

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
	النفسية، وقيمة اختبار ولكوكسون (Wilcox on T-statistic) للمراهقين في المجموعة التجريبية - برنامج العقل والجسم	
326	نتائج تحليل تباين القياسات المتكررة الثلاثي (نوع البرنامج × الجنس × الفترات) لدرجات أعراض كرب ما بعد الصدمة وأبعاده	17-5
328	اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لفترات القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) لمقياس كرب ما بعد الصدمة	18-5
332	نتائج تحليل تباين القياسات المتكررة الثلاثي (نوع البرنامج × الجنس × الفترات) لدرجات معارف كرب ما بعد الصدمة وأبعاده	19-5
334	اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لفترات القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) لمقياس معارف كرب ما بعد الصدمة	20-5
338	نتائج تحليل تباين القياسات المتكررة الثلاثي (نوع البرنامج × الجنس × الفترات) لدرجات التقدير الذاتي وأبعاده	21-5
339	اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لفترات القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) لمقياس التقدير الذاتي	22-5
341	نتائج تحليل تباين القياسات المتكررة الثلاثي (نوع البرنامج × الجنس × الفترات) لدرجات الاكتئاب النفسي	23-5
342	اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لفترات القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) لمقياس الاكتئاب النفسي	24-5
345	نتائج تحليل تباين القياسات المتكررة الثلاثي (نوع البرنامج × الجنس × الفترات) لدرجات السلوك العدواني وأبعاده	25-5
347	اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لفترات القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) لمقياس السلوك العدواني ومستوياته	26-5

قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
376	قائمه بأسماء المحكمين لأدوات الدراسة	1.
377	تسهيل مهمة باحث	2.
383	نموذج الموافقة لطلب المشاركة	3.
387	أدوات الدراسة	4.
401	البرامج العلاجية	5.
530	بعض أوراق العمل الخاصة بالتطبيق	6.
548	الخريطة التطبيقية للبحث	7.
549	نماذج مقتبسة من آراء المحكمين	8.

الفصل الاول

مشكلة الدراسة وأهدافها وأهميتها

- مقدمة الدراسة.
- مشكلة الدراسة وتساؤلاتها.
- مبررات الدراسة.
- أهداف الدراسة.
- أهمية الدراسة.
- مصطلحات الدراسة.
- حدود الدراسة.

الفصل الأول

مقدمة الدراسة

مقدمة:

ينفرد الشعب الفلسطيني بخصوصية تاريخية في سياق عمومية محيطه الإسلامي والعربي، حيث يمر بظروف مختلفة وبحقبة تاريخية شهدت تغيراً أيديولوجياً في طبيعة هذا الشعب بعد أن توالى عليه النكبات والنكسات منذ عام (1948)، ثم توجت بحرب غزة الأخيرة عام (2008) والتي تسمى حرب الفرقان وهي تختلف عن المواقف السابقة التي عايشها المجتمع الفلسطيني نظراً لما رافقها من مواجهات عنيفة وانفجارات تكاد تكون حرب مستمرة ليس لها نهاية، وكذلك حرب 2012 والتي تسمى حجارة السجيل، والتي شنتها إسرائيل على قطاع غزة في أعقاب استشهاد أحد قادة المقاومة الهامة في المجتمع الفلسطيني وهو الأخ محمد الجعبري، حيث يصبح الشعب الفلسطيني عامة والمراهقين خاصة بوتيرة متزايدة أهدافاً مباشرة للعنف.

ويلاحظ أن فترة المراهقة تكثر فيها اضطرابات النمو حتى في حالات السلم، فيعاني المراهقون كثيراً من المشاكل النفسية والاجتماعية والسلوكية أثناء فترات النمو؛ من جراء بعض الظروف والتغيرات الداخلية الطارئة التي تحدث وقت الهدوء، فما بالنا بالمراهقين الذين تعرضوا لويلات الحروب من الاحتلال والتشريد وما شاهده الكثير من المحن الشخصية؛ ولهذا تعتبر مرحلة المراهقة من بين أكثر المراحل تضرراً من خبرات الحروب وصدماتها وتأثيراتها النفسية السلبية على الصعيد النفسي والعقلي بصورة مجهدة، بحيث تجعل آثار الإجهاد النفسي قد تظهر على المراهقين بوجه خاص ولفترات طويلة من العمر، علماً أن تجارب الحرب التي عايشها المراهقون هي تجارب مجهدة صادمة نفسياً.

ومن بين هذه الضغوط المتغيرات الحياتية والمواقف والأحداث الصعبة المسببة للضغوط، وكذلك المواقف الشديدة المباغته التي تحدث أحياناً مسببة للصدمات النفسية.

فالأحداث الصدمية تشكل خطورة تهدد الشخصية والسلوك السوي للأفراد وتجعل منهم عبئاً على أنفسهم والمجتمع. (الغريز والعاصي، 2011: 32).

ولهذا يعتبر الحدث الصادم موقف حاد مفاجئ شديد وغامر، وقد يكون حدثاً طبيعياً، كالفيضانات والأعاصير والزلازل والبراكين... إلخ أو اجتماعياً، أو تكنولوجياً، أو من صنع الإنسان، كالحروب والاجتياحات والاغتيالات التي تنتشر في مجتمعنا الفلسطيني، ولكن لا تكفي

قدرات الفرد ومهاراته العادية على مقاومته ومواجهته مما يخل بالتوازن النفسي أو الاجتماعي أو البدني أو جميعهم، مع كونه يمثل خطورة على الفرد أو على جماعته، فهو قد يمثل خطورة على الأفراد الذين لهم أهمية في حياته (صبوة، 1995: 45-17)

في حين تشير إحصائيات المفوضية العليا لشؤون اللاجئين (United Nation Higher Commission for Refugees – UNHCR) إلى أن ما يقارب 12 مليون طفل قد شردوا أو فقدوا أحد والديهم نتيجة النزاعات المسلحة بالعالم (Papageorgiou et al. 2000)، بل أن الصدمات النفسية بأنواعها قد تؤثر في حياة 25% من الأطفال حول العالم. (16: Ammar, 2006)

وأكدت نتائج دراسة قوته وآخرون (2004-2005) تأثير التعرض للمواقف الصادمة على الصحة النفسية للأطفال والنساء الفلسطينيين فتبين له من الدراسة أن 45% من الذين تمت دراستهم حول كرب ما بعد الصدمة يعانون من القلق والاكتئاب النفسي بعد تعرضهم للأحداث الصدمية المتعلقة بانتفاضة الأقصى.

وتؤثر الخبرات والأحداث الصادمة والمهددة في الحالة النفسية للأطفال والمراهقين على حد سواء، حيث يرتبط الاكتئاب والقلق مع مشاهدة الأحداث الصادمة والتعرض لها (AL- Balhan, 2006) وهناك من يعتقد بأن تعرض الأطفال للحوادث المرعبة كالحروب أو القتل سيقود إلى تأثيرات نفسية طويلة، قد تستمر إلى أكثر من (17) سنة. (Vernberg, 2002: 78)

وتجدر الإشارة إلى أنه لا يمكن اعتبار اضطراب كرب ما بعد الصدمة ظاهرة حديثة، فالمضمون قديم، واتخذ أسماء كثيرة عبر التاريخ، فقد كان Oppenheim أول من أطلق تسمية "العصاب الصدمي"، Traumatic Neurosis سنة 1911، حيث كان له الفضل في عزل وتمييز هذا العصاب بوصفه يخلف آثار نفسية ناجمة عن الرعب المصاحب للحروب، وهو اضطراب مستقل له مواصفاته وعوارضه المميزة، وقد تم تصنيفه كفئة مرضية عام 1980 من طرف جمعية الطب النفسي الأمريكية. (يعقوب، 1999: 23)

وقد وضعت الرابطة الأمريكية للطب النفسي تصنيفاً لأعراض اضطراب PTSD يضم ثلاث فئات وفقاً لما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الرابع، وقد كانت هذه الفئات هي: أعراض الخبرة الصادمة وهي: إعادة المعيشة، أعراض زيادة الاستثارة الفيزيولوجية وأعراض التجنب أو الخدر. (Becker & Arden, 2008: p33)

ولهذا يلقي مفهوم الأحداث الصادمة واضطراب ما بعد الصدمة في علاقته بكل من السواء النفسي أو الاضطراب النفسي اهتماماً كبيراً لدى الباحثين. فقد تزايدت في العشرين سنة الماضية الأبحاث التي درست العلاقة بين الأحداث الصادمة واضطراب ما بعد الصدمة، وبينت نتائج بعض الدراسات المحلية "أبو هين (2005-2006)، وسمير قوتة (2004-2005-2006)، وثابت (2007) أن حوالي 37% من مجموع السكان الذين مروا بتجارب قاسية تتعلق بالأحداث الحياتية الصعبة يعانون من الضغوط والصدمات النفسية المتعلقة بالاحتلال الإسرائيلي وممارساته الصعبة، وهذا ما أكدته دراسة كلا من: دراسة (ثابت وآخرون، 2014) دراسة (ثابت وآخرون، 2013) دراسة (عبد الكريم، 2006) دراسة (المجدلاوي، 2004) دراسة (البنا وعسلي، 2004)، دراسة (ثابت، 2004) كما وافقت نتائج الدراسة مع الدراسات الأجنبية مثل دراسة (Polak vkraaij, 2007)، دراسة (Parslow , jorm , 2007)، دراسة (Dalglish et al , 2000) دراسة (Dyregrov et al , 2000)، وتشير الدراسات على ما نسبته (80%) من مرضي (PTSD) يعانون من اضطرابات مصاحبة، ومن أكثرها شيوعاً: اضطراب القلق العام، واضطرابات الهلع، الاضطراب الثنائي القطب، وسوء استعمال الأدوية، واضطرابات الفوبيا، الاكتئاب، وفقدان السيطرة على الانفعالات والتعرض لخطر الانتحار. (Lange, 2000 P32)

ولهذا نفترض العديد من نظريات الصدمة أن الأحداث الصدمية تتسبب في تغيرات في أفكار الضحية ومعتقداته، وأن هذه التغيرات تلعب دوراً مهماً في الاستجابة الانفعالية للصدمة، ورغم أن جميع هذه النظريات يلقي الضوء على أهمية المعارف المرتبطة بصدمة ما، إلا أنها تختلف فيما يتعلق بالمعارف المحددة والتي تتضمنها كل من هذه النظريات. فعلى سبيل المثال، فقد أكد أبشتاين كما بينتها دراسة (محمد 2011) على أهمية أربع معتقدات محورية، والتي اقترح أنها تتغير بعد الخبرة الصدمية: الاعتقاد بأن العالم آمن، وأن العالم ذو دلالة وأن الذات لها قيمة، وأن الناس جديرون بالثقة. (محمد، 2011: 29)

ويرى اليس Ellis أن عددا من ضحايا انعصاب ما بعد الصدمة يتأثرون إلى حد كبير في شعورهم بالكرب أو الضيق النفسي، من خلال اعتقاداتهم غير العقلانية أو المختلة وظيفياً. (محمد، 2000: 236)

ولهذا قدم كل من فو وريجرز، وفو روثبام (1998) اثنين من المعارف المختلة وظيفياً، والتي تتدخل كوسيط في تطور اضطراب الضغط اللاحق للصدمة وهما: أن العالم محفوف بالخطر تماماً، وأن ذات الفرد عاجزة كلياً، وقد اقترح كل من فو وروثبام طريقتين متميزتين يكتسب عن طريقهما الأفراد تلك المعارف المختلة وظيفياً: الأولى، أن الأفراد الذين يمرون بالخبرة الصدمية

والذين يعتقدون في فكرة أن العالم آمن يجدون صعوبة في استيعاب الخبرة الصدمية وبالتالي يبالغون في ملائمة مخططاتهم عن الذات والعالم. الثانية، أن الخبرة الصدمية تبرز المخططات الحالية عن العالم على أنه مكان غير آمن، وأن الذات عاجزة، وذلك لدى الأفراد الذين خبروا صدمات على مدى حياتهم. لذا فإن وجود المفاهيم الجامدة عن الذات والعالم (بإيجابية أم سلبية) إنما يجعل الأفراد عرضةً لتطوير اضطراب الضغط اللاحق للصدمة. (Foa, Ehlers, et al, 1999: P55) وتعتبر أفكار الفرد ومعتقداته إنما هي ترجمة مباشرة لما يتراكم لديه من خبرات عبر العمر، كما أن الأفكار تقوم بدور رئيسي في تحديد سلوك الفرد ومدى قربته أو بعده عن السواء، فأفكار الفرد هي التي تصل به إلى عنان السماء من الصحة النفسية، أو تعصف به ليهوي في أغوار الاضطراب النفسي. إضافة إلى أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق على اختلافها إنما يستجيبون بشكل أكثر قوة عن الأفراد الذين يعانون من أى اضطرابات القلق أثناء قيام مناطق المخ بوظيفتها في تنظيم الانفعالات السالبة وخفضها بصورة سوية (Gillath, Bunge, et al, 2005).

وقد ربطت دراسة كل من اوشش Osuch، وبينسون Benson، وجيراسي Geraci، وبوديل Podell، وهيرسكوفيتش Herscovitsh، وماكان McCann، وبوست Post، بين شدة الومضات وتدفق الدم في الدماغ لدى عينة من مرضي الصورة المزمنة من اضطراب PTSD مقترحة في تدخل ساق المخ، والمناطق المرتبطة بضبط الحركة والإشارة البصرية المكانية المعقدة والذاكرة في ذلك. (Osuch, Benson, et al 2001)

ولهذا يعتبر العديد من الباحثين أن العقل السليم في الجسم السليم مقولة صحيحة وصادقة، ومع ذلك يعاني الكثيرون من مشكلات صحية؛ نتيجة لطبيعة أفكارهم وعاداتهم الروتينية ونتيجة عدم ممارسة الرياضة، ويحتاج البعض إلى أن يعزز ثقته بنفسه من خلال الإحساس بالقيمة الذاتية والكفاية والقدرة على التغلب على المشكلات، والمواجهة الناجحة الفعالة والتي تعتبر مصادرة نفسية واقية من مواجهة الإحباط وضغوط الحياة، وتساعد على استعادة التكيف والاستمرار في مواجهة الضغوط والنكسات، فاستعادة الاعتقاد في الذات وفاعليتها هو ما يعيننا عند مواجهة مصاعب الحياة. (عبد العال، 2002: 147)

وكما تتجه كثير من جهود الباحثين بالغرب إلى دراسة اضطراب ما بعد الصدمة وتطوير تدخلات علاجية ملائمة لهذا الاضطراب؛ نظراً لتزايد نسب المصابين به، إلا أن الاهتمام بهذا الاضطراب في عالمنا العربي لا يزال دون المستوى المطلوب خاصةً في المجتمع الفلسطيني؛ لأن جميع الدراسات يكمُن تركيزها على الدراسات الوصفية الكمية، والقليل منها يركز على الدراسات

التجريبية العلاجية بخلاف بعض الجهود الرائدة التي قام بها الدكتور. عبد العزيز ثابت في العديد من أعماله حول محاولاته المستمرة لنقل علم النفس من الوصف إلى التجريب .

ويكاد يتفق المعالجون النفسيون على اختلاف توجهاتهم وانتماءاتهم الفكرية، على أن العلاج النفسي الجماعي "Group psychotherapy" هو صورة نشطة ومتطورة من العلاج النفسي، وذلك لما يتيح العلاج النفسي الجماعي من مزايا لا تتوفر في العلاج النفسي الفردي (أحمد، 2009: 35)

واعتماداً على وجهة النظر تلك، استخدم الباحث في هذه الدراسة أسلوبين من العلاج النفسي وهما: العلاج السلوكي المعرفي، وأسلوب التدخل بواسطة منهج العقل والجسم بالرغم من أن كلا الأسلوبين يستخدمان في تخفيف حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند المراهقين، إلى أن الباحث وجد أن العديد من الدراسات قد اهتمت بدراسة كل أسلوب على حدة.

فمن الدراسات التي تناولت موضوع العلاج المعرفي السلوكي، والذي تم اختبار فاعليته في خفض حدة الاضطرابات النفسية مثل دراسة: (ضمرة وآخرون، 2013) دراسة: (عيطة، 2013) دراسة: (محمد، 2011) دراسة: (بدران، 2010) دراسة: (السنباتي، 2005) ومن الدراسات الأجنبية دراسة (Wild , Ehlers, 2010) دراسة (Cohen et al, 2001) دراسة كنج (King, 2000)، ومن الدراسات التي أثبتت فاعلية منهج العقل والجسم في تخفيف حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة دراسة: (Catani et al. 2009) دراسة: (Staples et. Al, 2011) دراسة: (CMHP, 2005) دراسة (Gordon et al. 2006) دراسة: (CMHP, 2005) دراسة (Gordon et al. 2004)، وحيث لا توجد دراسة (عربية أو أجنبية) في - حدود علم الباحث - قد تناولت الأسلوبين معاً، وذلك مع عينة من مرضى اضطراب ما بعد الصدمة لتحديد الفاعلية النسبية لكل منهما، وإذ أضفنا إلى ذلك ندرة الدراسات العربية في هذا المجال وخاصة في المجتمع الفلسطيني تناولت مدى فاعلية العلاج المعرفي والسلوكي، وعلاج العقل والجسم في تخفيف حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، والأعراض المصاحبة لهذه الفئة من المراهقين.

وهذا ما دفع الباحث للتصدي لمشكلة الدراسة الحالية، حيث أن المراهقين الفلسطينيين يتعرضون يومياً إلى أحداث مؤلمة من قتل، وتدمير، وتهجير، ونظراً لتعدد البرامج النفسية المستخدمة في قطاع غزة جاءت فكرة الدراسة محاولة التأكد من مدى فاعلية بعض أساليب العلاج المعرفي السلوكي، ومنهج العقل والجسم في خفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، والأعراض المصاحبة عند المراهقين بقطاع غزة.

1-1 مشكلة الدراسة:

أن الشعب الفلسطيني يمر بظروف ضاغطة وصعبة، ونظراً لزيادة ظاهرة أثر الحرب على الأطفال والمراهقين، وعلي الرغم من توافر بعض البحوث التي تناولت نتائج التعرض لخبرات صادمة زمن الحرب يؤثر بشكل سلبي على النمو العقلي والثقافي لدى الأطفال مثل دراسة أبو هين (2005-2006)، ودراسة قوتة (2004-2005-2006)، ودراسة ثابت (2006-2012) و (2013)، إلا أنه هناك ندرة شديدة في بحوث دراسة كيفية علاج الاضطرابات التي يعاني منها المراهقين نتيجة هذه الحروب باستخدام العلاج المعرفي السلوكي، وعلاج العقل والجسم، ولا سيما بالمجتمع الفلسطيني، وحيث أن الباحث يعمل مرشد نفسي في مدارس وكالة الغوث الدولية لتشغيل اللاجئين ومؤسسات المجتمع المدني كمشرف على برامج الدعم والتدخل النفسي الاجتماعي، قد لاحظ من خلال عمله كمرشد نفسي الازدياد الواضح في المشكلات السلوكية والانفعالية لدى المراهقين وخصوصاً الانخفاض الواضح في مستوى التحصيل الدراسي، وضعف التركيز والانتباه، والتبول اللاإرادي، والقلق والخوف، والاكتئاب خلال فترة الحرب الأخيرة وما بعد ذلك من استمرار للأعراض، ومع شيوع اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) محلياً وعالمياً، والارتفاع المتزايد في نسب الإصابة به بين السكان، نتيجة للحروب وضغوط الحياة المتزايدة عليهم وتعرضهم لأنواع مختلفة من الصدمات النفسية، وبأحجام مختلفة من الشدة ومع خطورة هذا الاضطراب على مستوى عوامل الشخصية لدى الأفراد، حيث أنه يشل حركة الفرد ويجعل منه عالة على نفسه وعائلته ومجتمعه. قد جاءت هذه الدراسة لتقدم إسهاماً في مجال اضطراب ضغط ما بعد الصدمة من خلال بناء برنامج علاجي يساهم في خفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، والأعراض المصاحبة عند المراهقين الفلسطينيين.

وعليه تتمحور مشكلة الدراسة في السؤالين الرئيسيين التاليين:

- ما فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وأعراض المرض المصاحبة (سمة وحالة القلق والاكتئاب) لدى عينة من المراهقين في قطاع غزة؟
- ما فعالية برنامج علاج العقل والجسم في خفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة (سمة وحالة القلق والاكتئاب) لدى عينة من المراهقين في قطاع غزة؟

ويتفرع عن السؤالين الرئيسيين الأسئلة التالية:

- ما أكثر أنواع وشدة الخبرات الصادمة التي تعرض لها المراهقين في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في شمال قطاع غزة ؟
- ما مستوى أعراض كرب ما بعد الصدمة لدى المراهقين في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في العينة؟
- ما مستوى القلق (حالة - سمة) لدى المراهقين في المجموعة التجريبية والمراهقين في المجموعة الضابطة في العينة؟
- ما مستوى الاكتئاب النفسي لدى المراهقين في المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج ؟
- ما مستوى التشوهات المعرفية المتعلقة باضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى المراهقين في المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج ؟
- ما درجة السلوك العدواني عند المراهقين في المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في العينة ؟

2-1 مبررات الدراسة:

- من خلال عمل الباحث كمرشد نفسي في مدارس وكالة الغوث الدولية لتشغيل اللاجئين الفلسطينيين، وكمشرف على برامج الدعم والتدخل النفسي والاجتماعي من خلال عمله بمؤسسات المجتمع المدني، قد لاحظ تزايداً واضحاً في عدد حالات القلق، والاكتئاب، وضعف بالتحصيل الدراسي، مشاكل في التركيز، ومشاكل بالنوم ، بعد الحرب الأخيرة على غزة، الأمر الذي يستدعي الحصول على معلومات حول مدى تأثير الخبرات الصادمة التي تعرض لها المراهقين نتيجة الحرب، وكيف عملت على تطور المشاكل النفسية وخصوصاً اضطراب ما بعد الصدمة من أجل الوقوف على أبعاد حجم المشكلة؛ وذلك بهدف بناء برنامج علاجي ووقائي فعال للحد من آثار اضطراب ما بعد الصدمة على النمو النفسي للمراهقين الفلسطينيين على المدى القريب والبعيد.
- موضوع (PTSD) في التصنيفات الطبية والعالمية والتعديلات المتكررة التي تجري عليه عالمياً، يبرر إجراء المزيد من الدراسات وفي بقاع مختلفة من العالم ولجوانب مختلفة من

هذا الاضطراب من حيث (الأسباب والأعراض ومعايير التشخيص والعلاج والتنبؤ والوقاية للوصول إلى تصنيف ثابت لهذا الاضطراب).

- الندرة الكبيرة في الأبحاث التي تناولت متغيري الدراسة (المستقل والتابع) كل على حدة أو الاثنين معاً، فلم يحصل الباحث على أي دراسة فلسطينية تناولت استعمال (العلاج المعرفي السلوكي - علاج العقل والجسم) لأي نوع من أنواع الاضطرابات النفسية أو العقلية في حدود علم الباحث، أما المتغير (التابع) اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) فبالرغم من الكم الهائل من الدراسات المحلية إلا أن أغلبها دراسات مغايرة للمنهجية المتبعة بالبحث، أما عن دراسة فاعلتين لبرنامجين العلاج فلم يحصل الباحث على دراسات محلية ولا عالمية في ضوء الدراسة حسب حدود علم الباحث.
- استهدف الباحث فئة المراهقين لأنها مرحلة من مراحل النمو ذات أهمية تتطلب دراستها بعمق، ولأنها مرحلة انتقالية من الطفولة إلى الرشد و تتفرد بتغيرات البلوغ وما يرتبط بها من طفرة في النمو الجسمي والعقلي والاجتماعي والانفعالي وما تظهره هذه التغيرات من قلق واكتئاب وانعدام الإحساس بالهوية الذاتية وهم أكثر تأثراً وحساسية بالمواقف الصادمة بسبب التغيرات التي تتفرد بها هذه المرحلة.
- أهمية هذه المرحلة من مراحل العملية التعليمية في تحديد وتخطيط المستقبل العلمي، وكذلك مرحلة المراهقة هي مرحلة انتقالية في جميع الجوانب النفسية والعقلية والاجتماعية التي يحتاج فيها المراهق إلى توجيه وتوعية في ظل الأحداث الضاغطة، وعملية عدم التوازن التي يوجد عليها المراهق الفلسطيني.
- عدم وجود إطار علمي أكاديمي واضح وعملي (للعلاج المعرفي السلوكي - علاج العقل والجسم) يمكن أن يكون العلاج الأجدى والأنفع في حال تطبيقه في مجتمعنا من منطلق ثقافتنا الفلسطينية.
- تحديد ومعرفة انتشار اضطراب ما بعد الصدمة بين المراهقين الفلسطينيين؛ بهدف مساعدة العاملين بالمؤسسات من أخصائيين نفسيين وأطباء نفسيين وأخصائيين اجتماعيين ومرشدين تربويين وآخرين ممن يعملون في هذا المجال في تخطيط البرامج الوقائية من الاضطرابات النفسية الناتجة عن الصدمات النفسية، مع الاستفادة من برامج التدخل الذي قام الباحث بتقنياتها والتأكد من فاعليتها.

- أنها باكورة الدراسات في المجتمع الفلسطيني التي عملت على تطوير برنامج علاجي لمساعدة المراهقين المتأثرين بالحرب الأخيرة على غزة، وتباعاً تفتح المجال للأخريين للعمل على تطوير برامج علاجية تساهم في التقليل من الاضطرابات النفسية لدى المراهقين المتأثرين بالحرب وغيرهم.

1-3 أهداف الدراسة:

بما أن الدراسة الحالية تتناول موضوعاً من أهم الموضوعات في مجال الصحة النفسية، وهو دراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقل والجسم في خفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، فإن الباحث يتطلع من وراء الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة والمحددة بالقلق والاكتئاب، وتتبع مدى استمرار فاعلية هذا البرنامج العلاجي، فيما أحدث من خفض لمستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة - أن وجد في فترة المتابعة.
2. التعرف على مدى فاعلية علاج العقل والجسم في خفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة والمحددة بالقلق والاكتئاب، وتتبع مدى استمرار فاعلية هذا البرنامج العلاجي، فيما أحدث من خفض لمستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة - أن وجد في فترة المتابعة.
3. مقارنة مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقل والجسم في خفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة - أن وجد - لدى المراهقين من الذكور والإناث.
4. تقديم برنامج علاجي في العلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقل والجسم في خفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة؛ وذلك لمساعدة العاملين في مجال الصحة النفسية في تقديم الخدمات بصورة جماعية نظراً لأعداد المتزايدة من المراهقين المتأثرين من الظروف الصاغطة.
5. التقدم من خلال نتائج الدراسة بالتوصيات والمقترحات اللازمة نحو توجيه الإباء والمعلمين والجهات الفنية في وضع الخطط والبرامج والخدمات النفسية، التي تساعد في إرشاد وتوجيه وعلاج بعض الاضطرابات لدى المراهقين.

1-4 أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في أنها من أوائل الدراسات العربية عامة حسب علم الباحث والتي تناولت العلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقل والجسم لاضطراب ما بعد الصدمة، وبشكل خاص لدى المراهقين المتأثرين بالحرب من حيث استخدام أسلوبين علاجيين، كما أنها أول دراسة في المجتمع الفلسطيني حسب حدود علم الباحث، ومن هنا سيقوم الباحث باختبار فعالية علاج العقل والجسم ومقارنة نتائجه مع برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ومن المتوقع أن تسهم هذه الدراسة في التزويد بأساليب علاجية فعالة ليس في علاج اضطراب ما بعد الصدمة فقط، بل في علاج الاضطرابات النفسية المرافقة التي يعاني منها المراهقين مثل القلق والاكتئاب، وتتبع أهمية هذه الدراسة في محاولتها توظيف برنامج علاجي في تخفيض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة، وتبرز الأهمية بشقين:

الأهمية النظرية:

- تعتبر هذه الدراسة في مجتمعنا الفلسطيني، في حدود علم الباحث بأنها الدراسة الاولى التي تناولت موضوع فاعلية العلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقل والجسم كدراسة تجريبية مقارنة وكتقديم برنامج علاجي لخفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة.
- إعطاء القائمين على تربية الأجيال طرق مساعدة عن كيفية استخدام العلاج المعرفي السلوكي ومهارات العقل والجسم للتعامل مع مشاكل المراهقين المتنوعة مع إلقاء الضوء بشكل علمي على التدخلات العلاجية الأكثر مناسبة في خفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.
- تقلل هذه الدراسة من الاعتماد على نتائج الدراسات والبحوث التي أجريت في مجال الصحة النفسية والعلاج النفسي في المجتمعات الأخرى، وذلك لخصوصية المجتمع الفلسطيني وعليه فهذه الدراسة سوف تسهم في إثراء مكتباتنا الفلسطينية من الدراسات المتعلقة بمجالات الصحة النفسية والعلاج النفسي.
- قد تفيد الدراسة الأخصائيين النفسيين والمرشدين في العيادات والمدارس الحكومية ووكالة الغوث الدولية لتجاوز العقبات التي تحول دون أداء عملهم على النحو الجيد المطلوب.

- قد تفيد الدراسة الجهات المشرفة في المنظمات الحكومية والغير حكومية في المؤسسات والعيادات والمدارس في مجال الصحة النفسية المجتمعية من ناحية التخطيط للنشاطات الجماعية والفردية.
- كما تبرز أهمية الدراسة من خلال استخدام الفنيات العلاجية المتنوعة التي استخدمت فيه، والتي جمعت بين الفنيات التي استخدمها كل من ارون بيك Aaron,T,Beck , ودونالد ميكنبوم Donald ,Mechenbuam ، وألبرت اليس Albert ,Elise وهم يمثلون قادة هذا المنحى العلاجي، حيث أن هناك دراستين تناولت موضوع الخبرة الصادمة من منظور العلاج العقلاني الانفعالي.

الأهمية التطبيقية:

- تساهم هذه الدراسة في الرقي بمستوى التدخل العلاجي في مجتمعنا الفلسطيني من خلال تنمية توجهات الباحثين اتجاه هذا النوع من أبحاث المقارنة.
- تساعد هذه الدراسة المرشدين العاملين بوكالة الغوث الدولية والمدارس الحكومية على مساعدة الطلاب الذين يعانون من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة من خلال الاستفادة من برنامج الدراسة
- قد يستفيد من الدراسة المرشدين العاملين بوكالة الغوث والمشرفون التربويون والموجهون العاملين في الصحة النفسية والمجتمعية والباحثون في الجامعات والأخصائيون النفسيين العاملين في المؤسسات الأهلية والمجتمعية.
- قد تسهم هذه الدراسة في تطوير أساليب العمل بالمؤسسات التي تهدف إلى رعاية المراهقين المتأثرين باضطراب ما بعد الصدمة الناتج عن الحرب.

5-1 مصطلحات الدراسة:

تم تعريف متغيرات الدراسة بعد مراجعة الدراسات السابقة والأدبيات ذات الصلة باضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المرافقة على النحو التالي:

الصدمة النفسية:

وتعرفها الرابطة الأمريكية للطب النفسي بأنها " التعرض لحدث صدمي ضاغط على نحو مفرط الشدة، متضمناً خبرة شخصية مباشرة لهذا الحدث الذي ينطوي على موت فعلي أو تهديد بالموت أو إصابة شديدة أو غير ذلك من التهديد للسلامة الجسمية، أو مشاهدة حدث يتضمن موتاً

أو إصابة أو تهديداً بسلامة الجسم لشخص آخر، أو الإصابة مما قد وقع لعضو من أعضاء الأسرة، أو لبعض الأصدقاء. (American Psychiatric Associate , 1994:P463) .

فعالية: Effectiveness:

تعرف وفقاً لمعجم مصطلحات العلوم الاجتماعية بأنها " القدرة على تحقيق نتيجة مقصودة طبقاً لمعايير محددة سلفاً - وتزداد الفاعلية كلما أمكن تحقيق النتيجة المطلوبة بشكلٍ كامل (بدوي، 1982، ص128)

البرنامج:

هو مجموعة أو سلسلة من النشاطات أو العمليات التي ينبغي القيام بها لبلوغ هدف معين، وهدف البرنامج هو تنظيم العلاقة بين أهداف الخطة ومشروعاتها وطريقة تنفيذها. (osipow,et.al,1970: P3)، وهذه الخطة تتضمن أنشطة وعمليات تستهدف مساعدة الفرد على الوعي بسلوكه ومشكلاته وتدريبه على اتخاذ القرارات المناسبة بشأن الحلول اللازمة للمشكلات وتحرير طاقات الفرد الكامنة وتنمية قدراته ومهاراته. (عريبات، 2001: 16)

العلاج المعرفي السلوكي: Cognitive Behavior therapy:

هو اتجاه علاجي حديث ونسبي، يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة، والعلاج السلوكي بما يضمه من فنيات، ويعتمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد، إذ يتعامل معها معرفياً وانفعالياً وسلوكياً، بحيث يستخدم العديد من الفنيات، سواء من المنظور المعرفي أو الانفعالي أو السلوكي. كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية بين المعالج والمريض، فتتحدد في ضوءها المسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما سيعتقد فيه من أفكار مشوهة، واعتقادات لا عقلانية مختلة وظيفياً تعد المسؤولية عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها المريض. (عبد الله، 2000: 17)

التعريف الإجرائي للبرنامج العلاجي: Therapeutic Program CBT:

هو البرنامج الذي أعده الباحث بهدف خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، والذي استند إلى النظرية المعرفية السلوكية، حيث اشتملت جلساته العلاجية على الاستراتيجيات الآتية: إعادة البناء المعرفي، والحديث الذاتي الموجه، والتعرض، والاسترخاء العضلي الذي اعتمد على الأسلوب التعليمي التثقيفي وأسلوب المناقشة، التخيل الموجه، التدريب على توكيد الذات.

مهارات العقل والجسم (Mind & Body Skills):

هي مهارات جمعية توفر قدراً كبيراً من التعبير عن الذات والتأمل الداخلي والاسترخاء والتخيل، حيث تعتمد على مقدرتنا على استخدام عقولنا للحصول على تغييرات صحية في أجسادنا، وكذلك استخدام قوة أجسادنا للحصول على تغييرات صحية في عقولنا.

التعريف الإجرائي للبرنامج العلاجي: Therapeutic Program MBM :

هو البرنامج المعد من قبل الباحث بالاستعانة بالبرنامج الذي أعدته جمعية علاج العقل والجسم، وجرب في مجتمعات غير مجتمعنا؛ بهدف خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، والذي استند إلى النظرة الشمولية بنظريات علم النفس، حيث اشتملت جلساته العلاجية على الاستراتيجيات الآتية: الرسومات، التغذية الحيوية الراجعة والتحفيز الذاتي، مسح الجسم، التنفس والحركة، التأمل بالعمق، شجرة العائلة، حوار مع الأعراض، المرشد الحكيم.

تعريف اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD) Post traumatic stress disorder :

أنه استجابة متأخرة لحادث أو موقف ضاغط جداً، ذا طبيعة تهديدية أو كارثية، ويسبب كرباً نفسياً لكل من يتعرض لها تقريباً، من قبيل: كارثة من صنع الإنسان، أو معركة، أو حادثة خطيرة، أو مشاهدة موت آخرين في حادث عنف أو أن يكون الفرد ضحية تعذيب أو إرهاب أو اغتصاب أو أي جريمة أخرى، وهذه الاستجابة تكون على شكل خوف شديد، أو عجز أو رعب ونتيجة لذلك يصاب الشخص بإعراض من القلق والاستثارة التي لم تكن موجودة لديه قبل تعرضه للصدمة. (DSM-TR, 1994)

ويعرفه الباحث إجرائياً لأغراض هذه الدراسة:

هو ما يقيسه مقياس اضطراب ما بعد الصدمة والذي يتضمن الأبعاد التالية: البعد الأول تكرار الخبرة، والبعد الثاني التجنب، والبعد الثالث الاستثارة الزائدة، ويعبر عنه بالدرجة التي يحصل عليها المراهق على الأبعاد الثلاث للمقياس.

تعريف القلق:

هو شعور غامض غير سار، مصحوب بالخوف والتوتر متبوعاً ببعض الإحساسات الجسدية مثل زيادة نشاط الجهاز العصبي الإرادي، ضيق التنفس، سرعة ضربات القلب. (فايد، 2001: 46)

حالة القلق:

هو وضع طارئ وقتي عند الفرد يحدث له إذا تعرض لأحد الموضوعات التي تثير هذا القلق، واختفاء هذه الموضوعات بالقضاء عليها والابتعاد عنها تنتهي حالة القلق وتتفاوت شدة هذه الحالة حسب درجة التهديد أو الخطر التي يدركها الفرد والتي يحتويها الموقف المهدد. (صبره، 2004: 29)

سمة القلق:

هو عبارة عن أساليب استجابية ثابتة نسبياً تميز شخصية الفرد، أي أن القلق المستثار في هذه الحالة يكون مرتبط بشخصية الفرد، ولذا يرتبط التفاوت في درجة قلق السمة أكثر بشخصية الفرد والفروق الفردية التي تميزه، وهذا النوع من القلق هو الأكثر ارتباطاً بالصحة النفسية للفرد (المرجع السابق، 2004: 92)

تعريف الاكتئاب:

هو المحتوى الفكري لمرضى الاكتئاب على فكرة الفقد، على وقوع فقدان كبير، فيحس المريض منهم أنه قد خسر شيئاً يراه ضرورياً لسعادته أوطمأنينته. و يتوقع من أي مشروع هام نتائج سلبية، و يري نفسه مفتقدا للصفات اللازمة لتحقيق أهداف ذات شأن. و تؤدي التوقعات السلبية إلى الانفعالات المميزة للاكتئاب: الحزن، و الإحباط، و التبذل. فضلاً عن أن الاكتئابي حين يقوى فيه الإحساس بالتورط في موقف بغض و مشاكل عصية تتبدد دافعيته التلقائية البناءة، وربما غلبه ميل قاهر إلى الهرب من هذه الحالة غير المحتملة عن طريق الانتحار. (أرون بيك، 2000: 99)

الأطفال: Children

وفقاً لنص المادة (1) من اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل فإن الطفل هو كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشر من العمر. (ديلاني، 2006: 10)

المراهقة:

عرف ما رسول وبراكاني (1999):

هي مرحلة انتقالية تتمحور في العديد من التغيرات الجسدية والانفعالية والاجتماعية التي تعرقل التوازن الداخلي للموضوع، والتي تعرف بإعادة الأنا والبحث عن وسائل جديدة لإثبات الذات. (Pierre Ghoslin, 2006: 25)

1-6 حدود الدراسة:

الحد الزمني:

استغرقت فترة الدراسة 6 شهور من بداية العام الدراسي "2012-2013"

الحد المكاني:

تم تطبيق الدراسة في مدارس الثانوية العامة من محافظة الشمال، وذلك نظراً للضرر الكبير الذي لحق بالمدينين بشكل عام، والمراهقين بشكل خاص.

الحد البشري:

وتحدد إطار العينة في عدد المراهقين من كلا الجنسين بمحافظة الشمال من مدارس الثانوية العامة، من عمر 16-17 سنة والذي بلغ عددهم (758)، وتم اختيار العينة العلاجية من الذين حصلوا على 60% فما فوق على مقياس كرب ما بعد الصدمة، وتم استبعاد الحالات التي لا تنطبق عليها الشروط، وتم تقسيم العينة بطريقة عشوائية إلى مجموعتين مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة قوام كل منها (10) حالات، بحيث تصبح العينة العلاجية بعلاج السلوكي المعرفي مجموعتان تجريبيتان وضابطتان عدد (40)، وعلاج العقل والجسم مجموعتين تجريبيتان وضابطتان عدد (40) من كلا الجنسين

وقد تم اختيار العينة طبقاً للشروط التالية:

- أن يتراوح سن المراهق ما بين 16-17 سنة.
- مراعاة الباحث حجم عينة الدراسة من حيث الجنس والعمر والمستوى الدراسي كسنة دراسية مع أخذ موافقة أولياء الأمر والمراهقين.
- أن يكون من الأشخاص الذين تعرضوا لحدث صادم.
- أن يحصل على 40% فما فوق في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة.
- استعداد الحالات للتعاون مع الباحث من أجل إنجاح خطوات العلاج.

المعايير التي لا تنطبق على العينة:

- المراهقين الذين يعانون من أمراض نفسية أخرى.
- المراهقين الذين يسكنون في منطقة جغرافية أخرى غير التي تقع فيها المدرسة.

الحد المؤسساتي:

مدرسة حمد بن خليفة آل ثاني (ب) - ومدرسة معاوية بن سفيان الثانوية للبنين - ومدرسة
تل الربيع الثانوية للبنات -، وتم تنفيذ جلسات تطبيق البرنامج بمؤسسة التوت الأرضي،
ومؤسسة التأهيل المجتمعي وبلدية بيت لاهيا بعد أخذ الموافقات من قبل أولياء الأمور والمراهقين
والمسؤولين بالمدارس.

الفصل الثاني

الإطار النظري

- المبحث الأول: اضطراب كرب ما بعد الصدمة.
- المبحث الثاني: العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة.
- المبحث الثالث: علاج العقل والجسم.

2-1 المبحث الأول: اضطراب كرب ما بعد الصدمة:

2-1-1 أولاً: النشأة التاريخية لكرب ما بعد الصدمة:

أن تسمية وضعية الشعور بتهديد الحياة (اقترب الموت) باسم العصاب الصدمي، هي تعود إلى العالم (Oppenheim)، حين أطلق هذه التسمية عام (1884)، وقد كان له الفضل في عزل هذا العصاب وتمييزه بوصفه يخلف آثاراً نفسية ناجمة عن الرعب المصاحب للأحداث الصدمية. وزاد الاهتمام بعد ذلك بدراسة هذا الاضطراب أبان الحربين العالميتين الأولى والثانية حتى تحول إلى اختصاص متفرد هو (علم نفس الكارثة) (النابلسي، 1991: 18-19).

وإن أقدم قصة حول عصاب الصدمة النفسية (Traumat Stress Disorder) هي قصة محارب أثينا، الذي ذكره هيرودوتس، الذي أصيب بالعمى نتيجة لمجابهته لعدو ضخم الجثة جعله يحس أن موته بات وشيكاً.

ويذكر أن (ابن سينا) هو أول من درس العصاب الصدمي بطريقة علمية تجريبية، إذ قام بربط حمل وذئب في غرفة واحدة، دون أن يستطيع أحد منهما مطاولة الآخر، فكانت النتيجة هزال الحمل وضموه، ومن ثم موته، وذلك على الرغم من إعطائه كميات الغذاء نفسها التي كان يستهلكها حمل آخر يعيش في ظروف طبيعية. (النابلسي، 1991: 16).

وتعددت الأسماء التي كانت تسمى بها مجموعة الأعراض التي تعقب الأحداث الصدمية أو الصدمات النفسية ومنها: صدمة القنابل Shell Shock (Myers, 1940)، صدمة البدن Traumat Phobia (Abraham Karbner, 1941)، رهاب الصدمة (Rado, 1942)، عصاب الحرب War neurosis (Grinker & Spiegl, 1943)، انفعال الصدمة Cross Stress Reaction (DSM-I-1951)، الاضطراب الوضعي العابر Transient Situational Disturbances (DSM-II-1968)، متلازمة صدمة الاغتصاب Survivor Rape trauma Syndrome (Burgess Holstrom, 1974)، متلازمة الناجون Nervous Shock Syndrome (Kijak & Funtowicz, 1982)، الصدمة العصبية Post Traumatic Stress Disorder (Page, 1985) - اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) وفي كتب التشخيص (ICD-10, 1987) (DSM-III-R, 1987) (DSM-III, 1980) (DSM-IV, 1994) (1990) في التصنيفات الدولية احتل PTSD الرقم (5) من اضطرابات القلق Anxiety Disorder في الكتيب التشخيصي (Manoal)، وهو متخصص في الأمراض النفسية والعقلية (حسن، 2001: 18).

واحتل الرقم (8) من اضطرابات القلق في المراجعة الرابعة للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-IV). (APA, DSM-IV, 2000, P:412). والرقم (F.43) من اضطرابات القلق في التصنيف الدولي العاشر للأمراض (ICD-IO) (منظمة الصحة العالمية، 1996، ص152).

ويكتب بالعربية تحت مصطلحات عدة منها (العصاب الصدمي، أو الرضحي) (الناقلي، 1991، ص:15)، و (عقبى الكرب الرضحي) (الكبيسي وآخرون، 1995، ص:6). و (الشدة النفسية عقب التعرض للصدمة) (الناقلي، 1991، ص:21)، و (اضطراب الإجهاد ما بعد الشدة). (السامرائي، 1994، ص:39)، وسمي (اضطراب عقابيل التعرض للشدائد النفسية) (الطراني، 1995، ص:7)، وسمي (اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية)، (الكبيسي، 1998، ص:4). وهو عند المحللين النفسيين يسمى (عصاب الصدمة)، وعند الأطباء النفسيين يسمى (وضعية الكارثة)، وعند علماء النفس العياديين والصحة النفسية يسمى (الصدمة النفسية) (الناقلي، 1991: 6-7).

وحسب ما يري الباحث أن اضطراب كرب ما بعد الصدمة إنما يمثل محوراً مركزياً لاهتمام الباحثين في الوقت الحالي، حيث يواجه الفرد بضغوط عديدة وصدمات متنوعة تضعف من قواه وتؤثر في مجرى حياته، لذا، يعرض الباحث فيما يلي بعض المدخلات النظرية المتعلقة بهذا الاضطراب الجلل بغية إلقاء الضوء على متضمناته. ونظراً لتخصص الباحث، وطبيعة البحث يقعان ضمن التسمية الأخيرة، فقد سُمي هذا الاضطراب (PTSD) في البحث الحالي ب: اضطراب كرب ما بعد الصدمة **Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)** لأنه يمثل محوراً مركزياً لاهتمام الباحثين في الوقت الحالي، حيث يواجه الفرد بضغوط عديدة وصدمات متنوعة تضعف من قواه وتؤثر في مجرى حياته، لذا، يعرض الباحث فيما يلي بعض المدخلات النظرية المتعلقة بهذا الاضطراب الجلل بغية إلقاء الضوء على متضمناته.

- الضاغط والضغط Stressor & Stress

تؤكد تعريفات الضغوط Stressors الصدمية، التي تعد بالغة التعدد في تفسير الضغط من خلال التفاعل بين الفرد وبيئته، من خلال إدراك الفرد بأن حدثاً سيشكل تهديداً له ويصبح هذا التهديد بمثابة ضغط عليه وعندما يحتاج إلى السيطرة على ردود الافعال الجسمية والاضطرابات الانفعالية والادراكية والتكيف للتعامل معها. وتعتمد ردود الافعال هذه على مدى إدراك الفرد للضغط الذي يهدده (Goldstein, 1994: 520-527).

وإن اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD) لهو الحالة الوحيدة المتضمنة في الدليل التشخيصي والإحصائي DSM والتي يعد فيها حدوث ضاغط ما جزءاً من التشخيص. وبخلاف اضطرابات القلق الأخرى والتي يتم وصفها ببساطة من خلال ما تتسم به من أعراض، فإن اضطراب PTSD، إنما يتطلب وقوع حدث أو الضواغط ذات شدة كافية. (Schiraldi, 2009, p. 7)

فبينما تميل الحالات النفسية إلى أن تتجمع معاً، بحيث إذا عانى شخص ما من أحد الاضطرابات النفسية العصابية فإنه يكون أكثر عرضة للمعاناة من اضطراب آخر بصورة متزامنة وهو ما يطلق عليه "ترافق الأمراض" Comorbidity، فإن الموقف فيما يتعلق باضطراب كرب ما بعد الصدمة يبدو مختلفاً بعض الشيء، حيث يملئ المعيار التشخيصي لهذا الاضطراب وجوب تعرض الفرد لحدث مهدد غير معتاد. (Weller, 2009) فقد عرف سيللي الانعصاب بأنه "استجابة غير محددة يقوم بها البدن في مواجهة أي مطلب يطلب منه". فبينما أشار إليه كولمان على أنه انعصاب أطلق عليه سيللي: المعصب أو الضاغط. (إ. م. كولز، 2008: 338) أن الضغط إنما يعبر بصفة عامة عن الحالة الانفعالية الداخلية التي تسم الإنسان عندما يواجه مهمة تفرض عليه شروطاً مزعجة أو غير مرغوب فيها أو لا يستطيع الوفاء بها. (Kyptopsychology.com/beh6.pdf)

2-1-2 الصدمة النفسية:

وتعرفها الرابطة الأمريكية للطب النفسي بأنها "التعرض لحدث صدمي ضاغط على نحو مفرط الشدة متضمناً خبرة شخصية مباشرة لهذا الحدث الذي ينطوي على موت فعلي أو تهديد بالموت أو إصابة شديدة أو غير ذلك من التهديد للسلامة الجسمية، أو مشاهدة حدث يتضمن موتاً أو إصابة أو تهديداً بسلامة الجسم لشخص آخر، أو الإصابة مما قد وقع لعضو من أعضاء الأسرة، أو لبعض الأصدقاء. (American Psychiatric Associate, 1994: P463)

الصدمة والحادث الصدمي Trauma and Traumatic Event:

في الأصل الإغريقي للكلمة اليونانية صدمة Trauma هو جرح أو ضرر يلحق بالجسم (محمود، 2008). ولقد استخدمها فرويد ليدلل على معان ثلاث في معنى الصدمة العنيفة، الكسر، أو الإصابة بعاهة وأثرها على الإنسان. (سفيان أبو نجيلة، 2001: 120) والصدمة هي الضواغط التي نواجهها في حياتنا التي يكون لها من الشدة والترويع الانفعالي ما يخلف ندبات نفسية مستديمة. (Porterfield, 1996, p.13). كما تعرف الصدمة بصفة عامة على أنها

الأحداث الضاغطة التي تكون سببا في مواجهة الفرد لتحديات تعترض سبيل توافقه وتكيفه. (Agaibl & Wilson, 2005) وتتحدد الصدمة تبعاً لشدتها وللعجز الذي يحد المرء نفسه فيه (ضعف الأنا وقوتها) و مجابقتها للصدمة أو محاولة خفض الحصر الناجم عنها بحلول سوية مألوفة تنتهي إلى الفشل في بعض الأحيان، مما يضطر الأنا للقيام بدفاعاته لمواجهتها. (سفيان أبو نجيله، 2001: 121) وقد توصل سيللي إلى نموذج متلازمة التكيف العام (AGS) General Adaptation Syndrome ليصف به ردود أفعالنا تجاه العوامل الضاغطة، وهو

يحدد ثلاث مراحل في استجاباتنا، على النحو التالي:

المرحلة الأولى: استجابة الاستنفار The Alarm Reaction

يقوم الجسم بتعبئة كل موارده في هذه المرحلة وفيها تستنفر الدفاعات الفيزيولوجية وتستدعي للعمل. وتحدث التغيرات الأيضية بما في ذلك ازدياد إفراز الهرمونات، وازدياد نشاط القشرة العليا للغدة الأدرينالين وتغيرت في المعدة والأمعاء، ولكن الضغوط إذا استمرت، أصبحت الإفرازات الهرمونية الزائدة عديمة الفائدة وتحولت فأصبحت ضارة بالفعل مؤدية إلى تغيرات مرضية تؤثر على المخ والأعضاء الأخرى.

المرحلة الثانية: المقاومة The Stage of Resistance

التي تتميز بنشأة مقاومة معينة للضغط المعين الذي يواجه الفرد واحتفاء الاستجابة للمثيرات الأخرى. ودوام "مرحلة المقاومة" يعتمد إلى درجة كبيرة على قوة الفرد، ولكن إذا أجبر على الاستمرار لفترة طويلة (المرحلة الثالثة) فإن مرحلة الإنهاك سوف تحدث بشكل مؤكد.

المرحلة الثالثة: الاستنزاف أو الإنهاك The Stage of Exhaustion

تنتج هذه المرحلة عن استنفاد الكائن العضوي لموارد التكيف عنده أثناء التعامل مع الضغوط الأصلية، وعندئذ يصبح الكائن الحي غير قادر على المقاومة بعد أن انهارت دفاعته، وأصبح الشخص مكشوقاً. (المرجع السابق "124)

أن الأحداث الصدمية تنسم بأنها تمثل تهديداً خطيراً لحياة الإنسان ولتكامل أعضائه جسمه، وإلحاق الأذى بمن حوله، وأنها ذات آثار تحطيمية مفاجئة.

ويوجد عاملان يجعلان الحادث صادمًا:

1. تهديد بالموت أو إصابة خطيرة تلحق بنا أو شخص آخر.

2. شعور قوي بالخوف والعجز.

ويذكر باول Powell أنه قد تم استعارة مصطلح الضغط النفسي من العلوم الفزيائية وتعوزه الدقة عندما يطبق على السلوك الإنساني، وغالبًا ما يتم استعماله مرادفًا لمصطلح القلق إلا إنهما في الحقيقة مختلفان؛ إذ القلق قد يولد ضغطًا نفسيًا، واستجابة القلق تحدثها في الغالب مثيرات مهددة للفرد، في حين أن استجابة الضغط النفسي تظهر عندما يطلب من الفرد التكيف مع التغيرات البيئية سواء أكانت هذه التغيرات مهددة أم بناءة بالنسبة للفرد. (محمود، 2009: 19)

وتركز معظم أبحاث الضغوط على رد الفعل على الموقف الضاغط بالقدر نفسه التي تركز فيه على الموقف الضاغط نفسه. (نجيله، 2001: 141)

وفيما يلي عرض الأحداث الصدمية والضواغط محتملة الوقوع في الجدول التالي

جدول رقم (2-1)

الأحداث الصدمية والضواغط محتملة الوقوع

الإنسانية العمدة	
(من صنع الإنسان، مقصودة، كيدية)	المشاركة في أعمال عنف/فظائع (على سبيل المثال أطباء النازية أو الجنود) أو التواطؤ مع المتعدي/مرتكب الجريمة.
القتال، الحرب الأهلية، مقاومة العراك، إساءة المعاملة.	الانتحار أو صور من الموت الفجائي.
جنسيًا - غشيان المحارم، الاغتصاب، التعرية القسرية، الاستعراض الجنسي، أو الإباحية، اللمس، الملاطفة أو التقبيل غير الملائم.	التهديدات بالموت.
انفعاليا - العزلة، التهديد بترك أو التخلي عن الشئون، التخويف، ألقاب مهينة، الأهمال	تلف أو فقدان أجزاء الجسم.
جسميًا - الضرب، الركل، الإيذاء، الخنق، الربط، المطاردة، الإكبار على تناول الطعام أو الشراب، التهديد المسلح، إساءة معاملة كبار السن من قبل أبنائهم.	الإنسانية غير العمدة
انفعاليا - العزلة، التهديد أو التخلي عن الشئون، التخويف، ألقاب مهينة، الأهمال الاقتصادي، التهوين من إساءة المعاملة أو إنكارها، الاستيلاء على السلطة أو السيطرة، تدمير الممتلكات، تعذيب الحيوانات الاليفة، الأهمال الجسدي (ترك الفرد وحيدًا دون غذاء أو استحمام).	(الحوادث، الكوارث التكنولوجية)
التعذيب (ويمثل التعذيب الجنسي الحالة الأسوأ منه ذلك كونه يجمع بين الوحشية الجسمية، الانفعالية والروحية).	الصناعية (مثل تعطل رافعة).
الاعتداء الإجرامي، جريمة عنف، سرقة، السلب بالعنف، اعتداء عنف أسري.	نشوب نيران، حرائق (مثل أن تشب النيران في رافعة نفط).
كون الفرد رهينة، السجن كأسير حرب أو في معسكر اعتقال.	الانفجار.
الاختطاف.	حوادث مركبات السير، تحطم طائرة، تحطم قطار، حوادث ركوب الزوارق، الغرق.
	كارثة نووية (تشرنوبل، وثرني مايل أيلاند).
	الاتلاف الجراحي للجسم أو فقدان جزء منه، عملية تخدير باءت بالفشل (خاصة عندما يكون عمر الفرد صغير للغاية).
	أفعال الطبيعية / الكوارث الطبيعية
	إعصار.
	إعصار التيفون.
	رياح هوجاء.
	سيول.
	زلازل.

إساءة المعاملة الدينية. الاعمال العنيفة المميتة للناس القصف (مثل هيروشيما ومدننة اوكلاهوما) أن يشهد الفرد جريمة قتل، اعتداء جنسي، ضرب، تعذيب، إلخ. هجوم قنص. الخطف. الشغب. أن يشهد الفرد استجابات الخوف من قبل والديه. الإدمان على الكحول (ويعزي ذلك إلى تأثيراته على أعضاء الأسرة).	انهيار تلجي. ثوران بركاني. حرائق. الجفاف، المجاعات. هجوم من قبل الحيوانات (مثل الكلب). مرض فجائي مهدد للحياة (مثل النوبات القلبية، الحروق الشديدة). الموت الفجائي (مثل فقدان الجنين)*.

- رُغم أن الوفاة التي تعزي إلى أسباب طبيعية لا تعد بصفة عامة ضاغطة صدميًا، فإن بعض الأفراد يطورون بصورة واضحة اضطراب PTSD بعد مشاهدة موت أحد أحبائهم نتيجة مرض ما. (Schiralsi,2009: p.5)

وقد تم تصنيف الاستجابات للخبرات الضاغطة إلى ثلاث مجموعات وذلك في الدليل التشخيصي والإحصائي DSM-IV والتصنيف الدولي للأمراض ICD-10 في جدول التالي:

جدول رقم (2-2)

تصنيف الاستجابات للخبرة الضاغطة

DSM-V	ICD-11
اضطراب الضغط الحاد.	استجابة الضغط الحادة.
اضطراب الضغط اللاحق لصدمة.	اضطراب الضغط اللاحق لصدمة.
اضطراب التوافق.	اضطراب التوافق.
- مع مزاج اكتئابي.	- استجابة اكتئابية موجزة.
- مع مزاج يمزج بين القلق والاكتئاب.	- استجابة تميز بين القلق والاكتئاب.
- مع القلق.	- اضطراب سائد في انفعالات أخرى
- مع اضطراب السلوك.	- اضطراب سائد في السلوك.
- مع اضطراب يجمع بين الانفعالات والسلوك.	- اضطراب يمزج بين الانفعالات والسلوك.
- غير محدد.	- أعراض معينة أخرى.

وقد تم تغيير ترتيب المجموعات الفرعية بغية إظهار أوجه الشبه والاختلاف بين كلا النظامين. (Gilder, et al, 2007: p. 154)

واعتماداً على ما تقدم من عرض لمفاهيم الضغط والضاغط والصدمة، حيث يرى الباحث في عرض تلك المفاهيم تمهيداً لتفصيل الحديث عن اضطراب الضغط اللاحق لصدمة، ويرى الباحث أن المجتمع الفلسطيني عامة والمراهقين والأطفال خاصة تعرضوا إلى العديد من الخبرات الصادمة التي تركت أثراً عميقاً على جوانبهم النفسية والاجتماعية والعقلية والجسدية وخاصة ما تشهده الحروب من استخدام أسلحة جديدة لم يعهدها المجتمع الفلسطيني في الانتفاضة الأولى والثانية، والحرب فتغير المقاومة من لغة الحجر إلى لغة الصواريخ والطائرات جعل أفراد المجتمع في حالة قلق وتوقع للخطر من تجدد الأحداث فكل ذلك جعلهم في حالة من الذهول والخوف المؤدي إلى القلق وصولاً إلى الصدمة.

2-1-2 تعريف اضطراب كرب ما بعد الصدمة:

أن اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD) هو اضطراب نفسي معقد يتضمن أعراضاً تنتمي لمجالات متنوعة والتي يبدو كونها قد نتجت عن استخدام مجموعة من الميكانزمات المتعددة. (Suvak & Barrett, 2011: P 33)

وإن هذا الاضطراب هو أحد اضطرابات القلق والذي يتطور نتيجة التعرض لضغط صدمي شديد يستحث الشعور بخوف، أو فزع أو عجز حاد. (Taylor, et al, 1997: p.152) كما أن هذا الاضطراب إنما هو أحد العواقب الشائعة للأحداث الصدمية مثل الاعتداء البدني أو الجنسي. (Dunmore, Clark, & Ehlers. 2001) كما تصاحبه مجموعة من الأعراض المعينة التي تعقب حدثاً مسبباً للكرب، وهو ما اصطلح على تسميته بالصدمة، وهي ما تكون خارج حدود الخبرة الإنسانية المعتادة. (Porterfield, 1992, p.127) وفيما بين المدنيين، فإن الصدمة المؤدية لاضطراب PTSD، طبقاً لما أورده الرابطة الأمريكية للطب النفسي، "هي حدث خارج حدود الخبرة الإنسانية والذي عادة ما يسبب الكرب بوضوح لكل فرد تقريباً". (Heston, 1992, p.127) وتظهر أعراض هذا الاضطراب بعد التعرض لحدث صدمي بمدة قصيرة، وعادة ما يطالها الانحسار لدى غالبية من يعبرون عنها في مستهل ظهورها، مخلفة قلة ذات دلالة تعاني من صورة مزمنة من اضطراب الضغط اللاحق لصدمة. (Shalev, 2009) وعادة ما يعتمد تشخيص اضطراب الضغط اللاحق لصدمة على عدة افتراضات محورية، خاصة الافتراض الذي مفاده أن فئة محددة من الأحداث الصدمية إنما ترتبط بزملة إكلينيكية بعينها. وإن هذا الافتراض المحوري بشأن الأسباب المحددة إنما يسفر عن تمييز ظاهري لتشخيص اضطراب الضغط اللاحق لصدمة عن كافة الاضطرابات السيكياترية الأخرى. (Rosen & Lilienfeld, 2008: P. 45)

وقد كان أول من تعرف إلى تشخيص متلازمة الضغط هو كاردينر في عام 1941م، باعتباره اضطراباً ذا مكونات نفسية وجسمية متضمنة في الاستجابة الصدمية. (Johnston, 2010: P.37)

وإن الافتراض القائل بأن صدمة الحياة المبكرة إنما ترتبط بخطر متزايد يتعلق بالإصابة باضطرابات القلق والمزاج قد لاقى تدعيماً على نطاق واسع من قبل التقارير السردية المستوحاة من المفاهيم المتعلقة بأهمية الفترات المبكرة من النمو في ضوء التحليل النفسي. (Nemeroff, Bremner, 2006: P.77)

حيث تم التعرف إلى صدمة الحياة المبكرة في الوقت الحالي بوصفها عاملاً خطيراً وجوهرياً في تطوير المرض النفسي في الحياة اللاحقة، بما في ذلك تطوير اضطراب PTSD وكذلك اضطراب الاكتئاب الرئيس. (Ballenger, et al , 2004: P 46)

وثمة وجهة نظر تقليدية تنظر لكل من الذهان واضطراب الضغط اللاحق لصدمة بوصفهما اضطرابين متميزين مفاهيمياً، ولكن مع ذلك فإنها تقترح أن خبرة الفرد للذهان الحاد و/أو الإيداع في مستشفى نفسي قد تمثل خبرة صدمية كافية تستحث تطوير اضطراب PTSD. (Morrison, Frame, & Larkin, 2003)

أن العناصر الجينية الصدمية للخبرة الذهانية قد تكون ذات صلة بالطبيعة المصبغة بالكرب للأعراض الذهانية، ومكونات العلاج أو كليهما. (Mueser et al, 2010 P. 88)

وبينما انصب اهتمام الدراسات النفسية الفسيولوجية لاضطراب PTSD على الإشارة إلى تأثيرات المثيرات المتعلقة بالصدمة، لم تنتبه إحداها إلى الكشف عن تطوير الصور الاقتحامية والحالات الوجدانية في غياب إشارات معينة. وقد قارنت دراسة جولد فينجر وآخرين. Gold finger et al (1998) الإثارة التلقائية أثناء الاستجابات لاختبار رورشاخ المتعلقة باضطراب PTSD لدى المحاربين ذوي اضطراب PTSD في مقابل ضابط الحروب وغير ضابط الحروب. وقد أسفرت هذه الدراسة عن ظهور الاستجابات المتضمنة مكونات صدمية عند الاستجابة لاختبار رورشاخ لدى المجموعة ذات اضطراب PTSD فقط وأن هذه الاستجابات قد أظهرت ارتفاعاً في استجابات الجلد (SC) ومعدل ضربات القلب (HR)، كما أن ذوي اضطراب PTSD كانوا أكثر سهولة في الإثارة خاصة تحت ظروف العجز والضغط التي خبروها. (Gold finger,et al , 1998: P.99)

وقد وضعت الرابطة الأمريكية للطب النفسي تصنيفاً لأعراض اضطراب PTSD يضم ثلاث فئات وفقاً لما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الرابع، وقد كانت هذه الفئات هي: أعرض إستعادة الخبرة، أعراض زيادة الاستثارة الفيزيولوجية وأعراض التجنب أو التخدر. (Becker & Arden, 2008, p. 33)

وحسب تعريف الدليل التشخيصي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة: **Post traumatic stress disorder (PTSD)**

إنه استجابة متأخرة لحادث أو موقف ضاغط جداً، ذا طبيعة تهديدية أو كارثية ويسبب كرباً نفسياً لكل من يتعرض لها تقريباً، من قبيل: كارثة من صنع الإنسان، أو معركة، أو حادثة خطيرة، أو مشاهدة موت آخرين في حادث عنف، أو أن يكون الفرد ضحية تعذيب أو إرهاب أو اغتصاب أو أي جريمة أخرى، وهذه الاستجابة تكون على شكل خوف شديد أو عجز أو رعب ونتيجة لذلك يصاب الشخص بأعراض من القلق والاستثارة التي لم تكن موجودة لديه قبل تعرضه للصدمة. (DSM-TR, 1994)

ولاضطراب الضغوط التالية للصدمة أعراض أولية Primary، وأخرى ثانوية Secondary، والأعراض الأولية هي ما تشكل الأساس لتشخيص هذا الاضطراب، أما الثانوية فهي تلك الأعراض التي تظهر على خلفية الإصابة بالاضطراب ذاته، وهو ما يعرضه الباحث فيما يلي:

– أعراض إعادة الخبرة المتصلة بالصدمة والمعاناة منها. تعد إعادة المعايشة الاقتحامية عرضاً محورياً من أعراض اضطراب PTSD. والتي يمكن أن يبدو في صور عدة، بما في ذلك الصور الاقتحامية، الومضات، والكوابيس، والكرب، والاستجابات الفيزيولوجية عند مواجهة رموز معينة. (Ehlers, Hackman, & Michael, 2004: P.58)

ويتخذ ذلك أشكالاً عدة منها:

1. الأفكار المقتحمة، والمشاعر، والصور، والذكريات، حيث تراود الأفراد ذوي اضطراب PTSD ذكريات شديدة الإلحاح متعلقة بالصدمة بينما من المفارقات أن يحدث خلل في ذكريات الحياة اليومية بالنسبة لهم. (Guez, 2011:P.102)
2. تذكر الحادث بشكل معاود يسبب الانزعاج والاضطراب.

3. الأحلام والكوابيس المعادة بشكل مضائق، وقد ذكر فرويد أن تكرار صدمة ما، سواء أكان ذلك في الأحلام أو في الواقع، إنما يمثل محاولة لاستعادة بغية استعادتها الفرد لسيادته لهذا الموقف، وتكون هذه الكوابيس سبباً في الإبقاء على حيوية الأزمة ونشاطها. (Slaby, 1989: p.49)

4. يعيش الفرد الحادث مرة ثانية، والخداعات، والهلاوس، واستعادة شريط الذكريات.

5. الكرب النفسي الشديد عند التعرض لإشارات ترمز للصدمة أو تشبه أحد معالمها. (Schiraldi, 2009: p.6)

وقد كان بيير جانبه Janet هو أول من عرض بوضوح وبصورة منظمة كيفية كون التفكك Dissociation هو الدفاع السيكولوجي الأكثر مباشرة ضد الخبرات الصدمية التي تكتنف الفرد. (Hart & Horst, 1989: P.104)

أعراض التجنب والخدر Numbness:

وهي حالة من التجنب والخدر وهي ترتبط بالمجموعة الأولى؛ ذلك لأن معايشة الخبرة يصاحبها تجنب شديد الإلحاح لأي إشارة ترتبط بالحادث الصادم، وينطوي هذا التجنب على تحاشي الأفكار المتعلقة بالصدمة أو الحديث عنها، وذلك الجهد لتجنب أي سلوك أو نشاك قد يثير استرجاع الصادم مع التناقض في التجاوب مع العالم الخارجي، كما تتناقض الأنشطة التي كانت مصدراً للاستمتاع من قبل. (ماجد محمود، 2008)

فإذا أقدم ضحايا الصدمة على تقييد نشاطهم التقليدي الذي يتضمن المنظم لما يذكرهم بالحادث، يحتمل أن تتخذ أعراض اضطراب PTSD صورة مزمنة. (Foa, 2006) ويعد الخدر؛ طريقة لإنكار الصدمة وخفض حساسية الأزمة بالنسبة للفرد.

ويحدث الخدر نظراً لأنه لا توجد ثمة طريقة يسيرة لإيقاف تدفق المشاعر البغيضة دون العمل على إيقاف كافة المشاعر بما فيها المشاعر الإيجابية مثل الفرح، والدعابة، والحب. كما يحدث الخدر كذلك نتيجة الاكتئاب الذي يتطور بشكل شائع لدى الأفراد ذوي اضطراب PTSD. ونتيجة لهذه الضحالة الوجدانية، غالباً ما ينسحب الأفراد من العلاقات ويرودهم الشعور بعدم الكفاية أو الشعور بالخوف من أن يتسبب سلوكهم أو مزاجهم في إيذاء الآخرين. (Buchner & Arden, 2008 p. 37)

وفي بعض الأحيان، قد يخبر ذوو اضطراب PTSD استبعاداً للذكريات المتعلقة بالفترات المؤلمة من حياتهم وكذلك يخبرون فقداناً للذاكرة. لذا فإن الفرد ذا الصدمة قد لا يمكنه تذكر تاريخ وفاة زوجته في حادث سيارة، وإن فرد آخر تعرض لانتهاك ما قد يعاني فجوات في ذاكرة طفولته. (Schiraldi, 2009, p. 10)

أعراض زيادة الاستثارة الفسيولوجية:

نظرًا لأن الأفراد ذوي اضطراب PTSD إنما يعانون من بقاء جهازهم الخاص بالتنبه في حالة يقظة متواصلة وعادة ما يستثارون بسهولة بواسطة ما يذكهم بالصدمة، فذك عادة يخبرون مدى متنوعاً من الأعراض الفسيولوجية. (Buckner & Arden, 2008, p. 35)

وفيما يلي عرض للإشارات الدالة على زيادة الإثارة:

- اضطراب النوم ويتضمن صعوبة الدخول في النوم أو الاستغراق فيه، والوخز، وفط الحركة أثناء النوم، و/أو الاستيقاظ في حالة عدم ارتياح. وقد تعزى مرات الإيقاظ المتعددة إلى كوابيس، وإن الخوف من الكوابيس قد يفضي بدوره إلى الخوف من الذهاب إلى النوم، خاصة إذا كان الفرد قد تعرض لانتهاك ما في الفراش.
- عدم الارتياح أو انفجار الغضب التي قد تبدو في صورة تحطيم الأشياء، والجدال العنيف، وعدم القدرة على معالجة الأمور، والصراخ، والانتقاد العنيف أو الجزع. عادة ما يسبب الغضب الذي لم يهدأ بعد حالة من التعب. وقد يمتزج ذلك بالشعور بالخزي، والإحباط والخيانة أو أية انفعالات أخرى غير سارة، والتي تؤدي إلى تقلب المزاج وانفجارات الغضب المكبوت. وقد يشعر الفرد بالحرج أو الذنب.
- إعاقة الذاكرة وصعوبات التركيز.
- التيقظ الزائد. أن الأفراد ممن خبروا صدمة ما سوف يكونون على أهبة الاستعداد المضاد للذكريات الاقتحامية. وعادة ما يميلون إلى الحذر بشأن التأكد من أنه لن تحدث مزيد من الإصابات. ويمكن أن يظهر التيقظ الزائد في صورة: الشعور بكون الفرد مستهدف، والشعور بالخوف المتزايد من أشياء كثيرة، والعجز عن الشعور بالسكينة في الأماكن الآمنة، والشعور بالتكرار. (Schiraldi, 2009, p.9)

وقد كشفت دراسة دالجليش وآخرين Dalglish التي تناولت توزيع الانتباه البصري بالنسبة للمواد المتعلقة بالتهديد ومثيلاتها المتعلقة بالاكنتاب عن أن الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب

PTSD، مقارنة بالعينة الضابطة، قد قاموا بتوزيع موارد العمال في ناحية المثيرات المهددة اجتماعياً وبعيداً عن المثيرات المتعلقة بالاكتئاب. وقد تلاشي هذا التجنب الانتباهي للمعلومات المتعلقة بالاكتئاب لدى المرضى ذوي اضطراب PTSD مع مرور الزمن وتقدمهم في العمر.

(Dalgleish, Moradi, Taghavi, Neshat-Doost, & Yule, 2001)

- المبالغة في استجابة الإجهال، وتعني سهولة الشعور بالفزع كما تتضمن استجابة الجهاز العصبي بصورة مفرطة للفزع أو حتى الضوابط غير المعتادة. لذا، فقد يقفز الفرد، أو يرتجف، أو يتوتر عند ظهور شخص ما فجأة أو عند قدومه من الخلف، أو عندما يحدث صوت مفاجئ، أو عندما يوقظه شخص ما أثناء النوم، أو عندما يقوم شخص ما بلمسه. وقد تكون حركة رموش العين أكثر سرعة. (Schiraldi, 2009, p. 9)

وفضلاً عن ذلك، تتضمن مؤشرات تنبه الجهاز العصبي ما يلي:

- ارتفاع هرمونات معينة في الدم متعلقة بالتعرض لضغط.
 - زيادة معدل ضربات القلب (سواء في حالة الراحة أو عند الاستجابة لضغط ما).
 - ارتفاع ضغط الدم.
 - التنفس السريع والعميق جداً مع احتمال فقد الشعور (زفير ثاني أكسيد الكربون بسرعة. وهو عادة ما يسببه التنفس السريع الضحل عن طريق الصدر، ولكنه قد ينتج كذلك عن التنفس العميق).
 - الشعور بضيق في الصدر أو المعدة.
 - التعرق / تصبب العرق.
 - الشعور بوخز مؤلم، الأيدي الباردة أو المتعركة. (Schiraldi, 2009, p. 10)
- ويعرض الباحث فيما يلي بعض الأعراض الثانوية لاضطراب الضغط اللاحق لصدمة.

- اضطراب الاكتئاب الرئيس: Major Depressive Disorder

أسفرت الدراسات عن أن التعرض لصدمة يشكل عاملاً خطيراً في تطوير اضطراب الاكتئاب الرئيس. (Green, Krupnick, Chung, , 2006: P.201)

2-1-3 النظريات المفسرة لاضطراب الضغط اللاحق لصدمة:

يبدو من الصعب - من وجهة نظر الباحث - الاعتماد على نظرية وحيدة لتفسير اضطراب الضغط اللاحق لصدمة، إذ أن هذا الاضطراب له من صور التعدد والتشعب والتعقيد ما يحول دون تفسيره ببساطة من خلال نظرية فريدة، والتي تركز بدورها على إحدى نواحي هذا الاضطراب مغلفة باقي النواحي التي لا تقل عنها أهمية من متضمنات هذا الاضطراب. وبناءً على ما تقدم، تعرض الباحث فيما يلي للنظريات المختلفة التي تناولت تفسير هذا الاضطراب.

1- نظرية الاستجابة للضغط Stress Response Theory:

يعد هوروفتزر من رواد مجال الاهتمام باضطراب PTSD ويعزي ذلك إلى اهتمامه البالغ بإعمال الأفكار، والصور، والأمزجة المتعلقة بالفقد والصدمة. (Brewin & Holmes, 2008) ويرى هوروفتزر أنه عند مواجهة صدمة ما، فإن الاستجابة الأولية للأفراد إنما تتمثل في الصراخ عند إدراك الصدمة أما الاستجابة الثانية فتقتصر على محاولة تمثل معلومات الصدمة الجديدة بواسطة معرفة متاحة مسبقاً. وعند هذه النقطة، قد يخبر كثير من الأفراد فترة من فرط المعلومات والتي يجدون أنفسهم فيها عاجزين عن إيجاد اتفاق بين أفكارهم وذكرياتهم عن الصدمة، وبين الطريقة التي كانت تظهر بها هذه أفكار والذكريات قبل الصدمة، واستجابة لهذا التوتر، تبدأ ميكانيزمات الدفاع النفسية في الظهور في ساحة المعركة لتؤدي دوراً في تجنب ذكريات الصدمة وفرض الحد الذي يمكن عنده استدعاء هذه الذكريات. (Brewin & Holmes, 2003: P.23)

2- نظرية الاشتراط التقليدي Classical Conditioning Theory:

أن الشخص المصدوم يحاول أن يهرب من المنبهات التي تذكره بالصدمة (التجنب)، وهذه المنبهات قد أصبحت مؤلمة للشخص لأنها اقترنت مثلاً بعمليات التعذيب أو تزامنت معها. من هنا يبدو أن الماضي المؤلم (التجربة الصادمة) يستمر عبر الحاضر والمستقبل وكأن الصدمة تطغي على كل شيء بحيث لا يعود التفكير المنطقي يعمل بشكل سليم. ويجري التعميم في استجابة الخوف إزاء المواقف والمنبهات التي ترمز إلى الصدمة أو تتشابه مع أدواتها.

(غسان يعقوب، 1999: 75)

3- نظرية الإعمال الانفعالي Emotional Processing Theory:

وقد طورها كل من "فو وروثباوم" (Foa and Rothbaun, 1998) والتي تعد امتداداً للنظرية التي وضعتها فو وآخرون (1989) عن إعمال المعلومات. وفي إحدى نواحي النمو، فإن

معارف الفرد قبل الصدمة وأثناءها وبعدها قد كانت ذات صلة باضطراب PTSD. ويفترض كون الأفراد ذوي وجهات النظر الأكثر جموداً سلبياً أو إيجابياً بشكل سابق على وقوع الصدمة هم أكثر عرضة لتطوير اضطراب PTSD، حيث أن الصدمة أما أن تقدم دليلاً مدحضاً قوياً لوجهات النظر الإيجابية أو تؤكد قرينتها السلبية. وتركز ناحية أخرى من النمو على كيفية ارتباط تقييمات الاستجابة والسلوكيات السلبية التي يتبعها الفرد باضطراب PTSD. كما تحدد هذه النظرية والسلوكيات كذلك العلاج، من خلال التأكيد على استخدام إعادة الخبرة المتكرر التي يفترض تميزها بتأثيرات إيجابية متنوعة، بما في ذلك خفض القلق وتغيير تراكيب الذاكرة. (Linde, 2007:P:20)

نظرية التمثيل المزدوج Double Representation Theory:

وترى هذه النظرية اضطراب PTSD بوصفه تكيفاً غير ناجح مع الصدمة. وتدمج هذه النظرية فينا بين نواحي كل من مداخل الأعمال المعلوماتية ونظيره الاجتماعي-المعرفي وذلك ضمن إطار يقيم تمايزاً بين العمليات العرفية في وقت وقوع الصدمة والتقدير الموقفية بعد الصدمة. (Brewin & Holmes, 2003) وترى هذه النظرية أن هناك ثلاث نتائج محتملة للإعمال الانفعالي للصدمة: الإتمام الناجح، والإعمال المزمن، والتثبيط المتكرر للإعمال. (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996) حيث تفترض هذه النظرية وجود جهازين للذاكرة بصورة متزامنة. الأول: وهو المعرفة المتاحة لفظياً والذي يمكن استدعائها عمداً من الذكريات الذاتية. أما الثاني: فهو المعرفة المتاحة موقفياً والتي تحتوي على الأعمال اللاشعوري للموقف الصدمي والتي تنفذ إلى جهاز الذاكرة تلقائياً (وليس عمداً) وذلك عندما يمر الفر بموقف ذي خصائص مشابهة أو معان مقارنة للموقف الصدمي. (Linde, 2007) أن ظهور أعراض الاضطراب هو ما يحدث نتيجة تفكك ذكريات الصدمة المتاحة موقفياً عن "جهاز الذاكرة المتاح لفظياً". ويتضمن العلاج تحويل الذكريات الصدمية المفككة إلى ذكريات عادية أو سردية. (Brewin & Holmes. 2003:P:122)

4- النظريات النفسية الدينامية Psychodynamic Theories:

يعد اضطراب PTSD اضطراباً فريداً بين الاضطرابات النفسية من حيث وقوع حادث جائح محدد يتم من خلاله التعرف إلى ظهور الأعراض النفسية، السلوكية والفيزيولوجية والتي تشكل هذه الزملة. وتركز النظريات السيكدينامية على ما تقوم به الخبرات الصدمية من وظيفة تتضح في إعادة تنشيط الصراعات الكامنة التي ترجع جذورها إلى مرحلة الطفولة. وتقترح النظريات اللاحقة أن اضطراب PTSD إنما يتعلق بالفشل في أحداث تكامل بين الصدمة ومفهوم

الفرد عن ذاته، وصورة العالم، ومعنى الحياة. ويعبر الصراع بين المعلومات الداخلية والخارجية عن نفسه من خلال الدفاعات، مثل أعراض التجنب، والأعراض الاقتحامية.

(Stoudemire, 1998, p. 329)

5- نظرية معالجة المعلومات Information – Processing Approach

يؤكد الباحثون أن المكونات المعرفية تلعب دوراً أساساً في تحديد شدة الاحساس بالحدث الصدمي وخاصة من المنظور الظاهراتي (الفينومينولوجي)، أي كيف يدرك الفرد أو الجماعة أحداث الرعب وظروفها وتفاعلاتها؟ وهنا تكون أحداث الرعب مواقف حرجة، بقدر الصور المعرفية الإدراكية لها، وبكيفية تلاؤم تلك المواقف داخل الإطار المرجعي للفرد عن الحياة، أي كيفية استقباله وتفسيره لتلك المواقف، ويشبه تابلين (Taplin, 1971) ذلك بعملية تجهيز أو تشغيل المعلومات (Information Processing) في الحاسب الآلي (الكمبيوتر) فالمعارف والإدراكات والتوقعات لدى الفرد في هذه المواقف كالحاسب المبرمج لاستقبال البيانات وتشغيلها والاستجابة لها وفقاً لذلك. وبالمثل فإن الموقف المرعب مدة زمنية فيها تكون المعلومات الجديدة التي يستقبلها الحاسب أما (أ) متنافرة (تتافر معرفي) Cognitive dissonance مع البرنامج القائم أو (ب) متواترة بكميات هائلة يخبرها الحاسب الآلي على أنها (حمل زائد) Overload أو سوء توظيف Malfunctioning وهنا ثمة صراع بين المعلومات الجديدة مع الإطار المعرفي Cognitive Framework لدى الأفراد وتوقعاتهم بشأن الموقف المرعب، ومن ثم فإن العمليات المعرفية في هذه الحالة هي عمليات وسيطة بين أحداث الرعب واستجابات الأفراد لها، وبذلك نستطيع أن نتبين الطبيعة القوية أو العنيفة لخبرة الحدث المرعب ودرجة الاحساس به ولمدى استمرار آثاره. (Taplin, 1971: 13-23)

ويتناول بعض الباحثين (منحى النظم) في التعامل مع الاضطرابات الصدمية من منظور وظيفي، إذ تتحدد الوظائف الأساسية لأية منظومة في وظائف ثلاث هي (1) التكيف مع البيئة، (ب) التكامل بين المنظومات الفرعية المختلفة، (ج) اتخاذ القرارات. ومن شأن أي اضطراب في هذه الوظائف الثلاث يمكن أن يؤدي إلى اضطراب. فالحدث الصدمي قد يعكس نوعاً من اضطراب التوافق مع البيئة أو من نقص التفاعل بين المنظومات المختلفة داخل النسق العام للمجتمع أما وظيفة اتخاذ القرارات فهي حجر الزاوية في استراتيجيات المواجهة كبعد رئيس من أبعاد نظرية اضطراب ما بعد الصدمة ومن ثم فإن وظيفة اتخاذ القرارات إبان الأحداث الصدمية تأخذ وجهتين:

حل الأحداث المربعة بأستراتيجيات فعالة لمواجهةها، أو الاضطراب والاختفاق في التعامل معها. (Taplin, 1971:13-23).

ويقدم هوروتز (Horowitz, 1976) أنموذجاً لاضطراب ما بعد الصدمة إذ يقول:

(يتمثل أول رد فعل لأحداث الصدمة وما تتضمنه من إحساس بالتهديد والخطر في الصرخة والاحتجاج (Outery)، وهي ردود أفعال للحالة الانفعالية كانعكاس مباشر للصدمة، أي هي ردود الأفعال الأولية لتأثير الحدث الصدمي).

ويؤدي رد الفعل الأولي للصدمة إما إلى الإنكار / الرفض للحدث أو إلى الانغمار فيه، ويشير الإنكار / الرفض (Denial) إلى اظهار التماسك والقوة، وقد تصاحب هذه الحالة التخدر الانفعالي Emotional Numbing التي قد تظهر في شكل نزعة إلى اللا تفكير فيما حدث أو إلى القيام بأنشطة كما لو أن الحدث لم يقع.

أما الانغمار Intrusiveness فيتضمن التدفق اللاإرادي للأفكار والمشاعر المؤلمة فيما يتعلق بأحداث ومآسي الصدمة، إذ يدور الفرد في دوامه هذه الأفكار والمشاعر التي تتملكه وتستحوذ عليه. هناك من الأفراد من ينتقل مباشرة من مرحلة الإنكار إلى مرحلة الانغمار، وهناك غيرهم من يتأرجح بينهما فيعيش هاتين الحالتين.

ويعقب ذلك مرحلة العمل في التغلب على الحدث الصدمي (Working through) وهي المرحلة التي يجري فيها تشغيل تلك العمليات التي يعمل الأفراد فيها في التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم وعن صور خبرات الحدث الصدمي وعلي تعرفها وتحديدها، وكذلك على تقبلها واستيعابها، وتلك مرحلة من التقدم نحو استعادة التوازن وترشيد الحياة بعد الحدث الصدمي، وهنا قد يحتاج بعض الأشخاص إلى المساعدة أو السند من الآخرين لكي يصلوا إلى هذه المرحلة من تطور حالة الحدث الصدمي.

أما مرحلة الاكتمال (Completion) فهي مرحلة تكامل خبرة الحدث داخل حياة الفرد والجماعة واندماجها في نسيج حياة الفرد والجماعة وتلك هي المرحلة النهائية لخبرة الحدث الصدمي، إذ تتنامى قوى مواجهتها، ويجري تحديد المشاعر والأفكار والتعبير عنها، كذلك إعادة تنظيم فعاليات الفرد أو المجتمع لمواجهة الحدث وماينتج عنه من آثار والعمل على ترسم أسلوب جديد يفيد من خبرات الحدث الصدمي (بوجيو ، 1993: 276-277).

أما (Krupnick & Horowitz, 1981) فقد أشارا إلى أن الخوف والقلق والغضب والاحباط والشعور بالذنب والحزن تظهر تناذرات استجابة للضغوط (Krupnick & Horowitz, 1981: 428-429).

ويؤكد منحى النظم على تناول الاضطراب الصدمي بوصفه منظومة كلية تتفاعل في سياقها منظومات فرعية، ومن ثم يكون التعامل مع الأزمات وإدارتها ومواجهتها وفقاً لذلك النسق وهنا يحدد (Slaikeu, 1990) نسق الأحداث الصدمية في أربع منظومات فرعية هي: الأشخاص، وجماعة الأسرة، والجماعات الاجتماعية، والمجتمع، والثقافة وما تتضمنه هذه المنظومات الفرعية من متغيرات وكما يأتي:

الأشخاص:

تتضمن متغيرات هذه المنظومة جوانب وظائف الشخصية Personality Functioning وهي الجوانب السلوكية، والوجدانية، والجسمية، والعلاقات الشخصية والمعرفية، وهنا تتحدد حالة الصدمة بالتغيرات التي يخبرها الشخص في هذه الجوانب أو في بعضها، وهو ما ينبغي أن يتضمنه القياس الكلينيكي لتلك الجوانب.

جماعة الأسرة/ الجماعات الاجتماعية:

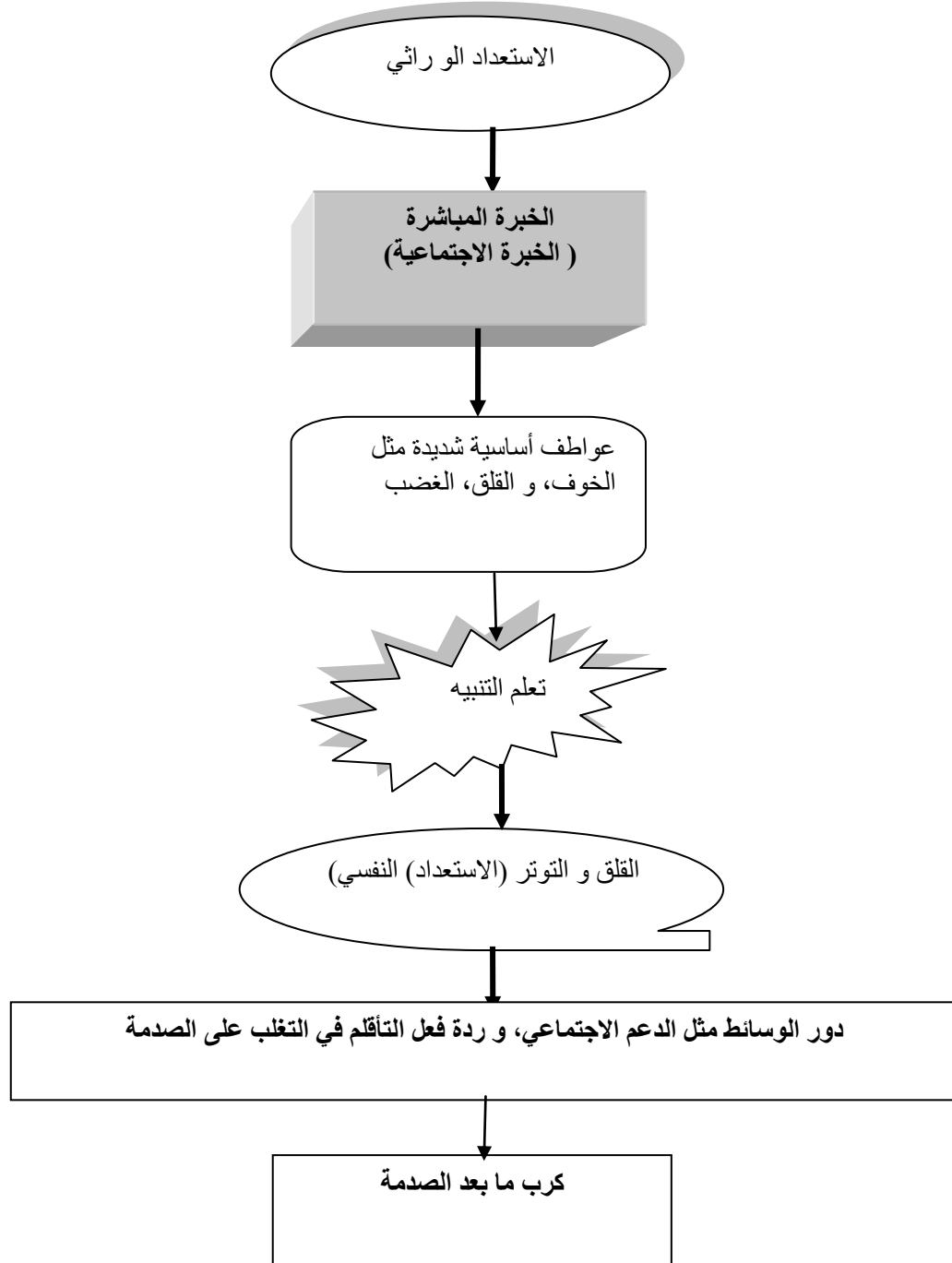
وهي طبيعة علاقة الأسرة، والاصدقاء، والجيران بالشخص الذي يتعرض (موقف الرعب) مثل التماسك، والترابط، وأنماط التواصل، والأدوار والمسؤوليات، والمرونة والقيم. وتمثل جماعة الأسرة/ الجماعات الاجتماعية " المنظومة الصغرى " Microsystem وهي الوسط الاجتماعي المباشر الذي يعيش الشخص فيه، وتتضمن المنظومة ما هو متاح في ذلك الوسط من امدادات اجتماعية Social Supplies تلعب دوراً أساساً في الحدث.

المجتمع:

وتشمل خصائص المجتمع من حيث المتغيرات الجغرافية، والمصادر المادية، والاقتصادية، والسياسات السائدة في الأجهزة الحكومية، والسياسية (التنفيذية والقضائية والتشريعية)، والأعمال والمهن والمدارس، ودور العبادة، والتنظيمات والمؤسسات المختلفة، ويتأكد من هذه المنظومة الدور الحاسم للأجهزة الحكومية والسياسية والاجتماعية في التعامل مع الحدث، وحتى إدارته عملاً على استعادة التوازن وإعادة البناء.

الثقافة:

وتشمل متغيراً هذه المنظومة فيما يسود أسلوب حياة المجتمع من عادات وتقاليده، واتجاهات ومعتقدات، ومعايير وقيم، وفي ذلك تنطوي الأزمة على تغير في أسلوب حياة الفرد والجماعة، أي في أساليب التفكير والسلوك والعمل وفي الانفعال والفعل والاتجاهات والقيم بل وفي فلسفة الحياة بصفة عامة (Slaikeu,1990: 30-36).



2-1-4 أسباب كرب ما بعد الصدمة:

Barlow, D. H.(1988). Anxiety and its disorder: The nature and treatment of anxiety and panic. New York: Guilford Press.

6- نظرية الأزمات المتعددة المنظومات Multimodal Crisis Theory

وأطلق عليها سلايكي (البروفيل المتعدد المنظومات) Personality Profile BASIC، واشتق هذه التسمية (BASIC) من الحرف الاول لكل مفهوم من هذه المفاهيم الدالة على المنظومات الخمس لأبعاد الأعراض أو المظاهر الاكلينيكية المصاحبة للازمات وهي:

1. المنظومة السلوكية Behavioral Modality / System
2. المنظومة الوجدانية Affective Modality / System
3. المنظومة الجسمية Somatic Modality/ System
4. منظومة العلاقات البينشخصية Interpersonal Modality / System
5. المنظومة المعرفية Cognitive Modality/ System

ويقدم سلايكي 1990 تحليلاً كينيكياً لأبعاد هذه الصورة الحالية للشخصية في متغيرات أو أنظمة فرعية Subsystems لكل منظومة من المنظومات الخمس وكما يأتي:

المنظومة السلوكية:

وتشير إلى النشاط الظاهري كما يتضح خاصة في العمل واللعب والترويح وعادات الطعام والسلوك الغذائي، والنوم، والسلوك الجنسي، واستخدام العقاقير والكحوليات والتدخين، كما يتضح أيضاً في بعض الافعال العدوانية، أو الانتحار أو القتل. وفيما يتعلق بعمليات قياس التوظيف السلوكي للشخص في هذه المنظومة، يلحظ أنه أولى اهتماماً كبيراً للأنماط السلوكية الرئيسة (Key Behaviors) من حيث الإفراط أو الإسراف أو العجز أو النقص كذلك جوانب القوة أو الضعف في هذه الأنماط السلوكية.

المنظومة الوجدانية:

وتتضمن طائفة كاملة من المشاعر التي قد يحملها الشخص لأي من هذه الأنماط السلوكية، أو للحدث الصدمي، أو للحياة بصفة عامة أو من وجود مشاعر مثل القلق أو الغضب أو الذنب أو الاكتئاب أو الانسراح ويراعى في هذه المتغيرات الانفعالية الاهتمام بقياس عامل الملاءمة الاجتماعية، أي ملاءمة هذه الانفعالات لظروف الحياة المختلفة، كذلك وجهة الانفعالات

من حيث التعبير عنها أو كفها او اخفائها، كما يرى أيضاً قياس مشروطية المشاعر المختلفة فيما يتعلق بالمقدمات والمترتبات.

ويصف هاموند وستانفيلد (Hamond & Stanfield, 1977) أربعة محددات أساسية للانفعالات (أ) يمكن فهم بعض الانفعالات على أنها استجابات فسيولوجية شرطية لمثيرات بيئية، (ب) يمكن النظر إلى الانفعالات على أنها استجابات لمثيرات داخلية، كالمعارف أو الخيالات أو الصور العقلية الأخرى، وفي ذلك يعدّ المنظرون المعرفيون أمثال بيك Beck وأليس Ellis أن الانفعالات استجابات لأحداث بيئية يجري توسيطها من خلال عمليات التفكير. (ج) وتتأثر الانفعالات بالسلوك، فالممارسة أو العمل، أو الأداء المشحون بآفعال من الانفعالات والمصاحب له من شأنه أن يعمق ذلك الانفعال (د) يمكن تفسير الانفعالات على أنها أفعال إجرائية موجهة نحو هدف ما، وحيث تكون الانفعالات أعراضاً وظيفية للتعامل مع البيئة، ومثال ذلك الشخص الذي يركز انتقائياً على الأحداث غير السارة في حياته إلى درجة نمو الاكتئاب عنده وهذه الحالة قد تكون وظيفة لاستدعاء التعاطف مع المحيطين به.

المنظومة الجسمية

وتندرج تحتها المشاعر الجسمية كلها من حيث الحساسية للصوت والرؤية واللمس والتذوق والشم، وتتضمن البيانات الكلينيكية في هذا الشأن الحالة الصحية العامة، وما قد يوجد من مظاهر جسمية مثل الصداع أو الآم المعدة أو اللزيمات العصبية، أو غير ذلك من الشكاوي المتعلقة بآضطراب أو مشكلات جسمية وفي مواقف وأحداث الأزمات الخاصة بترزلاتلزمات الجسمية لحالة الضغط النفسي الناجم عن الأزمة كأعراض سيكوسوماتية ظاهرة، وهي متلازمات إذا استمرت دون مساعدة كينيكية قد تؤدي إلى تدهور في الكفاية الجسمية، لذا فإن قياس هذه المنظومة وتشخيص أعراضها يرتبط مباشرة بالمهمة الأولى في حل الأزمة وهي البقاء الجسمي والفعالية الجسمية.

منظومة العلاقات البينشخصية:

وتتضمن تلك البيانات المتعلقة بالعلاقات الاجتماعية من حيث الكم والكيف بين الشخص والأسرة والأصدقاء وزملاء العمل وما في العلاقات البينشخصية من نواحي قوة، ومن صعوبات وإداء الأدوار مع الأشخاص المقربين (أدوار سلبية، أو استقلالية أو قيادية أو ندية)، وأسلوب حل الصراعات (أساليب توكيدية، وعدوانية أو انسحابية) والأسلوب الأساس للعلاقات البينشخصية)

استقلالي، وخانع، واستغلالي، وارتياحي، ومناور أو مضارب... الخ) مع ما تتضمنه هذه المتغيرات كلها من تحديد لطبيعة هذه العلاقات ومن تحليل لمكوناتها وللدوار فيها.

المنظومة المعرفية:

وتتضمن العمليات العقلية مثل الصور العقلية المتعلقة بالأهداف في الحياة والأسباب الدالة على مصداقيتها، واسترجاعات الماضي وطموح المستقبل، كذلك الأفكار الاجترارية غير المتحكم فيها نسبياً كأحلام سواء كانت أحلام اليقظة أو أحلام النوم وصورة الذات، والمعتقدات الدينية، وفلسفة الحياة، ووجود أعراض لهلوسات أو هذات أو أفكار العظمة والاتجاه العام (الاجباي أو السلبي) نحو الحياة وتشير المعرفة إلى وظائف كاملة من الأفكار وخاصة تلك التقريرات الذاتية Self Statements التي يقدر بها الاشخاص سلوكهم ومشاعرهم ونشاطهم الجسمي وعلاقاتهم، كذلك أحداث الحياة وغيرها (Slaikeu, 1990: 143-149).

7- النظريات البيولوجية Biological Theories:

حاول بعض الباحثين أن يربطون اضطراب معاً بعد الصدمة بعمل الدماغ وما يطرأ عليه من تبدلات كيميائية وفيزيولوجية ووظائفية. ويرى فان دير كولك (1984) van der Kolk أن الصدمة تؤدي إلى اضطراب في وظيفة الدماغ وبعض أنحاء الجسم. وهذا الاضطراب يظهر على الشكل التالي:

- ارتفاع في نسبة الكاتيكولامين في الدم.
- ارتفاع نسبة الأنيسيتيلكولين.
- انخفاض في نسبة السيروتونين في الدماغ.
- انخفاض في نسبة الدوبامين في الدماغ. (يعقوب، 1999: 78)

وقد اقترح كل من جبلاث وبونج وشيفر وويندلكن وميكولينسر (2005) Gillath, Bunge, Shaver, Wendlken and Mikulincer

أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق على اختلافها إنما يستجيبون بشكل أكثر قوة عن الأفراد الذين لا يعانون من أي من اضطرابات القلق أثناء قيام مناطق المخ بوظيفتها في تنظيم الانفعالات السالبة وخفضها بصورة سرية. (Gillath, 2005: P:88) وهناك أبنية متعددة في المخ، بوجه خاص، متضمنة في الفيزيولوجيا المرضية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة وهي: (1) الفصوص الجدارية Parietal Lobes ، والتي يظن أنها المسؤولة عن تكامل المعلومات من

مختلف المناطق القشرية المرتبطة، (2) اللوزة Amygdala، وهي تلك التي تتولى تقييم المعلومات المدخلة من ناحية جوهريتها الانفعالية كما ظهر أن اللوزة يتم تنشيطها عندما يتعرض الأفراد لما يذكروهم بالصدمة، (3) قرن أمون أو حصان البحر Hippocampus، والذي يعتقد أنه المسئول عن تشكيل خطة معرفية تتيح الفرصة لتصنيف الخبرة إلى فئات والذي اتضح أنه تضاعل حجمه لدى مدى متنوع من الفئات المتعرضة لصددمات، (4) الجسم الجاسئ أو الجسم الثفني Corpus Callosum والذي يسمح بنقل المعلومات بواسطة بين نصفي المخ، مما يحقق التكامل بين النواحي الانفعالية والمعرفية للخبرة وهو ما أظهر تضاعلاً في حجمه لدى البالغين ممن تعرضوا لانتهاك في مرحلة الطفولة، (5) التلفيف الحزامي Cingulate Gyros، والذي يظن أنه يؤدي دوراً بوصفه مضخماً ومرشحاً، والذي يساعد في إيجاد تكامل بين المكونات الانفعالية والمعرفية للعقل كما أنه يتم تنشيطه في أعقاب العلاج الفعال لاضطراب PTSD، (6) لحاء مقدمة الجبهة Prefrontal Cortex والذي يتولى حل المشكلات، التعلم والتمييز بين المثيرات المعقدة، وقد ظهر أنه يقل نشاطه لدى مرضى اضطراب PTSD عند تعرضهم لما يذكروهم بالصدمة، كما اتضح زيادة نشاطه، بالنسبة لما قبل العلاج، بعد تلقي مرضى اضطراب PTSD علاجاً فعالاً (Kolk, 2001: P.88).

وقد أكد النموذج الذي اقترحه كل من روش Raush، وشن Shin، وفيليبس Phelps، على الدور المهم الذي يقوم به الثالوث يضم ثلاثة أبنية المخ في ظهور أعراض اضطراب PTSD وما يتميز به هذا الثالوث من علاقات وظيفية، ويضم هذا الثالوث البنية المخية التالية: اللوزة (Rauch, Shin, & Phelps, 2006).

والتي تعد منطقة مفتاحية في التنشيط الزائد الذي يتضمنه اضطراب PTSD (Ahearn, 2007) Jürgen's, Smith, Krabn, Kalin, 2007، لحاء مقدمة الجبهة البطنية والإنسي Ventral/Medial Prefrontal Cortex (vm PFC). (Rauch, Shin, & Phelps, 2006)

كما برهنت كذلك دراسة كل من ليبرزون Liberzon وتايلور Taylor وأمدمور Amdur وجانج Jung، وشامبرلين Chamberlain، ومينوشوما Minoshima، وكويبي Koeppe، وفيج Fig أن الاستدعاء المنكر للذكريات الصدمية وفراط الاستثارة المنقطع المزمّن بوصفهما من خصائص اضطراب PTSD إنما هما من المتضمنات الناتجة عن نشاط المناطق الحوفية من المخ، بكت في ذلك اللوزة، وبنية قرن أمون، واللحاء الحوفي. (Liberzon et al, 1999: P.109)

وقد ربطت دراسة كل من اوسش Osuch، وبينسون Benson، وجيراسي Geraci، وبوديل Podell، وهيرسكوفيش Herscovitch، وماكان McCann، وبوست Post، بين شدة الومضات وتدفق الدم في الدماغ لدى عينة من مرضى الصورة المزمنة من اضطراب PTSD مقترحة تدخل ساق المخ والمناطق المرتبطة بضبط الحركة والإشارات البصرية المكانية المعقدة والذاكرة في ذلك. (Osuch, et al , 2001)

تعقيب:

في أغلب الاضطرابات النفسية لا توجد نظرية واحدة عامة ومتكاملة وشاملة تعالج وتفسر ظواهر هذا الاضطراب جميعها، إذ قد تفسر نظرية جزءاً من الاضطراب وتفسر أخرى جزءاً آخر منطلقاً من الأطر الفكرية أو الطبية المستندة عليها. واضطراب كرب ما بعد الصدمة واحد من تلك المواضيع التي تناولت تفسيرها نماذج نظرية متعددة، من بين تلك النماذج من يؤكد الموقف كعامل ضاغط إذ ترى أن الموقف يكون ضاغطاً على الفرد عندما يشعر الفرد بالعبء الزائد Overload لذلك الموقف والعجز إزاءه وعدم قدرته في السيطرة على مكوناته وبالمقابل هناك النموذج الذي يؤكد الاستجابة للضغوط، ورواد هذا النموذج هانز سيلبي Hans Selye في نظريته متلازمة التكيف العام General Adaptation Syndrome، التي يبين فيها أن ردود الفعل الجسدي تحت الأجهاد تمر بثلاث مراحل أساسية هي رد الفعل الانذاري، ومرحلة المقاومة ومرحلة الاستنزاف، وبذلك فإن هذا النموذج يؤكد الفروق الفردية في الاستجابة إذ تلعب خصائص الشخصية دوراً مهماً في الاستجابة في حين أن النموذج الأول يؤكد خصائص الموقف، أما النموذج الثالث فيؤكد التفاعل بين خصائص الشخصية وخصائص الموقف مضافاً إليها معلومات عن أسلوب التأقلم (Coping)، والدوافع للفرد. (Lazarus, 1976: p.44).

ولما كان اضطراب كرب ما بعد الصدمة من أهم مصادر الضغوط فإن النماذج النظرية التي فسرت الكيفية التي تحدث بها اضطراب كرب ما بعد الصدمة وإن اختلفت في تفسيرها للاضطراب إلا أنها لم تختلف في معايير الاضطراب الذي اعتمد على المراجعة الرابعة لتصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, DSM- IV).

وعلى الرغم من التعارض بين المدرستين المادية الشرطية، كما جاء بها بافلوف والدينامية النفسية، كما جاء بها فرويد فإن هناك الكثير من أوجه الشبه بينهما، فكلاهما ترجعان تكوين الشخصية وأسباب اضطرابها إلى سن الصغر، وأن أوجه الخلاف بينهما أن بافلوف واتباعه يفسرون الاضطرابات السلوكية والنفسية على أساس من خطأ في التفاعلات الشرطية التي تعرض

لها الفرد في نموه، بينما نجد أن فرويد وأتباعه يردون هذا الإضطراب إلى الصراعات النفسية التي يتعرض لها الفرد. وإلى فشله في حل هذه الصراعات حتى بعد اللجوء إلى عمليات الكبت المختلفة كوسيلة دفاعية للتخلص من وطأة هذه الصراعات. ووجد أتباع المدرسة السلوكية أن مشاعر الرعب المؤسسة للقلق والاضطراب النفسي تكوّن لدى الفرد ارتباطاً بالحادث الصادم أو ذكره المستثارة، كما تكتسب الظروف المحيطة بالحادث أو المؤدية إليه قوة الحدث نفسه في إثارة القلق اللاحق له، كما تكون لدى الفرد شكلاً من أشكال الترقب المصحوب بسوء الفهم، وإن ظل هذا الأنموذج قاصراً عن تفسير الاستعادة المتكررة لذكريات الأحداث الصعبة.

أما أتباع الأنموذج البايولوجي، فيركزون على العوامل البيولوجية في مواجهة الحدث الصدمي في حين يرى أتباع النظرية المعرفية أن المعالجات المعرفية للمعلومات المحيطة بالصدمة، أو المتعلقة بها والكائنة فيها تحدد شبكة المخاوف المؤسسة للتعامل مع الحادث أو صورته.

وتشير نظرية معالجة المعلومات إلى أن اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية يظهر عندما تكون معالجة المعلومات الطبيعية بصورة منفصلة وتحت سيطرة الذكريات المؤلمة عن الحادث وتفسير المعلومات الجديدة على أنها خبرات مهددة لحياة الفرد.

وعلى وفق رؤية هورتز فإن الأحداث الصدمية تحدث اضطراباً في إدراك الفرد للواقع، وأكد أن رد الفعل المباشر قد يكون عبارة عن اضطراب عاطفي يعقبه رفض التصديق وخدر في الأحاسيس وقد يحدث بعد ذلك مرور الفرد بمراحل يعاني فيها من أفكار أو صور أو مشاعر اقتحامية وتطور عاطفي وأحاسيس مستمرة في الرفض وتعد هذه الاطوار كلها اليات دفاعية ذاتية ناتجة عن عدم إدراك الفرد الحقائق بشكل كامل.

أما أنموذج سلايكي المتعدد المنظومات (BASIC) لأبعاد الأعراض أو المظاهر الكلينيكية المصاحبة للأزمات فإنه يتفق مضموناً مع محتوى التصنيف للإضطرابات النفسية في الدليل التشخيصي والاحصائي الثالث للإضطرابات النفسية الذي أصدرته الرابطة الأمريكية للطب النفسي. ويرى الباحث أن اضطراب كرب ما بعد الصدمة الواردة في هذا التصنيف يمكن أن تحل محتواها بدرجة كبيرة إلى الأعراض المتعلقة بالمنظومات، أي من حيث كونها أعراضاً تتعلق بالأبعاد السلوكية والانفعالية والجسمية والاجتماعية والمعرفية وغير ذلك من أساليب وأشكال التحليل السيكلولوجي للبيانات الكلينيكية التشخيصية، وهو ما اعتمده الباحث في برنامجه العلاجي للمصابين باضطراب كرب ما بعد الصدمة من المراهقين.

فيما يتعلق بما أفرده العلماء من نظريات لتفسير وقوع هذا الاضطراب، فقد اعتقد الباحث أن كل نظرية من النظريات التي سبق عرضها إنما تضع لبنة في بناء شاهر لم يكتمل بعد ألا وهو اضطراب كرب ما بعد الصدمة PTSD. ذلك أن كلاً منها إنما تلقي الضوء على إحدى جوانب هذا الاضطراب، لتأتي أخرى فتركز بدورها على ما يبدو من وجهة نظر أصحابها التفسير الأمثل للاضطراب ذاته، وهكذا.. حتى تراكمت نظريات كثيرة مفسرة له، ابتغى مؤيدوها الكمال من ناحية تحديد أسباب نشأة اضطراب كرب ما بعد الصدمة PTSD. ومع ذلك، فلا يزال -من وجهة نظر الباحث- الباب مفتوحاً على مصراعيه أمام مزيد من وجهات النظر المفسرة لهذا الاضطراب لم تشرق شمسها بعد، والتي سوف تتولى بدورها استكمال لبنات هذا البناء العظيم في المستقبل القريب.

المعايير التشخيصية لاضطراب الضغط اللاحق للصدمة كما وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي (DSM-IV & DSM-IV TR)

عندما يتعرض الفرد لحدث صدمي فإنه يطور أعراضاً مثل: القلق، واستعادة الحدث الصدمي، وتجنب المثيرات المتعلقة بهذا الحدث، فإذا استمرت هذه الأعراض لمدة تزيد عن أربعة أسابيع، فقد يعني ذلك معاناة الفرد من اضطراب القلق.

1- أن يتعرض الفرد لحدث صدمي وأن يتوافر في ذلك الحدث ما يلي:

- أن يخبر الفرد أو يشهد أو يُواجه بحدث واحد أو أكثر ينطوي على موت فعلي، أو تهديد بالموت، أو إصابة خطيرة، أو تهديد لسلامة جسم الفرد نفسه أو الآخرين.
- أن تتطوي استجابة الفرد على خوف شديد أو عجز أو فزع. ملاحظة: في حالة الأطفال، قد يتم التعبير عن ذلك في صورة سلوك غير منظم أو سلوك متهيج.

2- أن تتم استعادة الحدث الصدمي بشكل مُلح بوحدة أو أكثر من الطرق الآتية:

- استحضار الحدث بصورة اقترامية معادوة مسببة للضغط، ويتضمن ذلك صوراً وأفكاراً وإدراكات.

ملاحظة: في حالة الأطفال الصغار، قد يحدث اللعب التكراري الذي يتم فيه التعبير عن موضوع الصدمة أو مظهرها.

- أحلام اقتحامية معاداة متعلقة بالحدث. ملاحظة: في حالة الأطفال، قد تكون أحلام مرعبة ذات محتوى غامض.
- التصرف أو الشعور كما لو كان الحدث الصدمي سوف يحدث مرة أخرى (ويتضمن ذلك الإحساس بإعادة معايشة الخبرة، هذات وهلاوس، فترة من التفكك (ومضات) مثل تلك التي تحدث أثناء اليقظة أو في حال التسمم.
- ضيق نفسي شديد عند التعرض إلى تلميحات داخلية أو خارجية ترمز أو تشبه أحد مظاهر الحدث الصدمي.
- 3-تجنب مُلح للمثيرات المرتبطة للصدمة وخدر القابلية العامة للاستجابة (ولا يقص بذلك في وقت مواجهة الفرد للصدمة)، ويشار إلى ذلك التجنب بثلاثة أو أكثر مما يلي: -
 - بذل جهد لتجنب أفكار أو مشاعر أو أحاديث مرتبطة بالصدمة.
 - بذل جهد لتجنب نشاطات أو أماكن أو أفراد تبعث على استحضار الصدمة.
 - العجز عن تذكر الجزء المهم من الصدمة.
 - تناقص ملحوظ في الاعتماد أو المشاركة في نشاطات مهمة.
 - شعور بالانفصال أو التباعد عن الآخرين.
 - الانحسار في المجال العاطفي (مثل عدم القدرة على الشهور بالحب).
 - الإحساس بضيق المستقبل (مثل أن يتوقع الشخص بأنه لن يتزوج، أو لن ينجب أطفالاً، أو لن تكون له حياة طويلة).
- 4-أعراض مُلحة بزيادة الإثارة (ولا يقصد بذلك في وقت مواجهة الفرد للصدمة)، ويشار إلى ذلك باثنين أو أكثر مما يلي: -
 - صعوبة النوم والاستغراق فيه.
 - الاهتياج وهبات الغضب.
 - صعوبة التركيز.
 - الاحتراز الزائد.
 - المبالغة في استجابة الإجفال.

5- أن يدوم الاضطراب (في حالة الأعراض 2 و3 و4 و5) أكثر من شهر واحد.

6- أن يتسبب الاضطراب في ضيق أو ضعف ذي دلالة في أداء الوظائف الاجتماعية أو المهنية أو غير ذلك من الوظائف المهمة في حياة الفرد.

يتم تحديد ما إذا كان الاضطراب:

- حاداً: إذا كان دوام الأعراض لأقل من ثلاثة شهور.

- مزمنًا: إذا كان دوام الأعراض لمدة ثلاثة شهور أو أكثر.

يتم تحديد ما إذا كان الاضطراب:

- ذو بداية متأخرة: إذا كانت بداية الأعراض قد تلت الموقف الضاغط (أو مسبب الضغط) بمدة لا تقل عن ستة شهور.

المعايير التشخيصية لاضطراب الضغط اللاحق للصدمة كما وردت في التصنيف الدولي العاشر للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية (ICD 10)

1, 43 F اضطراب الضغط اللاحق للصدمة:

ينشأ بوصفه استجابة مرجأة و/أو ممتدة لحدث ضاغط أو موقف (سواء أكان قصير أم طويل المدة) مهدد استثنائياً أو كارثة طبيعية، والذي من المحتمل أن يتسبب في ضيق عام لكل فرد تقريباً (مثل: الكارثة الطبيعية أو الإنسانية، القتال، حادثة خطيرة، أن يشهد الفرد تعرض الآخرين للموت العنيف، كون الفرد ضحية أو معذباً، الإرهاب، الاغتصاب، أو جريمة أخرى).

إن العوامل المهيأة كسمات الشخصية (القهرية، الواهنة) والتاريخ السابق للمرض العصابي قد يخفضان من عتبة تطور هذه الزملة أو يزيدان من شدة مسارها، ولكنهما ليس ضروريين ولا كافيين لتفسير حدوثها.

تتضمن الأعراض النموذجية تطورات مهمة من استعادة الصدمة بشكل متكرر في صورة ذكريات اقتحامية ("ومضات") أو أحلام، والتي تحدث على خلفية الإحساس بالخدر، والتبدل العاطفي، والانفصال عن الآخرين، وعدم الاستجابة للمحيط، وفقدان الإحساس بالذمة، وتجنب الأنشطة والمواقف المذكرة بالصدمة. وبشكل شائع يظهر الخوف وتجنب الإشارات التي تذكر المعذب بالصدمة الأصلية. ونادراً ما تحدث انفجارات حادة شديدة من الخوف، الفزع، العدوان، تتدلع بواسطة مثير أيقظ تذكر و/أو إعادة تمثيل الصدمة أو رد الفعل الأصلي لها. وفي العادة هناك حالة من زيادة الإثارة مع زيادة التيقظ، ورد فعل انتقاضي معزز والأرق. وغالباً ما يرتبط

القلق والاكتئاب بالأعراض والعلامات السابقة، ويظهر تكون الأفكار الانتحارية بشكل متكرر. وقد يكون الاستخدام المفرط للكحول والمخدرات عاملاً مسبباً للتعقيد. وإن هجوم الأعراض يتبع الصدمة بعد فترة كمون تتراوح بين عدة أسابيع إلى عدة شهور (ولكن نادراً ما تتجاوز السنة أشهر). وإن مسار الاضطراب متذبذب ولكن الشفاء متوقع في أغلبية الحالات، وفي نسبة قليلة من المرضى قد تُظهر الحالة مساراً مزمنًا يزيد عن عدة أعوام وتحللاً إلى تغيير مستمر في الشخصية.

2-1-5 أعراض كرب ما بعد الصدمة للمراهقين:

- وعي بالمخاطر الحقيقية التي تهدد العائلة.
 - خوف من فقدان الأشياء العزيزة وتأثرهم بالبعد عن الأصدقاء وفقدانهم.
 - اضطراب خفيف في أثناء النوم يستمر أشهراً، أو سلوك غير مقبول اجتماعياً كالعدوانية أو السرقة أو القيادة المتهورة للسيارات ولا يأبه أحدهم بحقوق الآخرين، وفقدان الشعور بالمسؤولية واحترام القانون والنظم الاجتماعية (محيط وسيف الدين، 1998: 38).
- وتختلف شدة إستجابات الأطفال لأحداث الكوارث، فالأطفال الذين فقدوا من عوائلهم أو اقاربهم وأصدقائهم أكثر عرضة للإصابة باضطراب شديد من أولئك الذين فقدوا ممتلكات مادية، وأن شدة الاضطراب النفسي الاجتماعي عند الأطفال يتناسب طردياً والاضطراب الذي يعاني منه الوالدين، ويستجيب الأطفال للضغوط المادية والفقدان بدرجة عالية من القلق، كما يستجيب الشباب من البالغين، وتشيع الاضطرابات عند المراهقين أكثر من شيوعها عند الأحداث، وتعاني الإناث من الأعمار كلها من القلق والكآبة أكثر من الذكور، ويؤثر الجو النفسي في البيت على الصحة النفسية للأطفال أياً كان العمر والجنس أو الأصل العرقي. (محيط وسيف الدين، 1998: 38).

ومن نماذج الدراسات المتميزة في البحث عن مظاهر اضطراب كرب ما بعد الصدمة عند الأطفال، تلك الدراسات المعمقة التتبعية التي قام بها ((تير)) (Terr, 1979) عن الأطفال ضحايا كاوشيل بكاليفورنيا Children of Chowchilla، وعددهم 26 طفلاً في المرحلتين الابتدائية والمتوسطة، وقد تعرضوا لعملية إختطاف كمجموعة من سيارة المدرسة وإقتيدوا داخل شاحنة تعرضوا فيها للتعذيب وقام تير بتتبع حالاتهم لمدة أربع سنوات (Terr, 1983, P: 1543-1550)

تكشف هذه الدراسات التشخيصية والتتبعية لهؤلاء الأطفال الضحايا عن نتائج تقترض أن اضطراب كرب ما بعد الصدمة عند الأطفال تتميز بخصائص عدة وهي:

الإنكار / الرفض Denial:

تبين أن هؤلاء الأطفال لا تزال تسيطر عليهم مشاعر معينة من القلق الصدمي Traumatic Anxiety عن ذلك الحدث بعد إنقضاء أربع سنوات عليه، فعند سؤالهم عن الحدث ينزع هؤلاء الأطفال إلى تعميم قلقهم عن الحدث إلى عبارات مثل (أنا خائف) ويبيدي هؤلاء الأطفال حيرة وإرتباكاً إزاء خبرتهم وهم يحجمون عن الكلام تجاه الحدث، ويبدون شعوراً بالخجل والخزي من إظهار أية علنية في ذلك. وعبروا بصفة عامة عن مشاعر إنقاص الذات عند سؤالهم عن خبرتهم، وأظهروا نوبات من الهلع التي تفجرها المواجهة المفاجئة غير المتوقعة عند رؤية الشاحنات ولجأ بعضهم إلى استخدام أساليب دفاعية مثل القمع Suppression أو الإحجام اللاشعوري عن الصدمة، كما يبدون كراهية إزاء شعورهم بالعجز الذي خبروه، وفي الوقت نفسه يبدون حاجة إلى الشعور بالتمكن من الموقف وضبطه، وعلي الرغم إنهم يتذكرون غالباً كل ثانية وكل دقيقة لمضمون الحدث إلا إنهم لا يقدرّون الا على تذكر قلة من إنفعالاتهم وسلوكهم الذي خبروه في أثناء الحدث.

التفكير الإقحامي Intrusion:

تبين أن الأفكار الإقحامية لا تدخل بشكل متكرر عند الأطفال، ولم تتواتر أحلام يقظة إلا عند القلة منهم، إلا أنه في أثناء النوم تظهر مشكلات كثيرة في هذا الشأن وهنا كانت الشكوى من أحلام مزعجة (كوابيس) في أثناء النوم وتوترات فيها أفكار متكررة عن الموت، ويعتقد الأطفال أن هذه الأحلام قد تصدق في المستقبل.

معاودة الحدث الصدمي من خلال إعادة الفعل والنشاط (Re-enactment)

ويتمثل ذلك فيما يتميز به لعب الأطفال من ذوي اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة من خصائص أبرزها:

يدور لعب الأطفال قسراً على موضوع Theme معين وهو الحدث الصدمي ويطلق على هذا النوع من اللعب ((لعب الموضوع)) Thematic Play وتتميز العابه بـ:

- التكرارية.
- الخطورة.
- الشدة والحدة.
- إنتقاله كالعوى إلى الأقران.

- الارتباط اللاشعوري بالحدث الصدمي.

لذا يمكن وصف لعب هؤلاء الأطفال بأنه ثقيل ومرهق ومقيد ولا يبعث على البهجة.

وفي مرحلة المراهقة تأخذ معاداة الحدث الصدمي من خلال الفعل والنشاط، شكل السلوك الجانح الذي يتراوح بين الهروب والإنحرافات الجنسية والسرقة والقيادة المتهورة للسيارات والمركبات، وسوء استخدام العقاقير والحصول على الأسلحة والعنف.

الإستجابة الفسيولوجية:

وتتضح في بعض مظاهر النكوص للعادات المتعلقة وخاصة عند الأطفال الصغار مثل عادات الطعام والنظافة والاخراج.

الإزاحة Displacement:

وتتضح في النزعة إلى نقل الإنفعالات المتعلقة بالحدث إلى شخص آخر، أو إلى وقت آخر، أو إلى فكرة معينة.

التبديل Transposition:

وهو أكثر التغيرات العميقة وتتمثل في تحويل وتحويل الأحداث التي أحاطت بالصدمة، ومن أبرزها أن الأحداث التي حدثت بعد الصدمة يجري تذكرها على أنها حدثت قبل الصدمة، ويتمثل ذلك أيضاً في وجود اعتقاد عام أن الأحداث الصدمية تشتمل على تنبؤ بما سيحدث لهم، وكان عليهم أن يستجيبوا لتلك التنبؤات.

وفيما يتعلق بمحاولات وأساليب مواجهة تأثير الحدث الصدمي توضح دراسات (تير) أنه بينما يسلك الأطفال على نحو مختلف عن الكبار في التعامل مع الحدث الصدمي. إلا أن الأطفال ليسوا أكثر مرونة أو تكيفية من الكبار بعد الصدمة، وهو ما ينبغي أن نضعه في إعتبارنا لنؤكد أن من الخطأ افتراض أن آثار الحدث الصدمي ستزول أو تذوب مع الزمن لمجرد أن الأطفال ينمون (Terr, 1983: P.1543-1550).

أعراض كرب ما بعد الصدمة لدى الأطفال والمراهقين:

بجانب الأعراض السابقة في التشخيص الأمريكي، فهناك أعراض أخرى واضحة لدى الأطفال والمراهقين ألا وهي:

1. التبول والتبرز اللاإرادي في الليل والنهار.

2. مص الأصابع.
 3. الخوف من الظلام.
 4. فقدان الشهية.
 5. الصداع المستمر.
 6. الشكوى من مشاكل في النظر والسمع.
 7. العناد للوالدين وللمدرسين.
 8. اللوازم الحركية المتكررة.
 9. إضطرابات في الكلام مثل التأتأة.
 10. التصرف الالتصاقي بالوالدين.
 11. الإنطواء وعدم مخالطة الأطفال الآخرين.
 12. الشجار المستمر مع أخوته ومع أصدقائه.
 13. فقدان الرغبة في الأعمال اليومية.
 14. عدم التركيز وانخفاض مستوى التحصيل الدراسي في المدرسة. (ثابت، 2005: 158)
- مقارنة بين الصيغة التشخيصية الأمريكية للأمراض العقلية الرابعة DSM-IV و تعريف منظمة الصحة العالمية العاشر ICD-10
- الصيغة التشخيصية الأمريكية للأمراض العقلية الرابعة DSM-IV:

في عام 1994 عرفت الصيغة التشخيصية الأمريكية للأمراض العقلية الرابعة DSM-IV كرب ما بعد الصدمة تعريفاً مختلفاً. وأهم هذه الاختلافات هي أن الاضطرابات النفسية لا تقتصر على ردة الفعل الحادة في الأشخاص الطبيعيين بل يمكن أن تحدث أعراضاً مزمنة. أما الاختلاف الآخر فهو أن هذه الاضطرابات تصنف تحت اضطرابات التوتر والقلق.

وقد عرفت الصيغة التشخيصية الأمريكية للأمراض العقلية الرابعة DSM-IV كرب ما بعد الصدمة النفسية على أنه: أي حدث ضاغط نفسياً و خارج نطاق تحمل الكائن البشري الاعتيادية (مستثنياً من ذلك التجارب المعتادة مثل فقدان عزيز، و المرض المزمن، و الخسارة في العمل، والمشاكل الزوجية)، وتظهر بعد ذلك أعراض تستمر لمدة شهر على الأقل. و من هذه

الأعراض: إعادة تجربة هذا الحدث، والابتعاد عن كل ما له علاقة أو محفز لهذا الحدث، وبلادة في ردات الفعل، و زيادة العزلة.

2-1-6 التصنيف العالمي للأمراض (ICD-10) لمنظمة الصحة العالمية:

خصائص هذا التصنيف تتشابه بشدة مع تصنيف الصيغة التشخيصية الأمريكية للأمراض العقلية الرابعة DSM-IV ويتضمن الأحداث التي تشكل تهديداً للحياة. ومع ذلك فإن الطريق للوصول للتشخيص لأي من هذه الاضطرابات يختلف كلياً بين التصنيفين. يحتاج هذا التصنيف من المختص أن يكون على دراية كاملة بالأعراض النفسية بينما يمنح نظام الصيغة التشخيصية الأمريكية للأمراض العقلية الرابعة DSM-IV إرشادات تقنية وقواعد لأتباعها. وكذلك فإن التصنيف العالمي للأمراض ICD يعطينا تشخيصاً واحداً على غرار الصيغة التشخيصية الأمريكية للأمراض العقلية الرابعة DSM-IV والذي يؤدي إلى الاضطراب النفسي. وهناك موقف خاص بالنسبة "الخدلان الشعوري" فهذا التصنيف يُعد من اضطراب كرب ما بعد الصدمة النفسية مع عدم وجود ضرورة للتشخيص. كما يعد تصنيف هذه الاضطرابات من الاضطرابات التكيفية.

البداية والمسار والمآل:

- يحدث الاضطراب عند أي سن بعد حادث وقد يتأخر الاضطراب لما بعد الحادث بأسبوع أو يمتد التأخير إلى ثلاثين عاماً.
- الأعراض متماوجه (فترات من الاشتداد وأخرى من الهوادة) وقد تزداد خلال فترات التعرض لضغوط.
- 30% من المرضى يتم شفائهم 40% الأعراض الخفية 20% تظل لديهم أعراض متوسطة الشدة، 10% من المرضى تسوء حالتهم أو تظل دون تغيير.
- يرتبط التنبؤ بالمآل بحسب البداية السريعة (تقل مدة الأعراض فيها من 6 شهور)، الأداء الوظيفي الجيد قبل المرض، المساندة الاجتماعية القوية، غياب الأمراض العضوية والنفسية الأخرى.
- من مضاعفات الاضطراب التجنب الرهابي للأنشطة المشابهة أو التي تشير للحادث الأصلي
- اضطراب العلاقة مع الآخر

– التقلب الانفعالي الشديد والشعور بالذنب الذي يؤدي إلى الانتحار. (الحجار، 2002: 65)

2-1-7 التنبؤ باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD):

لحد الآن لم يتمكن العلم من التنبؤ الدقيق لدى استجابة الفرد اتجاه حادث صدمي، لكن هناك عوامل معينة يمكن أن تكون علامات على احتمال وحدة وجود اضطراب (PTSD)، وهذه العوامل هي:

1. مدى حدة الصدمة واستمرارها: كلما كانت الصدمة أشد وأطول مدة، زاد احتمال إصابة من يتعرض لها باضطراب (PTSD).
2. مدى قرب الشخص من الصدمة، ومدى خطورتها: إذ وجدت إحدى الدراسات الحديثة أن النساء اللواتي يدركن أن حياتهن في خطر في أثناء حادث الاغتصاب يكون احتمال أصابتهن باضطراب (PTSD) أكبر من غيرهن اللواتي لم يشعرن بالخوف في أثناء الاغتصاب – بمرتين ونصف.
3. الصدمات السابقة ودرجة المعاناة منها: (أن أحد مرضى الدكتورة فوا (Foa) لم يتطور لديه الاضطراب حتى وقع حادث الوفاة المفاجئ الثالث في دائرة أصدقائه، ومعارفه، وكان يقول بعد الحادث الثالث – أعتقد أنني قد حان دوري للموت).
4. أن احتمال إصابة الأفراد باضطراب (PTSD) بعد الكوارث الصناعية (التي من صنع الإنسان) أكبر من احتمال إصابتهم بعد الكوارث الطبيعية. والتفسير السايكولوجي هنا كما يرى (بكي) (Becky, 2002) هو كون الصدمة مستهدفة عن قصد للضحية.
5. أسلوب التكيف وأساليب الدعم والإسناد: أي ما هو أسلوب تكيف الشخص؟ هل يحصل على دعم عاطفي وإسناد من أسرته، وأصدقائه، والآخرين، يكون احتمال الإصابة بـ (PTSD) أقل عندما يتوقع الشخص هذا الإسناد، وعندما يفكر بالصدمة، ويتحدث عنها مع الآخرين، ويطلق العنان للغضب بشأن الحادث. وهذا ما كانت تتصح به الدكتورة (فوا) (Foa) مرضاها قائلة لهم (تحدثوا مع أشخاص تثقون بهم، أو اكتبوا عن الصدمة في مذكرات). (Becky, 2002: P.1-6).

الأعراض المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)

وجد أن (80%) من مرضى اضطراب (PTSD) يعانون من اضطرابات مصاحبة. أن تشخيص، وجود أعراض نفسية قبل الصدمة هو عامل يزيد من خطورة، أو تعرض الشخص

للإصابة بـ (PTSD) وإن الإصابة بهذا الاضطراب يزيد من احتمال المعاناة من مشاكل نفسية، وأعراض نفسية أخرى مصاحبة لـ (PTSD). أن أكثر الأمراض شيوعاً التي تحدث بمصاحبة (PTSD) هي الكبت الحاد والديسثيميا (Dysthymia) الشذوذ العقلي، واضطراب القلق العام، وسوء استعمال الأشياء، أو الممتلكات، واضطرابات الهلع، والاضطراب الثنائي القطب، واضطرابات الفوبيا، والانعزال. (Lange,etal,2000: P:1039-1042). وإن الكثير من المصابين باضطراب (PTSD) تتزايد لديهم الكآبة، وأحياناً يرفضون الدواء الذي يساعدهم على نسيان الصدمة. وإن مريض (PTSD) يفقد السيطرة على انفعالاته وقد يتعرض لخطر الانتحار. (ART,2002,P:4) ولأهمية هذه الظواهر النفسية المصاحبة لاضطراب (PTSD) فقد أفرد لها عدد من الدراسات معياراً خاصاً بها، إذ أفرد (الكبيسي، 1998) معياراً تضمن (12) مجاًلاً للإضرابات المصاحبة، منها الشعور بالذنب، وانخفاض الوعي، والإحساس غير الواقعي للحقائق، والأشياء، والتغير الذاتي في الشخصية، والرغبة في إيذاء الآخرين، وقتلهم، والتحرر من صور فكرية براقية كان المريض يحملها عن ذوي المكانة العالية لديه (كالوالدين والمعلمين ... الخ) ومشاعر اليأس، وضعف الذاكرة، والنسيان، والحزن، والاكتئاب، ومشاعر القهر، والخسران، والاضطرابات الجنسية الوظيفية من غير عضوية المنشأ. (الكبيسي، 1998: 71-72)

2-1-8 ثانياً: الأفكار السالبة المتضمنة في اضطراب الضغط اللاحق لصدمة:

Negative Thoughts of Posttraumatic Stress Disorder

يعتقد الباحث - في حدود قراءته في هذا المجال - في أهمية النواحي المعرفية المتعلقة باضطراب الضغط اللاحق لصدمة PTSD، ذلك أن أفكار الفرد ومعتقداته إنما هي ترجمة مباشرة لما يتراكم لديه من خبرات عبر العمر. كما أن الأفكار إنما تقوم بدور الرئيس في تحديد سلوك الفرد، ومدى قربه أو بعده عن سواء، فأفكار الفرد هي التي قد تصل به إلى عنان السماء من الصحة النفسية، أو تعصف به ليهوى في أغوار الاضطراب النفسي. فربما فكرة بدرت إلى ذهن فرد ما تكون سبباً في تدمير حياته إذا كان لتلك الفكرة من السيادة ما يؤهلها لذلك. وبناءً على ما تقدم، تعرض الباحث بعض المدخلات النظرية لمفهوم الأفكار السالبة المتضمنة في اضطراب PTSD.

طبيعة التفكير السالب Nature of Negative Thinking

بقدر أهمية أن نكون على اتصال بمشاعرنا، أنه لاولى بالاهتمام أن نبقي على اتصال بأفكارنا. (Martorano &Kildahl, 1989, p.35) وإن التفكير السالب هو استجابة عقلية للضغط والألم الذي قد يكون سبباً كذلك في تقاوم هذه المشكلات. وتسهم الحالات الانفعالية في

دوام التفكير السالب مل القلق والاكتئاب. وقد يأخذ التفكير السالب صورة النقد الذاتي، ولوم الذات، والتفسيرات السالبة للأحداث، والاعتقاد بأن شيئاً لن يتغير، والتهويل. ويميل التهويل إلى الارتباط بأسلوب حياة متشائم وحساسية متزايدة للألم. أن الأفراد الذين يميلون إلى التهويل هم أكر عرضة للموت في حادة أو من جراء العنف باعتباره نتيجة لوجودهم "في المكان الخاطئ في الوقت الخاطئ" وثمة شكل آخر من التفكير السالب وهو أن يكون لدى الفرد مخطط سالب Negative Schema. والمخطط هو طريقة إدراك أنفسنا وإدراك العالم. (Grant, 2009, p.48)

التقديرات الموقفية المعرفية Cognitive Appraisals:

لقد جادل كل من كلارك Clark وإهلرز Ehlers بشأن وجود أنواع عديدة من التقدير الموقفي في وقت وقوع الحدث الصدمي والتي قد تكون سبباً في الشعور بتهديد حاصر. أولاً: أن هناك ميلاً للمبالغة في تعميم الشعور بالخطر حتى عند ممارسة الأنشطة العادية، وتنتصل ذلك الشعور بالاحتمالية المفرطة لوقوع أحداً جانحة للفرد ذاته على وجه الخصوص. ثانياً: قد يكون لدى الفرد تقدير موقفي سالب عن أفعاله في ثنايا الصدمة الفعلية والذي قد يفضي إلى عواقب متعددة طويلة الأمد، كما أن هناك أيضاً أنواعاً مختلفة من التقديرات الموقفية لعواقب الصدمة، والتي قد تسفر عن شعور بالتهديد الحالي. ويتضمن ذلك تفسير الأعراض الأولية لاضطراب PTSD بوصفها برهاناً على أنه قد طرأ على الفرد تغييراً أو كونه مهدداً، وتفسير استجابات الآخرين في أعقاب الحد بوصفها برهاناً رافضة أو لومة، وكذلك التقدير الموقفي السالب لدوام ما ترتب على الصدمة من نتائج في المجالات الأخرى من الحياة. (Ehlers & Clark, 2000)

وإن التقديرات الموقفية السالبة التي يشوبها التهويل إنما سوف تسهم في تطوير اضطراب PTSD ذلك أنها تحول دون إعمال المعلومات الصحيحة التي تمكن الفرج من الاعتراف بأن التهديد قد زال. (Nixon & Bryant, 2005)

العالم الافتراضي Assumptive World:

يطور كل فرد -من وجهة نظر الباحث - صورة لعالم في أغوار نفسه يعد بمثابة الموجه لتقديراته وتفسيراته للعالم الخارجي برمته. فهذا العالم الداخلي إنما يتضمن وجهات نظر تبناها بغية إيجاد توافق بينه وبين البيئة من حوله.

يُكون الأفراد افتراضات أساسية عن الذات والعالم من خلال خبرات الحياة المبكرة، وتنظم هذه الافتراضات في نظرية شخصية هي ما يُشار إليها بـ"العالم الافتراضي"، ويُعرف العالم الافتراضي بأنه بناء معرفي معين يتولى تحديد سلوك فرد ما. (Ebert & Dyck, 2004: p.8)

ويرجع الفضل إلى عالمة النفس "روني جانوف-بولمان" Janoff Bulman في توضيح الافتراضات الأساسية عن أنفسنا وعن العالم، وقبل تفصيل القول في رأيها نورد آراء بعض العلماء والباحثين في هذا الصدد. فقد استخدم باركس Parkes عبارة العالم الافتراضي للإشارة إلى وجهة نظر الناس للحقيقة، كما كتب الطبيب النفسي "جون بولبي Bowlby" عن "نماذج العمل Working Models" أو النماذج المتبناة التي يكونها الاس عن أنفسهم وعن العالم، والتي تستخدم لإدراك الأحداث ووضع الخطط والتنبؤ بالمستقبل. (عبد الخالق، 1998: 113)

ويرى إيشتاين Epstein أن نظرة الشخص إلى الواقع وتكيفه معه يرميان إلى تحقيق الأهداف التالية:

- الحفاظ على التوازن القائم بين كفتي اللذة والألم.
 - القدرة على فهم معطيات الواقع بطريقة تسمح للشخص بالتكيف معها بطريقة ما.
 - الحفاظ على اعتبار الذات بشكل مقبول.
 - الرغبة في الاتصال والكلام مع الآخرين. (يعقوب، 1999: 75)
- أما جوزيف سندر Sendler فقد وصف - من منظور مختلف تماماً - أما العالم التصويري أو التمثيلي Representational World وهو مجموعة من الانطباعات المنظمة والدائمة التي تُنتخب من الخبرة التي تقوم بجور الخريطة المعرفية Cognitive map.
- وتفضل "جانوف - بولمان": أن هناك شبكة من النظريات أو الاعتقادات التي تشكل عالمنا الافتراضي، وبعض هذه الافتراضات أساسية ومركزية بالنسبة إلى بعضها الآخر. ونظرياتنا في هذا الصدد مرتبة ترتيباً هرياً متدرجاً، مع كون أكر الافتراضات جوهرية وأساسية، أكرها تجرداً وعمومية، وأكرها شمولاً في تطبيقها. (عبد الخالق، 1998: 114)

ويفترض المنظرون المعرفيون أن اضطرابات القلق بصفة عامة أنا تنتج هن معتقدات مشوهة بشأن خطورة مواقف، وإحساسات، أو/وأحداث عقلية معينة. واتساقاً مع ذلك، فقد أظهرت دراسات متعددة أن مرضى اضطرابات القلق إنما يبالغون في تقدير خطورة مثيرات مختلفة. كذلك فقد أسفرت دراسات متنوعة أن هذه التقديرات المبالغ فيها إنما تسبب اضطراباً معيناً، مع كل من اضطرابات القلق والتي ترتبط بدورها بنوع محدد من الأفكار السالبة. (Clark, 1999: P.43)

وكذلك فإن الأفراد ذوي اضطرابات القلق إنما يكونون مدفوعين إلى تجنب التهديد ومن ثم يجوبون العالم بحثاً عن احتمالية وقوعه (Hertel, 2004: p.118)

وتقترح الأدلة المدمغة على مدار الخمسة عشر عاماً الماضية أن القلق والاكتئاب إنما يرتبط كل منهما بمعارف معينة. فقد رأى كلارك Clark وستير Steer أن الأفكار المتعلقة بالقلق والتي تتميز بالتركيز على التهديد والخطر إنما هي ذات توجه مستقبلي بشكل أساسي بينما الأفكار المتعلقة بالقلق والتي تتميز بالتركيز على الفقد والفشل إنما هي ذات توجه ماضٍ بشكل أساسي. (Stober, 2000)

كما افترض أن المعارف المتعلقة بالصدمة قد تسهم بصورة جوهرية في تطوير أعراض اضطراب PTSD. وقد اقترحت الاتجاهات الحالية أن مشاعر التلوث العقلي (مشاعر القذارة والتي ليس لها أية متضمنات جسمية) قد تسهم كذلك في تطوير أعراض اضطراب PTSD لدى ضحايا الاعتداء الجنسي. (Olatunji, Elwood, Williams & Lohr, 2008: P.99) وقد كشفت نتائج دراسة إهرنج Ehrling وإهلرز Ehlers وجلاكسمان Glukxman والتي كانت بمثابة دراسة طويلة تناولت التنبؤ بشدة كل من اضطراب الضغط اللاحق لصدمة والفوبيا والاكتئاب لدى عينة من ضحايا حوادث المركبات عن تأكيد الدور الذي تقوم به العوامل المعرفية في دوام الاضطرابات الانفعالية التالية للصدمة. (Ehring, Ehlers & Glucksman, 2008) وقد أكد فان دير كولك Van Der Kolk مرارا على وجود أساس سيكوبيلوجي لاضطراب PTSD وعلي وجه الخصوص، الفشل في المعالجة المعرفية للانفعالات الحادة التي حركتها الأحداث الصدمية واستجابة الضغط البيولوجية الممتدة. (Taylor, Bagby, & Parker, 1997: p. 15)

وقد اقترحت الدراسة التي قام بها كل من ماسودا Masuda وساكيت Sackett وتوهيج Twohig أن تواتر الكلمات المستشهد بها ذاتياً على الأقل عندما يكون ذلك مصحوباً بتفسيرات عقلية ذات صبغة إكلينيكية قد يسهم في خفض الاعتقاد فيها كما يحد من تأثيراتها الانفعالية السالبة. (Masuda, et al, 2004: P.11)

وثمة ما يسمى "بالوفاة النفسية" Mental Death وهي فقدان الأفكار والقيم المحورية، وفقدان الثقة والاعتراب عن الآخرين، والشعور بالخزي والذنب، والإحساس بكون الفرد قد طاله تلف ما على الدوام، وتعد الوفاة النفسية سمة أولية من سمات زملة ما بعد الصدمة، اضطراب الضغط المعقد واللاحق لصدمة PTSD. (Ebert & Dyek, 2004) ويظهر كثير من الأفراد صموداً في مقابل الضغوط الجوهرية مما يقترح كونهم يحوزون توجهها مقاوماً لمثل هذا التهديد ويتعلق هذا التوجه بالأحداث والحياة بصفة عامة. يقدم دافيس Davis وأسلترك Asliurk اعتقاداً مفاده أن أحد النواحي الجوهرية لهذا التوجه هو الميل إلى النظر إلى المحن بوصفها شيئاً ما قد يحدث لكافة الناس، وينعكس ذلك في صورة ميل الناس إلى الانخراط في سياقات غير محددة مسلحين بتخيل

مدى واسع من العواقب سواء أكانت مرغوبة، أو غير مرغوبة. (Davis & Asliturk, 2011: P.77)

ويمكن تصنيف الآثار الإيجابية للصدمة كما يلي:

1. التغيرات في إدراك الذات: وتتمثل في الانتقال من حالة "الضحية" إلى حالة "الناجي" والوعي المتزايد بإمكانية الاعتماد على الذات.
2. التغيرات في العلاقات مع الآخرين: حيث يقرر كثير من الأفراد تقوية علاقاتهم بالآخرين في أعقاب صدمة أو أزمات معينة.
3. التغيرات في فلسفة الحياة: ويشير ذلك إلى التغيرات التي تطرأ على ما يراه الفرد أولويات وتقديره للحياة. (Woodward, 2001) وقد صيغت قائمة لقياس النتائج الإيجابية التي قررها الأفراد ممن تعرضوا لأحداث صدمية. وهي قائمة النمو اللاحق لصدمة Posttraumatic Growth Inventory وتحتوي على 21 مفردة لتشمل بذلك عوامل: الاحتمالات الجديدة، والعلاقات مع الآخرين، والقوة الشخصية، والتغير الروحاني، وتقييم الحياة. وتبدو نفعية هذا المقياس في تحديد مدى نجاح الأفراد في إعادة بناء أو تقوية إدراكاتهم عن الذات والآخرين ومعنى ما يواجهونه من أحداث. (Tedeschi & Calhoun, 1996: P17)

لذا يعتقد الباحث أن للصدمة آثار إيجابية بقدر ما تخلفه من آثار سلبية. فقد تكون الصدمة في حياة الفرد بمثابة ناقوس خطر يوجهه إلى ضرورة تغيير بعض أفكاره ومشاعره وسلوكياته، كذلك قد تشجعه تلك الصدمة - والتي لم تسفر عن معاناته من اضطراب ما على أثرها - على إعادة تقييم نظرته للحياة برمتها بما ي ذلك علاقاته بالآخرين وأفكاره المحورية. وليس فقط الكبار هم من يسقطون فريسة لآثار الأحداث الصدمية، فلخبرات الحروب - بوصفها أحداثاً صدمية - تأثيرات بالغة على عقول الأطفال وسلوكهم، ويشمل ذلك أن يطرأ تغيير على التفكير، والتذكر، وحل المشكلات، وكذلك التعبيرات الانفعالية والمشاعر.

وقد أسفرت دراسة كل من جيند Jind، إلكليت Elklit وكريستيانيسن Christiansen عن أن الآباء الذين فقدوا طفلاً من أطفالهم إنما يتسمون بمخططات معرفية ذات محتوى سالب أكثر شمولية عما هو الحال بالنسبة لنظرائهم ممن لم يفقدوا أطفالاً، كما تميزت هذه المخططات بمحتوى أكثر سلبية بالنسبة للذات وللعالَم على وجه الخصوص. (Jind, Elklit, & Christians, 2010)

وتفتقر جانوف - بولمان أن الصدمات إنما تهدم الافتراضات الثلاث الأساسية التي يتبناها الفرد عن العالم: أن العالم خير ومجبول على حب الخير Benevolence، أن العالم له معنى وأحداثه ذات مغزى Meaning وأن الذات إيجابية وجديرة بالتقدير (Deprince & Freyd, 2002: p.73).

وفيما يلي يفصل الباحث عرض هذه الافتراضات الأساسية:

أ- العالم خير

وبيعني ذلك أن يعتقد الأفراد أنهم - دون غيرهم - بمنأى عن التعرض لأحداث سلبية. (Foster, et al, 2006: p.77)

وقد تتضمن الافتراضات الشائعة التي قد يطورها الفرد عن ذاته وعن الطريقة التي تسير بها الأمور في العالم منذ نعومة أظافره:

- أن منزلي هو مكان آمن.
 - يمكن الوثوق في غالبية الناس.
 - أنا شخص قوي، ولدي القدرة على السيطرة على ما يحدث حولي.
 - الأشياء غير السارة تحدث فقط للآخرين.
 - لدى روتين معتاد في معظم الاوقات، وكذلك فكرة جيدة عما سوف يحدث لاحقاً.
- (Porterfield, 1996: p. 37)

يود الباحث أن يبيد تأييده لوجهة النظر هذه، فالبشر جميعاً يعتقدون بشدة في كونهم محصنين من التعرض لأذى، وأن من تثقل كاهلهم النوازل هم أناس آخرون، وأن الأزمات والصدمات قد خلقت لأفراد العالم أجمع باستثنائهم.

ب- العالم له معنى

يعتقد الإنسان أن أحداث العالم تحمل معنى، وأنها ذات مغزى ولا يتضمن الافتراض الأساسي الذي نعتنقه عن المعنى اعتقاداً بسيطاً عن السبب في حدوث الأحداث في عالمنا، بل أكثر من ذلك: لماذا حدثت هذه الأحداث لأناس بعينهم، إننا نبحث عن فهم لتوزيع الأحداث الخبرة والسيئة. (عبد الخالق، 1998: 116)

ويعتقد الباحث في صحة هذا الافتراض في ضوء كونها تفخر بالانتماء إلى الثقافة المصرية التي تذخر بالأمثلة المؤيدة لهذا الافتراض، ففي الثقافة المصرية، عندما تقع حادثه ما ينجو فيها بعض الأفراد بينما يتوفى آخرون، فهناك تفسيرات مفادها أن من نجوا من تلك الحادثة قد نجوا لأنهم أناس طيبون ولم يقترفوا أثاماً، كما يبررون موت من ماتوا بأنهم بذلك قد ذاقوا وبال ما اقترفوه من آثام وذنوب ذلك لأنهم أناس غير خيرين. وهم بذلك يفتشون عن مبرر لخلق معنى لحياة من نجا ووفاة من توفي.

ج- الذات جديرة بالتقدير

يعتقد الفرد أن الأنا لها قيمتها وأهميتها الخاصة (فيعتقد أنه شخص محبوب وجدير بالاحترام والتقدير). وإن هذه المعتقدات موجودة عند الشخص السوي أو العادي والذي يثق بنفسه ويبنى آماله من خلال الواقع الذي يعيش فيه، وبالتالي لا يتصور بأنه سوف يتعرض لفشل محتم أو لكارثة تخرج عن نطاق المعقول. وعندما تقع الكارثة تتحطم المعتقدات والآمال المذكورة ويشعر الشخص بالذهول والنقمة واليأس وكأنه لا يصدق ما يجري. وهكذا، تتحول المعتقدات الإيجابية إلى معتقدات سلبية، ونصبح العالم الخارجي مرعباً وتافهاً للغاية، إذ تتسحق الأنا تحت وطأة الكارثة وتفقد معناها وقيمتها. (يعقوب، 1999: 76)

أن انغلاق وتضاؤل وظائف الأنا يعني تعبئة كل الطاقة النفسية المتاحة في مهمة واحدة وهي إقامة الطاقات المضادة للسيطرة على الإثارة المفتحة لكم كبير. وفي فترة زمنية محددة لا تكون الأنا مهياًة بحكم خبراتها لمواجهتها. وهذه المهمة العاجلة تجعل الوظائف الأخرى للأنا غير ذات أهمية، فرفض استقبال أي إثارة جديدة إنما هو أسلوب أولي لاستعادة هذه الحماية التي قوضتها الصدمة. وصحب العصاب الصدمي مظاهر نكوص سواء في مجال الأنا أو الغريزة ونظر إليها على نتاج فقدان عام لتمايز الوظائف العليا والنكوص يكون إلى مرحلة الطفولة لأنها مرحلة كان الفرد يجد فيها العون من راشدين يعتمد عليهم، كما أنه يكون راجعاً إلى أسلوب سلبي استقبالي، وهو أسلوب بدائي للسيطرة على العالم الخارجي بعد فشل النجاح في السيطرة الإيجابية. (نجيله، 2001: 129)

وتتخطى هذه الافتراضات مروراً بالخطوات التالية كما في جدول التالي.

جدول رقم (2-3)

خطوات تحطم الافتراضات

الخطوة الأولى	:	حدثت الصدمة
الخطوة الثانية	:	لذلك فإن النظرية المحورية زائفة
الخطوة الثالثة	:	ولكن ينبغي أن تظل النظرية مصونة: وإلا تصبح "الحياة لا تطاق"
الخطوة الرابعة	:	إذا لا يمكن أن تكون الصدمة قد حدثت بالفعل ولكن
الخطوة الخامسة	:	إنها حدثت بالتأكيد وهو ما يعد عودة إلى الخطوة الأولى مرة أخرى، وهكذا

(Bolton & Hill, 1996: p. 359)

وثمة وجهة نظر تعرض تقسيماً لحياة العميل إلى ثلاث لحظات "ظاهرياً": قبل الحدث الصدمي وإثناؤه وبعده. وفي خبرة العميل، تمثل كل لحظة من هذه اللحظات في الوقت نفسه "عالمًا" يتكون من آراء وأفكار عن الذات والآخرين والعالم بأسره.

1. قبل الصدمة، يخبر الفرد عالم ما قبل الوقوع كضحية على أنه آمن، رغم أن هذا العالم ينطوي على احتمالية وقوعه كضحية. وبالمقابل، يشعر الفرد بأنه كامل ومحصن وقوي، أو على الأقل يشعر بالحماية من قبل من حوله من الأفراد المتعاونين أو الاحتياطات التقليدية، فهو يعيش قصصاً عن الأمور الحياتية الاعتيادية وما أنجزه من تقدم نحو تحقيق مشروعات حياته (مثل إنجاز المرحلة المدرسية، تكوين أسرة).

2. في لحظة وقوع الصدمة، يبرز عالم الوقوع باعتباره ضحية، يفقد الفرد شعوره السابق بالأمن والاتكال على الآخرين، وفي الفرع، يكتشف الفرد أنه قد أصبح فجأة فريسة لشخص آخر ضاغط أو قوة مجهولة ضارة (مثل: زلزال، حريق). هذا الشخص أو القوة بالغة الطاقة تهدد بإنهاء استمرار وجود الفرد، وهذا التهديد يترك الفرد عاجزاً فزعاً هشاً. وقد تتضمن الصدمة كون الفرع مجبراً على أداء دور الشاهد المذعور في حين يواجه شخص آخر موتاً فعلياً أو حرجاً خطيراً. وفي كلتا الحالتين، يشعر الفرد بالعزلة والانسحاب من مجتمع الأفراد المتعاونين أو ذوي النيات الطيبة (الأصدقاء، الجيران، الزوج أو الزوجة، والآباء). وفي أثناء تلك اللحظة يبدو الزمن أحياناً وكأنه قد توقف في حين يحاول الضحية أن يدرأ الموت عن نفسه. هذه اللحظة تأتي فيما بعد لتصبح نقطة مركزية في حياة الفرد، فتتشق حياة الفرد إلى قصص قبلية وبعدية (متعلقة بالصدمة) متقطعة.

3. فيما بعد، في عالم ما بعد الوقوع باعتباره ضحية، يعيش الفرد على الدوام في ترقب نشط لمزيد من مرات وقوعه باعتباره ضحية، فهو /هي يعيش هذه الاحتمالية من خلال مدى واسع من الصعوبات: فالجسم أكثر قلقاً وسهل التعرض للفرع، والحواس متنبهة لأي خطر وشيك، والنوم متقطع نتيجة الكوابيس المتكررة حول الوقوع المتواتر باعتباره ضحية، ويبدو المستقبل وكأنه قصير جداً أو محدود، وتوَجَل أحلام الفرد في تحقيق السعادة والنجاح، ويلتصق الفرد برواية سلبية حول استمرار معاشته لحياة أو ذات تالفة انتظاراً لتغيير ما أو آخر قد يكون في النهاية الوقوع باعتباره ضحية. وفي سبيل الهروب من تطفل عالم الوقوع باعتباره ضحية إلى الوجود في عالم ما بعد الوقوع باعتباره ضحية، يحاول الفرد تجنب الأفكار والمشاعر والذكريات المتعلقة بالوقوع كضحية، والانسحاب من الأنشطة التقليدية أو استخدام مواد متعددة للتغلب على الألم الانفعالي. ومع ذلك، فإن حقيقة خبرة الوقوع باعتبار الفرد ضحية تظل باستمرار قادرة على تأكيد نفسها، تاركة الفرد ممزقاً مشوشاً. (Elliott, Davis, & Slatick, 1998: p. 249)

وقد قدم كل من فو وريجرز، وفو وروثباوم (1998) اثنين أساسيين من المعارف المختلة وظيفياً واللذان تتدخلان باعتبارهما وسيطاً في تطوير اضطراب الضغط اللاحق لصدمة وهما: أن العالم محفوف بالخطر تماماً، وأن ذات الفرد عاجزة كلية.

ومن ناحية أخرى، فقد اقترح كل من فو وروثباوم أن هناك طريقتين متميزتين يكتسب عن طريقهما الأفراد تلك المعارف المختلفة وظيفياً: الأولى، أن الأفراد الذين يمرون بالخبرة الصدمية والذين يعتقدون في فكرة أن العالم آمن إلى حد كبير وأنهم قادرون إلى حد كبير إنما يجدون صعوبة في استيعاب الخبرة الصدمية وبالتالي يبالغون في ملائمة مخططاتهم عن الذات والعالم (إيجابية كانت أم سلبية) إنما يجعل الأفراد عرضة لتطوير اضطراب PTSD. ومن ناحية أخرى، فإن الأفراد الذين لديهم تمييز أفضل بين درجات الأمن والاقتدار تكون لديهم القدرة على تفسير الصدمة على أنها خبرة فريدة ليس لها أية متضمنات عريضة عن طبيعة العالم وطبيعة قدراتهم للتوافق معه. وقد افترضت كل من فو و روثباوم أنه إذا تضمن اضطراب الضغط اللاحق لصدمة تشوهات معرفية مفادها أن العالم غي ر آمن على الإطلاق وأن ذات الفرد عاجزة تماماً، فإن العلاج الناجح سوف يقوم تصحيح تلك المعارف. (Foe, Ehlers, et al, 1999 P. 88)

واعتماداً على وجهة النظر تلك. وقع اختيار الباحث على علاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة بإعادة الأعمال التصويرية المجسد الذي يمثل صورة من العلاج المعرفي - الخبري، سوف يفصل الباحث القول فيه إلى محور النظرية التي تتولى تنظيم الفعل، مما يحضز الاقتناع

الراسخ بأن العالم، بمعانٍ مختلفة، آمت بصورة كافية. (Bolton & Hill, 1996, p. 361) وإن هناك طريقتين تؤثر من خلالهما الأفكار على تطور ومداومة اضطراب PTSD. أما الطريقة الأولى فتتمثل فيما إذا كان الحدث الصدمي قد حطم الأفكار والافتراضات الأساسية التي يتبناها الفرد. (Brewin & Holmes, 2003: P.36)

وأما الطريقة الثانية فهي عبارة عن كون المخططات المتبناة من قبل لها تأثير على تطوير اضطراب PTSD وذلك إذا كان هناك تطابق بين المخطط الذي يتبناه الفرد وبين الحدث الصدمي. على سبيل المثال، إذا كانت هناك سيدة يعتقد، قبل الصدمة، أنها غير جدير بالحب، فإن الخبرة الصدمية المتعلقة بتعرضها للاغتصاب والخط من شأنها سوف توفر مزيداً من الأدلة عن صدق وصحة الاعتقاد المحوري الكامن. (Davidow, 2006) وقد وجد أن هناك زيادة بصفة عامة لمقدار الأفكار السالبة عن الذات والآخرين والعالم لدى ضحايا الصدمات ممن يعانون من اضطراب PTSD مقارنة بنظرائهم ممن لا يعانون من الاضطراب ذاته. وقد أكد عدد من الباحثين على قدرة الصدمة على تدمير الثقة، وكذلك دورها في اعتقاد الضحايا بأنهم قد تعرضوا للخيانة أو من الآخرين قد خذلهم. كما أن المستويات المرتفعة من الغضب من الآخرين والتي يقررها مرضى اضطراب PTSD إنما تتسق مع الافتقار إلى الاعتقاد في النيات الطيبة التي يبديها الآخرون. (Brewin & Holmes, 2003: P.99)

جدول رقم (2-4)

المعتقدات الغير تكيفية في اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD)

الرقم	المعتقدات المتعددة	مثال اكلينيكي
معتقدات حول الذات: Beliefs about the self		
1-	معتقدات حول كوني ضعيفا اتجاه أذى المستقبل	لأنني شخص ضعيف سأكون أكثر تعرضا للأذى في المستقبل
2-	لا يمكن الثقة بأحد أو بوجهات نظر الآخرين	لا أستطيع الثقة بنفسي أكثر لان ارائي سيئة
3-	معتقدات حول كوني شخصا سيئا لأدع ذلك يحدث لي	أنا لست قويا كفاية مثل الناس الآخرين / أنا يجب أن أعاقب لأنني سمحت بحدوث ذلك
4-	معتقدات حول فقدان التحكم أو أن أكون فعالاً	أنا لا أستطيع التحكم بما يحدث لي لذلك أنا غير قادر على حماية نفسي
5-	فقدان الاحساس بكوني انسان	أنا لا أرى أحترام لي وأرى موضوع مهم بحياتي

معتقدات حول الآخرين: Beliefs about others		
1-	معتقدات الآخرين حول بقاء الانسان وحيداً	أشعر بالفراغ والوحدة
2-	لا احد يهتم فعلاً	لا احد يهتم بي أو يفهمني
3-	الناس يلومون الضحية على ما حدث	يلومني الناس على ما حدث وهم يعتقدون أنه يجب على أن يكون ذلك وراء ظهري
4-	الناس سيئين وأشرار بشكل أساسي	طبيعة الإنسان شريرة وقادرة على ارتكاب الشر
5-	الناس مؤذيين و لا يمكن الثقة بهم	الناس سيؤذونك لذلك لا نستطيع الثقة بهم
6-	الحياة الإنسانية غير قيمة	لا يوجد قيمة أو معني خاصة لحياة الانسان
معتقدات حول المستقبل: Beliefs about the world and future		
1-	العالم مكان خطر	لا يمكن أن اشعر بالأمان في مثل هذا العالم الخطر
2-	هناك القليل من الأشياء الجيدة في العالم	في هذا العالم السيئ والأناي من الصعب ايجاد الاهتمام
3-	توقع المستقبل مؤذي أو خطير	في المستقبل من المحتمل أن تحدث الأشياء السيئة لي ثانية
معتقدات حول الصدمة: Beliefs about the trauma		
1-	الأذى عشوائي وغير متوقع	أنت تكون في خطر أعظم عندما تتوقع حدوثه
2-	وجهات النظر السلبية للاستجابة خلال الصدمة	
3-	الفشل في أن أكون فعالاً في حماية نفسي	
4-	حول التسبب بالصدمة	
5-	معتقدات حول الآثار السلبية طويلة المدى للصدمة	أنا لن أكون الشخص نفسه بعد ما حدث لي
معتقدات حول كرب ما بعد الصدمة: Beliefs about the post-traumatic stress Disorder		
1-	هذا الاضطراب له نتائج سلبية	لن أتخلص من اضطرابي هدد ودمر حياتي
2-	سوء الفهم الكارثي لأعراض PTSD	أنا سأجن من كثرة الومضات الغير مرغوب بها التي تأتي

		إلى عقلي ولا أستطيع التحكم بها / لن اصبح افضل طالما استمررت في التفكير بالصدمة.
3-	الحاجة إلى تمارين أكبر للتحكم بالنفس للتغلب على الأعراض المتعلقة بالصدمة	أنا اعاني من PTSD لأنني ضعيف وعاجز
4-	لوم الذات للإصابة ب PTSD / احبطت اهدافي بالحياة	لن أنجز أهدافي في الحياة وأعيش حياة منتجة أو فعالة
5-	معتقدات حول أهمية التحكم بالعواطف السلبية	أحتاج إلى التحكم بعواطفى أو أسيطر عليها بالحد الأدنى
6-	آثار التجنب	من الافضل تجنب أي شيء مزعج أو يذكرني بالصدمة

- القابلية النفسية للتأثر بوصفها تغيراً معرفياً:

هي - من وجهة نظر الباحث - شعور الفرد بعد مروره بالصدمة بفقدان الحماية وبروز إمكانية تعرضه للخطر في أي وقت.

وقد تقدم الأزمة والأحداث الصدمية إشارة بالتحذير أو بالخطر المحدق، أو توفر فرصة لخفض القابلية للجرح والألم الانفعالي بوضوح (Roberts, 2005: p.5)

كما اوضح لوسيانو وآخرون Luciano أن التحكم الضعيف في الأفكار قد يمثل مؤشراً للقابلية الانفعالية للجرح. (Williams, 2008: P. 81)

وقد عنيت بعض الدراسات بالسعي حثيثاً إلى التعرف إلى عوامل القابلية للجرح والتي تؤهب الأفراد لتطوير صعوبات مزمنة تعقب الضغط الصدمي. (Benight & Bandura, 2004:P.12)

فقد حدد شليف Shalev القابلية للجرح السابقة على الصدمة ضمن عوامل الخطر المتعلقة بتطوير اضطراب PTSD (مثل وجود تاريخ أسري للإصابة باضطرابات عقلية، والعوامل الجنسية والعصبية، الغدية) (Mgoqi, 2006)

- الاستجابات المعرفية الوجدانية للصدمة:

أن المرضى ذوي اضطراب PTSD غالباً ما يقررون مدى من المشاعر الحادة، والتي يمكن تفسيرها من خلال التقديرات الموقفية السالبة وقت وقوع الصدمة أو في أعقابها. (Ehlers & Clark, 2000)

ويفترض نموذج الاشرط ضمناً أن الضواغط الصدمية إنما تتسبب في تطوير اضطراب PTSD عن طريق خلق مستويات مرتفعة من الخوف لدى الضحايا، ولكن الضواغط أيضاً إنما تكتسب طبيعتها الصدمية من خلال إثارة الشعور بالذنب والخزي، وليس فقط الخوف.

وتتضمن عملية الحداد لدى ضحايا الصدمات أعمال اوهام الانتقام والرغبة في التعويض، ومشاعر عميقة بالذنب والخزي. (Walter, Leibner, Jerg-Bretzke, Hrabal, & Traue, 2010) وقد وجد كل من جوزيف Joseph، بروين Brewin، يول Yule، ويليامز Williams (1991، 1993) أن مرضى اضطراب PTSD إنما يميلون إلى لوم الذات على النتائج غير السارة بصفة عامة، فقد لاحظ شاليف Shalev (1996) أن الناجحين من الصدمات يواصلون الحكم وتقدير أفعالهم خلال الصدمة. وقد قرر أن هذه التقديرات قد تنمر تقديراً موقفياً غير محدد ومفرط التعميم للضاغط وموارد الفرد الذاتية، ومن ثم يسفر ذلك عن تكوين أفكار سالبة عن ذات الفرد وموارده الشخصية. (Blackledge, 2004: P.47)

ولم يحدد الدليل التشخيصي والإحصائي DSM في نصه مدى المحتوى الوجداني الذي يحدد "الكرب" في سياق اضطراب PTSD، ولكنه ذكر الخوف والذنب، كما اورد أمثلة لذلك (الاغتصاب، التعذيب) والتي قد تؤدي بالفرد إلى التفكير في الأسى والخزي، والغضب، والإحساس بالفقد (Young, 1995: p.124)

وتمثل الأفكار الاقتحامية Intrusive Thoughts عن الأحداث الصدمية عاملاً مهماً في تحديد تطوير الفرد لاضطراب PTSD، برغم أن الدراسات قد ركزت على التواتر أكثر من تركيزها على نوع الاقتحامات التي تحدث. (Stocken, Hunt, & Joseph, 2011: P.77)

ويبدو واضحاً أن المعارف الاقتحامية Intrusive Cognitions تعد استجابة شائعة عند التعرض لصدمة ما وإن كانت الأدلة قد اقترحت أن الصور الاقتحامية هي الأكثر شيوعاً لدى مرض PTSD أكثر من الأفكار أو المعارف المفردة. وقد وجد رينولدز Reynolds وبروين Brewin (1999) أن الأفكار الاقتحامية المميزة لاضطراب PTSD تشتمل نمطياً على المرض الشخصي أو الإصابة أو الاعتداء الشخصي. وقد قدم كل من دي سلفا De Silva وماركس

Marks (1998) رأياً مفاده أن الأشخاص يخبرون أفكاراً اقتحامية هي ليست ذكريات عن الحدث الصدمي ولكنها بالأحرى تساؤلات بشأن هذا الحدث، وتصنف هذه الأفكار إلى ثلاث أفكار عريضة:

1. التهديد والخطر (ومنها "هل أنا في أمان؟")
2. الأفكار السالبة عن الذات (ومنها "هل أنا شخص سيء؟")
3. الأفكار عن معنى الحدث (ومنها " لماذا حدث ذلك لي؟") (Falsetti, Monnier, & Resnick, 2005: p. 34)

كبت الذكريات الاقتحامية وقمعها:

كان فرويد أول من أشاع فكرة الكبت Repression فمن ناحية اعتبر فرويد الكبت بمثابة ميكانزم دفاعي تلقائي يحول دون وجود ذكريات أو خبرات كريهة في منطقة الشعور، ومن ناحية أخرى فقد أعتقد أن الكبت إنما هو صورة من التجنب الإرادي النشط. (Geraerts et al, 2007: P.34)

وطبقاً للتفسيرات الأكثر حداثة، يمكن اعتبار الكبت سمة، إنما تعكس أسلوباً اعتيادياً للتوافق مع الأحداث المكروهة. (Geraerts, et al, 2006: P.22)

أما عن مفهوم قمع الأفكار Thought suppression، والذي طوره في الأصل ويجنر Wegner ومجموعة، إنما يتميز على وجه الخصوص بإلقائه الضوء على عواقب استخدام التجنب بوصفه استراتيجية التوافق مع الأفكار الاقتحامية، ويعرف القمع المزمن للأفكار بأنه الرغبة أو الميل العام إلى قمع الأفكار المسببة للكرب. (Yazquez et al, 2008 :P.55)

وتقتضى نظرية إعمال المعلومات أن الخبرات الصدمية إنما تظل في الذاكرة النشطة، مصحوبة بحافز لإدماج هذه المعلومات ضمن التمثيلات العقلية الموجودة وتتوقع النظرية أن الأفكار الاقتحامية سوف تنتج عن ذلك حتى يتم تمثيل المادة بشكل كامل في الذاكرة المفاهيمية للفرد. لذا، فمن الممكن أن يسهل السماح بوجود الأفكار الاقتحامية دون استنكارها من التعافي، طبقاً لهذه النظرية، في حين قد يحول قمع الأفكار دون تحول أعراض إعادة معايشة الخبرة، ويمكن الاطلاع على الأدلة المدعمة لهذا الافتراض في التراث الإمبيرقي. فعلى سبيل المثال، استخدام القمع بوصفه استراتيجية للتوافق في أعقاب صدمة ما قد وجد بمثابة منبئ عن الكرب النفسي في

الدراسات المسحية التي شملت كل من الراشدين والأطفال. (Shipherd & Beck, 2005:) (P.233)

وقد افترض إهلرز Ehlers، وستيل Steil أن الميكانيزمات المعرفية مثل المعتقدات المتعلقة بالأفكار الاقتحامية التي تكمن وراء عملية قمع الأفكار قد تسفر بدوره عن ترك تأثيرات على المقدرة على قمع الأفكار

ورغم أن قمع الأفكار قد يبدو بمثابة حل فعال عندما تكون الأفكار غير مرغوب فيها، فقد تؤدي هذه الاستراتيجية إلى تكرار لكل تلك الأفكار التي يحاول الفرد قمعها. (Najmi & Wegner 2009: P.13)

أن كثيراً من ذوي الخبرات الصدمية إنما يقومون بتعريض أنفسهم - ويبدو أن هذا يحدث قهري - لمواقف تثير ذكرياتهم المتعلقة بالصدمة الأصلية وهذه المرات من إعادة التمثيل السلوكي نادراً ما يتم فهمها شعورياً من حيث كونها متعلقة بخبرات الحياة السابقة. وقد اعتقد فرويد Freud أن هدف هذا التكرار القهري هو استعادة السيطرة، في حين أظهرت الخبرة الإكلينيكية أن هذا نادراً ما يحدث، وإنما يتسبب التكرار في مزيد من معاناة الضحايا أو من حولهم. (van der Kolk,) (1989: P.22)

وتؤكد النظرية المعاصرة التي تناولت اضطراب الضغط اللاحق لصدمة (PTSD) على أهمية المعارف السالبة المتعلقة بالصدمة فيما يتعلق بتطوير هذا الاضطراب ومدامته. (Hagenaars, Minnen, & Rooij, 2010: P.21)

وفضلاً عما عرضه الباحث من قبل من نظريات تطرقت - في جزء منها - إلى تفسير الأفكار السالبة المتضمنة في اضطراب PTSD، تسلط الباحث الضوء في السطور التالية على ثلاث نظريات هي الأكثر شيوعاً - في حدود علم الباحث - لتفسير هذه الأفكار.

1. نظرية الافتراضات المحطمة Shattered Assumptions Theory

2. نظريات أعمال المعلومات Information-Processing Theories

3. النموذج المعرفي لإهلرز وكلاارك Cognitive Model of Ehlers and Clark

- نظرية الافتراضات المحطمة Shattered Assumptions Theory:

أن أصول هذا النموذج الاجتماعي - المعرفي إنما تكمن كذلك في النماذج الداخلية الفردية أو العوامل المفترضة، والتي قد تكون برغم ذلك خادعة، والتي تتولى مساندة الأفراد في حياتهم

اليومية كما تتولى دفعهم نحو التغلب على الصعوبات والتخطيط للمستقبل. وتتمثل الافتراضات الثلاث الشائعة التي اوردتها جانوف - بولمان (1992) Janoff-Bulman باعتبارها الافتراضات الأكثر جوهرية من حيث الأثير على الاستجابة للصدمة هي: أن العالم خير، وأن العالم ذو معنى، وأن الذات لها قيمة. لذا، فإن هناك قواعد ومبادئ ثابتة إنما يمكننا من التنبؤ بأن سلوكيات معينة سوف ينتج عنها أنواع محددة من العواقب وبأننا كذلك خيرون، وصالحون، وذوو نيات حسنة. وبالتعرض لهجوم من قبل شخص غريب كلية دون أية إشارة، أو التورط في حادث مروري خطير على الطريق في حين نتمتع نحن بالالتزام بقواعد الطريق واعتبار أن النجاة مقدمة على كل شيء في حالة تعرض حياتنا للتهديد، هي جميعها مواقف قد تكون صدمية ذلك أنها قد تحطم الافتراضات الراسخة بعمق وربما التي لم بطالها فحص دقيق والتي تتعلق بكيفية إدراكنا لكنه العالم وذواتنا. (Brewin & Holmes, 2003: P.77)

وقد قامت جانوف - بولمان (2006) بتطوير هذه النظرية وتوسيع نطاقها وذلك عن طريق وضع الافتراضات في سياق ما يعرف بالمخططات Schemas. وتبدأ المخططات في التشكل في الطفولة، ويستكمل تشكلها على مدار الحياة. وفي مرحلة الرشد فإنها تتطور لتصبح مخططات عريضة، مجردة وجامدة، أن وظيفة هذه المخططات هي أعمال المعلومات الجديدة وتفسيرها بطريقة ما تعمل على توسيع التحقق الذاتي الممكن إلى أقصى حد، وذلك من خلال تمثل المعلومات في صورة مخططات متوفرة أو من خلال تجاهل المعلومات الجديدة. وبهذه الطريقة، فإن تلك المخططات إنما تعطي الدفعة ليزوغ الافتراضات المذكورة آنفاً والتي تعطي الفرد شعوراً عاماً بالأمان. وعندما يقع حادث صدمي، تتحطم افتراضات الفرد، مما ينتج عنه أن يغدو المخطط الراسخ غير ملائم، ويقضي ذلك إلى مصدرين للقلق: الاضطرار إلى الاعتراف بأن العالم هو مكان غامض وخطير، وأن العالم الداخلية للفرد قد بات غير ملائم. (Linde, 2007: P.99)

وتستخدم نظرية الافتراضات المحطمة لجانوف - بولمان مزيجاً من النظريات المعرفية وذات التوجه الديناميكي لمعالجة كيف تصبح الصدمة بمثابة كيان صدمي.

العالم الافتراضي الذي يبينه الفرد ويستخدمه ويستديمه قد يُواجه بمعلومات استثنائية ومناقضة تماماً لتلك المبادئ، وهي غالباً ما يصطلح بأنها "أحداث صدمية". وتؤكد جانوف - بولمان أن الأحداث الصدمية هي ما تمثل التهديد الأكبر لنجاة الذات واعتقاد الفرد بأنه سوف ينجو، فهي تهاجم كلا الجهازين البيولوجي والرمزي، مما ينتج عنه عواقب سلبية. ويحدث ذلك، كما ترى جانوف - بولمان، لكون العالم الداخلي للفرد لم يعد معتمداً على الافتراضات التي ثبت زيفها، فهذه الافتراضات لم تعد تعطي للعالم معنى، أو تمنح شعوراً بالأمان، أو تمنح قيمة للذات.

فبالنسبة للأفراد الذين يخبرون تغيرات جذرية في افتراضاتهم، جذرية في افتراضاتهم، يصبح العالم الداخلي للفرد مفككاً. (Lilly, 2008: P.34)

- نظريات إعمال المعلومات Information-Processing Theories

أن نظرية الاشتراط التي وضعها مورير Mowrer (1960) إنما تصف الكيفية التي يتسبب بها المثير غير الشرطي الذي يتصادف وجوده وقت حدوث الصدمة في الشعور بالخوف، مما ستحدث وقوع ذلك الخوف عندما ترتبط خصائص هذا المثير مع عناصر الصدمة. فضلاً عن ذلك، فإنه نظراً لتعميم المثيرات فإن كثيراً من المثيرات المرتبطة والتي لم تكن موجودة عند حدوث الصدمة تصبح بمثابة عاملاً يستحث الخوف كذلك. (Brewin & Holmes, 2003: P.67)

ولقد أشارت البحوث السابقة إلى أن المرضى ممن يعانون من اضطرابات القلق بما في ذلك اضطراب PTSD إنما يظهرون تحيزاً معرفياً يميلون فيه إلى إعمال المواد المتعلقة بالتهديد بشكل انتقائي لأن عقلهم يميل إلى تحديد وانتقاء المعلومات التي يريدونها ويترك المعلومات التي لا يريدونها. (Thirasher, Dalglish, & Yule, 1994: P.24)

ولقد رأى لانج Lang (1979) أن المعلومات الصدمية إنما تتكون من المثيرات الموجودة عند وقوع الحدث، الأصوات، مثل المشاهد والأصوات، وكذلك الاستجابات الانفعالية والفيزيولوجية التي تصدر عن الفرد. لذا، يبرز اتحاد المعرفة بالوجدان ضمن جهاز الاستجابة التلقائية مما يساعد الفرد على الهرب من الخطر عندما يتم تنشيط ذكريات الخوف المستقرة تلقائياً بواسطة مثير مشابه لذلك الذي كان متضمناً في الصدمة. (Linde, 2007: P.45)

وخلال العقد الماضي، اضطلع التجريبيون من علماء علم النفس المرضي بتطبيق مفاهيم ومناهج علم النفس المعرفي بغية تفسير نواحي الشذوذ المتعلقة بالإعمال المعرفي لدى الأفراد ممن يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة. (McNally, 1998: P. 46)

وقد افترض كل من "فاو، وكوزاك" Foa & kozak عام 1986 نموذجاً معرفياً سلوكياً يفسر اضطراب الضغوط التالية للصدمة متضمناً عنصر المعنى Meaning في الحادث الصدمي. ويستخدم هذا النموذج مفهوم "تراكيب الخوف Fear Structures" الذي وضعه لانج، حيث افترض أن الشبكة المعرفية لتراكيب الخوف تشمل على ثلاثة عناصر أساسية كما يلي:

1. معلومات عن موقف المنبه.

2. معلومات عن الاستجابات الفيزيولوجية والمعرفية والسلوكية للمنبه.

3. معنى الرابطة بين المنبه والاستجابة.

وفي نموذج التصور القلق، جادل وبارلو Jones and Barlow (1990) بشأن كون المتغيرات المسؤولة عن وقوع ودوام اضطراب الهلع هي كذلك متضمنة في اضطراب PTSD. أن الافتراض الأساسي هذا هو أن ما يحدث ليس إلا تنشيطاً للعوامل المعرفية التي تزامنت مع حدوث الصدمة وذلك عند مواجهة مثيرات متعلقة بالصدمة، مما يهلق دائرة تغذية مرتدة من التصور القلق. لذا، وكما هي الحال في اضطراب الهلع، فإن الإنذارات الزائفة إنما تحدث في غياب الخطر. (Brewin & Holmes, 2003: P.77)

ويرى اليس Ellis أن عدداً من ضحايا انعصاب ما بعد الصدمة يساعدون إلى حد كبير في شعورهم بالكرب أو الضيق النفسي من خلال اعتقاداتهم غير العقلانية أو المختلة وظيفياً. (محمد، 2000: 236)

النموذج المعرفي لإهلرز وكلارك Cognitive Model of Ehlers & Clark :

عند محاولة تصور اضطراب PTSD من منظور معرفي، يجد المرء نفسه أمام مسألة محيرة. اضطراب PTSD يصنف بوصفه أحد اضطرابات القلق، وفي ثنايا النماذج المعرفية يعد القلق نتيجة للتقديرات الموقفية المتعلقة بالتهديدات الوشيكة. ومع ذلك، فإن اضطراب PTSD وهو اضطراب تكون فيه المشكلة عبارة عن ذكرى لحدث وقع بالفعل. ونقترح إمكانية حل هذه المسألة بالإشارة إلى أن الصورة الشديدة من اضطراب بتهديد خطير في الوقت الحالي. ويقدم النموذج عمليتين مفتاحيتين إنما تؤديان إلى الإحساس بتهديد حالي.

1. الفروق الفردية في التقدير المعرفي للصدمة و/أو عواقبها.

2. الفروق الفردية في طبيعة الذكرى الخاصة بالحدث وعلاقتها بالذكريات الذاتية الأخرى.

وحال تنشيطه، يصحب إدراك التهديد الحالي اقتحامات وأعراض أخرى لإعادة معايشة الخبرة، وأعراض الإثارة والقلق واستجابات انفعالية أخرى، كما يستحث التهديد الحالي كذلك سلسلة من الاستجابات السلوكية والمعرفية والتي يقصد منها خفض التهديد والكرب المدرك على المدى القريب، ولكنها تسقر عن الحيلولة دون حدوث التغير المعرفي ومن ثم تسبب في مداومة الاضطراب.

التقدير الموقفي للصدمة و/أو عواقبها:

أن الأفراد ذوي الصورة الشديدة من اضطراب PTSD لا يمتلكون القدرة على النظر للصدمة بوصفها حدثاً محدد الزمن ليس له أي متضمنات سلبية معمة بالنسبة لمستقبلهم. ويشير النموذج إلى أن هؤلاء الأفراد إنما يتميزون بتقديرات موقفية سلبية غريبة للحدث الصدمي و/أو عواقبه تتمثل في التأثير الشائع المتعلق بخلق إحساس بالتهديد الحالي الخطير. يكون هذا التهديد أما خارجياً (مثل: العالم هو مكتن أكثر خطورة)، أو بشكل أكثر شيوعاً، داخلياً (مثل: تهديد لنظرة الفرد لنفسه بوصفه شخصاً قادراً مقبولاً سوف يمتلك القدرة على تحقيق أهداف مهمة في الحياة). وينشأ الشهور بالتهديد الحالي باعتباره نتيجة لـ: 1- التقديرات الموقفية متزايدة السلبية للصدمة وعواقبها، 2- اضطراب الذاكرة الذاتية التي تتسم بأعداد وسياق ضعيف، وذاكرة ترابطية قوية، ودقة حسية متناهية. وتحول سلسلة من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية المُشكلة دون التغير في التقديرات الموقفية السالبة وذاكرة الصدمة. ولسوف يعتمد الإعمال المعرفي أثناء الحدث الصدمي على عدد من العوامل، خصائص الصدمة مثل دوامها وإمكانية توقعها، والخبرة بصدمات سابقة، وكذلك أساليب التوافق التي استخدمت أثناء تلك الأحداث، والقدرة العقلية المنخفضة، فقد تكون لها صلة بالإعمال الأقل مفاهيمية والأكثر انسياقاً وراء المعلومات. أن التقديرات الموقفية للصدمة وعواقبها سوف تؤدي دوراً كذلك تحت تأثير خصائص الحدث وعواقبه. المعتقدات المسبقة، والتي سوف تكون ذات أهمية في حالة ضحايا الصدمات الذين تراودهم معتقدات سالبة مسبقة عن أنفسهم فربما ينظرون إلى الصدمة من حيث كونها تأكيداً لهذه المعتقدات، أما بالنسبة لمن يتبنون معتقدات شديدة الإيجابية فقد تسبب الصدمة في تحطيم ما يشعرونه من ثقة في أنفسهم وفي العالم. الخبرات المسبقة، فقد تتصل هذه الخبرات بالصدمة المتجددة وتضيف إليها مزيداً من المعاني السالبة. استراتيجيات المعرفية والسلوكية المستخدمة للتحكم في أعراض اضطراب PTSD والتهديد الحالي، يحتمل أن تقع تحت تأثير الخبرات والأفكار المسبقة.

- المتضمنات العلاجية في النموذج:

عندما يتحدث الناس عن التعافي من خبرة صدمية فإنهم غالباً ما يستخدمون الاستعارة "لقد وضعتها في الماضي" ويقترح النموذج الحالي أنه في حالة النمط الشديد من اضطراب كرب ما بعد الصدمة PTSD فإن وضع الصدمة في الماضي إنما يتطلب أحداث تغييرات في نواح ثلاثة:

- ذاكرة الصدمة في حاجة إلى أن يتم إخضاعها للأعداد والتكامل ضمن سياق الخبرة السابقة واللاحقة للفرد بغية خفض إعادة معايشة الخبرة بصورة اقتحامية.

- التقديرات الموقفية المشكلة للصدمة و/أو عواقبها والتي تكون سبباً في مداومة الشعور بالتهديد الحالي إنما ينبغي تعديلها.
- الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية المختلة وظيفياً والتي تحول دون أعداد الذاكرة، تكون سبباً في تفاقم الأعراض، أو تمنع إعادة تقييم التقديرات الموقفية المشكلة وهي ما ينبغي إسقاطها. (Ehlers & Clark, 2000: P.88)

2-1-9 القلق النفسي:

مقدمة:

يعد القلق حقيقة من حقائق الوجود الإنساني وجانب دينامي في بناء الشخصية، ومتغير من متغيرات السلوك البشري إلا أنه كذلك يعد القاعدة الأساسية، والمحور الدينامي في جميع الاضطرابات العصبية، والعقلية والانحرافات السلوكية، والقاسم المشترك فيما بينها جميعاً ويعد من أكثر فئات العصاب انتشاراً.

والقلق ظاهرة اعتيادية يعيشها الإنسان، يتميز بها دون سائر المخلوقات الحية، فهو مرافق لحياة الإنسان واضطراره لاختيار مسالك لا تتفق مع رغباته رضوخاً لمطالب المجتمع، أو لعدم القدرة على تحقيق رغباته وميوله وطموحاته التي تعيقها معوقات كثيرة تزداد مع تزايد ضغوط الحياة الحديثة ومطالبها (الوقفي، 1989: 47).

2-1-10 مفهوم القلق النفسي:

أولاً: التعريف اللغوي للقلق:

يعرف القلق لغوياً بأنه " القلق من قلق والقلق الانزعاج، ويقال بات قلقاً وقلق غيره، والقلق لا يستقر في مكان واحد والإزعاج (ابن منظور، 1986: 323).

كما يعرف القلق: " من قلق وقلق قلقاً لم يستقر في مكان واحد أو لم يستقر على حال، واضطرب وانزعج فهو قلق، والقلق: حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث، والمقلق: شديد القلق، ويقال رجل مقلق، وامرأة مقلقة (الكعبي، 1997: 28).

ثانياً: التعريف السيكولوجي للقلق:

تباينت آراؤهم حول الوسائل التي يمكن استخدامها للتخلص منه وفي هذا المقام سوف يستعرض الباحث عدد من التعريفات التي ذكرت عن القلق ومنها التالي:

قاموس المصطلحات النفسية والتحليل النفسي فقد عرفه أنه " حالة انفعالية غير سارة مستمرة لدى الفرد وشعور مكرر بتهديد أو هم مقيم وعدم راحة واستقرار فيها يفقد الرغبة أو الدافع للهدف " (عبد الخالق، 1987: 27).

كما عرفه ملحم على أنه "هو شعور عام غامض غير سار مصحوب بالخوف والقلق والتحفز يصحبه في العادة بعض الاحساسات الجسمية مجهولة المصدر كزيادة ضغط الدم وتوتر العضلات وخفقان القلب وزيادة إفراز العرق " (ملحم، 2001: 233).

كما عرفه عكاشة بأنه " شعور غامض غير سار مملوء بالتوقع والخوف والتوتر مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسمية تأتي على شكل نوبات متكررة من نفس الفرد ". (عكاشة، 2003: 134).

11-1-2 حالة القلق وسمة القلق:

على الرغم من اختلاف مفهوم كل من حالة القلق وسمة القلق من الناحية المنطقية، فإنهما يعتبران من المفاهيم البنائية المرتبطة معاً ومع تميز هذين المفهومين تماماً إلا أنهما قد استخدمتا من قبل بعض الباحثين كما يرى (سبيلبيرجر) بطريقة أدت إلى كثير من الغموض والخلط بينهما ومن هنا لابد من إزالة هذا الغموض والخلط كالتالي:

حالة القلق: Anxiety State

تعرف بأنها استجابة انفعالية غير سارة تتسم بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر والخشية والعصبية والانزعاج كما تتصف بتنشيط الجهاز العصبي الذاتي (الأنثومي) وزيادة التنبيه وتحدث حالة القلق عندما يدرك الشخص أن منبهاً معيناً أو موقفاً ما قد يؤدي إلى إيذائه أو تهديده أو إحاطته بخطر من الأخطار وتتميز حالة القلق بأنها تتغير عبر الزمان وهي مؤقتة وسريعة الزوال غالباً يمكن أن تتكرر عندما تتعرض لنفس المثيرات وقد تبقى زمناً إضافياً إذا استمرت الظروف المثيرة لها وقد تطول الفترة كثيراً (عبد الخالق، 1987: 28).

ويفرق الباحثون بين القلق كحالة والقلق كسمة، ففي حالة القلق لا يكون القلق من طبيعة الشخص وليس مكوناً من مكونات شخصيته ولكن يظهر في مواقف محددة ومعينة وكثيرة الحدوث مثل موقف الامتحان (الطيب، 1996: 90).

سمة القلق: Anxiety Trait

أما سمة القلق فإنها تشير إلى استعداد ثابت نسبي لدى الفرد، وعلي الرغم من تميز هذا الاستعداد بقدر أكبر من الاستقرار بالمقارنة إلى حالة القلق، ولا تظهر سمة القلق مباشرة في السلوك المباشر اليومي، بل تستنتج من تكرار ارتفاع حالة القلق وشدها لدى الفرد على امتداد الزمن وتكرار حدوث هذه النوبات (عبد الخالق، 2000: 19).

ويميز كاتل بين حالة القلق وسمة القلق على أساس أن مستوى الأولى يتغير بحسب المواقف ومستوى الثانية يتغير بحسب الأفراد ويشير إلى أن التباين بين المواقف أعلى من التباين بين الأفراد في (حالة القلق) وأن نسبة التباين بين الأفراد أعلى من نسبة التباين بين المواقف في (سمة القلق). (موسي، 1978: 39)

القلق في ضوء نظريات علم النفس:

ومن الجدير بالذكر هنا أن استعدادنا للقلق ليس دليل الشذوذ، بل هو وسيلتنا للتكيف وحفظ الذات من الخطر، أما الشذوذ فيكون في الشدة والتطرف، وفي تأثير القلق على سلوكنا تأثيراً يجعله مضطرباً وغير مناسب (العناني، 1998: 110).

ومن منطلق الاختلاف في وجهات النظر حول مفهوم القلق، سيعرض الباحث أهم النظريات التي حاولت تفسيره، وذلك بدءاً من النظرية التحليلية مروراً بنظريات التعلم وعبر النظرية الإنسانية الوجودية.

أولاً: نظرية التحليل النفسي:

اعتبر أنصار التحليل النفسي صدمة الميلاد هي المصدر الأول لمشاعر القلق لدى الإنسان، فالوليد عندما ينتقل من بيئة الرحم المشبعة الهادئة الآمنة إلى البيئة الخارجية، بكل ما تحمله من مثيرات غامرة تختلف كل الاختلافات عن البيئة المطمئنة التي اعتادها، فإنه يشعر بعجزه عن مواجهة هذا العالم فيغمره لأول مرة شعور بالقلق الهائل الذي يصبح النموذج الأول، ويعتبرون أن المكون الرئيسي للقلق هذه هو مزيج من الخوف والقلق. (عبد الله، 1996: 155).

وفيما يلي عرض موجز لآراء رواد المدرسة التحليلية لتفسير القلق:

رأي فرويد: Freud

يرى فرويد أن القلق النفسي ينشأ نتيجة للتعارض والصراع بين مطالب الهو (قوة الغرائز، ومطالب الأنا الأعلى (قوة المعايير الأخلاقية) وعجز الأنا عن التفريق بينهما وسبب هذا العجز يرجع إلى الخبرات في الطفولة (عبد الله، 1996: 151).

رأي أدلر: Alfred Adler

و يعتقد أدلر أن القلق ينشأ نتيجة لشعور الشخص بأنه ناقص في نظر نفسه فيزيد من شعوره بعدم الأمن، ومن ثم ينشأ لديه القلق (عبد الله، 1996: 151).

رأي كارن هورني: Karen Horney

وترى أن القلق ينبع من شعور الفرد بعجزه وضعفه وحرمانه من العطف والحنان وشعوره بأنه مخلوق ضعيف وسط عالم عدواني هو أهم مصدر من مصادر القلق وهو شعور ينمو تدريجياً من عناصر تربية الأسرة الخاطئة فالسيطرة المباشرة وغير المباشرة، وعدم العدالة والمساواة والجو العائلي العدائي كلها عوامل توقظ مشاعر القلق. (فهيم، 1997: 205)

تفسير يونج للقلق:

يعتبر القلق رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور، فالقلق هو خوف من سيطرة محتويات اللاشعور الجمعي غير المعقولة التي لا زالت باقية فيه من حياة الإنسان البدائية كما يعتقد أن الإنسان يهتم عادة بتنظيم حياته على أسس معقولة منظمة وأن ظهور المادة غير المعقولة من اللاشعور الجمعي يعتبر تهديداً لوجوده، ويؤكد يونج على أهمية التفاعل بين الطفل ووالديه أكثر من تأكيده على نمو الغرائز الجنسية كما فعل فرويد (الكعبي، 1997: 80).

تفسير القلق عند اريك فروم: Erich Fromm

يؤكد اريك فروم على العلاقات الاجتماعية وأثرها على حياة الطفل فهو يرى أن الطفل يقضي فترة طويلة من الزمن معتمداً على والديه، ولكن باستمرار نموه يدرك أن ذاته وحدة منفصلة، وبهذا يزداد تحرره من القيود التي تربطه بوالديه ويسمي فروم هذه العملية التفرد، والطفل في عملية التفرد ينتابه إحساس بالقلق والتوتر؛ وذلك لأن اتجاهه للاستقلال يهدد شعوره بالأمن الذي نتيجة له الاعتماد على الوالدين كما يتطلب منه أن يواجه المجتمع المملوء بالمخاطر والصعوبات بمفرده دون تدخل الآخرين، فيشعر حينذاك بالعجز والقلق (الشرييني، 1998: 24).

ثانياً: نظرية المدرسة السلوكية: Behaviouristic School

تنظر المدرسة السلوكية إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش وسطها الفرد، وهذه وجهة نظر متباينة ومخالفة لنظرية التحليلي النفسي، فالسلوكيون لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية، فالقلق عند السلوكيين هو استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف معينة، ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك (العزة، 2004: 80).

ثالثاً: نظرية المدرسة الإنسانية: Humanistic School

يرى أصحاب المذهب الإنساني أن القلق هو الخوف من المستقبل وما قد يحمله هذا المستقبل من أحداث قد تهدد الإنسان أو تهدد إنسانيته، فالقلق ينشأ مما يتوقع الإنسان من أنه قد يحدث، وليس القلق ناتجاً عن ماضي الفرد وبين أصحاب هذا المذهب أن الإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يدرك أن نهايته حتمية، وأن الموت قد يحدث في أي لحظة، وأن توقع الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان (العناني، 1989:113).

رابعاً: المدرسة العقلانية المعرفية:

وجد أن القلق ينشأ من خلال الأفكار الخاطئة والإدراك الخاطئ لدى العميل يقود إلى سلوك خاطئ، فوجود أفكار خاطئة لدى الفرد مما يترتب على ذلك القلق النفسي وقد يفسر القلق على أنه رد فعل لعدم قدرة الفرد على تحقيق أهدافه، أو شعوره بخيبة الأمل والفشل، وكما يفسر على أن القلق أسلوب لحياة الفرد الذي اختار لنفسه أهدافاً غير اجتماعية أو غير ممكنة التطبيق ولا ترتبط بالواقع مما يؤدي إلى الفشل ومن ثم القلق (الكعبي، 1997: 105).

خامساً: المدرسة البيولوجية:

تركزت البحوث في مجال تحديد الأسباب البيولوجية التي تسهم في تفسير القلق في اتجاهين هما اختبارات المقاومة البيولوجية والأسباب الجينية، وقد قام الباحثون بعمل اختبارات للمقاومة البيولوجية حيث يقدم الباحث عاملاً بيولوجياً مثل ملح الصوديوم للأفراد الذين يعانون من نوبات الهلع وآخرين لا يعانون من نوبات الهلع ووجد أن الذين لديهم حساسية من الأملاح ينتج لديهم مشاعر الرهبة والهلع والتوتر والقلق والدراسات الجينية تعتمد على النسبة المئوية للأفراد الذين لديهم أقارب يشاركونه نفس المرض (الداهري، 2005:330).

القلق واضطراب كرب ما بعد الصدمة:

أظهرت دراسة موسى Moser وجود علاقة وثيقة بين اضطراب الضغط اللاحق لصدمة وأعراض القلق (Moser, 2007).

السلوك الدفاعي Impulsive Behavior والشكاوي الجسمية Somatic Complaints:

هما من الأعراض التي تحدث ضمن اضطراب كرب ما بعد صدمة.

(www.dps.missouri.edu/resources/Handbook/ptsd.pdf)

الاعتماد على المواد Substance Dependence كشفت دراسة كوفي Coffey وصلاحين Saladin ودرويس Drobos وبرادي Brady ودانسكي Dansky وكيلباتريك Kilpatrick عن أن الأفراد المعتمدين على المواد من ذوي اضطراب PTSD يقررون تزايداً فيما يشعرون به من لهفة استجابة للذكريات الصدمية وهو ما يعد عاملاً مسهماً في ظهور نتائج ضعيفة لعلاجهم من تعاطي المواد. (Coffey et al, 2002: P.29)

وقد ظهر كون الجنس الأنثوي عاملاً خطيراً لتطوير اضطراب PTSD في دراسات متعددة وإن كان دور هذا العامل في مسار هذا الاضطراب لم يتضح بصورة كاملة. فقد افترض أن الأنماط والتواتر المتزايد لصدمات معينة يؤدي إلى زيادة مخاطر الإصابة بأعراض اضطراب PTSD، كما أن هذه المخاطر مختلفة بين الذكور والإناث من ضابط الشرطة. (Gehrke & Violanti, 2006: P.11)

2-1-12 أعراض القلق:

1. وجود قلق شديد وانقباض (توقع مكروه) حول اثنين أو أكثر من ظروف الحياة ولمدة ست شهور، أو أكثر وكانت الأعراض في أغلب الأيام.
2. يجد الشخص ثلاث أعراض على الأقل من الأعراض التالية:
 - توتر العضلات.
 - عدم الاستقرار.
 - سرعة الشعور بالإجهاد.
 - صعوبة التركيز.
 - اضطراب النوم (صعوبة بدء النوم أو المحافظة عليه أو عدم الراحة في النوم).
 - سرعة الاستثارة.
 - القلق أو الأعراض الجسدية تسبب انزعاجاً ملحوظاً أو خللاً وظيفياً أو اجتماعياً.

2-1-13 الاكتئاب:

الأحداث الصدمية تؤدي إلى ظهور أعراض مرضية أخرى غير الكرب، ومنها الاكتئاب أو أعراضه مثل الأعراض الجسمية ك فقدان الشهية ورفض الطعام ونقص الوزن والصداع وضعف النشاط العام وتوهم المرض والانشغال على الصحة الجسمية (زهران، 1997، 516) أو الأعراض

النفسية مثل الأرق أو الإفراط في النوم، وانخفاض الطاقة أو التعب المزمن الشعور بالنقص البكاء والصراخ والحزن والكآبة (عسكر، 1988، 35)

كما أن للاكتئاب أعراض اجتماعية منها الافتقار للإيجابية في المواقف الاجتماعية والصعوبة في تكوين علاقات، وقلة المشاركة مع الآخرين والافتقار إلى المهارات الاجتماعية، ويعاني المكتئبون من حساسية قوية عند دخولهم في مواقف تفاعل بما في ذلك حساسيتهم الشديدة للرفض أو التجاهل لذا يعترضون في كثير من المواقف إلى إحباطات متكررة وعدم القدرة على التعبير عن أنفسهم، ويميلون إلى الانسحاب من المواقف الاجتماعية (زهران، 1997، 517)

والمتوقع أن تؤدي الأحداث الصادمة إلى حدوث كرب أو اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وأنه في حال كانت هذه الاضطرابات شديدة واستمرت لفترة طويلة، فإنها تقترب أو تترافق بعدد من الأمراض النفسية الشائعة لدى نفس الأفراد المكروبين، ووفقاً لهذه الدراسة فإنه من المتوقع أن تكون نسبة لا بأس بها من المكروبين بأنهم حالات اكتئاب بمعنى وجود ترافق للاكتئاب مع كرب ما بعد الصدمة. فقد كشف الخواجه (1996) في دراسة عن وجود علاقة موجبة بين الكرب والاكتئاب.

2-1-14 تعريف الاكتئاب:

حدده كامبل (Campell) أنه: (حالة إكلينيكية تشمل انخفاض في الإيقاع المزاجي ومشاعر الامتناع المؤلمة وصعوبة التفكير مع وجود تأخر حركي نفسي، وربما يختفي التأخر الحركي النفسي للفرد، ويكون شعور الإثم مصحوباً بنقص ملحوظ في الإحساس بالقيمة الذاتية وفي النشاط النفسي والحركي والنشاط العضوي من غير أن توجد مشكلات عضوية حقيقية وراء هذا النقص) (الشناوي، 1991: 65).

وهو استجابة انفعالية متطرفة وغير مناسبة للحدث المثير يختلف عن الحزن من حيث الشدة ومدة استمرارية الاستجابة، والمكتئب لا يمكنه استشعار المشاعر المبهجة عكس الذي يعاني من حالة الحزن السوي، ويميل المريض بالاكتئاب لاجترار الأفكار والخبرات غير السارة في حياته وهو بحاجة إلى العلاج النفسي (إسماعيل، د.ت: 32).

2-1-15 النظريات المفسرة للاكتئاب:

حاول العديد من العلماء تفسير الاكتئاب كل من وجهة نظره الخاصة، وتعكس مجمل تفسيراتهم وحدة وتكامل جوانب حياة الإنسان، وارتباط النواحي الجسمية لديه بالنواحي النفسية والعقلية والاجتماعية، كما أنها تعكس تفصيلات كيفية التداخل والتفاعل بين تلك النواحي في

شخصية الإنسان والعوامل المؤثرة فيها، وفيما يلي استعراض لبعض من وجهات النظر للمدارس النفسية للاكتئاب وتفسيرات كل مدرسة بالنسبة للاكتئاب:

أولاً: مدرسة التحليل النفسي:

1. آراء سيجموند فرويد:

افتراض أن الاكتئاب يشبه الحزن ويختلف عن السوداوية في مسألة اتهام الذات، حيث ينقلب العدوان في الحالات التي تقدم على الانتحار إلى الذات، وقد أرجع حالة النكوص في السوداوية إلى المرحلة القيمة (عسكر، 1988: 48).

إذ يرتد المريض في مرحلة الطفولة إلى المدة التي لا يستطيع فيها أن يفرق بين نفسه وبين البيئة، وبسبب التناقض الوجداني يتحرر جزء من طاقة الليبدو لتعزيز العدوان الموجه نحو الذات (موسى، 1993: 48).

وأشار إلى مظاهر الاكتئاب مثل فقدان الاهتمام بالعالم والتناقض في القدرة على الحب والميل لإيلاام الذات، مع توقعات هذائيه بالعقاب وعدها مظاهر أساسية في حالات الحزن والسوداوية لاشعوريا عكس حالة الحزن التي يكون الفقد فيها على مستوى شعوري، لذا ينبغي جعل الحزن شعوريا باستعادة الخبرات المصاحبة للموضوع الفاقد إلى الذات (إسماعيل، د.ت: 205).

2. آراء الفرد أدلر Adler:

يرى أدلر أن القوة الدافعية في الإنسان هي الرغبة في القوة، وهي نوعاً من التعويض عن مشاعر النقص التي تبدأ من الطفولة عندما يرى الطفل أنه أضعف من الكبار المحيطين به جسماً وعقلياً ويدفع به هذا الشعور إلى الكفاح من أجل التفوق والسمو، وما العصاب إلا محاولة لتحرير النفس من الشعور بالنقص، وقد أشار أدلر إلى بعض المواقف الأسرية كتدليل أو إهمال الطفل وتربيته بين إخوته، وأسلوب الحياة الذي يضعه الفرد هدفاً مبكراً في حياته، بحيث تصبح بقية جوانب الحياة الأخرى ثانوية بالنسبة له، ويعتقد أنه من الممكن أن يؤدي أسلوب الحياة إلى ظهور المواهب والسلوك الايجابي المفيد اجتماعياً (عكاشة، 1998: 58).

3. آراء جوستاف يونج Jung :

أدخل يونج مفهوم الانطواء والانبساط إلى علم النفس التربوي، ويرى أن الليبدو عند الانبساطيين يتجه نحو الخارج ويرتد عند الانطوائيين نحو الداخل حيث يميلون إلى الحياة في عالم

الخيال، والاتجاه نحو الخارج أو الداخل جزء أساسي في التكوين الجسمي والنفسي للفرد هو الذي يحدد نمطه (عكاشة، 1998: 56).

ولكل من الانبساط والانطواء مزايا وعيوب، والإلحاح على أحدهما يولد الأمراض النفسية لعدم إشباع احتياجات الطرف الآخر في الفطرة الإنسانية (ياسين، 1988: 36).

4. آراء التحليليين الحديثين:

يعتقد اتورانك Otto Rank أن أساس القلق الذي يشعر به الإنسان في مستقبل حياته يرجع إلى صدمة الميلاد والإدراك أهم قوة حيوية في تكامل أو تفكك الشخصية، وأن العصابي شخص معتمد وغير ناضج انفعالياً، لم تتطور لديه الإمكانيات التي تمكنه من ضبط وتأكيده ذاته (عكاشة، 1998: 28).

وترى كارين هورني K. Horney أن العجز والقلق وفقدان الضمان يؤديان إلى العصاب (ياسين، 1988: 83) ويظهر ذلك خلال التفاعل بين مشاعر القلق والكراهية التي تنبعث من أهمال الوالدين للطفل (عكاشة، 1998: 59).

حيث ينمي القلق لديه أساليب مختلفة لمواجهة ما يشعر به من عزله وقلق، فقد يصبح عدوانياً أو خاضعاً حتى يستبعد الحب الذي فقده، أو يكون لنفسه صورة مثالية ليعوض ما يشعر به من نقص (عباس، 1990: 69) وينجم العصاب عند هورني عن العلاقات الداخلية المضطربة بين الوالدين والأبناء أكثر من كونه راجعاً إلى دوافع فطرية غريزية (عبد الرحمن، 1998: 58).

ويرى إيرك فروم Eric from أن الإنسان يريد أن يشعر وينتمي ويرغب في أن يكون جزءاً متكاملًا من العالم من حوله، وإذا انفصل عن العالم وبقية البشر، أحس بالوحدة كالطفل الذي يشعر بالعجز وقلة الحيلة نتيجة انفصاله عن روابطه بوالديه (هول، 1969: 83).

وإخفاق الإنسان في إشباع ميوله الحياتية فيولد العصاب لديه (ياسين، 1988: 98).

أما بينيديك Benedek يرى أن الطبيعة العامة للتألف الاكتئابي موجودة في الأمومة والحنان نفسه من خلال العلاقات المتبادلة بين الطفل وأمه، حيث ينجم الاكتئاب عن مواقف الضغط والإحباط في خبرات التغذية الأولى واضطراب علاقة الطفل بأمه أثناء هذا الموقف يؤدي إلى النكوص في المرحلة النرجسية، حيث يكون التناقض الوجداني المتأصل في الوحدة نفسها (عسكر، 1988: 56).

وترى أنا فرويد A. Freud أن العصاب صادر عن (الأنا - الذات) ويصدر عن أيضاً الحيل اللاشعورية العقلية كحلول دفاعية أو هروبية (ياسين: 1988) واستخدمت مفهوم العدوان بوصفه موازياً للبيدو ويظهر العدوان في علاقته بالاكْتئاب من خلال الصراع الداخلي بين الأنا الأعلى (عسكر، 1988: 69) ويعتقد بيرز Beres أن الاكْتئابيين أكثر نرجسية واعتمادية ولديهم اخايل عدوانية مصاحبة لاستجابات الأنا العليا، فالعدوان يحرك الذنب، ويؤدي الذنب إلى الماسوكية، ويحدد نكوص المريض مدى النتائج المرتبة عليه سواء كانت ذهانية أم عصابية (عسكر، 1988: 98)

ثانياً: المدرسة السيكيويولوجية:

أسسها أدولفر ماير Adolf Meyer الذي يعتقد أن هناك عوامل متعددة تؤدي إلى الإصابة بالأمراض النفسية هي: الوراثة وحياة الجنين والطفولة، والأمراض العضوية وأحوال التربية وضغوط الحياة، ومؤثرات البيئة وفشل الإنسان في مواجهة الواقع (ياسين، 1988: 58).

وعدم قدرته على تحقيق آماله وفقاً لحالاته وعدم قدرته على تقبل الطبيعة والعالم كما هو مما يجعله عرضة للاضطرابات العصابية (عكاشة، 1998: 78).

ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن قشرة المخ مسؤولة عن الوظائف المعرفية وداخل المخ مسئول عن الوظائف الوجدانية الانفعالية، ولا يستطيع المخ أن يفكر تفكيراً سليماً أو أن يتجه إلى وجدانيات متزنة إلا إذا كان هناك ما يسمى بالاتزان الغدي، ويتحول القوة الداخلية في المخ إلى صور متعددة هي: الطاقة الجسمية والوجدانية والعقلية، وهناك نوعان من الطاقة (الإيجابية والسلبية) وتمثل الطاقة السلبية التشاؤم وتسمى طاقة الإدبار، وتوجه هذه الطاقة الحيوية عن طريق (الشعور الواعي واللاشعور غير الواعي) وللشعور غير الواعي معنيان الأول: سبق تكوين الشعور كابتسامة الطفل بعد الولادة التي ليس لها معنى في ذهنه والثاني هو الحالة التي تنرسب فيها الخبرات إلى داخل الجهاز النفسي الذي يسمى اللاشعور وثبت فيه الخبرات إلى داخل الجهاز النفسي الذي يسمى اللاشعور وثبت فيه الخبرات غير المرغوبة لتظهر في وقت آخر، وتتجه الطاقة التفاضلية والتشاؤمية بغير وعي أو ضبط في الاضطراب النفسي. (أسعد، د.ت: 98).

ثالثاً: المنظور البيوكيميائي:

بدأ باستخدام العقاقير في علاج الاكْتئاب عند اكتشاف عقار مضاد للدرن ولوحظ أن تأثيره في إزالة الكآبة يتناسب طردياً مع حجم الجرعة المستخدمة مما أدى إلى الاعتقاد بوجود ارتباط بين التغيرات الكيميائية والتغيرات الانفعالية ويعتقد (زيور) أن هناك أدلة على هذا الارتباط حيث اتضح

أن إفراز الأمينات يزداد تحت أحوال الآثار النفسية والبيئية تتحكم في إفراز النورادينال والادرينال (عسكر، 1988: 89).

ومما يشير إلى احتمال وجود دليل بيولوجي للتغير الكيميائي في علاقته بأعراض الاكتئاب أنه على الرغم من التباين بين الحضارات المختلفة، والأعمار، والجنس، إلا أن هناك تماثل في الأعراض (إسماعيل، د.ت: 110) وهناك دليل بيولوجي آخر يتمثل في قلة نسبة الذهان قبل البلوغ وتزايد ببدائته ويلاحظ أن الأعراض الاكتئابية تزيد أثناء وقبل مدة الطمث، وقد يحصل اضطراب أو توقف للطمث في أثناء التغيرات الانفعالية، وتزايد الأعراض الاكتئابية في سن اليأس عندما يتوقف نشاط بعض الهرمونات وتظهر أعراض الذهان الدوري بعد الولادة أو في أثناء التغيرات الهرمونية والفسولوجية في تلك المدة، ويصاحب مرض المكسديما (نقص في إفراز الغدة الدرقية) أعراضاً اكتئابية في حوالي 40% من الحالات، ويصاحب مرض جريف (زيادة إفراز الغدة الدرقية) نوبات من الانبساط الحاد أثناء نشاط هذا المرض.

ويرى أصحاب هذا الاتجاه بأن الجهاز النفسي بما فيه من بيولوجياً وسوسولوجياً يحمل مظاهر الاكتئاب والهوس و كليهما ضروريا للحياة البشرية، وقد استطاع علماء العصر الحديث ضبط الميكانيزمات البيوكيميائية وتنظيمها في الجسم عن طريق اكتشاف الأدوية النفسية (عسكر، 1988: 87).

رابعاً: المنظور النشوي:

لاحظ أصحاب هذا الاتجاه أن هناك علاقة بين استعداد الفرد للإصابة بالاكتئاب ووجود تاريخ مرضي لدى الوالدين أو احدهما للإصابة به، لاسيما إذا كان هناك أحوال بيئية مهيأة لإظهار الاستجابات الاكتئابية وتذهب بعض النظريات الوراثية إلى أن التغير العاطفي المتميز ، وتغير الوظائف الحيوية ومعدلات الاستجابة وأسباب سيكولوجية أخرى ربما ترتبط وراثيا بخبرة الاكتئاب، وقد وجد أنه إذا أصيب احد التوائم المتشابه بهذا المرض فإن احتمال إصابة التوأم الآخر تصل إلى 40-60% وتفاوت النسبة بين أبناء المصابين بهذا المرض بين 10-13 % ويقال أن طريقة انتقال المرض تنتشر على هيئة موروثات سائدة ذات تأثير غير كامل، لا تمنع من تأثير العوامل البيئية في إظهار الاستعداد الوراثي، ويكثر هذا المرض بين الشخصيات ذوي المزاج الدوري ويتميز المصابون بهذا المرض بتكوين جسمي خاص (عسكر، 1988: 58).

خامساً: المدرسة السلوكية:

ويرى بافلوف Pavlov أن العصاب هو اضطراب بين استجابة الكف والاستشارة، وهي استجابات تعتمد على تكوين الفرد (ياسين، 1988: 48).

ووفقاً لقوانين النشاط العصبي فإن الإشارة تنتقل من البؤرة الأقوى إلى الأضعف ويحدث ممر عصبي بينهما، أي يحدث ارتباط مكتسب أو ما يسمى الفعل المنعكس الشرطي، وأثبت التجارب أنه إذا لم يعزز هذا الانعكاس فإنه ينطفئ تدريجياً إلى أن يتوقف أثره أو تنتج ظاهرة الانطفاء عن عملية عقلية تسمى الكف.

وتطورت نظرية بافلوف بواسطة بعض العلماء مثل ايزنك Eysink الذي يرى وجود اختلاف وراثي بين الأفراد في تكوين الأفعال المنعكسة، وأن الأمراض النفسية تنشأ من أفعال منعكسة خاطئة تتكون بتأثير تفاعل عاملي البيئة والوراثة، وهي أنماط من السلوك المتعلم الخاطئ للتخفيف من آلام القلق يعززها إحجام المريض عن القيام بأي عمل يؤدي إلى مخاوفه مما يثبت المرض لديه. وتؤكد الأبحاث الفسيولوجية على أن أبعاد الانطوائية والانبساطية مركزها في التكوين الشبكي الذي له علاقة مباشرة بدرجة الانتباه والوعي وتنقية المداخل الحسية للمخ ويمتد من جذع المخ حتى المهاد (الثلاموس) ومنه إلى قشرة المخ وإذا تفاعلت الانطوائية مع الاستعداد الوراثي للعصاب نشأت الأمراض النفسية كالقلق والوسواس القهري والاكتئاب. (عكاشة، 1998: 208).

ويفترض بتروبووف الروسي وجود بؤرة الاستشارة في (الهيپوثالاماس) الطبقات التي تحت القشرة، وتؤدي إلى حدة لجميع الأفعال المنعكسة التي تمر خلال طبقات ما تحت القشرة وأثبت بحوثه زيادة حساسية مرض الهوس والاكتئاب للمنبهات الكهربائية والحرارة والبرودة حيث يشعر المرضى بإحساسات غير سارة في الجسم ولا يمكنهم التحكم إرادياً في مثل هذه المنبهات، مما يشير إلى أن القشرة قد فقدت وظيفتها التنظيمية. (جلال، 1986: 85).

سادساً: مدرسة النظريات المعرفية:

ويفترض هذا المنظور وجود نموذجين معرفيين من الاكتئاب:

النموذج الأول: أسسه بيك ورفاقه Beck*other ويرى بأن أسباب الاكتئاب أفكار سلبية عن الذات وعن الخبرات الراهنة، وعن المستقبل حيث يؤدي الإدراك السلبي لدى الفرد وتقييمه للموقف إلى حالة الاكتئاب وغالباً ما تكون الأفكار السالبة التشاؤمية غير واقعية ومحرقة وغير منطقية (اسماعيل، د.ت: 206).

ويتحرك الحزن عن طريق تفسير خبرات الفرد ضمن حدود الحرمان والنقص والانهزام، ويرتبط الوجدان في الاكتئاب مع العنصر المعرفي (عسكر، 1988: 89).

وعلي هذا الأساس صاغ (بيك) نمطا علاجيا أطلق عليه العلاج المعرفي حيث يؤدي الإدراك إلى المعرفة والانفعال عند العاديين والاكتئابيين ولكن عند المكتئب تسيطر العمليات المفرطة في الحساسية والمحتوى (موسى، 1993: 216).

النموذج الثاني: أسسه سليجمان Seligman ويسمى نموذج العجز المتعلم وقلة الحيلة ويرى هذا النموذج أن التعرض لأحداث خارجة عن نطاق السيطرة وإدراكها في هذا الإطار يؤدي إلى توقعات عن فقدان السيطرة على الأحداث التالية في المستقبل، وتؤدي هذه التوقعات إلى حالة من القصور تتمثل في العجز وقلة الحيلة ويدرك المرء نفسه عاجزا لا يمكنه السيطرة على المواقف والأحداث (اسماعيل، د.ت: 118).

وقد ربط بين الاكتئاب والعجز المتعلم، فالمرضى المكتئب تعلم واعتقد بأنه لا يستطيع السيطرة على مهام حياته بالتخفيف من معاناته أو تحقيق إشباعاته، ومن الأحداث المعجلة للإصابة بالاكتئاب، موت أحد الوالدين أو المحبوب والفشل المهني والدراسي مما يفقد المريض قوته ويجعله ضعيفا في قدرته، فتتزايد لديه الأمراض البدنية، والإحساس بالعجز بدرجة كبيرة ويجد المصاب أن استجاباته الخاصة ليست مؤثرة وفي الغالب يلقي بنفسه تحت رعاية الآخرين وأشار سليجمان إلى الدلالات الإكلينيكية على الاكتئاب، وانه في حالة العجز يتم استنزاف كل النور بنفرين Norepinephrin في الدماغ (عسكر، 1988: 256).

سابعا: المنظور الظاهري:

يعد الاكتئاب كظاهرة من وجهة النظر الفينومولوجية يظهر في أعراضه المادية (الجسمية) والمعنوية كل عناصر العالم، وتترجم الأعراض طبيعة الحوار المتقبل بين الذات والعالم بوصف الذات انعكاسا كيفيا للعالم، وبالتالي فإن الذات صورة مصغرة من العالم، وإذا اضطربت الوحدة الوجودية بين الذات والآخر وبقي للذات نرجسيتها ولآخر ابتعاده حل الاغتراب والعدم وتفقد الحياة معناها، ويصبح الطريق إلى الخلاص من الجحيم سهلا بالانتحار، انتقاما من الذات ومن الآخر، ولينتهي الوجود، والاكتئاب تعبير عن اضطراب شرعية الوجود، وآلام (الآخر) هي المانحة لشرعية الوجود، وبالتالي فإن فقدانها من أهم دواعي الاكتئاب سواء أكان الفقد خارجيا أم داخليا، هذا فقدان يدرك على أنه فقدان في كل شيء، وفقدان في المعنى، واضطراب للحياة، وقد تتوقف وتختلط المدركات ويحدث النكوص أو الانسحاب رغبة في إعادة إصلاح ما أتلّفه الفقدان، وإذا

نجحت المحاولة الترميمية يكون الإنكار والتحرر من الماضي بغية الوصول إلى وضع أفضل في الحاضر انطلاقاً إلى المستقبل، وإذا فشلت المناورات أو الدفاعات الإنكارية تزايدت حدة الانسحاب البيولوجي للطاقة الحيوية أيضاً (عسكر، 1988: 258).

ثامناً: المنظور الفسيولوجي:

تؤكد النظرية العضوية الطبية على أن الأمراض النفسية العصبية والعقلية هي نتاج لإصابات دماغية وأمراض عضوية (ياسين، 1988: 256).

ويهتم المشتغلون في الطب النفسي بالجوانب المرضية المرتبطة بالاكنتاب من الناحية الفسيولوجية على أساس أن الاكنتاب اضطراب وظيفي ناتج لاضطراب في التنظيم الهرموني أو الكيميائي لدى الفرد مع إسهام العوامل الوجدانية والبيئية وإذا تعين الخلل وعولج انتظمت الصحة النفسية، ويهتم أصحاب هذا الاتجاه باستخدام الأدوية والصدمات الكهربائية وقد يلزم التدخل الجراحي أحيانا والمهم فقط كيفية إزالة الأعراض بأي وسيلة بغض النظر عن دينامية الاكنتاب والصراعات النفسية كونها ذات طبيعة كيفية (عسكر، 1988: 567).

تاسعاً: المنظور الثقافي:

أثبت علماء الأجناس أن للحضارة والثقافة والحالة الاجتماعية أثراً في تكوين الشخصية، وبالتالي استعداد الفرد للأمراض النفسية، وأوضح علماء الاجتماع أثر عدم الاستقرار والطلاق والإدمان والتبني والحرمان العاطفي والفقد أو الانفصال عن أحد الوالدين والنشأة في ملجأ أو بيت للحضانة على الشخصية، وأظهرت الدراسات أن ما تعدّه بعض المجتمعات مرضاً يكون في مجتمع آخر مقبولا وظاهرة لا تحتاج لعلاج أو عقاب (عكاشة، 1998: 586).

فإن تقبل مجتمع لنوع من الأعراض والسلوك يكون له نوع من التفاعل الخاص والاستجابة بين الفرد والمجتمع (عكاشة، 1998: 85).

عاشرأ: منظور مدرسة الذات:

يرى أصحاب مدرسة الذات أن المريض بالاكنتاب يعاني من وجود فكرة عن نفسه تشعره بالضعف وهذه الفكرة أكثر مما تحتمله ذاته فيحاول جاهداً اتخاذ عدة سبل والقيام بأوجه نشاط ليثبت لنفسه أنه أحسن مما يشعر، وكثيراً ما ينجح في ذلك ويستمر في ذلك ويستمر هروبه من مواجهة نفسه ومشكلته، وإذا شعر الفرد بانهايار إمكانياته الجسمانية والصحية، وأحس بضعفه وحقارة فكرته عن نفسه يصاب بالاكنتاب (جلال، 1986: 76).

إحدى عشر: التفسير الحديث للاكتئاب:

ينظر هذا الاتجاه إلى البكاء والحزن على أنه يبدأ من الطفولة ثم يستخدم بعد ذلك على أوسع نطاق وبفاعلية شديدة وإظهار الكآبة هو الطريقة المقنعة لإشعار الآخرين بعدم السعادة حيث تبدو كما لو أن المكتئب يود إخبار من رفضوه وآلموه أنه كم هو سيء تحمل الإساءة، والشخص المصاب بالاكتئاب على دراية شعورية بهذه الأزمات، ومع ذلك فإنه يلقي باللوم على مظاهر الاكتئاب أكثر من الأسباب الكامنة وراءه ويأتي الاكتئاب أسرع لدى البعض من غيرهم بسبب الاستعداد الوراثي الذي لا يعد كافياً بدون تأثر الإنسان منذ الطفولة بما قد جلبه استخدام سلوك الحزن والبكاء، وتفسر هذه النظرية كيف يتحول بعض الناس للاكتئاب كوسيلة لا شعورية لكسب المودة أو العطف أو كوسيلة للقسوة والانتقام من الذين كانوا سببا في الماضي لآلامهم، ويرى أصحاب هذا الاتجاه أنه لا بد من البحث في الأسباب الحقيقية وراء اندفاع الإنسان لكي يصبح مريضاً بالاكتئاب (عيفي، 1989: 93).

تعليق الباحث:

أن التفسيرات التي أوردتها كل نظرية تعين الباحثين في فهم الاكتئاب إلا أنه قدمت النظريات فهم جزئي لهذا الاضطراب، ومن هنا نستطيع القول أنه لا يمكننا أن نعتمد على مدرسة معينة لفهم الاكتئاب، فمن غير الممكن فصل جوانب حياة الإنسان عن بعضها البعض، وتأثير النواحي البيولوجية أو الوراثية فيه لا يستقل عن التأثير الاجتماعي أو النفسي، وبالتالي فإن من الضروري لمعرفة الاكتئاب وأسبابه وعلاجه يجب علينا الاهتمام بكل وجهات النظر المفسرة له من أجل الحصول على فهم واضح ومتجانس للمساعدة في تقديم أفضل الخدمات للمصابين.

أعراض الاكتئاب:

وجود خمسة أعراض أو أكثر من الأعراض الآتية خلال نفس المدة التي لا تقل عن أسبوعين على أن يكون من بينها واحد على الأقل اكتئاب الوجدان، أو فقد الاهتمام أو الاستمتاع
Anhedonia:

1. اكتئاب أغلب اليوم وكل يوم تقريباً، ويقرره المريض كشعور بالحزن أو الفراغ أو يلاحظ الآخرون (يبدو باكياً) Depressed Mood.
2. نقص ملحوظ في الاهتمام أو فقد الاستمتاع بشكل أو أغلب الأنشطة اليومية تقريباً وكل يوم وأغلب فترات اليوم.

3. فقدتها للوزن أو زيادة الوزن (أكثر من 5% من وزن الجسم كل شهر) أو تغير الشهية بالزيادة أو النقص تقريباً كل يوم.
4. الفوران النفسي الحركي أو التبدل كل يوم تقريباً (ويلاحظ الآخرون وليس مجرد مشاعر بعدم الاستقرار أو الهمدان)
5. الجهاد وفقد الطاقة كل يوم تقريباً.
6. مشاعر بعدم القيمة والشعور بالذنب المفرط والغير مناسب الذي قد يصل إلى الضلال تقريباً كل يوم وليس فقط لوم النفس أو الشعور بالذنب أنه مريض.
7. نقص القدرة على التفكير أو التركيز وأخذ القرار تقريباً كل يوم (أما بواسطة الشخص نفسه أو من يلاحظونه)
8. تكرار فكرة الموت (وليس فقط الخوف من الموت) أو تكرار الأفكار الانتحارية بدون خطة محددة أو محاولة انتحار. (الحجار، 2002: 23)

2-2 المبحث الثاني: العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة:

تمهيد:

يوجد في المدارس العلاجية النفسية مبادئ مختلفة لمعالجة الصدمة وتختلف الطرق وبؤرة محور عمل الصدمة باختلاف المدرسة. ولكنها تشترك بانها تنظر إلى العلاج الفعلي للصدمة كجزء من علاج كلي وتكون معالجة الصدمة مغروسة فيه. وتصلح الخطوط الموجهة التي وضعها فلاتن وآخرون (Flatten et al, 2004: P.33) حول علاج الصدمة لكل المبادئ. ويؤكد ساك (Sack, 2000: p.99) على أن التوليف بين المبادئ الطرائقية المختلفة هو الأكثر فعالية لمعالجة الصدمة.

ويعد العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy (CBT) إحدى طرق التدخل الفاعلة جداً. وتشكل الفكرة القائلة أنه يمكن النظر لأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD) على أنه تعبير عن اضطراب قلق، يستثار ويصبح مزمناً من خلال سلوك التجنب والمعارف المشوهة، أساس معالجة كرب ما بعد الصدمة بوساطة العلاج المعرفي السلوكي (CBT). وعن ذلك ينبثق مبدآن مفضلين للعلاج: أساليب مواجهة القلق. وتهدف المواجهة المتكررة مع المعاش إلى فصل زوج الارتباط " المثير الصادم " و " استجابة القلق " وتحقيق خفض للحساسية تجاه هذا الزوج من الارتباطات. ومن خلال ذلك يحصل الاعتياد، إلى أن يتم التمكن في النهاية من تذكر الموقف الصادم دون استجابة قلق شديدة. وعلي عكس ما يتم ادراكه على أنه عودة الخبرة المدركة على انها غير قابلة للسيطرة تتم في العادة المواجهة في الاحساس In Sensu استثارة الذكريات وتوجيهها تحت توجيه المعالج عبر الروايات الذاتية. فإذا ما أبدى المريض سلوك تجنب فيما يتعلق بأماكن أو أشياء أو مواقف معينة مرتبطة بالصدمة، فإنه يمكن اجراء المواجهة في الموقف In Vivo، أي يتم توجيه المعني للدخول في موقف خطير، ولكن ليس الموقف بحد ذاته Per se، للتغلب على خوفه. إلا أنه ينشأ هنا في كل الاحوال إرهاق شديد للمعني، الأمر الذي تكون عاقبته أن نسبة كبيرة نسبياً تقطع العلاج. (Sack, 2000:P:90)

ويتعلق نجاح العلاج بالمواجهه بمواجهة موقف القلق من ناحية ومن ناحية أخرى يلعب إعادة البناء المعرفي للشهوات التابعة لذلك دوراً حاسماً، وتعد مشاعر الذنب غير المبررة واتهامات الذات أو الخوف المتزايد من تكرار الحدث الصادم امثلة من المعارف المشوهة، ويتم تحديدها في الجلسة العلاجية واختبار مدى واقعيته. وتهدف إعادة البناء المعرفي إلى وضع الحبرات الصادمة في سياق معرفي تكييفي ميسر وتمكين المريض من وضع تقدير واقعي فيما يتعلق بمشاركته

الذاتية في الصدمة والخطر الحقيقي والتهديد، وتؤكد الدراسات الامبريقية بأن العلاج المعرفي السلوكي واحد من أشكال العلاج الواعدة الأكثر فاعلية في اضطرابات كرب ما بعد الصدمة (PTSD). إذ تأثيراته الجانبية هي الأقل ويتصف بالإضافة إلى ذلك بأن نسبة القطع drop out للعلاج أقل من العلاج الخالص بالإضافة (Taylor, 2006:P106)

ويتضمن علاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة المعرفي السلوكي في العادة توليفها من المواجهة في الاحساس وفي الموقف وإعادة البناء المعرفي واساليب مواجهة القلق وتقنيات الاسترخاء. بالإضافة إلى ذلك تثبيت المريض بالادوية النفسية، ويفضل منها كأبحاث عادة قبض السيرتونين الانتقائية (Ehlers , 1999:P108)

2-2-1 النموذج المعرفي للقلق:

يري بيك أن مختلف متلازمات القلق هي تعبير زائد عن الأداء الوظيفي أو خلل في ميكانيزمات البقاء العادي. وكما هو الحال في الاكتئاب، فإن متلازمات القلق المختلفة، هي تعبير عن عمليات نظم معرفية ووجدانية وسلوكية ودافعية وعضوية، وان الميكانيزم الاساسي للتعامل مع التهديد هو نفسه لدى جميع مرضي القلق والاسوياء، ولا فروق بينهما هو أن إدراك الشخص القلق للخطر هو إدراك غير صحيح أو متزايد، وانه يقوم على أساس مسلمات معرفية خاطئة، بينما تتضمن الاستجابة السوية للتهديد تقديراً وتفسيراً معقولاً وموضوعياً لإمكانية التعرض للأذى، وعلي الرغم من أن الشخص السوي قد يخطئ في التعرف على موقف بأنه يشكل خطراً، ومن ثم يعبأ دون ضرورة للتعامل معه، فإن خطأ الإدراك قابل لإخضاعه لاختبار الواقع، وتعود الاستجابة الكلية إلى وضعها الطبيعي بعد الاختبار التصحيحي للواقع مصاب بخلل وتشويه حيث يدور محتوى تفكيره حول الخطر وكيفية التعامل معه فيكون دائماً متوقفاً النتائج السلبية المتطرفة، وأنه مستعد لمواجهة هذه المخاطر المتوقعة فيزيقياً واجتماعياً ويستمر التقويم المعرفي للخطر:

1. مكون وجداني ومشاعر غير سارة كالخوف.
 2. مكون حركي لمواجهة التهديد كالهروب والتجمد والاعماء.
 3. ومكون فسيولوجي نتيجة اثاره الجهاز العصبي المستقل.
- فتظهر الأعراض المختلفة للقلق بوصفها الخبرة الذاتية المعينة: العصبية (وجدانية وانفعالية)، وتوتر عضلي (حركية)، والرغبة في الهرب (دافعية)، والكف عن الكلام والحركة (سلوكية، ومخاوف متعددة وكف للذاكرة وتفكير انتقائي (معرفي). (عبد الله، 2012: 133)

ويرى بيك " أن القلق المرضي ينشأ من الإفراط في تقدير الخطر عبر واحد أو أكثر من الأبعاد التالية:

1. التقدير المفرط للتغيرات الناتجة عن حادث ينطوي على الخوف.
2. التقدير المفرط لحدث يتسم بالشدة والعنف وينطوي على الخوف.
3. التقليل من قدرة الفرد على التغلب على الخطر والمواجهة.
4. التقليل من قدرة الأفراد الآخرين على تقديم المساعدة.

ويقرر بيك " أن الأفكار المثيرة للقلق تأتي عبر واحد أو أكثر من أنواع أربعة عامة من التفكير الخاطئ كالتالي:

1. التفكير المأساوي: حيث تكون الكارثة هي المحصلة التي يمكن التنبؤ بها عندما يتوقع الشخص القلق والخطر أو مواجهة المشكلات.
2. التفكير المبالغ: يرى الفرد - في هذا النوع من التفكير - أن أي أخطاء بسيطة أو نواقص تصبح فشلاً مطلقاً أو أخطاء مميتة.
3. التفكير المفرط في التعميم: في هذا النوع تترجم أي تجربة صعبة إلى قانون عام متحكم في مجمل وجدان الفرد.
4. التفكير السلبي: فيه يتم التغاضي عن كل النجاحات الماضية والمصادر الشخصية ومواطن القوة. (الخالق، الحويلة، 2009: 49)

2-2-2 مبادئ علاجية معرفية سلوكية خاصة في اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD):

1- العلاج النفسي المعرفي السلوكي وفق إيلرز:

يربط المبدأ العلاجي المعرفي السلوكي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD) لأنكه إيلرز Anke Ehlers أساليب المواجهة، وبشكل خاص إعادة خبرة الصدمة بصورة تخيلية مع طرق العلاج المعرفي. وتنطلق إيلرز من أن مرضي اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD) قد تمثلوا الحدث الصادم، حيث أنهم يدركون وجود تهديد راهن شديد مما ينتج الخوف. وتحدد إيلرز عمليتين معرفيتين مهمتين، تفودان إلى هذا الإدراك: الأولى هي تفسير الصدمة أو نتائجها أو كليهما معاً، والثانية نوع ذاكرة الصدمة وارتباطها بالذكريات التاريخية حياتية أخرى. ونتيجة التهديد

المدرک يطور المريض سلسلة من انماط السلوك المشوهة والاستجابات المعرفية قامت ايلرز بعرضها بالتفصيل (Ehlers ,1999: P.44)

ويتأثر تمثل الخبرة المعرفية بقوة وبمقدار الاستسلام (الهزيمة النفسية Mental defeat) في الموقف الصادم. ويعني الاستسلام في هذا السياق فقدان المدرک لتلك الاستقلالية، مرتبطة بالشعور، بأن المعني لم يعد إنساناً. وغالباً ما يقود هذا إلى أن المعني يفسر الصدمة على أنها برهان على النظرة السلبية القائمة منذ وقت مبكر بالاصل لشخصه، الأمر الذي يصعب من خلاله التمثل الانفعالي ودمج المعاش في السيرة الذاتية الخاصة.

يبدأ العلاج بعد تشخيص مسهب مع الشرح للمريض حول أعراضه، وبشكل خاص حول التمثيل المعرفي للنشوء وتفسير الخبرات الصادمة. على المريض أن يفهم الاضطراب ويدرك أن الكثير من استراتيجيات تمثله يمكن أن تحافظ على استمرارية الأعراض.

ويطمح من خلال إعادة الخبرة الصادمة التخيلية (التعرض التخيلي Imaginal exposure) إلى تحقيق اعتياد على الذكري الصادمة. بالإضافة إلى ذلك تحتل المواجهة في الموقف مبدأ ايلرز مكانة كبيرة، وهي تأتي في مجري العلاج بعد المواجهة في الاحساس.

وبالتوازي مع المواجهه تأتي إعادة البناء المعرفي بهد التحديد والتعديل الهادف للتقويمات المشوهة للصدمة وعواقبها، وإعادة عزو الذنب والمسئولية وإعادة بناء الصور المتغيرة بصورة سلبية عن لذات الشخص. والهدف هو تهديم سلوك التجنب ومنع تجدد الوقوع ضحية Victimization وتؤكد ايلرز على أنه عندما يتمكن المريض من التأثير على العلاج، ومن ثم ممارسة السيطرة على ما يحدث معه، فإنه يمكن النظر للعلاج على أنه موفق. (Ehlers ,1999:P122)

2- العلاج بالمواجهة وفق فوا Foa:

يضع فوا وزملاءه (, Foa & Rothbaum ,1996: Rothbaum ,Foa & Hemree) (2003) تعديل بني الخوف عند المريض في محور المبدأ العلاجي النفسي لعلاج الصدمة. وينطلقون من أن بني الخوف Fear Structures عند مريض كرب ما بعد الصدمة (PTSD) تتضمن عناصر مرضية تقود من بين ما تقود إلى أن يتم تعميم القلق الذي هو نتيجة للخبرات الصادمة، على منبهات غير خطيرة.

وفي أثناء العلاج المعرفي السلوكي يحصل تنشيط لبني الخوف بوساطة المواجهة المطولة. حيث تتم مواجهة المريض بخبرات الصدمة وبخوفه، مما يتيح الاعتياد. وفي أثناء المواجهة يحصل المريض على معلومات جديدة غير قابلة للاندماج مع العناصر المتضمنة في البنية المرضية

(يشعر المريض بالخوف ولكنه يكوف في الوقت نفسه بأمان على سبيل المثال)، مما يدعم تعديل بنية الخوف. ومن خلال إعادة الخبرة يتم في الوقت نفسه تنظيم الذكريات الصادمة، مما يسهل اندماج خبرات الصدمة في التصويرات الاستعرافية القائمة. ومن الممكن أن يعقب هذا إعادة تقويم جديدة للصدمة. فيتم اضعاف الارتباط الترابطي associative connect مع المنبه داخل بنية الخوف التي كان يستجاب لها في السابق بالخوف بنتيجة التعميم ويقتصر الخوف منذئذ على المواقف الخطيرة بالفعل. فنتناقض أعراض كرب ما بعد الصدمة (PTSD) وبشكل خاص الاقتحامات وسلوك التجنب.

وعلى الرغم من أن العلاج بالمواجهة لا يعالج بصورة مباشرة تصورات المريض حول العالم وذاته هو، إلا أن تقليص الأعراض يسهم في تغيير إدراك الذات عند المعني، فيرى نفسه قادراً أكثر على مواجهة الإرهاقات ولا يعود يشعر أن العالم بحد ذاته خطير. مما يسهل عليه في العادة البحث عن الدعم الاجتماعي مما يسهم في زيادة استقرار المعني. (Foa, 2003:P:99)

3- خفض حساسية حركات العين لشابيرو:

تعد طريقة خفض حساسية حركات العين والاعادة Eye Movment Desensitization and Reprocessing والتي يرمز لها باختصار (EMDR)، التي طورها بالأصل فرانسيس شابيرو Francine Shapiro واحدة من الطرق الفاعلة جداً في علاج الصدمة. وهي تقوم على إعادة المواجهة التخيلية مع الصدمة. ويقوم أساس خفض حساسية حركات العين والإعادة على الافتراضات حول تخزين ذكريات الصدمة في الدماغ: حيث تتم ازالة الانفصال Dissociation المستثار من خلال الصدمة بين اللوزة وقرين امون (تلفيف حسان البحر Hippocampus) والدماغ. وتعمل (EMDR) التنبيه الثنائي Bilateral المتبادل لنصفي الدماغ من خلال حركات العين ومع التأثير المزدوج Double Focusing للانتباه. وهذا يعني أن تتم استثارة نصفي الكرة الدماغية كليهما بالتبادل من خلال المتابعة البصرية لاصبع المعالج، أو النقر باليد اليمني واليسري للمريض، وفي اثناء ذلك يجيب المريض على أسئلة حول المشاعر أو الخبرات فيما يتعلق بالموقف الصادم. وهذا الحادث يتيح ويدعم ويسع العمليات المعرفية لتمثل الصدمة. (Shapiro, 1998:P:99)

2-2-3 الخطوط الاتفاقية الموجهة لعلاج كرب ما بعد الصدمة:

قام العديد من العلماء الخبراء في مجال الصدمة واضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD) بوضع خطوط توجيه لاستخدام التقنيات العلاجية المختلفة لاضطراب كرب ما بعد الصدمة على أساس النتائج البحثية. وقد قام فوا وآخرون (Foa et al, 1999) بنشر هذه الخطوط الإرشادية المتفق عليها لعلاج كرب ما بعد الصدمة والموجهات الاتفاقية لعلاج الصدمة وكرب ما بعد الصدمة:

1. ينبغي للعلاج أن يبدأ أما بالعلاج النفسي فقط (العلاج المعرفي السلوكي على سبيل المثال) أو بتوليف بين العلاج النفسي والعلاج الدوائي بغض النظر عن سن المريض وشدة أو مدة اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD).
2. في حال وجود اختلاط لاضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD) مع اكتئاب أساسي أو اضطراب ثنائي القطب bipolar أو اضطراب قلق لا بد من أن يبدأ العلاج بتوليف بين المبادئ العلاجية.
3. في حال وجود اختلاط مع سوء استخدام المواد، أو التعلق بها فيتم إما علاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة، ومشكلة الادمان معاً أو يتم البدء بعلاج مشكلة الادمان.
4. عند وجود أعراض إعادة الخبرة والتجنب فإن العلاج بالمواجهة هو الفاعل.
5. لعلاج التبلد الانفعالي والاستثارة والغضب والذنب والخجل ينصح باستخدام إعادة البناء المعرفي.
6. لعلاج أعراض فرط التوتر ينصح باستخدام إعادة البناء المعرفي مع العلاج بالمواجهة أو من دونها.
7. لدى الأطفال واليافعين يمكن وبشكل إضافي للتربية النفسية وأساليب مواجهة الخوف، وإعادة البناء المعرفي واستخدام العلاج باللعب في العلاج.
8. يمكن استخدام طرق علاج الصدمة لدى اليافعين والراشدين الشباب أيضاً.
9. إذا لم يكن العلاج الاجتماعي النفسي المستخدم غير فاعل كفاية يمكن وبشكل إضافي استخدام الادوية النفسية، أو استخدام تقنية علاجية نفسية أخرى. (Taylor 2006:P.74)

2-2-4 الأسس النظرية للعلاج المعرفي السلوكي في اضطراب كرب ما بعد الصدمة:

يقوم العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة على أسس نظرية واسعة وسوف نقوم بتوضيح بعضها فيما يلي:

1- بني الذاكرة الخاصة بالصدمة:

تظل الخبرة الصادمة في الذاكرة بطريقة خاصة. ويرجع سبب ذلك إلى أن الأحداث الصادمة غالباً ما تثير " رعباً لا يمكن وصفه Fear" لدى الشخص المعني. وهذا يعني أنه لا يمكن وصف الخبرات بكلمات ومن ثم لا يمكن ادراكها على المستويات اللغوية وتصنيفها وتخزينها واستعادتها. وبنتيجة ذلك، فإنه يتم إقصاء الذكريات الصادمة إلى المستويات الحسية الجسدية وتتضمن منبهات حسية أولية، بصرية، سمعية، وحركية، ولمسية، على سبيل المثال. وهي تكون عسيرة لغوياً أو متيسرة بصورة محددة. ويبدو أن ترميز encode الذكريات في الذاكرة يتعلق من بين أمور أخرى بالسن عند خبرة الصدمة فلدى الأطفال لا يتم تخزين الذكريات الصادمة الا بشكل صوري (تصويري) تقريباً. ويصف كل من فان دير كولك وفان دير هارت (Van der kolk & Van der Hart, 1999) نشوء ذاكرة الصدمة وتتبع حسب فان دير كولك وفان دير هارت (1991) خمس مشكلات في الترميز واستعادة الذكريات المؤلمة أو الصادمة:

1. من الصعب وصف الذكريات المؤلمة لفظياً، يعوزها السياق القصصي Narrative واللغوي verbal.
2. تكون مرمزة على شكل احاسيس وصور حية، لا يتوفر لها مدخلاً لغوياً إلا بصورة محدودة.
3. الذكريات الصادمة (المؤلمة) ليست متعلقة بالموقف والحالة، أي انها تنشط باستمرار عندما يكون الشخص في حالة جسدية وانفعالية شبيهة أو في موقف مشابه للحظة التي تم فيها غرس الذكري الاصيلي.
4. من الصعب استيعابها ودمجها، لأنها مخزنة بطريقة أخرى، أي منفصلة عن الانتباه، المقصود (الشعوري) وعن التحكم الارادي، ومن ثم ليست متوفرة ضمن الشروط الطبيعية.
5. غالباً ما تظل الذكريات المؤلمة مثبتة وفي شكلها الاصيلي ولا تتغير مع الزمن أو من خلال خبرات جديدة.

لهذا تهدف المساعي العلاجية النفسية إلى بناء اتصال بين شذرات المركبات الحسية للحدث والذاكرة الدلالية – البيانية semantic – declarative، كي يمكن تحقيق الهدف المتمثل في أن يتمكن المريض من تطوير قصة حول الصدمة، من دون أن يغرق في هذا بالانفعالات ومن دون أن يحصل تدهم في الشخصية إلى حالات تفككية. (Lamprecht,2000,P.42).

2- نماذج المعالجة:

تقول نماذج المعالجة processing models كأساس لعلاج على أن تمثل الصدمة في عمليات الذاكرة وتجري على مراحل بشكل هرمي. وقد ميز فرويد في الماضي بين العمليات الأولية مقابل العمليات الثانوية في نظرياته عن البنى النفسية.

ويقصد بالعمليات المعرفية من نحو تنشيط الصور (تخيل الحدث الصادمة).وبتعبير آخر تشمل العمليات المعرفية الأولية بشكل أساسي التمثيل البصري والسمعي. أما العمليات المعرفية الثانوية فتقوم على التعبير الخطي أو الشفوي. ومن أجل التمثيل الانفعالي الناجح للمادة الصادمة يتم السعي إلى العلاج من خلال الحصول على تمثيل لكلا المستويين. والتمثيل الأولي يحدث في اثناء مراحل التخيل وتحصل العمليات المعرفية الثانوية في العادة بالتوازي، وذلك من خلال وصف الصور الصادمة لفظياً بصوت مسموع، وفي عملية التخيل يوقف المريض والمعالج الصورة بصورة مؤقتة أنهما يجمدانها ويتحدثان حول أفكار ومشاعر المريض في الصورة ويقيمانها. فهما ينتقلان في اثناء الجلسة مرارا بين عمليات التمثيل المعرفي الاولي. (Smucker,1999.p55)

3- الشبكات المعرفية الانفعالية:

حظيت نظريات تمثل المعلومات من الأبحاث حول اضطرابات القلق انتشاراً واسعاً في تفسير الأعراض وتطلق هذه النظريات من الدور المركزي للشبكات الانفعالية في عملية تمثل الصدمة. فالصور المؤلمة مع كل المعرفة والتصويرات والأحاسيس الفيزيولوجية والانفعالية المرتبطة بها مرمزة في شبكة عصبية. بالإضافة إلى ذلك تتضمن هذه الشبكة العصبية بيانات حول المنبه الصادم والاستجابات responses عليها وحول الأهمية الشخصية التي يوليها المعني لها نظرية التمثيل الانفعالي 1977: (Lang ، P.55).

ولا ينمو لدى كل المرضى بعد الحدث الصادم اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD) فثشوء اضطراب كرب ما بعد الصدمة يتسهل بصورة قطعية من خلال الإدراكات غير الملائمة للصدمة والتمثل الانفعالي غير الملائم للخبرة. وبطريقة مشابهة تسهم استجابة المعني على أعراض كرب ما بعد الصدمة نفسها في استمرار الأعراض أو في مجري انتكاسها. ومن الممكن أن يحدث

تمثل انفعالي لاحق للحدث الصادم، إلا أنه يتطلب تنشيط واسع وحيوي قدر الإمكان للشبكة الانفعالية، بما في ذلك الاحاسيس البصرية والسمعية والحركية (Lammprecht,2000:p99).

إلا أنه لا يوجد اتفاق حول متى يحصل التمثل الانفعالي الناجح للحدث الصادم. فإن التمثل الانفعالي يكون ناجحاً، عندما يستطيع الشخص المعني تذكر الحدث الصادم، كان يتحدث عن ذلك على سبيل المثال أو يراه أو يسمعه من دون أن يهتز بشكل متطرف من خلال ذلك، أو ينزلق في أزمة انفعالية أو من يكون مضطراً لأن يفصل أجزاء معينة أو أن يضطرب بشكل في استجاباته الانفعالية وسلوكه.

وقد قام فوا وكوزاك (Foa & Kozak ,1986) بتوسيع نظرية لانغ Lang في التمثل الانفعالي وأوليا اهتماماً قوياً في المعني المعرفي للصدمة. وينظران للتمثل الانفعالي على أنه تعديل لبنى الذاكرة الكامنة خلف المشاعر. فمن أجل تمثيل الخبرات المؤلمة (الصادمة) لا بد من تنشيط الشبكة الانفعالية مع الانفعالات التابعة لذلك وادخال المعلومات التصحيحية، غير القابلة للاندماج (أو المتنافرة incompatible) مع العناصر المؤلمة لبنى الخوف. وهذا يحدث في أثناء المواجهة المطولة، عندما يتم تنشيط ذاكرة الخوف دون أن يكون هناك خطراً موضوعياً قائماً. فلا بد أن يتم تحقيق اعتياد فيزيولوجي يغير من ناحيته أهمية ذكريات الخوف، ويقود إلى تعديل شبكة الخوف الانفعالية وتخفيض أعراض كرب ما بعد الصدمة.

واستناداً للنموذج المعرفي لبليك (Beck,1979) ونموذج الانطفاء لفوا Foa التخيل والتدخل اللفظي معاً لتنشيط ذاكرة الخوف، ومن أجل تحديد الصور المؤلمة (الصادمة) المتكررة مع القناعات والتصويرات، والتشكيك بها وتعديلها. وفي سبيل هذا يقترح سموكر ودانسو (Smucker & Dancu ,1999) التعديل الفاعل لصورة الاستغلال الاقتحامية Intrusive نفسها وقلب صورة الضحية على سبيل المثال إلى صورة مواجهة. (Smucker & Dancu ,1999.p139)

4- نظرية التصويرة:

تصف التصويرة Schema بنية Structure تمنح الأحداث معني وتساعد على دمجها ادراكياً. ويتم بناء التصويرات من أجل التمكن من تصنيف (تنظيم، ترتيب) الخبرات وتمثلها بشكل افضل (Beak & Freeman ,1990;Van der Kalk & Van.der Hart ,1991) ويمكنها أن تسهل أو تصعب تمثيل الصدمة، أو يتم انتاجها بداية في سياق تمثل الصدمة نفسها لتعمل فيما بعد بطريقة محددة مسبقاً.

ويتم فهم الخبرات الجديدة على أساس هذه التصويرات الموجودة. بالإضافة إلى ذلك تؤثر التصويرات الناشطة الآن على الكيفية التي ينبغي فيها تمثيل حدثاً ما (Beak & freeman,1991) فعلي سبيل المثال يتم إدراك حدثاً مرعباً على أنه أقرب للمؤلم (صادم) إذا كان

الشخص في هذه اللحظة تعباً أو مريضاً أو مرهقاً عندما حصل الحدث. فإذا لم يتم التمكن من جعل ما حدث ما منسجماً مع التصويرات الذاتية القائمة حول الذات والعالم والعلاقات الاجتماعية فإنه غالباً ما يتمكن الشخص من تمثّل الحدث ودمجه ويصف بياجيه في نظريته حول التكيف الانساني والنمو المعرفي بأن الأطفال يحاولون مثل الراشدين تماماً منح معاشاتهم معنى تسكينها في تصويراتهم القائمة من خلال التمثّل والتكيف ومن أجل تحقيق ذلك يتم تعديل التصويرات القديمة إلى حد ما (على سبيل المثال: "أنا محصن أو أنا مसान، أو أنا محمي... الخ" يصبح "يمكن أن يحدث لي دائماً أمر مرعب")، أ- تنشأ تصويرات جديدة مشوهة معرفياً (Dysfunctional Schemata) (على سبيل المثال: "أنا مذنب لهذا حصل هذا لي") كأمتلّة على التصويرات سيئة التكيف Maladaptive لدى ضحايا الاستغلال والمعاملة السيئة في الطفولة، اليأس واللاحول والشك وفقدان الأمل والشعور بالوحشة واللاقيمة واتهام الذات (الخبث) (النذالة) الملازم القناعة بعدم استحقاق الحب. ويتم ترسيخ هذه القناعات اللاتكيفية من خلال الخبرات المتكررة، مما يجعل من التصحيح اللاحق صعباً جداً ويتيح التخيل تجلي التصويرات المشوهة معرفياً المعممة عبر عيون الذات المصدومة نفسها والطعن فيها عبر عيون الذات الناجية الراهنة واعادتها reprocessing، أو دمج الخبرة المؤلمة (الصادمة) في صورة تكيفية موجودة بالاصل

وحسب بيك وفريمان (Beak & freeman, 1990) يمكن تحقيق تعديل في صورة الذات المشوهة بصورة سلبية من خلال الصدمة بأن يرجع المريض داخل التخيل إلى الموقف، من أجل إعادة تنشيط التفاعلات، ومن ثم أيضاً الانفعال ومن خلال ذلك تتعزز أو تتسهل عملية إعادة البناء (الترميم). فعبر تعديل الصورة يتلقى المريض معلومات تصحيحية حول ذاته وأهمية الصدمة مما يحث تمثّل المادة المؤلمة (الصادمة).

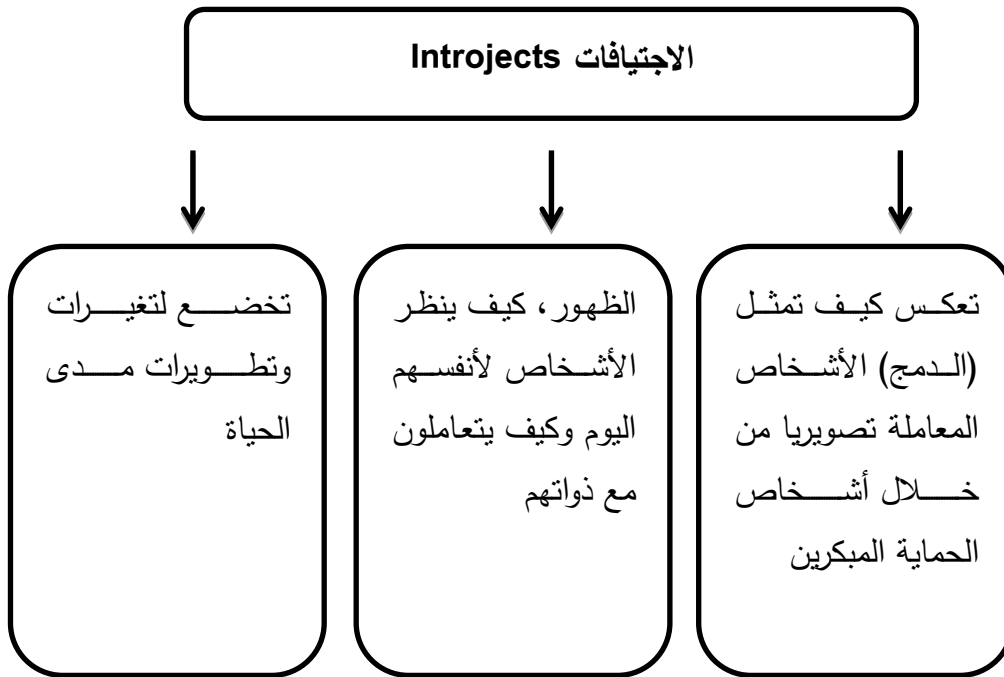
وقد طرح هورويتس فرضية مفادها أن تمثّل المادة المؤلمة (الصادمة) لا ينتهي إلا عندما يصل تعديل التصويرات المعرفية إلى مدى تصبح فيه المعلومات الجديدة مصنفة ومدموجة. وإلى أن يتم الوصول إلى تلك اللحظة ما تزال هناك عمليات "مفتوحة" إن صح التعبير ويقود الميل إلى الاستكمال (ميل الاستكمال) إلى أن تطفو بين الحين والآخر مواد غير مدموجة. وغالباً ما تتم اعاقلة الدمج من خلال عملية الصمم أو الكبت أو الإنكار أو الفجوات في الذاكرة، أو الاستراتيجيات المفككة، وهي حسبما يري هورويتس اليات حماية تحميه من ثقل المعلومات والغرق في المشاعر السلبية في سياق الصدمة وفي إطار يتم السعي نحو دمج المادة المؤلمة (الصادمة)، من أجل إقفال تمثّل الذكريات الصادمة، وإتاحة تعديل للتصويرات المتعلقة بالصدمة. (Horowitz, 1986: P.44)

جدول رقم (2-5)
التصورات الخاصة بالصدمة (انتقاء)

تصورات عامة متعلقة بالصدمة	
قناعات حول الذات والعالم	لا أستحق الخير. أنا سئ. العالم خطير. يمكن أن يحصل لي أمراً ما ثانية في أي وقت.
قناعات في سياق الغضب أو الخلق أو الذائب أو الخجل المتمحور حول الصدمة	غضب / حنق: عاملني الآخرون بصورة خطأ. كان على المرء أن يساعدني بصورة اسرع. خجل: أنا ضعيف وناقص. أنا قذر. يعتبروني الآخرون عاجزاً. ذنب: المسؤولية: الذنب ذنبي، أنا المسؤول عما حدث لي أو عن الحدث. التنبؤ المزعوم: كنت أعرف بأن هذا سيحدث لقد تجاهلت العلامات. اثام اخلاقية: تصرفت أخلاقياً بصورة خطأ (على الرغم من أن الشخص لم يتصرف ابداً ضد قناعاته) غياب التبريرات: كان ينبغي لتصرفي اثناء الصدمة، من الناحية الموضوعية، ألا يكون هكذا (كان موضوعياً أن أتصرف بطريقة أخرى).
تصورات عامة متعلقة بالصدمة	
قناعات فيما يتعلق بالأعراض	سأجن. الأعراض ضارة. أمر مخجل. أحس بالخوف، لا بد وأن توجد في محيطي مخاطر.
تصورات تلعب دور في العلاج المعرفي السلوكي PTSD	
الهشاشة / واللاحصانة	العالم مكان خطير. أنا عاجز عن حماية نفسي في محيطي. أنا عاجز تجاه أفكار / ذكرياتي المنبثقة Flashbacks
العقاب	أنا ضحية يائسة، سوف أظل ضحية، سأظل دائماً ذلك كما أنا بناء على اني مظلوم.
سئ / غير جدير بالحب	أنا سئ من الداخل. استحق أن أعاقب. تتقضي السعادة أو الحظ.
ناقص / (معيب)	أنا شخص مكسور / ناقص. لن أستطيع أن اكون طبيعياً ابداً. يستطيع الآخرون رؤية كم أنا ناقص / غير طبيعي
عجز / Incompetence / فشل	أنا عاجز / ادني من حيث المبدأ. ليس هناك ما يمكن أن افعله يكون جيداً كفاية. أنا فاشل كلياً. لا أستطيع تحقيق أي شيء إيجابي في حياتي.

نظرية علاقة الموضوع:

ترجع بشكل أساسي إلى النظريات المعرفية للتمثل الانفعالي للصدمة Cognitive Theories of Emotional Trauma Assimilation، إلا أنه توجد ارتباطات أيضاً مع مظاهر نظرية الموضوع ونظرية الارتباط، فنظرية علاقة الموضوع تشكل الخلفية النظرية لتطوير مواضيع ذاتية من النوع الداعم، وهذه المواضيع المدوثة يمكن أن تكون الأنا الراشد أو اجتياف الوالدين the parents Introject، أو اجتيافات من المساعدين المتنوعين. وبشكل الاستدلال عليها علاقة موضوع مفيدة علاجياً بوساطة التخيل. ونعرض فيما يلي لمفهوم الاجتياف



مفهوم الاجتياف:

ويؤثر الاجتياف الايجابي للمعالج على البنى النفسية للمريض بصورة مهدئة. فإذا ما تمكن المريض من دمج الاجتياف الإيجابي للمعالج في تصوير ذاته فإنه يستطيع استخدامها لتنمية قدرات جديدة، وتهده نفسه والاهتمام بنفسه (الرعاية الذاتية).

وينمي المريض اجتيافات جديدة تشكل أساساً للعلاج. بالإضافة إلى ذلك يتم تعديل نماذجه الداخلية فيما يتعلق بالتعلق والعلاقات، ويمكن تلخيص المركبات الأربع التالية والتي تستخدم بالعلاج وفق ما يلي:

1. المواجهة التحليلية الممتدة: يتم جعل ذاكرة الصدمة متيسرة فيما يتعلق بمركباتها الانفعالية والحسية عبر التذكر الموجه.

2. إعادة كتابة ورسم التخيل: يتم استبدال التخييلات المواجهة الوظيفية بتخييلات الضحية المصدومة.

3. تخيلات تهدئة الذات / تخيلات الاهتمام بالذات: يتم تطوير تصورات تخيلية يتم فيها تهدئة الذات المصدومة من خلال الذات الناجية، ورعايتها ودعمها.

تمثيل انفعالي - معرفي / لغوي: تحويل الصور الصادمة والانفعالات المرتبطة بها إلى كلمات، مع العلم أنه يتم التشكيك بالافتراضات والتصويرات الناجمة عن الصدمة وتعديلها. (Bretherton , 1978:p.99)

1- نظرية التعلق:

تعد نظرية التعلق (bolpy,2001) العلاج النفسي على أنه عملية إعادة تقويم وإصلاح أو تصحيح نماذج الذات ورموز العلاقة، المتقادمة والمشوهة والغير مناسبة. على المعالج أن يبني أساساً موثقاً ومضموناً، يستطيع المريض الانطلاق منه للمضي في الطريق الصعب لتصحيح نماذج عمله الداخلية. ويتم إنجاز هذا البناء من الأمن في العلاقة العلاجية من خلال التدخلات البانية للأمان والمثبتة على أساس التخيل، من نحو المكان الأمن على سبيل المثال، ولابد للمعالج أن يبني نوع من العلاقة إلى حد ما، تساعد كمرساة ويستطيع المريض على أساسها معالجة ذكرياته المؤلمة، والغير محلولة أي يستطيع أن يعيشها ثانية وان يتمثلها. وفي العلاج يتم بعدئذ إجراء التحرك مجيئه وذهاباً من العلاقة العلاجية المأمونة (الاساس) نحو الصور المثيرة للخوف من المادة الصدمية للمريض. (Smucker & Dauncu ,1999:p.97)

2- النموذج المعرفي وفق لإهلرز وكلاك Cognitive Model of Ehlers & Clark

عند محاولة تصور اضطراب PTSD من منظور معرفي، يجد المرء نفسه أمام مسألة محيرة. اضطراب PTSD يصنف بوصفه أحد اضطرابات القلق، وفي ثنايا النماذج المعرفية يعد القلق نتيجة للتقديرات الموقفية المتعلقة بالتهديدات الوشيكة. ومع ذلك، فإن اضطراب PTSD وهو اضطراب تكون فيه المشكلة عبارة عن ذكرى لحدث وقع بالفعل. ونقترح إمكانية حل هذه المسألة بالإشارة إلى أن الصورة الشديدة من اضطراب بتهديد خطير في الوقت الحالي. ويقدم النموذج عمليتين مفتاحيتين إنما تؤديان إلى الإحساس بتهديد حالي.

1. الفروق الفردية في التقدير المعرفي للصدمة و/أو عواقبها.

2. الفروق الفردية في طبيعة الذكرى الخاصة بالحدث وعلاقتها بالذكريات الذاتية الأخرى.

وحال تنشيطه، يصحب إدراك التهديد الحالي اقتحامات وأعراض أخرى لإعادة معايشة الخبرة، وأعراض الإثارة والقلق واستجابات انفعالية أخرى، كما يستحث التهديد الحالي كذلك سلسلة من الاستجابات السلوكية والمعرفية والتي يقصد منها خفض التهديد والكرب المدرك على المدى القريب، ولكنها تسفر عن الحيلولة دون حدوث التغير المعرفي ومن ثم تسبب في مداومة الاضطراب. (Ehlers & Clark, 2000: p.66)

التقدير الموقفي للصدمة و/أو عواقبها:

أن الأفراد ذوي الصورة الشديدة من اضطراب PTSD لا يمتلكون القدرة على النظر للصدمة بوصفها حدثاً محدد الزمن ليس له أي متضمنات سلبية معممة بالنسبة لمستقبلهم. ويشير النموذج إلى أن هؤلاء الأفراد إنما يتميزون بتقديرات موقفية سلبية غريبة للحدث الصدمي و/أو عواقبه تتمثل في التأثير الشائع المتعلق بخلق إحساس بالتهديد الحالي الخطير. يكون هذا التهديد أما خارجياً (مثل: العالم هو مكن أكثر خطورة)، أو بشكل أكثر شيوعاً، داخلياً (مثل: تهديد لنظرة الفرد لنفسه بوصفه شخصاً قادراً مقبولا سوف يمتلك القدرة على تحقيق أهداف مهمة في الحياة). وينشأ الشهور بالتهديد الحالي باعتباره نتيجة لـ: 1- التقديرات الموقفية متزايدة السلبية للصدمة وعواقبها، 2- اضطراب الذاكرة الذاتية التي تتسم بأعداد وسياق ضعيف، وذاكرة ترابطية قوية، ودقة حسية متناهية. وتحول سلسلة من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية المُشكلة دون التغير في التقديرات الموقفية السالبة وذاكرة الصدمة. ولسوف يعتمد الإعمال المعرفي أثناء الحدث الصدمي على عدد من العوامل، خصائص الصدمة مثل دوامها وإمكانية توقعها، والخبرة بصدمات سابقة، وكذلك أساليب التوافق التي استخدمت أثناء تلك الأحداث، والقدرة العقلية المنخفضة، فقد تكون لها صلة بالإعمال الأقل مفاهيمية والأكثر انسياقاً وراء المعلومات. أن التقديرات الموقفية للصدمة وعواقبها سوف تؤدي دوراً كذلك تحت تأثير خصائص الحدث وعواقبه. المعتقدات المسبقة، والتي سوف تكون ذات أهمية في حالة ضحايا الصدمات الذين تراودهم معتقدات سالبة مسبقة عن أنفسهم ربما ينظرون إلى الصدمة من حيث كونها تأكيداً لهذه المعتقدات، أما بالنسبة لمن يتبنون معتقدات شديدة الإيجابية فقد تسبب الصدمة في تحطيم ما يشعرونه من ثقة في أنفسهم وفي العالم. الخبرات المسبقة، فقد تتصل هذه الخبرات بالصدمة المتجددة وتضيف إليها مزيداً من المعاني السالبة. استراتيجيات المعرفية والسلوكية المستخدمة للتحكم في أعراض اضطراب PTSD والتهديد الحالي، يحتمل أن تقع تحت تأثير الخبرات والأفكار المسبقة. (Ehlers & Clark, 2000: p.78)

البناء الشكلي لجلسات العلاج :Structure for therapy session

أولاً: أعداد المريض للعلاج المعرفي: هناك عنصران عند استخدام العلاج المعرفي:

1. يجب أن يفهم المريض طبيعة وأساس العلاج المعرفي.
 2. يجب أعداد المريض للتعامل مع التقلبات في المزاج أثناء العلاج.
- يُعدّ المعالج المريض للعلاج المعرفي أثناء فترات الجلسة الأولى وبعض فترات من الجلسة الثانية، ويقدم المعالج بدقة الخطة العامة والأساس المنطقي العام للعلاج المعرفي، وبعد ذلك يناقش المعالج الأفكار التلقائية. على سبيل المثال أثناء الجلسة الأولى يصف المعالج العلاقة بين الأفكار والمشاعر، ويستطيع المريض فهم هذه العلاقة إذا ما استخدم المعالج فكرة من واقع المريض لمساعدته على تحديد الأفكار التلقائية المزعجة، وبعد ذلك يعطي المعالج المريض كتيب عن كيفية معالجة اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة كالقلق والاكتئاب، وهذا يكون أول واجب منزلي.

1- الجلسة العلاجية الأولى First Therapy Session

لأعداد للجلسة الأولى، فإن المعالج يراجع تقييم المريض لتخطيط العلاج بطريقة جيدة توضح كيف أن العلاج المعرفي السلوكي الأساسي قد يتغير تبعاً للمريض، وأنه من الضروري أن نبدأ في بناء الثقة والألفة معاً منذ الجلسة الأولى.

2- التعليمات والأهداف: Structure and Goal

أن الجلسة الأولى تختلف عن باقي الجلسات؛ لأن المعالج والمريض يحتاجان لأن يعرفا بعضهما جيداً، وأنهما سيتبعان خطوات التكوين الأساسي كما يلي:

أ. وضع جدول الأعمال: Setting the agenda

أن المعالج يبدأ الجلسة الأولى بوضع جدول الأعمال وليقرر عما سيتكلم فيه، أن هذا ينبغي عمله في بداية كل جلسة ليتأكد من أنه سيكون لديه الوقت لتغطية كل الأمور الهامة مع المريض. أن تحديد جدول الأعمال ينبغي أن يكون سريعاً وحتى آخر لحظة.

أن توضيح الغرض من كل خطوة يجعل عملية العلاج مفهومه للمريض وتؤدي إلى مشاركة فعالة بصورة منظمة ومنتجة. أن الفشل في عمل جدول أعمال صريح غالباً ما يؤدي إلى محادثة ليست ذات جدوي، لأنها تمنع المعالج والمريض من التركيز على العناصر المهمة للمريض، وفي النهاية فإن أحد مهمات الواجب المنزلية هو البحث عن عنصر أو مشكلة جيدة يجب أن نفيدها فيها جدول الأعمال في الجلسة التالية. (Beck,1995:p28)

ب. اختبار الحالة المزاجية: Mood check

أن المعالج يقوم بعمل اختبار قصير للحالة المزاجية. بالإضافة إلى تقريره الأسبوعي عن انطباعاته بتقديره الذاتي مثل استجواب بيك للاكتئاب، الذي يساعد المريض والمعالج على وضع مسار ملموس في حالة المريض.

ت. مراجعة المشكلة الحالية، التعرف على المشكلة، تحديد الهدف:

Review of the present problem, Identification, Goal settings

يراجع المعالج مشكلة المريض الحالية ثم يساعد المريض على تحويل هذه المشاكل إلى أهداف للعلاج، ثم يبدأ المريض في تخصيص بعض الأنشطة من ضمن واجبه المنزلي "قائمة الأهداف" والتي يعتقد أنها قد تحدث تحسن في مزاجه المعتاد.

ث. تعليم المريض ما هو "النموذج المعرفي" Education the patient about the cognitive model:

أحد الأهداف الهامة للعلاج هو تعليم المريض أن يكون معالج نفسه، وأن المعالج عليه أن يعترف المريض العلاج المعرفي السلوكي وأن يعلمه النموذج المعرفي مستخدماً أمثلته الخاصة، ويطلب من المريض أن يرسم شكلاً لموقف في الماضي أدى إلى فكرة معينة تؤثر على مشاعره.

ج. توقعات العلاج Expectation for therapy:

من المرضى غالباً ما يبدأون العلاج ولديهم انطباع أن العلاج غامض، وأنهم لم يفهموا الطريقة التي يمكن أن يتحسنوا بها، والمعالج المعرفي السلوكي على العكس من ذلك يؤكد أن هذا النوع من العلاج منظم ومدرب، وأن المرضى يتحسنون لأنهم يفهمون أنفسهم أحسن ويحلون مشاكلهم ويتعلمون الطرق التي يطبقونها على أنفسهم.

أنه من المرغوب فيه، في أول جلسة، أن يعطي المعالج للمريض فكرة عامة عن مدة العلاج المتوقعة والمفضل أن يكون هناك مدى معين من شهر ونصف إلى أربعة أشهر، ولكن البعض ينتهون مبكراً، أما المرضى الآخرون ذوي المشاكل النفسية المزمنة قد يستمروا في العلاج لسنة أو أكثر. (Beck, 1995: p.29)

ج. تعليم المريض عن مرضه **Education the patient about his disorder**:

يريد أغلب المرضى أن يعرفوا التشخيص العام وأنهم ليسوا مختلين عقلياً، ويعرف أن المعالج ساعد الكثيرين، وألا يعتقدوا أنهم مختلين، وأن مشاكل المريض الكثيرة في العلاقات الاجتماعية بعض مشاكله ترتبط بمشكلته المرضية مما يقلل نقده لذاته.

خ. كتابة الملخص في نهاية الجلسة **End of session summary**:

يجمع الملخص النهائي أو الخيوط المتفرقة طوال الجلسة وفي النقاط المهمة. أن الملخص يتضمن أيضاً مراجعة لما وصل اليه المريض كواجب منزلي في الجلسات الأولية، يقوم المعالج بالتلخيص ولكن فيما بعد تكون هذه المهمة من واجبات المريض، وينبغي أن نشجعه على ذلك.

د. تحديد الواجب المنزلي **Setting of homework**:

أن كلمة واجب في حد ذاتها تجعل المريض في وضع متحفز، لذا فإن على المعالج أن يفرق بين الواجب العلاجي الذي يوضع بالمشاركة بينه وبين المريض وبين التجارب السابقة مثل الواجب المدرسي والذي كان إجبارياً غير شخصي، ولا يساعد على شيء. أن المعالج والمريض عليهما أن يجدا اسماً أو مصطلحاً أكثر قابلية مثل "أنشطة مساعدة الذات".

أن أحد الواجبات المعتادة في الجلسة الأولى تتعلق بالعلاج بالقراءة، وأن المعالج قد يطلب من المريض فصلاً من كتاب العلاج المعرفي أو كراسة تعليمية، أنه يحاول أن يجعل المريض مشاركاً في العلاج بالقراءة "عندما تقرأ هذا الكتيب وتضع علامة على الأجزاء التي تتفق معها والتي ترفضها، ما الذي يلائمك أو لا يلائمك". (Beck, 1995: p.30)

ذ. التغذية الرجعية (مردود العمل) **Feed Back**:

أن العنصر الأخير في الجلسة العلاجية هو رد الفعل (التغذية الرجعية)، أنه بنهاية الجلسة الأولى، فإن أغلب المرضى يحملون شعوراً إيجابياً نحو المعالج والعلاج. أن السؤال عن مردود الجلسة لدى المريض يزيد الألفة، وإن المعالج يهتم بما يفكر فيه المريض لتوضيح أي سوء فهم، فبعض المرضى يفهمون بعض التصرفات بحساسية زائدة. أنه بسؤال المريض عما يضايقه يعطي الفرصة للمريض أن يقول ويختبر استنتاجاته، وأن المردود اللفظي قد يزيد في المستقبل بإضافته تقرير علاجي يكتبه المريض.

ثانياً: الجلسة العلاجية الثانية وما بعدها :Second therapy session and beyond

من أهداف المعالج أثناء الجلسة الثانية وما بعدها، هو أن يساعد المريض على أن يختار مشكلة أو هدفاً للتركيز عليه، وأن يبدأوا حل المشاكل وأن يقوم النموذج المعرفي للتعرف على الأفكار التلقائية، واستمرار التآلف بين المريض والعلاج المعرفي السلوكي: أتباع الخطة الموضوعة للجلسة، العمل المتعاون، إعطاء مردود للمعالج، مراجعة الماضي والخبرة الحاضرة في ضوء النموذج المعرفي، وفوق كل ذلك بناء التحالف العلاجي وإعطاء تخفيف للأعراض.

البناء وتنسيق الأجزاء (شكل الجلسات): Structure and Format

1. مراجعة سريعة للأحداث واختبار الحالة المزاجية والعلاجية: Brief update and mood (and medication) check

2. الوصلة مع الجلسة السابقة Bridge from previous session

3. تنظيم جدول الأعمال Setting the agenda

4. مراجعة الواجب المنزلي Review of homework

5. مناقشة عناصر جدول الأعمال Discussion of agenda items

6. تحديد الواجب المنزلي الجديد Setting now homework

أن احتمالية عمل المرضى للواجب تقل عندما:

1. اقتراح مهمة صعبة للغاية أو بعيدة عن اهتمامات المريض.
2. عدم تقديم مبرر مقنع.
3. عدم مراجعة واجب المرات السابقة.
4. عدم التركيز على أهمية الواجب عامة وعلي مهمات معينة خاصة.
5. عدم الشرح الواضح للمريض عن طريقة عمل المهمة أو سؤال أسئلة تقليدية عن المصاعب المحتملة.
6. عدم جعل المريض يكتب المهمات المطلوبة في الواجب.
7. عدم المشاركة مع المريض في تحديد المهمات مما يؤدي إلى مهمات لا يريد المريض فعلها. (Beck, 1995: p.35)

1. الملخص النهائي Final summary

يلخص المعالج كل فترة خلال الجلسة ليضمن فهمه لما يقوله المريض. أن المعالج إذا ما طلب من المريض أن يسجل النقاط المهمة أثناء الجلسة فإن ملخصاً سريعاً يكون قد تم أعداده. أن فشل المعالج في جعل المريض في أن يدون ملاحظات يجعل تلخيص الجلسات أكثر صعوبة.

2. التغذية الراجعة Feed Back

تنشأ المشاكل إذا ما كان المريض قد أصابه الضيق في نهاية الجلسة دون الوقت الكافي للتخلص من هذا الشعور أو عدم تعبير المريض عن هذا الشعور السلبي. أن الحل العلمي هو تجنب جريان الوقت بأن تبدأ نهاية الجلسة مبكراً بعشر دقائق قبل النهاية مما يعطي وقت لتحديد الواجب المنزلي الجديد وتلخيص الجلسة وتحديد استجابة المريض نحو الجلسة. (Beck,1995:p.35)

الموجهات العلاجية وعناصر المعالجة:

قام فلاتن وآخرون (Flatten et al , 2004) بوضع موجهات عامة لعلاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD) لمساعدة المعالجين للتعامل بأفضل قدر ممكن مع المريض واضطرابه. وقد تم عرض هذه الخطوط المتضمنة سمات المعالج والتدخلات وبنية العلاج وأسس العلاج.

فمن السمات الأساسية للمعالج الدفاء والأصالة والتقبل والتعاطف والاصغاء الانعكاسي. وهذه السمات والقدرات هي شروط لبناء العلاقة العلاجية، حيث تمثل الأساس لعلاج كرب ما بعد الصدمة. وفي هذه العلاقة يشهد المريض الأمن ويمكنه من بناء الثقة بالمعالج، وهو ما يتيح في النهاية تعاوناً لبناء بين المعالج والمتعالج. وعلي المعالج أن يكون قادراً على تحمل روايات المريض حول الخبرة المرعبة ويوصل للمريض بأنه مستعد لذلك. (Steil ,2005:p.55)

والخطوط الخاصة بعناصر العلاج لكرب ما بعد الصدمة (PTSD):

1- الإجراءات الأولى:

- تأمين محيط آمن (الحماية من تأثيرات أخرى للصدمة).
- تنظيم منظومة مساعدة نفسية اجتماعية.
- اللجوء المبكر لمعالج نفسي خبير بمعالجة كرب ما بعد الصدمة.

– تقديم معلومات وتثقيف نفسي للمريض فيما يتعلق بالأعراض ومجرباتها.

2- التثبيت الخاص بالصدمة:

لا يجوز أن تتم إلا من خلال المعالجين النفسيين المؤهلين طبياً ونفسياً ومن خلال:

- التدخل في الازمة.
- الربط بإشراف تشخيصي وعلاجي متين.
- تدخلات متمحورة حول الموارد (تقنيات الابتعاد Distance Technique، أساليب تخيلية Imaginative procedures على سبيل المثال).
- علاج دوائي (داعم متركز حول العرض).
- مضادات اكتئاب من مجموعة SSRI (الحذر من خطر الانتحار، وبشكل خاص مع الأطفال واليافعين).
- انتباه: يوجد خطر إدمان خاص في اضطراب كرب ما بعد الصدمة (بشكل خاص عند استخدام البنزوديازيبانات).

3- معالجة الصدمة:

لا يجوز أن تتم إلا من خلال المعالجين النفسيين المؤهلين طبياً أو نفسياً من خلال:

1. إعادة مواجهة معيرة بالحدث الصادم بهدف التمتع Consider والتكامل أو الاتساق Integration ضمن ظروف علاجية محمية.
2. الشروط: استقرار كاف، عدم وجود تأثيرات صدمية لاحقة، عدم وجود اتصال بالفاعل.
3. طرق معدلة على الصدمة في إطار برنامج علاجي كلي: علاج معرفي سلوكي، EMDR تسكين حركة العين).
4. استخدام أساليب داعمة (من نحو علاج جسدي مثبت، علاج معرفي).
5. الاطار: يتعلق الاطار بشدة الاضطراب والحاجة للتثبيت:
- علاج خارجي (في العيادة، في المستوصف).
- مركزي (مستشفى نهاري).

1. انتباه ! عند وجود كرب ما بعد الصدمة (PTSD) مركب (بعد انصدامات متراكمة بشكل مزمن أو وجود اختلاطية مرتفعة أو كليهما معاً فإن إعادة المواجهة Re-Confrontation المبكرة مضاد فاعلية Contraindication ولا يمكن إجرائها إلا بعد تحقيق تثبيت كاف.

2. كما أنه يمكن لاستخدام الأساليب العلاجية للصدمة بشكل مبكر، أو الاقتصار عليها لوحدها أن يكون خطيراً.

إن العلاج نفسه يتألف من التدخل الأساسي لعلاج كرب ما بعد الصدمة (PTSD) كعلاج خفض الحساسية لتسكين حركة العين أو توليف من المواجهة وإعادة البناء المعرفي وتدخلات إضافية حسب الحاجة as-needed (من نحو تمارين الغضب وتمارين الأمان أو تدريب الكفاءات الاجتماعية أو تدخلات أسرية)، ويتم تقسيم خطوات العلاج إلى مراحل ثلاث متعاقبة: التثبيت، ومعالجة الصدمة والدمج وإعادة الربط. وقد تم وصف هذه المراحل الثلاثة من باحثين مختلفين مع العلم أن المضامين الملموسة للمراحل المنفردة لا تختلف كثيراً.

وتتصف بنية العلاج بالتعاون مع المريض. ويتم اختبار المجرىات باستمرار وتصحيحها في مقتضي الحال. أما الهدف فهو ترك الكثير من المسؤولية والتحكم للمريض نفسه قدر الامكان. فعلي سبيل المثال يتم اعتبار قناعات المريض فرضيات يتم اختبارها معاً لجمع مؤشرات تويدها أو تنفيها. (Schwarz, 2002:P.44)

جدول رقم (2-6)

المكونات العلاجية للعلاج المعرفي لاضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)

الرقم	المكون العلاجي	الهدف العلاجي
1-	مرحلة التعليم	لتقديم معلومات عن PTSD وتصحيح أي فهم خاطئ حول الاضطراب وإكساب المرضى قبول للنموذج وإدخاله في عملية العلاج.
2-	إعادة الهيكلة المعرفية المرتكزة على الصدمة	لتحديد ثم تعديل المعتقدات السلبية والتقييمات السلبية حول المعنى الشخصي، أو المفهوم الشخصي للصدمة من حيث السبب والطبيعة والنتائج على الشخص والعالم، والآخرين والمستقبل
3-	التعرض التخليقي بشكل متكرر لذاكرة الصدمة	لتأسيس وتفصيل منظم ومتناسك عن الصدمة وفهم شامل لمعناها، خاصة أثناء التعرض المتكرر للذاكرة التدخلية بحيث يصبح الشخص قادراً على مواجهة هذه الذكريات التدخلية.

4-	إعادة الهيكلة المعرفية المرتكزة على الاضطراب	لإزاحه أو تغيير وجهات نظر ومعتقدات المريض حول أعراض PTSD ونتائجه، خاصة الأعراض التي تذكره بالاضطراب؛ وذلك ليستطيع تكوين وجهات نظر فعالة يمكن أن تواجه التحديات.
5-	نماذج إعادة تجربة التعرض	لتقليل تجنب ومقاومة السلوكيات التي تقود للأمان، بالإضافة إلى تقليل القلق في المواقف التي تعود فيها أعراض التجربة بالظهور.
6-	تعديل التجنب المعرفي المتكيف واستراتيجيات التحكم	لتقليل القلق وصعوبات التركيز عن طريق استخدام الاستراتيجيات المعرفية مثل التحكم في الأفكار الغير مرغوب فيها وقبول الأفكار المرغوب بها.
7-	تقليل العاطفة (تخفيف)	لتقليل القلق والانفعال الزائد واضطرابات النوم عن طريق تطوير مهارات الشخص في الاسترخاء وانماط الاستجابة.

2-2-5 مراحل العلاج النفسي:

1- التحضير والتشخيص وإعادة صياغة الحالة:

يعاني مرضي اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD) في الغالب من صعوبات في تقبل العلاج. فالعلاقة الكامنة بين العرض أو الاضطراب السائد، وهو الذي كان السبب وراء العلاج، وبين الخبرة الصادمة لم تتم رؤيتها بالاصل ولن تتبلور مؤشرات معالجة اضطراب كرب ما بعد الصدمة إلا في مجرى العلاج. وغالباً ما توجد مخاوف كبيرة من تكرار خبرة الصدمة في اثناء الاشتغال بها وحصول لا معاوضة.

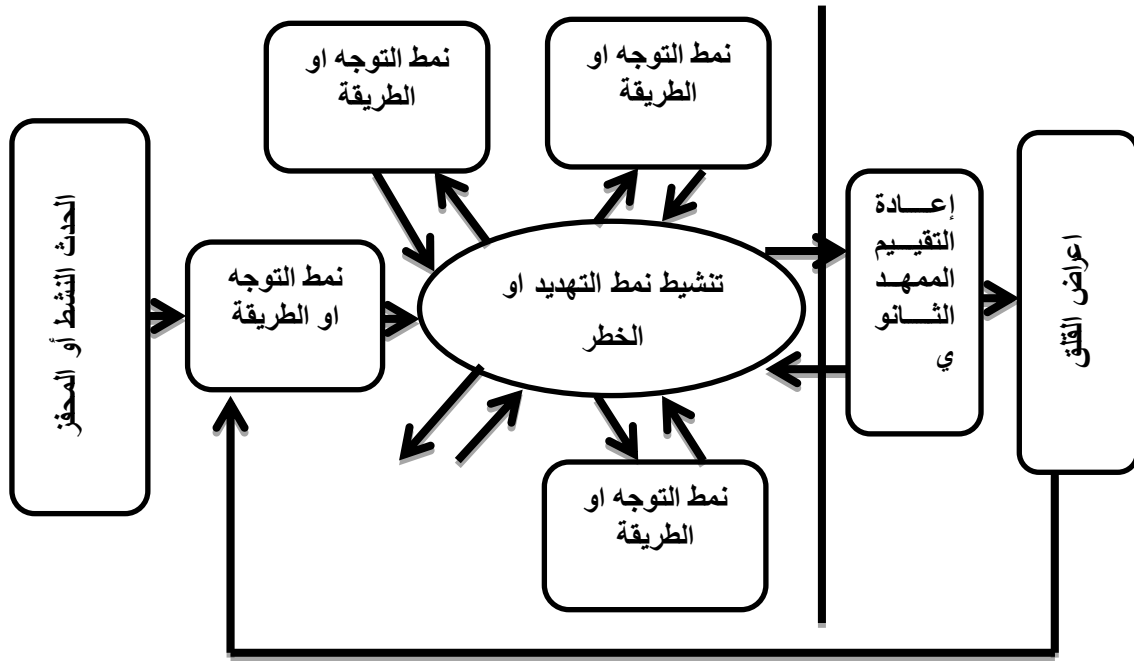
ومن هنا فإن التحضير الجيد على عمل الصدمة مهم جداً سواء بالنسبة للمعالج أم المريض وفي الجلسات الأولى لا يتم الاستفسار عن تفاصيل الصدمة أبداً، ويتم تقدير مقدار الصدمة بصورة هشة فقط. ويذكر ساك (Sack,2000) سلسلة من الاجراءات يصعب الاستغناء عنها بالتحضير للعلاج:

1. الشرح للمرض حول طريقة ومعنى وفائدة العلاج المعرفي السلوكي
2. استقصاء الاستعداد المسبق للإصابة بالهشاشة للمعني، وتاريخ، حياته وسيرته الذاتية والارهاقات الراهنة والموارد.
3. وصف موجز (مخطط أولى) مقدار ومجري الصدمة

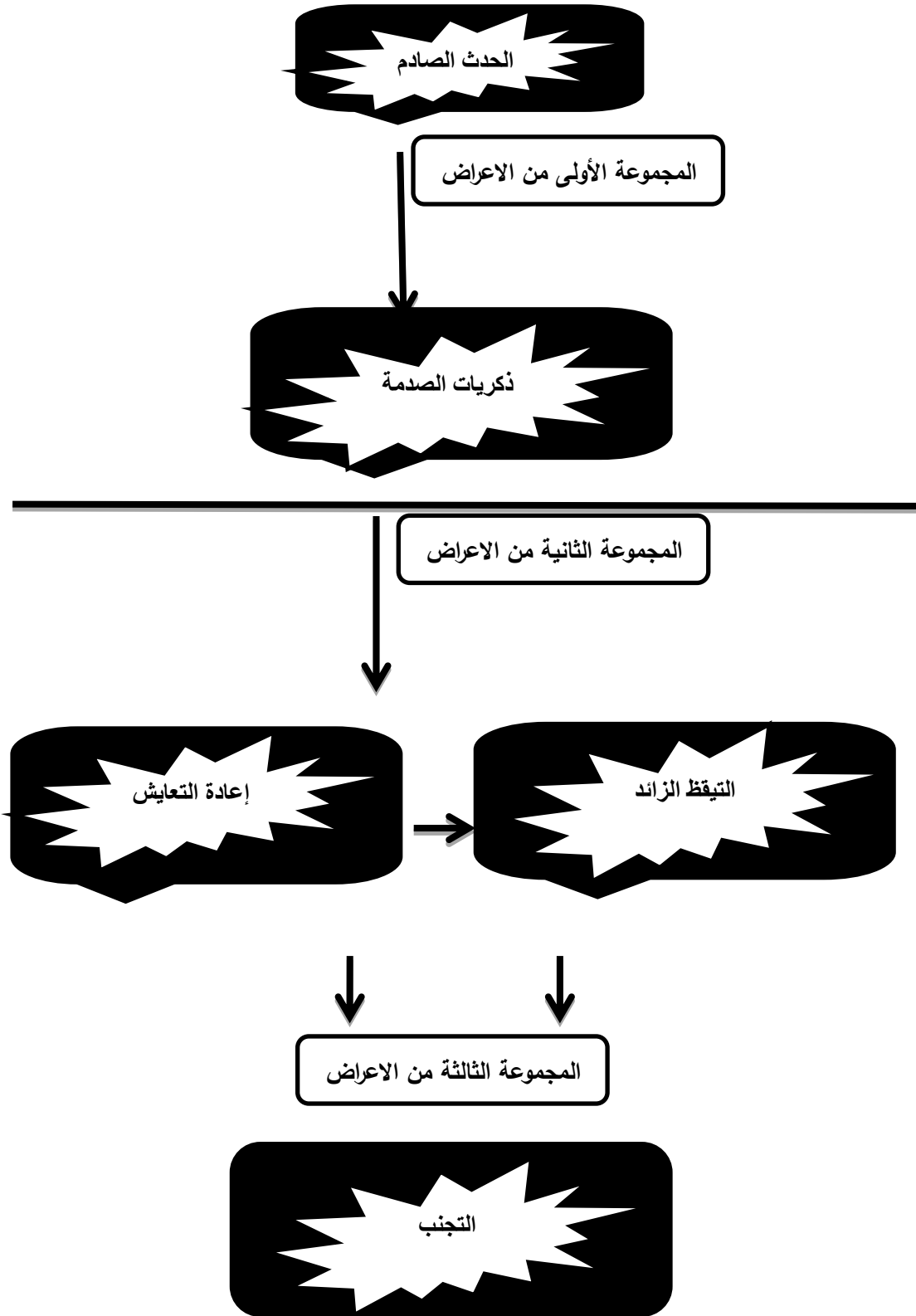
4. استفسار فاعل لمجالات الأعراض، من بينها تكرار الخبرة، الاقتحام، التجنب، المخاوف، التصرفات القهرية، سلوك الإدمان (يمكن تحديد أعراض الاقتحام بمساعدة دفتر الذكريات اليومي، حيث يقوم المريض بالتسجيل فيه لفترة أسبوع)
 5. تحديد مقدار التفكك، ذلك لأن هذه تمتلك المضامين أو معاني ضخمة بالنسبة لمؤشرات وتنفيذ علاج الصدمة.
 6. تشخيص علاجي نفسي شامل، من أجل التعرف على أعراض نفسية أخرى، وتقدير تأثيرها على العلاج، أي السؤال عن الأعراض النفسية الموجودة حالياً والتي ذكرها المريض في سياق السيرة المرضية، وتحديد في مقتضي الحال شدة وجود اضطراب نفسي آخر قائم في الوقت نفسه أو استبعاد اضطرابات أخرى.
 7. تقدير البنية الشخصية للمريض وقدرته للدخول في علاقة (علاجية)، توضح الصعوبات الممكنة في التفاعل، والاشتغال بها قبل الدخول في العلاج الفعلي للصدمة في مقتضي الحال.
 8. توضيح فيما إذا كان المريض يتمتع بالاستقرار وبالموارد النفسية بشكل كاف ويستطيع الاستمرار تحت إرهاقات علاقة العمل العلاجية.
 9. التطرق للتوقعات المفرطة من علاج الصدمة وتصحيحها.
 10. إمداد المريض بالمعلومات الأولية حول الصدمة وعواقبها والاضطرابات التكيكية وإمكانات العلاج، وإعطائه معلومات خطية إذا كان بالإمكان (منشورات معلومات خطية مفصلة للمرضى مذكورة. (Ehlers , 1999: P103)
- ولا بد من إجراء التشخيص العيادي من خبير. لانتقاء أدوات المساعدة التشخيصية. وإذا كان بالإمكان لابد من استخدام استبيانات معيرة من أجل الحصول على قيم قابلة للمقارنة فيما يتعلق بمقدار الأعراض وشدة التضررات الذاتية، وللتمكن من الحصول على تفاصيل مهمة حول الصدمة وسياقها وارتباطها على سبيل لاثمال بين الأعراض أو بين الارتجاع ومثيراتها، والاستفسار عن المعتقدات المشوهة التي طورها المريض نتيجة الصدمة، من نحو " ليس لدى قيمة " " كلهم سيئون " " أنا المذنب " .
- ومن الأهداف المهمة للتحضير والتشخيص تطوير التعاون مع المريض من خلال إعادة صياغة الحالة وتفسير وفهم تغيير الاضطراب، والاتفاق بناءً على أهداف علاجية وهذه الاتفاقات

على أهداف العلاج يعيشها المرضى بأنها محررة جداً. إذ بناء على خبراتهم بالعلاقة من خلال الصدمة المرتبطة دائماً بمشاعر شديدة من اللاحول وفقدان السيطرة والأمان تتاح هنا فرصة الاسهام في قيادة وتحديد هذا العلاج النفسي، ومنح انفسهم فرصة لاستعادة الثقة ثانية. وفي الوقت نفسه يعيشون ثانية الشعور (بأنهم قادرون على التأثير في شئ ما). (Lempa, 2000:p128)

نموذج استجابة الخوف:



الصياغة المعرفية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة



2- التثبيت:

عاش المريض الصدمة على أنه اعتداء على شخصيته وسلامته. لهذا فانه من الضروري تثبيت المريض قبل العمل الفعلي على الصدمة. لهذا تعد شدة الصدمة ومقدار كرب ما بعد الصدمة أو الاضطرابات النفسية المتعددة كواشف للمدة اللازمة لمرحلة التثبيت. وتهدف المرحلة الأولى من العلاج الفعلي هذه إلى استعادة المريض للتحكم بنفسه واستجاباته الانفعالية وإنهاء اليأس. وهي تقدم مساعدة لتنظيم الذات، وتهديتها عن طريق تقنيات التباعد Distancing عن محتويات التذكر المرهقة.

وتفيد هنا القدرات والموارد المتوفرة للمريض ومحيطه الاجتماعي كنقاط استناد ويتم تقويتها. وعلي المريض أن يعيش الأمان والثقة بشكل خاص في علاقته مع المعالج. ولا يتم هنا تنمية عمليات النقل أو التطرق إليها بصورة لا داعي لها، كي لا يفقد المريض الأمان ويتزعزع، ويتم الحفاظ على علاقة واقعية Real Relationship إلى أبعد مدى ممكن ويتم استغلالها كأساس للعلاج.

ومن أجل التثبيت يتم بشكل خاص استخدام تقنيات التخيل والتنفس والاسترخاء، ويوجد اختيار واسع للتمارين وأحياناً مع التوجيهات ومن أجل عدم الوقوع تحت رحمة الاسترجاع Flashback بلا حول ولا قوة يتم تحديد مثيراته، والتي تطلق عليها القادحات Trigger ويتعلم المريض على سبيل المثال بوساطة تقنية الشاشة التباعد عن الذكريات الاسترجاع الملحة. وتساعد تمارين المعلومات الأساسية Grounding Technique للتعامل مع الأعراض التفككية. (Lempa, 2000:p124)

3- معالجة الصدمة واضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD) :

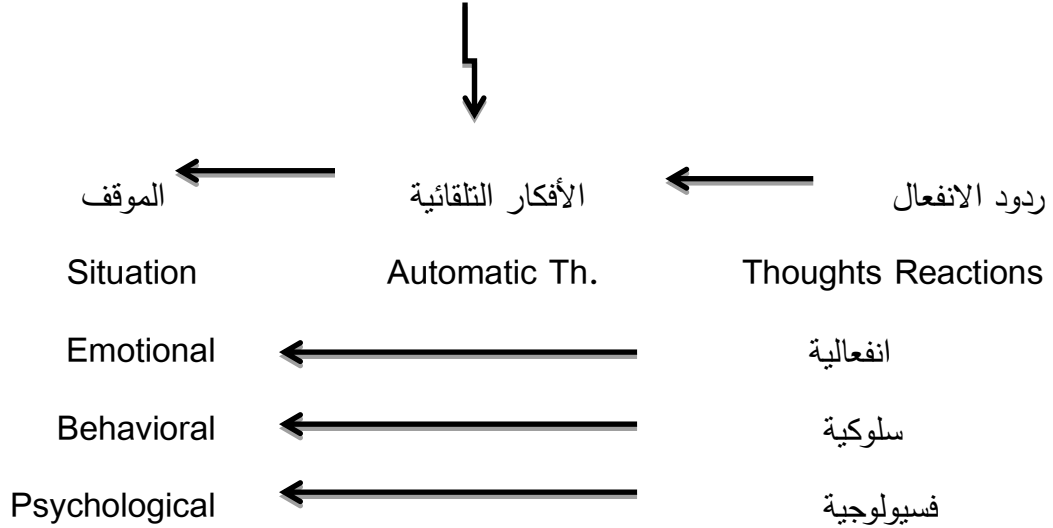
في علاج الصدمة نفسها يتم بشكل هادف أحداث إعادة مواجهة Re-exposition بالخبرة الصادمة. والهدف هو تخفيض الأعراض لكرب ما بعد الصدمة، أي تجنب المخاوف المتمحور حول الصدمة وسلوك التجنب، بالإضافة إلى ذلك يتم السعي نحو إعادة بناء المركبات الانفعالية والمعرفية للخبرة الصادمة ودمجها في تاريخ الحياة الشخصي. ويتم التطرق لكل من مظاهر الصدمة على مستويات المعني والخبرة والتمثل، من أجل تسهيل حدوث تمثيل انفعالي ملائم للخبرات الصادمة. ويقدم نموذج بيك عرضاً لكل ما ينبغي العمل عليه لمعالجة التفككات:

ولكن من الصعب وصف كل أصول الممارسة ولكننا سنبدأ بمبادئ وممارسة العلاج المعرفي أسلوب "آرون بيك، 1978".

النموذج المعرفي: The Cognitive Model

المعتقد المركزي Core Belief

المعتقد المتوسط Intermediate Belief



(Beak, 1978: P.18)

أما شروط معالجة الصدمة فهي وجود ثبات كاف للمريض، وعدم وجود تأثيرات أخرى والاحتكاك بالجاني لم يعد موجوداً. وينبغي ألا يجري العلاج إلا من قبل المعالج النفسي المؤهل. ويتوفر في هذه الاثناء عدد كبير من الطرق لمعالجة الصدمة.

وتكون الجلسات مبنية بشدة، وخصوصاً في بداية العلاج، وتتضمن إلى جانب المواجهة بالصدمة تقديم المعلومات، وبالطبع مناقشة الواجبات المنزلية والخبرات بين الجلسات. ويحظى المريض بالفرصة للأسئلة والتعبير عن الشك وتنتهي الجلسات باستعادة شفوية مشتركة للجلسة العلاجية المنتهية. (Taylor , 2006 , p.77)

4- الاندماج وإعادة الارتباط:

تتمحور العملية الأخيرة على آثار الصدمة على ذات المريض وعلاقاته بالآخرين (Van der Hart , steele , Boon & Braun , 1995) وغالباً ما يستمر دمج الصدمة أشهراً حتى سنوات، ويتطلب في العادة علاجاً نفسياً لاحقاً في العيادة. ويتضمن الحزن حول المعاش والإعاقة والتقييد في " إمكانات الخبرة والحياة " وفي نهاية المعالجة الناجحة للخبرة أو إلى حد ما في نهاية الخبرات الصادمة ينبعث النضج الشخصي كما تعني إعادة الدمج Rentegration إيجاد الارتباط

بالعالم ثانية، وأن يصبح الإنسان جزءاً من العالم. ويتم دمج الخبرات في السيرة الحياتية ومنظور العالم، ويمكن للحدث الفعلي، وذلك الذي يتمناه المرء أن يتواجداً إلى جانب بعضهما بعضاً.

وبصورة متباينة هناك ضرورة أن يتعلم المريض التعامل مع الأزمات الوجودية التي تسببت بها الخبرة الصادمة أو تمثلها. وتتضمن هذه الأزمات مشاعر فقدان المعنى والانعزال وفقدان الصلة بالناس والآخرين وغالباً انتحارية واضحة وعلي المريض أن يتعلم التعامل مع النزعات الهدامة الذاتية الحاصلة. كما أنه من الضروري مواجهة مشاعر الخجل والذنب. وغالباً ما تظهر بعد المعالجة الناجحة للصدمة الشخصية ما قبل المرضية premorbid، والتي تتضمن إلى حد ما سمات سيكوباتولوجية. فإذا ما حصل ذلك لابد من اجراء علاج نفسي تقليدي. كما أن المريض غالباً ما يحتاج المساعدة لبناء منظومة دعم اجتماعية وتطوير تخطيط ملموس للمستقبل. (Sack, 2000: p.49)

ومن منظور المعالجة المعرفية، ينتج اضطراب كرب ما بعد الصدمة عن معالجة انفعالية غير فعالة للأحداث الصادمة، وتنخفض أعراض كرب ما بعد الصدمة بمجرد حدوث معالجة انفعالية ناجحة فعالة. وبناءً عليه فإن استجابة الفرد للصدمة وليس للأحداث الصادمة، هو الذي يؤدي إلى زملة اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وبالمثل فإن استجابة الفرد لأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة هي التي تحدد مسار التحسن أو الشفاء.

النمط الاول في مقابل النمط الثاني من الأحداث الصادمة:

Type 1 vs. Type 2 Traumatic Events

أحد الاعتبارات المهمة في فحص وعلاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة، هو ما إذا كان الحدث الضاغط المؤدّ لهذه الزملة صدمة من النمط الاول أم من النمط الثاني. (Meishenbaum, 1994: p.282)

وباختصار، فإن الصدمة من النمط الاول هي حدث صادم منفرد غير متوقع يحدث لمدة محدودة "مثل: حدوث سلبي للاغتصاب، اعتداء جسدي، رصاص قناص، خطر طبيعي، أو حادث صناعي"، وهي التي يحتمل التحسن منها سريعاً. وفي المقابل فإن صدمات النمط الثاني أطول بقاء في طبيعتها، وتشمل سلسلة من الأحداث الصادمة المتكررة والمتوقعة، مثل "اعتداء جسدي أو جنسي مستمر في مرحلة الطفولة، والذي يؤدي إلى نظرة تخطيطية سلبية متغيرة للذات والعالم، وتتطور صدمات النمط الثاني بشكل متكرر إلى استجابة مركبة ومزمنة لاضطراب كرب ما بعد الصدمة، ترتبط بحالات طبية نفسية أخرى وتشمل معدلات أعلى من تعاطي المواد النفسية

Substance abuse، اضطرابات الأكل، اضطرابات المزاج، اضطرابات القلق والاكتئاب، اضطرابات الهلع، مشكلات مزمنة فغي العلاقات، واختلالات طويلة مميزة تظهر في شكل عدم ثبات انفعالي Emotional liability وسلوكيات مسيئة للذات ومحاولات انتحارية. (North, 1994: p.2)

• مؤشرات المعالجة الانفعالية Indicators of emotional processing:

درس عديد من المنظرين حديثاً طبيعة المعالجة الانفعالية، وكيف يمكن منعها أو تسييرها. وكما لاحظ "هوراتز Horowitz (1986) أن العديد من ضحايا الصدمة يستخدمون الإنكار Deniel، واللامبالاة Numbing، وفقدان الذاكرة Amnesia، أو استراتيجيات انفصالية أخرى مثل: الحماية من زيادة المعلومات Information over load، والكرب الوجداني المرتبط بصدماتهم، وبينما يعتبر استخدام مثل هذه الاستجابات المعرفية والوجدانية التجنبية نوعاً من استجابات التكيف من أجل البقاء في وقت الحدث الصادم، فإن استمرار استخدامها بعد الصدمة يعتبر استراتيجيات تجنبية غير تكيفية تعيق أو تؤخر المعالجة الانفعالية الناجحة. ويؤكد "فوا وكوزاك Foa & Kozak" اللذان عرّفا المعالجة الانفعالية بأنها تعديل أبنية الذاكرة التي تقف خلف الانفعالات، وأن هناك شرطين ضروريين للمعالجة الانفعالية الناجحة للمادة الصدمية، وهما:

1. تنشيط ذاكرة الخوف الكاملة "وتشمل المثيرات المعرفية والوجدانية والحسية الأولية".

2. اندماج المعلومات التصحيحية التي لا تتواءم مع العناصر الصدمية لبنية الخوف القائمة أو الموجودة.

وقد لاحظ "فاندركولاك Vanderkolk"، وفانديرهارت 1989" أن الذكريات الصدمية المتكررة تشمل الإحساسات الحسية الأولية،" مثل: الإحساسات البصرية، السمعية، الحركية، اللمسية"، والتي ينبغي أن تحول إلى اللغة قبل أن تعالج بكفاءة، وتتكامل مع المخططات العقلية القائمة "الموجودة". ويصف المؤلفون الذكريات الصدمية في صورتها الخام والتي لم تتم معالجتها كالتالي:

(الصدمة تُوقف الساعة الزمنية وتثبت اللحظة الصادمة في الذاكرة والمخيلة، هذه الذكريات لا تتغير دائماً بمجرد مرور الوقت، وتصبح هذه الذكريات الصدمية ثابتة وتتدخل الانفعالات الشديدة المتوهجة مع معالجتها الطبيعية، وهذه الذكريات الصدمية لا تنتظم في خط لغوي). (North, 1994: p.447)

• الذكريات الصدمية في مقابل الذكريات غير الصدمية:

أن طبيعة الذاكرة الصدمية ذاتها لها تضمينات في كيفية الوصول إلى المادة المرتبطة بالصدمة ومعالجتها داخل السياق العلاجي. وطبقاً لما يراه "فاندركولاك" و"فانديرهارت" (1989 و1991)، فإن الذكريات الصدمية ترمز Encoded وتستخدم Accessed بشكل مختلف عن الذكريات غير الصدمية أو القصصية narrative وقد ذكر أن الذكريات الصدمية في مقابل الذكريات القصصية:

1. ينقصها السرد اللفظي والسياق.
 2. تعتمد على الحالة.
 3. ترمز في صورة إحساسات وصور حسية لا يمكن الوصول إليها بالوسائل اللغوية فقط.
 4. يصعب أن يتم تمثيلها وتكاملها؛ لأنها تُخزن بشكل مختلف، وتتفصل غالباً عن الوعي الشعوري والتحكم الإرادي.
 5. تبقى ثابتة عادة في صورتها الأصلية ولا تتغير بمرور الوقت.
- وبالمثل، وجد فيردي "Vardi" وزملاؤه (1994) أن هناك مثيرات حسية أولية كثيرة متضمنة في الذكريات الصدمية لدى ضحايا الاغتصاب وجماع المحارم عنه في ذكرياتهم غير الصدمية، وهو ما يوحي بأن طبيعة الذكريات الصدمية قد تتباين طبقاً لما إذا كانت الصدمة من النمط الأول أو من النمط الثاني.

• المخططات المولدة للصدمة Trauma genic Schemas:

تندمج أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة بالنسبة للأحياء الذين عانوا من صدمات النمط الثاني، خاصة الذين حدثت لهم في الطفولة، في المخططات القائمة على أساس الصدمة والذي يعمل كقنطرة معرفية تنقي وتنظم العمليات العقلية، وتؤثر بدرجة جوهرية على كيفية إدراك الأحداث التالية وتفسيرها وترميزها واستدعائها، ويعمل الوجود والتنشيط المستمر لهذه المخططات المولدة للصدمة "مثل مخططات الضعف، السوء، استحقاق اللوم، عدم الحب" على بقاء صاحب الصدمة في حالة دائمة من كونه ضحية فترة طويلة بعد أن يكون الإيذاء قد انقطع وأرسل أساس لتطور زملة اضطراب كرب ما بعد الصدمة المزمنة. وبالنسبة للأحياء من ضحايا النمط الثاني من الصدمة- بوجه خاص- يبدو مخطط الوهن الناشئ عن الصدمة هو بؤرة ونواة زملة اضطراب كرب ما بعد الصدمة لديهم، ويتركهم عادة في حالة من الشلل الوظيفي، مثل أن يكون لديهم

صعوبة هائلة في التكيف أو التعايش مع المحن (المصائب) اليومية للحياة دون أن يسقطوا في أزمة انفعالية كبرى، وبناء على ذلك فإن إحساس المصابين باضطراب كرب ما بعد الصدمة بالوهن يصبح هدفاً أولياً للعلاج المعرفي بالنسبة لهؤلاء المصابين. (Smucker & Niederee, 1995: p.285)

المعالجة المعرفية الأولية والثانوية في العلاج المعرفي:

Primary and Secondary cognitive processing in cognitive therapy

في العلاج المعرفي للمصابين باضطراب كرب ما بعد الصدمة، هناك فرق مهم بين المعالجة المعرفية الأولية والمعالجة المعرفية الثانوية (المعالجة المعرفية الأولية والمعالجة المعرفية الثانوية هي امتدادات للمصطلحات الفرويدية "العمليات الأولية والعمليات الثانوية" والتي يرى "فرويد" أنها تعكس اثنين من أساليب الأداء النفسي المختلفة جوهرياً- وكان "فرويد" ينظر إلى العمليات الأولية على أنها الصورة المبكرة، والأكثر بدائية وغير منطقية من العقل Mentation، والتي يكون أيقونية Iconic أساساً في طبيعتها، ينقصها البعد المزاجي وتتعكس في نشاطات عقلية من قبيل الأحلام والخيالات Fantasies، وأحلام اليقظة. وفي المقابل فهو ينظر إلى العمليات الثانوية على أنها محكومة بالتفكير المنطقي القائم على أساس الواقع، ويمثلها الإشباع المؤجل، والنشاطات الإيجابية لحل المشكلات. ويعتبر امتزاج هذين المستويين من تناول حاسماً في المعالجة الانفعالية الناجحة للمادة الصدمية. وباختصار، فإن تنشيط وإعادة تفعيل الخيال يمثل "عملية معرفية أولية"، (أي النشاط العقلي غير اللفظي، وغير اللغوي، والذي يكون ذو طبيعة بصرية وسمعية في الأساس). وفي المقابل ينظر إلى المعالجة اللغوية للأفكار والمشاعر عن الحدث (مثال: تحويل معارف الشخص إلى شكل لفظي من خلال الحديث أو الكتابة كعملية معرفية ثانوية). وتعتبر معالجة المادة الصادمة على كل من المستوى الأولي والثانوي-في العلاج المعرفي للمصابين باضطراب كرب ما بعد الصدمة- أساسية وضرورية لحدوث المعالجة الانفعالية الناجحة، وتتم المعالجة المعرفية الأولية عندما يتم تنشيط الخيال في الجلسة العلاجية، بالرغم من أن المعالجة المعرفية الثانوية تحدث غالباً بشكل متزامن، ويعتبر الحديث اللفظي الظاهر عن الصورة الصدمية المتخيلة أثناء الجلسة في حد ذاته صورة من المعالجة المعرفية الثانوية، ما دامت تشمل وضع الكلمات لتعبر عن الصور، وأثناء العمل التخيلي في العلاج المعرفي، ليجمد المريض والمعالج التخيلات من وقت لآخر (أي وضع الصورة المتخيلة في حالة إيقاف Pause) ويعالجان الأفكار والمشاعر الخاصة بالصورة المتخيلة في قالب لغوي. وبهذا يتحرك المعالج والمريض للأمام والخلف أثناء الجلسة العلاجية من المعالجة المعرفية الأولية (الشعور بالصورة المتخيلة). أن

المعالجة المعرفية الثانوية (الكلام عن الأفكار والمشاعر الخاصة بالصورة)، وفي نهاية كل جلسة تخيل، يُطلب من المرضى، أن يتحدثوا عن أفكارهم ومشاعرهم عن الصورة المتخيلة (أي أن يعيدوا معالجة مادة العملية الأولية في المستوى الثانوي من المعالجة المعرفية)، وتستمر المعالجة المعرفية الأولية والثانوية بعد جلسة العلاج كجزء من واجب المريض المنزلي، والذي يتضمن الاستماع اليومي للتسجيل الصوتي لجلسة التخيل وأن يسجل استجاباته على صحيفة. (Moore & Fine, 1990: p.289)

علاج الأعراض الجانبية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة:

Treating (Peripheral) Post Traumatic Stress Symptoms

يُظهر عدد لا بأس به من المرضى المصدومين الذين يبحثون عن علاج لعلامات لأعراض شبيهة باضطراب كرب ما بعد الصدمة. في الجزء التالي سنقدم أمثلة لمثل هذه الأعراض الجانبية الهامشية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة، وسوف نقدم الخطوط المرشدة لتصورها وفهمها وعلاجها في سياق العلاج المعرفي.

الاستثارة الزائدة Increased arousal:

تبرز أعراض الاستثارة الزائدة في بعض الأحيان باعتبارها الأعراض الإكلينيكية الأكثر بروزاً وإيلاماً، (مثل: التيقظ الزائد، استجابة الإجهال "الفرع" المبالغ فيها، اضطرابات النوم المزمنة، الخوف العام، القلق). وبالرغم من أن مثل هذه الاستجابات المزعجة والمربكة قد تكون مظاهر ثانوية لزمنة اضطراب كرب ما بعد الصدمة، ولا تكون قد تم تنشيطها بعد، بحيث تعمل كعائق للاسترجاعات الصدمية الاقتحامية، والومضات الاسترجاعية والوجدان المرتبط بها، وبينما تعمل أعراض الاستثارة على حفظ بعض المثيرات المحددة المرتبطة بالصدمة بعيداً عن مستوى شعور الوعي، فمثل هؤلاء الأفراد يكونون متوترين ومتصلبين وخائفين وقلقين بشكل متطرف وعاجزين عن الاسترخاء، كما لو كانوا دائماً في حالة ترقب لانفجار القنبلة الثانية. ويكون التركيز الأساسي للعلاج المعرفي مع مثل أولئك المرضى على تحديد المشكلات المحددة التي يبحثون عن المساعدة من أجلها، ثم بعد ذلك يتم الاتفاق المشترك والمحدد على أهداف العلاج، وإذا كان هدف العلاج هو خفض الجوهرية أو الاستبعاد لأعراض الاستثارة المتزايدة، ينبغي أن يعلم المريض بوضوح أن إنجاز مثل هذا الهدف قد يؤدي إلى إحياء قصير المدى لأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة. (مثال: صور اقتحامية، أو ومضات استرجاعية للحدث الصادم)، غير أن ظهور مثل هذه الأعراض قد يبسر المعالجة الانفعالية للصدمة، ويكون مفيداً في شفاء المريض على المدى

الطويل. وإذا استجاب المريض لمثل هذا التنبيه بشيء من التردد، فقد يكون من المفيد تنفيذ نوع من تحليل المضار والفوائد مع المريض من أجل خفض أعراض الاستثارة المتزايدة. فإن قرر المريض أن خفض أعراض الاستثارة الزائدة هدف علاجي مرغوب فعندئذ يمكن توظيف منحى ذي شقين: ويشمل ذلك تحديد وتحدي المعتقدات والمخططات التي تقف وراء أعراض الاستثارة الزائدة (مثال مخططات الاستهداف، والعجز)، بينما تساعد المريض في الوقت نفسه على تطوير استراتيجيات مواجهة أكثر تكيفية في الشؤون اليومية. وبناءً على ذلك فيجب على المعالج المعرفي أن يوظف التدخلات المركزة على المخططات schema focus بالتوازي مع العلاج المعرفي المعياري المقنن وتدخلات التدريب على التحصين ضد المشقة stress inoculation training (مثل: سجلات التفكير غير الفعال، التدريب على الاسترخاء، التدريب التخيلي لتهدئة النفس، التنفس المنظم (الموجه) التدريب على اكتساب المهارات، الأساليب البدنية grounding، والتدخلات الفارماكولوجية.

وفي الحالات التي يكون فيها المرضى شديدي الخوف من التغيير وليسوا على استعداد للتخلي عن دفاعاتهم، فإن العلاج المعرفي لن يكون مضموناً ما لم يتم تحديد أهداف علاجية واضحة ومعقولة. (Terr, 1991: p.99)

المقابلة العلاجية المبدئية:

عند بداية العلاج يتم الحصول على معلومات عن الموقف الحياتي الراهن للمريض، وعن التاريخ الأسري، وتاريخ الخبرات الصدمية، والتوافق النفسي الراهن، والتاريخ الطبي، وتعاطي الخمر والمواد النفسية، والاكنتاب، وشدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. ويتم التركيز في الجزء الأكبر من المقابلة الإكلينيكية الأولية على المشكلات المباشرة، ودرجة تداخلها (تأثيرها) مع الأداء اليومي، واستجابة البيئة الاجتماعية للمريض (الأسرة، الأصدقاء، الرئيس، زملاء العمل... الخ)، وكيف حاول المريض مواجهة أعراضه. ويتم توجيه أسئلة محددة عن الوجود وتكرار وشدة الاسترجاعات الصدمية الافتحامية، واللفظيات الاسترجاعية الانفعالية والكوابيس، ومن الأهمية بمكان أن نكون على درجة عالية من الوعي بالحالة الانفعالية للمريض أثناء سبر هذه المناطق، ويتم تطبيق مقاييس الفحص الإكلينيكي والتي يمكن إعادة تقديمها في نهاية العلاج وخلال المقابلة، ونظراً لوجود بعض التباين في ظهور أعراض كرب ما بعد الصدمة والتي تبرز لدى المرضى المصدومين، فمن الواجب أن تكون المهمة الأساسية للأخصائي أن يفحص ما إذا كان المريض مستوفياً لمحكات اضطراب كرب ما بعد الصدمة بكاملها أم لا، وما إذا اضطراب كرب ما بعد الصدمة يمثل تشخيصاً أولياً أم ثانوياً، أو ما إذا كان المريض يظهر أعراضاً جزئية لكرب ما بعد

الصدمة، والذي يعوق التفكير الاقتحامي (التجنب المعرفي) ويمنع الحدوث الكامل لزملة اضطراب كرب ما بعد الصدمة (التجنب الوجداني) (Stamm, 1996: p.291).

وبناءً على ذلك، يرى الباحث أن الأعراض تخضع للعلاج بالإضافة إلى الأهداف العلاجية المحددة وذلك من خلال التركيز على الأعراض الأولية التي حدثت وقت الحدث والأعراض الثانوية بعد انتهاء الحدث، للتعرف على التدخلات التي يتم اختيارها والتي تعتمد جزئياً على أعراض كرب ما بعد الصدمة، وهي تعتبر أكثر بروزاً من غيرها وأكثر إثارة للمشقة وأكثر إعاقة، والدرجة التي تعمل بها الأعراض الشبيهة باضطراب كرب ما بعد الصدمة، كاستراتيجيات تجنب معرفي أو تجنب وجداني.

تطبيق العلاج Therapy application:

يركز الجزء التالي على تطبيق العلاج المعرفي مع المرضى المصدومين الذين يعانون من زملة اضطراب كرب ما بعد الصدمة، والذين تشمل أعراضهم الأكثر بروزاً وتعجزاً إحياء صدمتهم أو صدماتهم بصرياً ووجدانياً.

تقديم المنطق العلاجي Presentation of therapy rational:

بمجرد تحديد الذكريات الاقتحامية الصادمة المحددة كهدف للتدخل، فإنه يتم عرض الوصف المختصر للعلاج على المريض (يمكن أن يصاغ بكلمات المعالج ذاته) وذلك على النحو التالي:

"هذا العلاج مصمم لمساعدتك على التعامل مع، والسيطرة على ذكرياتك الصدمية، ويتركك وأنت تشعر بمزيد من التحكم بحياتك، وسوف يشتمل معظم ما سنقوم به على استخدام التخيل، بمعنى أن يطلب منك أن تسترجع بصرياً وتشعر بالصور والأفكار والمشاعر الصادمة التي تشهر بها أثناء اللقطات الاسترجاعية "لومضات أو الكوابيس" عندها سنغير الصور الصادمة لتحقيق عائد أفضل، والهدف بالنسبة لك هو أن تريح صور الاعتداء (الضحية) ليحل محلها صورة مطلقة للسيطرة، بحيث يمكنك أن ترى وتشعر بنفسك وأنت تستجيب لصدمتك، ليس كضحية وإنما كفرد قوي، وهذا بالطبع لن يغير الحدث الصادم في حد ذاته أو ما حدث بالفعل ولكنه سيغير الصور والأفكار والمشاعر والمعتقدات التي لديك عن الصدمة. هل لديك أسئلة؟". (Smucker, et al., 1995: p.293)

وهنا يرى الباحث أنه يتم إعطاء المرضى معلومات كاملة عن العلاج المستخدم وعن اضطراب ما بعد الصدمة وعن الكرب الانفعالي والحالة المرتفعة من الاستثارة التي يُحتمل حدوثها

عند الاستثارة (استرجاع الصورة الصادمة في جلسات العلاج)، وهنا من المهم أن نؤكد أن إعادة الشعور بالذكريات الصدمية المؤلمة في جلسة العلاج مختلف جداً عن الشعور بها في بيئة الحياة اليومية للمريض، وإن الصدمة لا تحدث فعلاً في هذه الاوقات، وأن صوت المعالج والوجود المساند يقدمان مساندة علاجية أثناء جلسة التخيل.

الأهداف العلاجية المحددة Specific therapy goals:

إذا كان الهدف العام للعلاج المعرفي للمرضى الذين يعانون من زملة اضطراب كرب ما بعد الصدمة هو تيسير المعالجة الانفعالية الناجحة لصدمااتهم، فإن الأهداف العلاجية المحددة تشمل ما يلي:

1. خفض الاستثارة الفسيولوجية.
2. عزل (استبعاد) الاسترجاعات الصدمية الاقتحامية (مثل: اللقطات الاسترجاعية المتكررة، الكوابيس المتكررة).
3. إبدال الصورة الخيالية بأخرى داعمة ومشجعة.
4. تحويل الصورة الصادمة إلى لغة قصصية.
5. تغيير المعتقدات والمخططات المولدة للصدمة.
6. تطوير استراتيجيات مواجهة أكثر فعالية للتعامل مع ضغوط الحياة اليومية.
7. تطوير مقدرة داعمة لتهدة النفس وتطمين الذات خاصة أثناء فترات الكرب الانفعالي.

طبيعة الأحداث الصادمة وذاكرة الصدمة:

- القدرة على مساعدة المرضى بإعطاء وصف موجز للصدمة والذكريات التدخلية الأساسية المتعلقة به.
- القدرة على تحديد خصائص وعيوب ذاكرة الصدمة. (مثال: إذا ما يوجد فجوات: تسلسل الأحداث يبدو مشوشاً، محتوى الذاكرة: التدخلات به هنا والآن أو أحاسيس قوية).
- القدرة على تحديد كيف يدير المرضى أمورهم عند تجربة الذكريات الدخيلة.
- القدرة على طلاقات ذكريات الصدمة الدخيلة. (Smucker, et. Al., 1995, p. 301)

مواضيع معرفية هامة:

- القدرة على تحديد المواضيع المعرفية الهامة التي ستدرج في العلاج، وبنود الحدث المتعلق بالنقاط الساخنة وما يتبع ذلك من معاني.
- القدرة على تحديد العواطف الغالبة والمتعلقة بذكرات الصدمة، مثل الذنب، الغضب، الخجل، الحزن أو الخوف.
- القدرة على تحديد ما هو الشيء الأكثر ضيقاً وصعوبة بالنسبة للمريض منذ الحادث، واستكشاف معتقدات المريض بشأن أعراضه ومستقبله وسلوك الناس الآخرين اتجاهه.
- القدرة على مساعدة المرضى على تحديد وتغيير التقييمات الإشكالية للصدمة وتبعاتها (المعاني الشخصية):**
- القدرة على مساعدة المرضى على تحديد التقييمات لكل من الصدمة وتبعاتها، والتي تحدث على الشعور بالتحديد الحالي.
- القدرة على صياغة الاضطراب بين التقييمات والشعور بالتهديد الحالي، والاستراتيجيات التي يستخدمها المريض للتحكم في الشعور بالتهديد.
- القدرة على تكامل المناقشة وتعديل التقييمات مع عمل ذاكرة الصدمة.
- القدرة على تعقب التغيير في التقييمات من خلال الأفكار الاوتوماتيكية والتشوه المعرفي، ومناقشة هذه الأفكار.
- القدرة على مساعدة المرضى على تحديد التقييمات بطريقة واضحة وملموسة، وتحديد الدليل المستخدم لدعم التقييم (غالباً الذكريات)، ومساعدتهم على معرفة كيفية تناسب هذه التقييمات مع الحقيقة، وبشكل خاص، هذا ربما يشمل:
- القدرة على تطبيق واستخدام تقنيات معرفية ووجدانية وسلوكية محددة بطريقة تعاونية، بالإضافة إلى دعم وتعاطف بشكل عام، هذا عادة يتضمن عمل الذاكرة، الاكتشاف الموجه، الاستجواب السقراطي، التجارب السلوكية، إعادته إلى مهام الحياة، التغذية الراجعة، المضار والفوائد، استراتيجيات إدارة الغضب لمساعدة المرضى على اختبار تصوراتهم أو تغيير استراتيجياتهم.

القدرة على كشف المعاني الشخصية التي تعمل على الخروج من روايات المرضى (مثال: أمثلة محددة على المفاهيم الخاطئة للحدث الصادم التي تساهم في التقييم الحالي للمرضى بشأن الحادث). (Stamm, 1996: p.74)

تقديم الوحدات الذاتية من الكرب Introduction of SUD:

يتم تعليم المريض كيف يستخدم الوحدات الذاتية من الكرب Subjective units of distress والتي تتدرج على مقياس من (0-100) لوصف درجة الكرب أو عدم الراحة التي يشعر (تشعر) بها، ويمكن للمعالج أن يشرح ذلك على النحو التالي: "يشمل هذا العلاج أن يطلب منك أن تستشعر الذكريات والمناظر التي سوف تولد بعض القلق وعدم الراحة، سوف أطلب منك أن تراقب وتقدر درجة الانزعاج التي تشعر بها على مقياس يتدرج من (0-100). الدرجة (100) ستشير إلى أنك قلق ومنزعج للغاية، أي أعلى مستوى كرب شعرت به. والدرجة صفر ستشير إلى أنك لا تشعر بأي انزعاج على الإطلاق، وإذا استخدمنا هذا المقياس الآن، فإني أرى مدى تشعر بالانزعاج في هذه اللحظة؟" (Smucker, et. Al., 1995, p. 293)

استراتيجيات المواجهة السلوكية والمعرفية الحالية:

- القدرة على تحديد كيف يحاول المرضى حالياً وضع الحدث خلف ظهورهم وإحساسهم بالنسبة لأحسن طريقة للمواجهة (مثال: ما الذي يتجنبونه، كيف يتعاملون مع التدخلات، ماذا يعتقدون أنه سيحدث إذا هم سمحوا لأنفسهم بالتفكير بالصدمة وانزعجوا منها، هل سيقومون باجترار جوانب الحدث).
- القدرة على تحديد ما إذا كان هناك سلوكيات أخرى يستخدمها المريض للتحكم في الأعراض أو التحكم في التهديد المحسوس (مثل سلوكيات الأمان، إخماد أو قمع التفكير، استخدام المخدرات، التجنب).

استخدام المقاييس:

- القدرة على إدارة أو تفسير المقاييس لكي تستخدم في التخطيط للعلاج، والمقاييس الخاصة التي تركز على ثلاث مجالات محددة في النموذج (ذكريات الصدمة: التدخلات، التقييم المعرفي للصدمة، الشعور بالحرمان والتخلي عن الشعور بالإنسانية خلال الصدمة والحفاظ على السلوكيات).

- القدرة على إدارة وتفسير مقاييس الأعراض المناسبة لرصد التقدم ونتيجة العلاج.
(Terr,1991: p.205)

الملاءمة للتدخل:

- القدرة على تحديد الملاءمة للعلاج وإذا ما كانت أي ظروف حالية ستعمل على التخفيف ضد التدخل (مثال: التعرض المستمر للتهديد، ظروف الحياة المعاكسة الصعبة).
- القدرة على مناقشة توقعات المرضى من العلاج.

الصياغة والمبررات للتدخل:

- القدرة على التطور مع الصياغة التي تأخذ بالحسبان تفسيرات المرضى وتصوراتهم عن أنفسهم وعن العالم والآخرين، والتي تفترض ثلاثة أهداف للتدخل (ذاكرة الصدمة، التقييمات، الحفاظ على السلوكيات)، والتي تعطي المرضى طريقة بديلة لفهم التهديدات التي يرونها.
- القدرة على خلق صلة مباشرة بنموذج الأعراض للمرضى، وطرق مواجهة الصدمة، وتحديد الطرق التي سيتناولها التدخل نفسه لهذه العوامل.

طرق التدخل Intervention procedures:

- تأسيس علاقة عمل للعمل مع المرضى المصدومين.
- القدرة على مساعدة المرضى على الإحساس بالأمان والفهم والتعاطف من خلال العلاقة العلاجية، وفهم مشاعر وعواطف ومعتقدات المرضى الحالية.
- القدرة على تطبيع ردود أفعال المرضى تجاه الصدمة.
- القدرة على الحكم على شعور المرضى المرتبط بالصدمة أو ذاكرة الصدمة (مثال: التجنب، التكيف وطرق التكيف وفقاً لذلك).
- التعاون والمشاركة للتخفيف من حدة الآثار السابقة للصدمة، ولزيادة شعور المرضى بالتحكم في سرعة مرور الأشياء من خلال التقنيات المستخدمة في العلاج.
- القدرة على الاستفسار عن تصورات المريض بدون التقليل أو عدم التصديق.
- القدرة على أن تكون مرناً ومتفهماً لمشاكل المرضى التي تؤثر على قدراتهم وحضورهم بانتظام ولتقديم المساعدة الفعالة لحضور منتظم. (Lempa ,2000:p93)

تدخلات محددة تعكس ثلاثة أهداف للعلاج (وضع وإكمال ذاكرة الصدمة، تعديل التقييمات الإشكالية، إسقاط الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية المختلفة):

- القدرة على مساعدة المرضى على عمل ارتباطات بين التدخلات والمحاولات عند القمع، ووضع مهام وواجبات منزلية مناسبة لتعزيز هذا الارتباط.
- القدرة على مساعدة المرضى على تحديد المناطق التي ينسحبون فيها من الأنشطة، والعلاقات الهامة كرد على الصدمة، وتحديد المعتقدات التي تدعم الانسحاب، وللتخطيط لوضع مهام الواجب المنزلي وأداؤه لإعادة الارتباط والتكيف مع الحياة.

تحديث ذاكرة الصدمة (تغيير معاني الشخصية في الذاكرة):

1. القدرة على مساعدة المريض على تحديد المعلومات التي تحدث المعنى الشخصي لأسوأ اللحظات للحدث الصادم باستخدام إعادة هيكلة وترتيب الأحداث ومناقشة التفاصيل لإعادة الهيكلة المعرفية.

2. القدرة على مساعدة المرضى على تحديث المعاني الشخصية المختلة المنصوص عليها في وقت الصدمة عن طريق مساعدتهم في الدخول لأسوأ لحظات الحدث ومعانيها المتعلقة بالذاكرة، والوصول في نفس الوقت لتحديث المعلومات في سرد الصدمة والتصور التخيلي باستخدام المعلومات اللفظية والتحفيز الحسي المناسب أو التخيل الموجه لنقل المعاني المحدثة.

3. القدرة على التأكد من أن ذاكرة النقاط الساخنة قد تم تحديثها.

4. القدرة على استخدام مفتاح لتصور الحدث بشكل كامل لفحص النقاط الساخنة الموجودة لمعالجتها.

إعادة هيكلة الحدث الصادم والوصول إلى المعاني الشخصية الإشكالية:

- القدرة على التأكد من أن المرضى جاهزون للمشاركة في التصور التخيلي أو السرد الكتابي أو أي مخاوف حول نتائج التصور يتم استكشافها ومعالجتها قبل بدء التصور.
- القدرة على الاستجابة للتعاطف المناسب عند انتزاع المعاني.
- القدرة على التأكد من أن المرضى يحتفظون في الشعور بالسيطرة، ولا يشعرون بالإكراه بالتصور رغماً عنهم. (Smacker & Dancu ,1999,p.48)

- القدرة على تتبع مسار مستويات ضيق المريض، ومستوى الارتباط العاطفي خلال التصور مع التأكد من أن المريض أما منسحب من الذكريات أو أنه طاغية عليه.
- القدرة على مساعدة المرضى على تصور الحدث بالكامل كلما أمكن، ودفع الأفكار والمشاعر والتعبير الحسية والأحاسيس الجسدية، في الوقت الذي يتم التأكد فيه من أن المريض ما زال واعياً بأنه يقوم بتجربة الذاكرة في بيئة آمنة.
- القدرة على مساعدة المرضى على كشف أسوأ لحظات الصدمة (النقاط الساخنة) لتحديد معنى هذه اللحظات، وتحديد أي مواضيع ومساعدة المرضى على صياغة هذا كله بكلماتهم الخاصة.
- القدرة على كشف ومساعدة المرضى على إسقاط الاستراتيجيات التي تعوق استجاباتهم، مثل التجنب المعرفي، المغادرة عند اللحظات المهمة، الذهول.
- القدرة على مساعدة المرضى على كتابة (سرد الصدمة) مع هدف مساعدة المرضى الذين وجدوا في البداية صعوبة كبيرة في التقبل مع المعالج، ومساعدتهم في تأسيس تسلسل واضح لما حدث، أو مساعدتهم في دمج التصور.
- حيثما كان مناسباً للمرضى والقدرة على تحديد ومعالجة التقييمات الملاحظة عموماً والمرتبطة ب:-
 - تضخم الشعور بالمسؤولية حول الصدمة ونتائجها عند المرضى.
 - شعور المرضى بعدم التقبل لذواتهم، وعدم الأهمية والانهمام.
 - شعور المرضى بالإذلال أو الخجل.
 - شعور المرضى المبالغ به بالخطر.
 - سوء فهم المرضى للذكريات الدخيلة والأحاسيس الجسدية.
 - المرضى يصرون على الغضب وينشغلون بشعور من الظلم أو الانتقام.
 - ردود الفعل للمرضى وللمعتقدات حول المسؤولية عن الموت أو الرعب من الموت بشكل حزين.
- التفسيرات السلبية المفرطة للمرضى حول النتائج الجسدية للصدمة مثل الجروح أو أي أذى. (Smacker & Dancu ,1999,p.108)

تحديد وتمييز طلاقات الذكريات الدخيلة:

- القدرة على مساعدة المرضى على تحسين فهمهم لمتى وأين ترتفع حدة طلاقات التدخلات أو استخدام المعلومات في حضور الجلسات على طول مدى الملاحظة الذاتية للمرضى.
- القدرة على مساعدة المرضى على أن يكونوا أكثر وعياً بأهمية الأحاسيس مثل الإحساس بالطلاقات، لمساعدتهم على تحديد النماذج ذات العلاقة، وللاتصال بها للوصول إلى ذاكرة الصدمة.
- القدرة على مساعدة المرضى على تحديد الطلاقات عن طريق مصاحبتهم في المواقف التي يكون من المحتمل ظهور الطلاقات بها.
- القدرة على مساعدة المرضى على كسر الارتباط بين الطلاقات وذاكرة الصدمة عن طريق مساعدتهم على تعلم تقنيات تمييز التحفيز. مثال: مساعدتهم على إعادة التركيز على واقعهم الحالي، وتحديد الاختلافات والتشابهات بين الوضع الحالي والحدث الصادم.

مساعدة المرضى على تحديد الكف عن السلوكيات المحافظة:

- القدرة على مساعدة المرضى على فهم الارتباط بين سلوكيات الأمان والمحافظة على الشعور بالتهديد باستخدام الاكتشاف الموجه، والقدرة على مساعدة المرضى على استخدام التجارب السلوكية للتراجع عن هذا الاستخدام.
- القدرة على استخدام الاكتشاف الموجه لمساعدة المرضى على فهم الارتباط بين المحافظة على الأعراض وسلوكيات أخرى (مثل: الاجترار، استخدام المخدرات، الانسحاب الاجتماعي، والقدرة على مساعدة المرضى على استخدام التجارب السلوكية).
- القدرة على مساعدة المرضى على التمييز بين الذكريات الدخيلة للصدمة والاجترار لمساعدتهم على تقليل الاجترار من الصدمة.

نهاية العلاج:

- القدرة على تحسين المخطط مع المرضى والذي يحدد ما الذي تعلمه من العلاج وخاصة ما تعلمه حول المشكلة، وما المفيد في معناها بالنسبة له.
 - القدرة على العمل مع المرضى للتخطيط لاستراتيجيات التعامل مع نكسات محتملة.
- (Ehlers ,1999 :P.220)

2-2-6 فنيات التدخل بالعلاج المعرفي السلوكي:

أولاً: أساليب التدخل السلوكية:

1- برمجة الأنشطة اليومية:

- الجلوس مع المريض وعمل برنامج يومي لكل ما سيفعله بالساعة وعمل خانة للتصحيح ومن شروط جدول النشاطات اليومية: أن يكون بسيط سهل المتابعة - يجب بناء الأنشطة مع المريض - في البداية يجب أن لا تتعدى النشاطات اليومية من 3-4 مهمات ثم بعد ذلك تتدرج

2- جدولة النشاطات الترفيهية الجديدة:

- تعتبر جداول الأنشطة السارة أحد الفنيات الأساسية المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي فهي تركز حول زيادة معدل أحداث الحياة الايجابية التي يمكن أن تنشأ عن نشاطات وأحداث سارة مثل: رؤية الاصدقاء - تناول الطعام خارج المنزل - ممارسة التدريبات البدنية. (Argyle, 1993:p.263)

3- تمارين الاسترخاء والتنفس:

- وتهدف هذه الفنية إلى تدريب المريض على الاسترخاء والتنفس لأنها الطريقة الوحيدة التي نقلل بها الأعراض الفسيولوجية وهناك أكثر من طريقة وتتفاوت اجراءات الاسترخاء العضلي من حيث الطول وهذا يستند إلى خبرة الشخص ونجاحه في ممارسة التدريبات. (عوض، 2008: 18)

4- التعريض:

يمكن استخدام هذه الفنية لتعلم كيفية مواجهة المواقف المخيفة من خلال تطور التعليمات الذاتية بشكل محدد لك لانها: - تساعدك على ارخاء جسمك - تذكر نفسك بخطة العمل الخاصة بك حال مواجهة لية مشاكل اثناء التعرض - السيطرة على مثيرات القلق وأعراض استجابة المواجهة أو الانسحاب - السيطرة على الفكرة الكارثية - تتقبل مشاعر القلق كشئ مؤقت وتتعلم كيف تطفو فوقها - تصرف انتباهك عن الأفكار المخيفة. وهذه الفنية تقوم على مساعدة المريض على تكوين وفحص أفكاره وعمل فرضيات بديلة أكثر فعالية مع الحرص على أن تكون التجربة السلوكية مناسبة للأفكار من حيث المحتوي والتوقيت وتصميم التجارب السلوكية يكون له نتيجة ايجابية وتقوم بالمشاركة مع المريض. (Argyle, 1993:p.222)

5- التحصين ضد الضغوط:

طور هذه الفنية " ميشنبوم " تقنية التحصين ضد الضغط النفسي وتتضمن هذه الفنية التعلم على كيفية الاسترخاء والتقليل من حدة الضغوط عن طريق التنفس العميق وارتخاء العضلات - تحديد المخاوف - بناء التسلسل الهرمي - ابتكار أفكار سيطرة - إجراء التطبيق للتحصين ضد الضغوط. (Mackay et al , 2010:P:145)

6- التحصين ضد الضغوط لمعالجة الغضب:

تم تطوير تدريب التحصين ضد الضغوط النفسية لعلاج الغضب على يد " رايموند نافاكو " في عام 1975، حيث قام بأثبات صحة الفرضية القائلة إلى أن أسلوب تفكيرك في أي موقف هو مصدر كل الغضب وتتكون الفنية من مجموعة خطوات وهي: إتقان مهارة الاسترخاء - تكوين مخطط هرمي للغضب - تكوين أفكار للسيطرة - تطبيق مهارات السيطرة على الغضب - ممارسة مهارات السيطرة على الغضب في الحياة الواقعية. (Argyle ,1993:p.223)

7- التحكم بالقلق:

هذه الفنية تهدف إلى تدريب المريض على التحكم في الاستراتيجيات الغير فعالة والتي تقلل من حدة القلق على المدى القصير ولكن تؤدي إلى استمراره على المدى الطويل (الانشغال) ولذلك تقوم هذه الفنية على عدد من الخطوات وهي: الاسترخاء - تقدير المخاطر - التعرض للقلق - منع سلوك القلق. (Mackay et al , 2010:P:83)

8- حل المشكلات:

المشكلة هي موقف صعب يواجهه الانسان، وتتطلب اجراءات للتغلب عليها أما حل المشكلة فيشير (Dzurilla & Nezu) بأنه " العملية السلوكية - المعرفية الموجهة ذاتيا، التي يحاول الفرد تمييز الحلول أو اكتشافها لمشاكل معينة تواجهه في الحياة اليومية " ويقترح المعالجون الذين يستخدمون أسلوب حل المشكلات أن قصور المرضى في حل المشكلة يؤدي إلى نمو اضطراباتهم واستمرارها واقترح كلا من Dizurilla & Goldfriend زوريلا وجولدفريند وغيرهما أن التركيز على تعليم المرضى مهارة حل المشكلات عن طريق التعرف على الخطوات العامة الخمس لحل المشكلة الشخصية والبيئية وهي:

- الوعي العام - يشجع العمل على التعرف على المشكلات، ومن المهم أن يدرك أنه من الممكن التعامل مع المشكلات بطريقة منظمة بدلا من الاندفاع.

- تحديد المشكلة - عندما يطلب تحديد المشكلة يجيب معظم المرضى بالفاظ مبهمة وفضفاضة، لذلك يتم تعليمهم أن يكونوا أكثر تحديدا.
- اختيار الحلول، تعليم المرضى التفكير، إيجاد الحلول، والحلول البديلة.
- اتخاذ القرار والتنفيذ.
- التحقق من كفاءة الحل (تقييم الحل). (Argyle ,1993:p.263)

9- الواجبات المنزلية:

وتقوم هذه الفنية على تمكين الفرد من تعميم التغيرات الايجابية التي يكون قد أنجزها مع معالجه، ولكي نساعد على أن ينقل تغيراته الجديدة إلى المواقف الحسية ولكي نقوي وندعم افكاره ومعتقداته الصحية الجديدة يتم توجيهه وتشجيعه على تنفيذ الواجبات المنزلية وتعد بطريقة خاصة، بحيث تكون مرتبطة بالأهداف العلاجية وبشكل عام قد تكون الواجبات معرفية سلوكية ويتم انتقائها من موضوعات الجلسة العلاجية حتى تكون مناسبة لعلاج المشكلة. (ابراهيم وآخرون، 1994:133)

10- الوقاية من الانتكاسة:

هنا يقوم المعالج مع المريض بمراجعة المهارات والمعلومات التي تم تعلمها والاستفادة منها خلال الجلسات الخاصة بالبرنامج العلاجي، حيث يقوم المعالج بتشجيع المريض على الاستمرار في ممارسة المهارات من خلال الوعي الذاتي والرعاية الذاتية.

ثانياً: أساليب التدخل المعرفية:

1- **التثقيف النفسي:** يثير كل وباء خوفاً، ولكن عندما يتم التعرف على قليل من المعلومات عن المرض (عد أنه مميت) يميل الأفراد إلى استخدام الطرق المختلفة لحماية انفسهم ومحبيهم، لذلك دعت العديد من الدراسات التي أكدت الارتباط الشديد بين الأعراض النفسية وضعف جودة الحياة لي المرضى والتثقيف النفسي فنية علاجية تهدف إلى:

- خفض الضغط النفسي الموجود لدى المرضى، وإشراكهم في المعالجة الطبية.
- تزويد المريض بإطار تصوري لفهم طبيعة ردود الفعل الصادرة عنه تجاه الضغوط، حتى يستطيع أن ينظر إلى المشكلة بشكل منطقي، وان يتعاون بشكل مناسب. (Smacker & Dancu ,1999,p.48)

أساليب إعادة البناء المعرفي:

- الاستكشاف الموجه والاستئالة السقراطية: وتقوم هذه الفنية على استخدام أسئلة تساعد المريض على اكتشاف معلومات هامة خارج نطاق وعيه من خلال الانصات وعكس المشاعر من قبل المعالج، وتلخيص المعلومات وهي تستخدم في جلسات عديدة. (Beck,1995:p155)

فنيات التدخل لإعادة الهيكلة المعرفية:

1- تسجيل الأفكار والمشاعر والسلوك وهناك نوعين من الجداول:-

- هنا يتم تدريب المريض على كيفية تسجيل مشاعره وأفكاره والأعراض الجسدية وسلوكياته خلال الأسبوع؛ لأن الإنسان غالبا يدرك مشاعره في سياق القصة والهدف تدريبه على التسجيل.

- هنا يتم تدريب المريض على كيفية تسجيل أفكاره ومشاعره والأعراض الجسدية والسلوك خلال الأسبوع مع فحص درجة الاعتقاد من (0-100).

2- مناقشة الأفكار:

- والهدف من الالية خلق وعي عند المريض بكيف يفكر ؟ كيف يشعر ؟ كيف يسلك ؟ عند حدوث هذا الحدث في حياته / عند الحديث مع المريض يجب فقط التحدث عن الحدث المتعلق بالقلق وان يتم تسجيل الأفكار فكرة / فكرة وبشكل متسلسل وعلي المعالج مراقبة الأفكار.

ملاحظة: إذا استصعب المريض من متابعة ردة فعله في القلق وتسجيل المعلومات / على المعالج العمل على تدريبية على كيفية التسجيل من خلال مواقف عادية وبعد ذلك يتحدث عن الاضطراب.

- مناقشة المعلومات التي قام بتسجيلها المريض وجهاً لوجه / الهدف من النقاش هو توضيح العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك، وهنا يتم وضع الجدول بين المعالج وبين المريض والعمل على مناقشته وملاحظة كل الاستنتاجات، وإذا فشل المريض يعمل المعالج على توضيح العلاقة.

- المعالج المعرفي هو ليس مدرسا ولكن هو اقرب إلى المدرس من حيث التعليم.

- يتم استخدام أقلام ملونة وكراسات وملف ويتم الاحتفاظ بجميع الأوراق الخاصة بالمنتفع وإعطائه نسخة جديدة من الورق مع العمل على المحافظة على هدوء المريض وعدم خلق قلق متابعة غير القلق الذي يوجد عند المنتفع
- 3- **خلق قدرة على النقد الذاتي لدى المريض:**
 - يقوم المريض بتسجيل أفكاره كل أسبوع على مدار الجلسات وهنا / يقوم المعالج بتقييم أداء المريض من خلال الأوراق التي سجلها في الجلسة الأولى والثانية والثالثة على
 - وهنا يجب العودة إلى المقياس من 0-10 للتعرف على مدى التغيير على الجانبين الإيجابي أو السلبي / البعض لا يستخدم المقياس من المعالجين المعرفيين وهذه المقارنة تجعل المريض أكثر قدرة على النقد الذاتي
 - 4- **ملاحظة الايجابية مهما كانت:**
 - وهنا يتم مناقشة الاحباطات التي تواجه العميل والتركيز على الايجابيات التي حصل عليها وإذا كان هناك عوائق في الجلسات لا عمل مقارنة وإنما أسأل عن مدى تطور قدرته بالتسجيل وأعمل على تعزيزه على مستوى هذا التقدم، بحيث يتم عكس كل شيء إيجابي يقوم به المريض. (Beck,1995:p125)
 - 5- **التصرف كما لو أن:**
 - اختيار فكرة سلبية من الذي قام بتسجيلها من قبل المريض والعمل على تسجيلها بشكل إيجابي و أطلب منه مهمات قابلة للتطبيق والتحقق / يجب أن تكون محددة وواقعية.
 - 6- **بناء مقياس لسلبية الأفكار:-**
 - يتم عمل مقياس من 0-10 للأفكار السلبية
 - يتم العمل على ترتيب الأفكار من الأسهل إلى الأصعب بالشكل التالي: " خلال الأسبوع السابق ما هي الأفكار السلبية التي تتناوبك من الأسهل إلى الأصعب، وذلك باستخدام مقياس وهنا توجد مجموعة من التكنيكات وهنا يتم اختيار أسهل فكرتين من وجهة نظر المريض للعمل معه وفق المقياس.

آليات تغير محتوى الأفكار السالبة:

• خلق بني معرفية جديدة تخدم المنتفع:-

1- إيجاد - أثبات - وقف - الفكرة بالأدلة:-

يتم عمل جدول من ثلاث خانات كالتالي: ما يدعم الفكرة / الفكرة السلبية / الأدلة التي تدعم هنا يجب النظر إلى أن كل فكرة يوجد ما يثبتها وما ينفيها / المعالج يجب أن يكون مرنا ومنفتحا ومتقبلا للآخر.

2- تحديد مضار ومنافع الفكرة السلبية:

هنا يتم تحديد مضار ومنافع الأفكار التي يتبناها المريض وكيف تنعكس عليه.

3- مناقشة معيقات التفكير المنطقي:

هنا يجب على المعالج مناقشة المريض بما يعيق تفكيره المنطقي حتى يحدث تغير لمحتوي التفكير:- مدى اتفاق الجماعة مقابل الفرد على فكرة معينة - فرض سيطرة شخص بفكرة على شخص آخر - إيمان الفرد بالمجموعة بمعنى الثقة العمياء

4- العادة والنمط السابق للتفكير:

وهنا يبحث المعالج عن العوامل التي تشتت أو تعيق تفكير المريض في فكرته السلبية.

5- البحث عن معنى الفكرة لدى الشخص:

وهنا يسأل المعالج المريض عن فكرته بالنسبة له.

6- بناء محتوى جديد للأفكار المعدلة أو البديلة للشخص:

هنا يتم مناقشة الأفكار وذلك بالدليل حتى نستطيع بناء محتوى للأفكار المعدلة والبديلة بحيث تكون أكثر فاعلية من خلال: الإثبات والإقناع - المضار والمنافع الأكثر نفعا - هذه العملية ليست سهلة وهي هدف للمعالج حتى يساعد المريض على الاتزان. لابد للمعالج أن يكن منتبها لأفكاره الشخصية بدل من أن يساعد المريض ويقنعه بالمحتوي الجديد / في عملية الاستبدال لما تم اكتشافه.

7- تغير المحتوى القاعدي للفكرة:

هنا يتم إعادة صياغة محتوى الفكرة الأساسي بمعنى أن نفس الفكرة أعمل على تغير صياغتها أو محورها / كل ما يتعلق باللوازم والفرضيات.

آليات تغيير الصورة الفكرية (فلاش باك):

1- تغيير الصورة واستبدالها تماماً:

اوصف لي هذه الصورة ؟ هنا يجب بناء صورة ثانية أكثر فاعلية وإيجابية والعمل على استبدالها من خلال تمرين تخيل أو / استرخاء، وهنا يجب استحضار الصورة المزعجة ثم يأخذ نفس ثم بعد ذلك إعطائه صورة أخرى من الحدث ثم تنفس.

2- الاستمرار مع المريض بنفس الطريقة التمهيدية بعرض الصور لتقليل ردود الفعل العاطفي:

تنفس - تخيل - الاستمرار بالتخيل - تنفس عميق (إذا كانت الصور هلاوس أو ضلالات يجب أن يذكر حدث حقيقي) الإشارة إلى أن الحدث انتهى.

3- توقيف الصورة أو الفكرة:- وهنا يتم الطلب من المريض استحضار الصورة المزعجة بعد أن يكون تم الطلب منه التنفس بعمق بناء على الصورة أو الفكرة والطلب منه أن يوقف الصورة / العمل مع التوقف بالتنفس العميق وتوقيف كل شيء له علاقة بالصورة.

8- تحدي كارثية الفكرة:- هنا يتم مناقشة المريض بالفكرة لو انها حدثت شو ممكن يصير ويستمر النقاش بطريقة متسلسلة. (Beck,1995:p128)

9- أسلوب التخيل:

هذه سلسلة من الأساليب مصممة لإعطاء المرضى سيطرة أكبر على الصور المتطفلة والمزعجة فان الشعور بفقدان السيطرة الذي تسببه الصور المتطفلة هو الأكثر ازعاجاً للمراهقين والأطفال، وان هذه الأساليب تهدف إلى معادلة مشاعر فقدان السيطرة وسوف تساعد على إعادة بناء قدرة المراهق والطفل على السيطرة والمجابهة، وأن الطريقة التي يتم بها تعلم تلك الأساليب مهمة، ولا بد أن تزرع الامل دونما التقليل من شأن الصعوبات، والهدف من تمارين التخيل تطوير قابلية المرضى كي يستعيدوا عمداً الصور المتطفلة ولتغييرها بطرق مختلفة وللتمكن من أبعادها وهي تشمل جميع الحواس السمعية والبصرية والشمية والذوقية والحس حركية. (مؤسسة الأطفال والحرب، 2000: 19)

2-3 المبحث الثالث: علاج العقل والجسم:

2-3-1 الجذور التاريخية للعقل والجسم:

لقد شغلت مشكلة العقل - البدن Mind-Body Problem الفلاسفة وعلماء النفس بل والأطباء على مر العصور، وذلك من حيث تأثير كل منهما على الآخر، ولا يعد الاهتمام بالتفاعل بين العقل والبدن أمراً حديثاً ولكن ترجع جذوره - كما سبق وإشرنا - إلى فلاسفة الإغريق، حيث أشار هيبوقراط إلى أن صحة الفرد تعتمد بشكل عام على التوازن القائم بين العقل والجسم والبيئة، وأن المرض ما هو إلا نتيجة لاضطراب هذا التوازن. ومع ذلك ظل الطب الغربي إلى فترة طويلة يعتمد فقط في تعامله مع صحة الفرد على الميكانيزمات الفسيولوجية للجسم، ويرى أن الفرد ما هو إلا مجموعة من التفاعلات الكيميائية والفيزيائية التي يمكن قياسها والتعامل معها بشكل علمي، مدعماً بذلك الاتجاه الثنائي في النظر إلى العقل والبدن. وترجع فكرة انفصال كل من العقل والبدن بشكل أساسي إلى ما قدمه الفيلسوف الفرنسي رينيه ديكارت Descartes في القرن السابع عشر من ثنائية العقل والبدن Mind-Body Dualism التي تركت أثرها على الأبحاث التي استمرت بعده لمدة ثلاثة قرون معتمدة في مفاهيمها ونظرتها لصحة الإنسان على تلك الثنائية، إلى أن بدأ الطب الحديث في تقبل فكرة أن العقل يلعب دوراً كبيراً في الصحة والمرض. (Young,1995:P99)

وعلى الرغم من ذلك فقد أشار العالم الألماني جوب Gaub في منتصف القرن السابع عشر إلى أن السبب الذي يجعل الجسم يمرض أو يتعافى يقع في العقل قائلًا: أن سبب مرض الجسم السليم، وشفاء الجسم العليل يقع في العقل (Fritz)، وهو الأمر الذي بدأ الاهتمام به في العقود الأخيرة من القرن العشرين. وفي خمسينات القرن العشرين أوضح هانز سيلبي Seley أن استجابة القتال - الهروب Fight-Flight Response التي صكها عالم الفسيولوجيا والتر كانون W.Canon في بداية تسعينات القرن التاسع عشر ليصف بها استجابة الجسم البيولوجية لأي تهديد فيزيقي يتعرض له، والتي تشمل زيادة معدل دقات القلب، وزيادة التنفس، وارتفاع الضغط، وتوتر العضلات، أوضح أن هذه الاستجابة يمكن أن تتفجر بعوامل نفسية بنفس الطريقة التي تسببها العوامل الفيزيائية المهددة، وأن هذه الاستجابة قد تتفجر بسبب إدراك عقلي متخيل لوجود الخطر على الرغم من عدم وجود تهديدات فعلية في البيئة. وأعرب سيلبي عن أن الضغوط التي يتعرض لها الأفراد ليست بالضرورة ضغوطاً سلبية، ولا تكون كذلك إلا إذا فشل الأفراد في التعامل معها بشكل فعال. وأدت أعمال سيلبي هذه إلى زيادة الاهتمام بهذا المجال، وإجراء العديد من

الدراسات التي اوضحت الدور الذي تلعبه الضغوط والاستجابة لها في كل من الصحة والمرض.
(Young,1995:P55)

وتعني مفاهيم سيلبي هذه أن هناك ارتباطاً بين العقل والبدن، وأن هذا الارتباط يعتمد على تحويل الدفعات العصبية Nerve impulses إلى لغة جسمية هرمونية. الهيبوثلاموس (المهاد التحتي) Hypothalamus يقوم بتحويل الإشارات العصبية الخاصة بالعقل إلى معلومة هرمونية في الجسم، وهذا التحويل لإشارات المخ إلى جزيئات هرمونية هو ما أطلق عليه أنتون تاي A.Tay التحول الغدي العصبي Neuroendocrinal Transduction ، وهو ما يعني تحول وانتقال المعلومات من خاصية إلى أخرى Information Transduction. فمعظم اللغة الحسية الإدراكية للعقل يتم تكوينها على القشرة المخية Cerebral cortex وكل هذه اللغات الخاصة بالخبرة الإنسانية تتحول إلى بعضها البعض عن طريق مناطق الترابط Association areas الموجود في الجهاز الطرفي Limbic system وعمليات التحول هذه هي القنوات الأساسية التي تربط بين العقل والبدن. (Woodward.2001:P102)

وقد اوضح سيلبي أن الضغوط تمثل حجر الزاوية في حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية، حيث يستجيب لها الإنسان استجابة فسيولوجية عبر ثلاث مراحل هي: مرحلة الإنذار Alarm والتي تبدأ في المخ وينظمها الجهاز الغدي والجهاز السمبثاوي Sympathetic (أحد فرعي الجهاز العصبي المستقل). وتكافئ هذه المرحلة استجابة الكر والفر التي وصفها كانون عام 1929، ويستدعي فيها الجسم كل طاقاته الدفاعية عن طريق إفراز الأدرينالين، لمقاومة التغيرات المفاجئة التي لم يكن مهياً لها، ويكون الجسم في نهاية هذه المرحلة على درجة عالية من المقاومة. أما المرحلة الثانية فهي مرحلة المقاومة Resistance والتي تظهر نتيجة لاستمرار الموقف الضاغط، وفيها يستمر الجهاز الغدي والجهاز السمبثاوي نشطين لأعلى مستوى، ولكن ليس إلى الدرجة التي كانا عليها في المرحلة السابقة، حيث يستمر إفراز هرمونات الضغط، ويحاول الجسم خلالها تجديد طاقته التي استنفدت في مرحلة الإنذار، كما يحاول التكيف مع الضغوط المستمرة، وتظهر فيها الأعراض الجسمية. وأخيراً تأتي مرحلة الإجهاد أو الإنهاك Exhaustion والتي تنهار فيها دفاعات الجسم نتيجة المزيد من التعرض للضغوط، وتؤدي إلى انهيار اتزان الجسم من الناحية الوظيفية، ويصبح الجسم فيها تحت تأثير الجهاز الباراسيمثاوي Parasympathetic (الفرع الآخر من الجهاز العصبي المستقل)، حيث تقل معدلات القلب والتنفس، وتظهر الأمراض المختلفة التي تتراوح بين الحساسية وأزمات القلب، وتضطرب وظائف الجسم بشكل كبير، ومن ثم تحدث

الوفاة. ولذلك يقال أن ثمن التكيف للضغوط مكلف وتكون الحياة ثمناً له. (Nemeroff.)
(Etal..2006:P137)

وساعدت بحوث سيلبي ومن أتبعه من الباحثين على الابتعاد عن المفهوم الطبي الحيوي Biomedical Model الذي يعد نموذجاً اختزالياً يفسر الأمراض في ضوء الأسباب البيولوجية فقط. وفي ضوء ذلك وفي الربع الأخير من القرن العشرين تبنت مدارس الطب الحديثة في تفسيرها للأمراض وجهة نظر جديدة تهتم بدراسة الأبعاد البيولوجية والنفسية والاجتماعية لهذه الأمراض. وقد أصبح من الطبيعي الآن أن ننظر إلى بعض السلوكيات باعتبارها على علاقة وثيقة بأسباب المرض وتحسنه (زيادة الأكل، التدخين، قلة النشاط الرياضي). وعلي الرغم من أن الميكانيزمات التي توضح كيفية تأثير العقل على البدن ما زالت غير مفسرة على نحو كامل، إلا أن الدراسات تسير بخطى متسارعة في هذا الاتجاه، وتربط بين ما يحدث من تغيرات في مناعة الجسم من جانب، والضغوط والدعم والمساندة الاجتماعية والعوامل النفسية الاجتماعية الأخرى من جانب آخر. (Stober,2000: P78)

وعلم النفس الذي يحاول أن يضع نظرية لأفعال وخبرات الإنسان يتطلب ضرورة وجود ارتباط بين ما هو جسمي وما هو عقلي، وألا يقف عند حدود المستوى الفيزيقي فقط، والا يعتمد على اختزالية بيولوجية غير قادرة بمفردها على تفسير أفعال وخبرات وصحة الإنسان. لقد نشأت مشكلة العقل/البدن نتيجة الفشل في إيجاد علاقة بين النظريات الجسمية والنظريات العقلية، ونتيجة لاعتبار المشاعر نتاجاً لنظام عقلي معقد، واعتبار الظواهر الجسمية نتاجاً لنظام فسيولوجي أبسط. والحقيقة أنه لا توجد مشكلة تسمى بمشكلة العقل/البدن، وإنما تكمن المشكلة في مستويات التفسير المختلفة. فقد نشأت المشكلة من أطروحات ديكارت حول كيفية تأثير الروح على الجسم، وكيفية توليد الأفكار للأفعال. (Shipherd.2005:P11)

ما المقصود بالطب البديل:

الحديث عن الطب البديل كثر هذه الأيام وصار مادة طريفة لكثير من القنوات الفضائية التلفزيونية والبعض يؤيده والبعض يستكره ويدخله تحت بند النصب والدجل ! وما بين هذا التأييد والاعتراض يبقى " الطب البديل " حائراً كابن غير شرعي وأغلب الذين يعارضونه هم في الحقيقة لا يعرفون أساليبه وخباياه معرفة صحيحة لأنه ببساطة لا يدرس في كليات الطب (بمنطقتنا العربية) وهو على حق إلى حد ما في هذا الاعتراض، لأن النصابين ومدعي الطب والمعرفة كثروا هذه الأيام واستغلوا عنوان " الطب البديل " ليعلموا من تحته بعلاجاتهم البلهاء البعيدة عن الطب

البديل والتي تعتمد عادة على مجرد وصفات غذائية براقية مبشرة بالشفاء فينلقاها المرضى الحائرون بترحاب شديد خاصة وانهم يحيطون تلك العلاجات التي يقدمونها بغلاف من الدين وهم في الحقيقة بعيدون عن العلم وعن الدين.

إن الطب التقليدي يعالجنا بإحدى وسيلتين وهما: العقار الكيميائي أو مشرط الجراح وهذه المدرسة الطبيعية التقليدية (Orthodox medicine) تمثل الاتجاه الشائع والمألوف وفي الطب والتي يتراسها الغرب (وخاصة أمريكا وإنجلترا) ولكن عندما تلجأ للاستعانة بوسيلة علاجية غير تقليدية بديلة لتخفيف متاعبك فانت تلجأ إلى الطب البديل (alternative medicine) ومفهوم مدرسة الطب البديل للمرض والاستشفاء يختلف إلى حد كبير عن مدرسة الطب التقليدي فالعلاجات البديلة قائم أغلبها على فكرة (الطاقة الحيوية) والتي نستمدّها من الكون وتسري بأجسامنا ويؤدي عدم اتزانها للمرض والاعياء وبالتالي فان طرق المعالجة تهدف إلى إعادة الاتزان للطاقة الحيوية حتى تنشط عمليات الالتئام والاستشفاء الطبيعية التي يقوم بها الجسم.

ولذا فان الطب البديل بصفة عامة يتعامل مع جسم الانسان كوحدة واحدة ولا يفصل بين العقل والجسد بينما يكون التركيز عادة في الطب التقليدي على مداواة الأعراض ومداواة العضو موضع المتاعب دون اهتمام كاف بمنشأ هذه المتاعب.

سواء اقتنعت أو لم تقتنع بمنظور مدرسة الطب البديل للمرض والشفاء، أو باتجاهها الفلسفي إلى حد ما فهي مدرسة قائمة ولها مريدون كثيرون وتشهد في الوقت الحالي إقبالا كبيرا وذلك ببساطة؛ لأن كل وسائلها العلاجية آمنة تماماً ولا ضرر من محاولة الاستشفاء بها عندما يفشل الطب التقليدي في دوره العلاجي، أو يمكن الاستفادة بعلاجاتها كوسائل تكميلية للطب التقليدي ويمكن بصفة عامة تقسيم هذه العلاجات البديلة إلى ثلاثة اصناف وهي:

- علاجات طاقة (Energy therapies) أي تعمل من خلال التأثير على طاقة الجسم والممرات التي تسري خلالها ومن أمثلتها: المعالجة بالابر الصينية والمعالجة بضغط الاصابع والمعالجة بالانعكاس العصبي من القدمين والمعالجة بوضع اليد (اللمسة المداوية) والعلاج بالألوان.

- علاجات للعقل والروح أو المشاعر (Mind and spirit therapies) ومن أمثلتها: العلاج بالصور الذهنية، والعلاج بالموسيقى، والعلاج بالتنويم المغناطيسي، والعلاج باليوغا.

- علاجات عضوية أو جسدية (Physical therapies) ومن أمثلتها: العلاج بالماء، العلاج بالتدليك، العلاج بأحواض الطفو، العلاج بالزيوت العطرية.

وجاء هذا الإحياء بسبب ما تبديه العلاجات التقليدية من فشل وعجز أمام بعض المتاعب الصحية التي يواجهها إنسان العصر بالإضافة لأضرار الكيماويات المستخدمة من تلك العلاجات فالطب البديل طب آمن تماماً ويكتسب من ضمن خصائصه صفة التوافق مع الطبيعة. (Shipherd.2005:P66)

ما هو العلاج العقلي الجسدي؟:

يركز هذا العلاج على التفاعل بين العقل والجسد، وعلي الطرق القوية التي تتأثر بها العوامل الانفعالية والعاطفية والعقلية والاجتماعية والروحية، وبالتالي تتأثر بها صحة الإنسان.

أن الدراسات التي أجريت في عام 1960م اوضحت قوة التقنيات، لإثبات توازن زيادة النشاط لفرع الجهاز العصبي اللاإرادي، والتي تدل ضمنا على أمراض جسدية وعاطفية بالقيام بعمل استرخاء من خلال محاكاة الجهاز العصبي الانفعالي.

وحدثا فإن تلك التقنيات قد أثبتت على خلق تغييرات ذات فائدة لاستجابة الكثير من أجزاء علم وظائف الأعضاء في الجسم (بما فيها ضغط الدم، مستويات اضطراب الهرمون، الاستجابة للألم، ووظائف جهاز المناعة). ووجدت أشياء إكلينيكية واضحة في حالات مختلفة ومتنوعة (كالضغط ومرض الإيدز، السرطان، الآلام المزمنة، الأرق، القلق، الاكتئاب، اضطراب ما بعد الصدمة. (أبو هين والبناء، 2006: 3-4)

يركز علاج العقل والجسم على التفاعل بين العقل والجسم والطرق الفعالة التي يمكن أن تساعدك في شفائك وصحتك. يمكن للأفكار والمشاعر والمعتقدات والسلوكيات أن تؤثر وتشكل كل جانب من جوانب الأداء البيولوجي. و كيفية اهتمامنا بأجسامنا يمكن أن تؤثر على الطريقة التي نفكر ونشعر ونعتقد بها، وهذا يعني أن لدينا العديد من الفرص والكثير من الأشياء التي يمكننا من الرعاية بأنفسنا. هناك أساليب وممارسات البعض منها قديم والآخر حديث والتي باستخدامها لها كبير الأثر الايجابي على حياتنا.

وتوفر مهارات العقل والجسم طريقة لتعلم المهارات اللازمة لرعاية نفسك وممارستها مع الآخرين في بيئة داعمة ومحبة. سنتعلم ونمارس مجموعة متنوعة من المهارات التي سوف تساعدك على تغيير طريقة التعامل مع المرض والإجهاد وتغيير نمط حياتك. من ضمن هذه المهارات:

التأمل، التخيل الموجه، التغذية الحيوية الراجعة والكتابة والرسم. وقد صممت هذه المجموعات لمساعدتك في معرفة نفسك بشكل أفضل وتعلم استخدام طرقها سوف يساعدك على الشفاء.

ومن خلال التمكن من هذه التقنيات يمكنك أن تشعر باسترخاء أعمق، أعراض جسدية ممرضة أقل، وألم وتعب أقل، والكثير من الطاقة عدا أنها تعزز أداء الجهاز المناعي. كما أنها تتعامل مع الألم والمرض المزمن والإجهاد والقلق والاكتئاب بنجاح أكبر. بمرور الوقت، سينمى ذلك الوعي الذاتي ويكسبك مفاهيم ايجابية عن الحياة. من خلال مشاركة أعضاء المجموعة كل منهم على حدا بتجربته، يكون لديك فرصة لتتعلم من تجاربهم.

الرعاية الذاتية هي قلب الرعاية الصحية، فمشاركتك الفعالة في مساعدة نفسك تعد وسيلة علاجية قوية. واحدة من الدراسات المؤثرة التي كانت محاولة عشوائية محكمة قام بها علماء النفس إيلين لانغر و جوديث رودان منذ ثلاثين عاما اعتمدت على رعاية مرضى بالمنزل تم تقسيمهم إلى مجموعتين. وفر للمجموعة الأولى أماكن جميلة و نباتات بديعة ومواد غذائية رائعة وغير ذلك. أما المجموعة الثانية فقد شاركت في تصميم غرفهم، وفي انتقاء والحفاظ على النباتات، وفي التخطيط لقوائم الطعام. لوحظ أن المجموعة الثانية التي أنشئت وخططت للبيئة الخاصة بها وشاركت في الرعاية الخاصة لها لم تشعر فقط بتحسّن وإنما عاشوا حياة أطول مقارنة بالمجموعة الأولى. وعليه فإن الرعاية الذاتية تعزز نوعية الحياة وتزيد من عمر الإنسان.

لقد لاحظنا في فترة مبكرة النتائج الأقل واقعية الأخرى لفن الاسترخاء، وهي الفوائد الروحية والعاطفية، والنتائج في تلك النواحي لا يمكن قياسها بوضوح طبقاً لأي مستوى عملي مقبول، كما أنه لا يمكن لمجموعة من العلماء أو الأقطاب أن يثبتوا لنا بالضبط ما التغيرات الاتجاهية، أو العاطفية، أو التحسينات التي تحدث في أعماق عقل المتأمل، ولكن يمكن إثبات تلك التغيرات فقط بواسطة هؤلاء الذين يتمتعون بتلك الفوائد، أي هؤلاء الذين يمارسون التأمل، ومع الأسف ليس أمامك سوى اختيارين: أما أن تقبل، أو ترفض ما يقولونه عن هذا الموضوع. (ويلسون، 2007: 23)

واقع الأمر أن ما نعرفه بالاضطرابات النفسجسمية، ونكاد نكون على اتفاق في تعريفه، أمر لا يبدو للوهلة الأولى واضحاً كما نظن، إذ أن تعريفات هذا المصطلح عديدة ومتنوعة، كما أن المفهوم يستخدم استخدامات عديدة وبمعان مختلفة. ومع ذلك فإن معظم التعريفات تتفق على أن للضغوط الانفعالية دوراً مهماً في أحداث هذه الاضطرابات، وأن هناك تفاعلاً بين العوامل الانفعالية والفسولوجية. كما تتفق معظم التعريفات في أن المصطلح يعني تلك الاضطرابات الجسمية التي

تظهر نتيجة لاستجابة الجسم للعوامل النفسية التي تمثل مواقف ضاغطة، أو أن هذه الأعراض تتفاقم وتزيد حدتها نتيجة تعرض الفرد لمثل هذه الضغوط، ومن ثم يشير المصطلح إلى تفاعل كل من العقل والبدن. فالمرض السيكوسوماتي مرض ينشأ نتيجة عدم قدرة الفرد على التعامل بفعالية مع الضغوط التي يتعرض لها، ونتيجة الانفعالات غير السارة التي تصاحب هذه الضغوط. كما أن هذه الاضطرابات يحدث فيها تلف في جزء من أجزاء الجسم، أو خلل في وظيفة عضو من الأعضاء، ولا يفلح العلاج الجسدي وحده في شفاؤها شفاءً تاماً لاستمرار الضغط الانفعالي وعدم علاج أسبابه (Shalev.,2009:P99)

ومفهوم النفسجسمي كان يعني في بداية ظهوره تلك الاضطرابات التي يوجد بها مكونان: نفسي وجسمي. بينما كان يعني للرجل العادي أن "شكواه الجسمية ليست حقيقية، وأن المشكلة تكمن في دماغه" All in your Head " ولذلك فقد كان يُنظر إلى الشخص المصاب باضطراب نفسجسمي على أنه شخص عصابي، ولديه شكاوي جسمية سخيفة، وأن عليه أن يتوقف عن تلك السخافات. وتأتي دراسة فرويد في الهستيريا في مقدمة الكتابات التي قامت في القرن العشرين لتوضيح أثر العقل على الجسم وحدث عملية التبدين من خلال مفهومي الكبت Repression والتحويل Conversion كنوعين من ميكانيزمات الدفاع.

ويرى الباحث أن مشكلة ثنائية العقل/البدن التي تغوص بجذورها في الطب الحديث فالأطباء يصنفون الأمراض على فئات عضوية ونفسية ونفسجسمية، وكأن كل مجموعة من هذه الأعراض منفصلة عن بعضها البعض، وكأن أعراض الجسم ليست على علاقة بأعراض النفس. كما أنهم إذا ما قابلوا أعراضاً جسمية بدون أي اضطراب عضوي سرعان ما يصيهم الإحباط وتنتابهم الحيرة. فالتعليم الطبي ما زال يصر على فكرة أن المرض لا بد أن يكون له موضع ما في الجسم، وإذا لم نجد هذا الموضع أصيب الأطباء بالحيرة. فهم يركزون اهتمامهم على أعضاء الجسم، وليس على الوظائف العليا لمحور الجهاز العصبي-الغدي-المناعي- أو على تأثيراتها الفعالة التي تعمل على هذا المستوى وتختلف الأعراض النفسجسمية عن اضطرابات التبدين والاضطرابات جسمية الشكل في كون الأولى تتميز بوجود إصابة جسمية فعلية، بينما لا تكون هناك أي إصابات في حالة التبدين أو الاضطرابات جسمية الشكل، بينما لا تكون هناك أي إصابات في حالة التبدين أو الاضطرابات جسمية الشكل، على الرغم من أن كلها تعود إلى أصول وأسباب نفسية. (Shalev.,2009:P901)

2-3-2 العلاقة بين الجسم والعقل:

بدأ في الأربعينات من القرن الماضي تطوير إجراءات معملية في الولايات المتحدة الأمريكية تم فيها تدريب الأشخاص الذين شملهم البحث عن تغيير بعض وظائف الجسم اللاإرادية مثل نشاط المخ، وضغط الدم، وتوتر العضلات، ومعدل ضربات القلب. وفي نهاية الستينات تمت صياغة مصطلح جديد هو "التغذية الاسترجاعية الحيوية" لوصف هذا الأسلوب التدريبي الذي أمكن من خلاله تعليم الأشخاص كيف يحسنون صحتهم وأداءهم باستخدام إشارات تصدر عن أجسامهم. ومن أمثلة الوظائف البيولوجية التي تعلم الأشخاص التحكم فيها باستخدام "التغذية الاسترجاعية الحيوية" درجة حرارة الجلد والألم (بما في ذلك الألم الكاذب أو توهم الألم).

وفي إحدى جلسات "التغذية الاسترجاعية الحيوية"، تم توصيل المتدرب بجهاز يقوم بالتقاط الإشارات الكهربائية الصادرة من العضلات وترجمتها إلى إشارة مرئية أو مسموعة على جهاز "التغذية الاسترجاعية الحيوية". وفي كل مرة تتوتر فيها عضلات المتدرب، فغن هذا الجهاز يصدر ومضات ضوئية أو صفيرا. وتعطى للمتدرب تعليمات بأن يجد طريقة، سواء من خلال الأفكار أو التنفس، لإبطاء الومضات الضوئية أو أصوات الصفير. وبهذه الطريقة، فإنهم لم يتعلموا فقط الربط بين الإحساسات الصادرة من العضلة ومستويات التوتر الفعلي، ولكنهم تعلموا أيضاً كيف يستخدمون أفكارا معينة لمساعدة العضلات على الاسترخاء. (بيفر، 2006: 17)

لقد بدأنا ندرك شيئا فشيئا أن دراسة العقل باعتباره عضوا منفصلا عن الجسم، والجسم منفصلا عن العقل هي دراسة معوقة، حيث أن تطبيق مثل هذه الطريقة سوف يفقدنا العلاقة الحافزة التي تربط بينهما، لذا فإنه من الأمور الأساسية؛ أن ندرس كلا منهما سواء العضو ذاته أو طبيعته الحيوية أو وظيفته؛ في ضوء علاقته بالطرف الآخر. (بوزان، 2006: 194)

الأسطورة: "التفوق الذهني يعني عدم اللياقة واللياقة تعني الغباء!" الحقيقة: أولاً؛ دعنا نؤكد أن هذه أسطورة هي إدعاء لا أساس له من الصحة، وأصبحت شائعة اليوم، وهي قائمة على تفكير بقي سائدا على مدى قرنين من التاريخ البشري، عمد -بشكل تلقائي- على الفصل بين العقل والجسم! أن ما تستشعره من هذه المقولة هو ليس فقط أن الجسم والعقل منفصلان وإنما متباينان أي أن الشخص الذكي كان ضعيفا والشخص القوي يجب أن يكون بالضرورة غبيا!

ظل هذا الاعتقاد شائعا حتى نهاية القرن العشرين إلى أن توصل الخبراء إلى حقيقة شافية وهي أن العقل مرتبط فعلا بالجسم! وليس مرتبطين فقط بل أن كلا منهما يكمل الآخر وأنهما يشكلان ثنائيا مجتمعا لا ينفصل، أي أن ما يؤثر على أحدهما سوف يؤثر على الآخر.

تذكر أنك أن كنت تدرب عقلك فسوف تؤثر بشكل إيجابي على جسمك وإن كنت تدرب جسمك فسوف تؤثر بشكل إيجابي على عقلك. وهذا يعني أنك أن حدثت وقابلت بطلا رياضيا فائق اللياقة وشعرت أنه ليس متميز الذكاء فكن واثقا من أنه أن لم يكن رياضيا لكان ذكاؤه أقل من هذا المستوى (بوزان، 2006: 197)

وليس العقل فقط هو الذي يؤثر في الجسم، بل أن الجسم أيضاً يؤثر في العقل. فعندما تجرح نفسك، مثلاً، فإن هذه الإصابة يمكن أن تؤثر على عقلك ومشاعرك. ويختلف هذا التأثير تبعاً لخطورة الإصابة، كما أن شخصيتك وخلفيتك الثقافية هما ما يحددان كيفية تكيفك معها. فبعض أنماط الشخصية تتميز بالجلد وشدة الاحتمال وعتبة الألم لديهم أعلى بكثير من الآخرين. وهؤلاء لن يشعروا فقط بأن الجرح أقل إيلا ما بل أن حقيقة أنهم قد جرحوا في حد ذاتها لن تسبب لهم ضيقاً أو انزعاجاً كالآخرين الأكثر حساسية منهم. وعلي العكس من ذلك، فالأطفال الذين ينشئون في ظل ثقافة يكون رد الفعل فيها على أي جرح أو إصابة بالصراخ والعيول سوف يتعلمون أن الجروح والإصابات الجسدية تسبب ضيقاً وانزعاجاً شديدين، وبالتالي فإن عتبة الألم لدى هؤلاء الأطفال سوف تكون منخفضة جداً، لدرجة أنهم سوف يشعرون بأن الإصابات الطفيفة مؤلمة جداً بالنسبة لهم.

وكما أن الجروح التي تصيب الجسم يمكن أن تؤثر على حالتنا العقلية، فإن الأمراض وحالات الحساسية يمكن أن يكون لها نفس التأثير أيضاً. ففي الوقت الذي يكافح فيه الجسم لصد هجوم المادة الغريبة -سواء كانت مادة مسببة للحساسية أو بكتيريا أو فيروساً - فإن حالتنا المعنوية تنخفض وتشعر بالإحباط والتشتت والارتباك وبعدم القدرة على التنسيق أو اتخاذ القرارات. أن الأمراض وحالات الحساسية يمكن بالفعل أن تكون معوقاً للعقل. (بيفر، 2006: 18-19)

الأساسيات الفسيولوجية النفسية لعلاج العقل والجسم:

الأمراض العاطفية والعقلية شائعة جداً في قطاع الرعاية الأولية وتؤثر على كل بند من بنود الأمراض الطبيعية، ووجود اضطرابات القلق والمزاج بالإضافة إلى القلق العيادي الجزئي والاكنتاب والتي تمنع المرضى من الوصول إلى الجودة المثالية للحياة. انتقال المرض الحاد، المحدود والوقت إلى خانة المشكلة المزمنة ويعتمد على العوامل الاجتماعية النفسية أكثر من اعتماده على المتغيرات الطبيعية، وتردد وشدة المرض تؤثر على حاجات المريض للخدمات وعلى الوقت الذي يقضيه المريض في المعالجة، والمرضى الذين يعانون من اضطرابات القلق أو المزاج وضعف الأداء أكثر احتمالاً لأن يواجهوا صعوبة من قبل معالجي الرعاية الأولية أكثر من أولئك المرضى

الذين لهم نفس الدرجة من شدة المرض لكن بدون مشاكل عاطفية. والعلاقات الصعبة في جلسات الرعاية الأولية تؤدي إلى أشياء غير متوقعة: فمثلاً المشاكل الطبيعية المرتبطة في استبيان Prime - MD مرتبطة بعدد الاتصالات التلفونية للمكتب والصعوبة اللقاء من وجهة نظر المعالجين النفسيين، تشخيص المرض المزمن حتى عندما يكون التشخيص جيداً ومرتبطة برد الفعل العاطفي خلال حدة المرض أو عندما توجد تعقيدات في تطور المرض المزمن، يحزن المريض من فقدان القدرات الطبيعية ويواجه صعوبة زائدة في الحفاظ على ادواره المعتادة استجابة المريض العاطفية للمرض تؤثر على أعضاء العائلة وعلي العلاقات الشخصية، على الرغم من الانتشار الواسع للاضطرابات العاطفية في المرضى، إلا أن أعراض القلق والاكتئاب غالباً لا تذكر، ومن ناحية أخرى وجود الأعراض الطبيعية الغير مفسرة تزيد من معدل الاعتراف بالمرض العاطفي من قبل الأطباء، تاريخ أحداث الحياة الصادمة الشائع في مرضى الرعاية الأولية لكن نادراً ما يتم تقييمه، في دراسة حديثة، 10% من مرضى الرعاية الأولية الذين عانوا من أحداث صادمة، خلال السنة الماضية كانوا أكثر عرضة للاضطرابات النفسية واحتاجوا إلى خدمات طبية أكثر من أولئك المرضى الذين لم يعانون من هذه التجارب. (Ernst, et al, 2001:P. 345)

العوامل التي تؤثر على تحديد المرض العاطفي في الرعاية الأولية:

المريض المصاب بألم مزمن الكشف عنه يتأثر بوصمة العار Stigma وأثر المرض على الذاكرة وقدرة الطبيب على انتزاع المعلومات، ورغبة المريض في عرض سلوك المرض، وتؤدي إلى الألم بالإضافة إلى الضيق العاطفي الذي يحدث نتيجة رد فعل الطبيب على هذا العرض.

العوامل الاجتماعية والعاطفية مهمة جداً في إدارة المرضى البدناء، الذين يتأثرون بالمجتمع، بالقرناء وبمقدمي الرعاية الأولية، اكتشاف المرضى البدناء للأعراض الاكتئابية ربما يفسرها مقدمو الرعاية الذين يركزون على البدانة تحديداً. فالإكتئاب يمنع السلوكيات الصحية من الحدوث، فالمريض البدين الذي يعاني من الاكتئاب غير قادر على الإيفاء بمتطلبات فقدان الوزن ومن ناحية أخرى الشخص الذي يفقد الوزن بنجاح عادة تخف لديه الأعراض الاكتئابية ويتحسن تقديره لذاته. (Geyman et al , 2000: P.55)

دور الضغط العاطفي في تطور وصيانة الاضطرابات الطبيعية:

الضغط يزيد من كثافة الأمراض الطبيعية، والضغط المتكرر يجعل الناس أكثر احتمالاً في استنتاج حدوث الأمراض والاضطرابات وتفسير الأعراض مثل الإعياء، صعوبة النوم يعمل على تسهيل تحديد الشخص بأنه مريض، والقدرة على الاستجابة، والوصول للثبات من خلال التغيرات

يعود إلى الآثار الفسيولوجية للضغط فتؤثر الانظمة المركزية والاتوماتيكية والإفرازية، والنشاط الزائد للنظام السيمبثاوي مرتبط بمعدل ضربات القلب وضغط الدم.

والنظام العصبي المركزي الشائع تتوسط اضطرابات ناتجة عن الضغط النفسي على المستوى العاطفي والسلوكي، وخلايا الأعصاب ونظام الإفراز تتصل عن طريق الإفرازات والاعصاب، والاتصال يكون ثنائي الاتجاه بين الأعصاب ونظام الإفراز، وواحد من منتجات المزاج السلبي الذي تمت ملاحظته في قدرة الجهاز العصبي هو الاستجابة للضغط، والجهاز العصبي قادر على الاستجابة السريعة، لكن أغلب إثارة تستغرق ساعات أو أيام، واعتماداً على منظور الفرد لشدة التهديد والنجاح السابق في مواجهة الضغط النفسي الضاغط، الجهاز العصبي سيتم تنشيطه لدرجة أعلى أو أقل، فمثلاً الشخص الذي يعاني من ضغط مزمن يظهر تمنعاً في الاستجابة المؤجلة والمفرطة للحساسية، ضغط الدم المنخفض يظهر خلال المواقف الضاغطة وقد يعود إلى الارتفاع بعد الانتهاء من الضغط. (Grollman , 2001: P.44)

2-3-3 صياغة التقييم للمرضي في علاج العقل والجسم:

إن تشخيص وإدارة الاضطرابات العاطفية في الرعاية الأولية يجب أن يتم تحسينهما والأطباء والممارسين في الرعاية الأولية يستطيعون زيادة كفاءة معالجة الاضطرابات العاطفية المرتبط بالضغط من خلال التدريب وعرض صيغة التقييم للمرضي يمكن أن يساعد الأطباء في تحديد المشاكل المحتملة أو المتطورة لذلك على الرغم من أن سلوكيات الأفراد المصابون بمرض عاطفي وعقلي ربما تكون غير ملحوظ إلا أن على مقدمي الرعاية الأولية يجب أن يكونوا قادرين على تقييمهم:

1. استخدام مقياس أحداث الحياة كل ست اشهر.
2. متابعة مخزونات القلق والاكتئاب عند الضرورة.
3. ملاحظة سلوكيات المريض.
4. تقييم الالتزام بالعلاج واكتشاف الاسباب لعدم الالتزام.
5. فحص مؤشرات الاعتلال السلوكي.
6. الاستفسار حول الحكم العاطفي للمريض.
7. تقييم درجة الدعم العاطفي وعدد الادوار الاجتماعية.

8. الاستفسار حول تاريخ الإيذاء البدني والإيذاء الجنسي والتجاهل.

9. افتراض أن هناك رد فعل عاطفي حتى لو لم يكن واضحاً.

10. تفسير آثار الضغط على تعدد شكوي المريض.

11. الموافقة ووضع الاهداف للزيارة التالية.

12. التأكيد على قوي المريض وقدراته على إدارة المرض.

يجب أن يعلم الطبيب أن المريض يحاول أن ينظم عواطفه ليستطيع التعامل مع الأحداث الراهنة ونتائجها وتوقع الموقف الضاغط وأثاره المزعجة المحتملة ويمكن أن تقلل من أثره العاطفي وامكانية الصدمة لاحقاً ومع ذلك الطبيب ربما يترجم تكتم المريض كحجب متعمد للمعلومات ومحاولات المرضي لإدارة حياتهم الضاغطة يجب أن يتم احترامها حتى وإن كانت النتائج غير مرضية.

العوامل الروحية: بعض الأفراد يستخدمون الصلاة والتأمل لمساعدتهم على التعامل مع المواقف الضاغطة والأبحاث أظهرت أن التوجه لدار العبادة يساعد على التحفيز من الاكتئاب ومشاهدة البرامج الدينية أيضاً عامل مساعد لبعض الأشخاص الصلاة والذهاب لدار العبادة من أساسيات الحياة، لذلك الاستفهام العام للطبيب حول مواجهة المريض لمرضه يجب أن يشمل العامل الروحي والأبحاث الحديثة تدعم العلاقة بين عدم تدخل الدين والاخلاقيات الضعيفة.

عوامل التحفيز للتغير: يختلف التحفيز للتغير بالنسبة للأفراد ويؤثر على منظور الشخص لشدة المرض وقدرته على الرعاية الذاتية والطبيب يجب أن يقدر جاهزيته والمريض للتغير ويفسر المراحل التي تساعده على ذلك من خلال مستوى الضغط الحالي للمريض ويمكن أن يتتبا بالانتكاسة القادمة. فمثلاً الشخص الذي يميل للنوم أكثر تعرضاً للضغط وقد يتعرض إلى الاكتئاب المستقبلي. (Moss,2002:P.74-113)

علاج العقل والجسم علاج قائم على الادلة علم النفس الفسيولوجي والعلاج التكاملي:

العديد من المرضى الذين يحضرون إلى مراكز الرعاية الأولية عانوا من نتائج متأخرة من الاعتداء الجنسي والبدني وتجارب صادمة ناتجة عن الحروب والكوارث، وتبين بأن تاريخ اضطراب ما بعد الصدمة متعلق بالأعراض الجسدية بشكل عام وبحالات الانتحار المتزايدة نتيجة الأعراض الجسدية وفي حالات عديدة لا المريض ولا المعالج يعترف بالاتصال بين الأعراض الحالية والصدمة العاطفية المبكرة، وفي بحث لبعض الباحثين أظهرت PTSD أن التمييز والجسدية

مرتبطة بشكل كبير والافراد الذين عانوا من الصدمة في طفولتهم يظهرون ضعفاً جسدياً كبيراً وأشار البحث إلى إن الأفراد قد يدفعون بالصدمة خارج عقولهم لكن ليس خارج اجسامهم والتغذية الحيوية الراجعة والفسولوجية النفسية تقدم أدوات مفيدة في هذا السياق مثل مراقبة الاثار العصبية الاتوماتيكية مثل ضربات القلب وتهيج الجلد ودرجة حرارة الجسم.

والعلاج القائم على الادلة هو جهد نظامي لتزويد العلم والبحث القائم على المعرفة إلى قلب الممارسة العيادية والعلاج القائم على الادلة في افضل احواله يعطي تقديراً للتدخلات جديدة أو علاج جديد في كل من الاتجاه ومستوى الدليل والأبحاث يمكن أن تزودنا بمنافع نسبية وتكاليف ومخاطر التدخل، ومعلومات عملية متعلقة بالتخطيط للعلاج وواحد من الاعتراضات على هذا العلاج هو قلة ونقص نتائج الأبحاث عن هذه التدخلات. (Shannon,2001: P.55)

الباحثون جوناس وليندا وولاك اشارو إلى ستة أنواع من المعرفة يجب أن يتم اخذها بعين الاعتبار في فصل الوصول إلى قرارات العلاج القائم على الأدلة وهي:

- تفضيلات ومعاني المريض.
- آليات الفعل.
- الأمان والكفاءة.
- العلاج يؤثر على الاحتمالات في الجلسة العيادية المفتوحة من نتائج البحث وملاحظاته ،
- التقديرات الدقيقة للآثار خلال الملخصات والحسابات النظامية لفترات الثقة كلما امكن.
- توضيح المرفقات والفوائد تحت ظروف الخدمة الصحية الطبيعية وفحص تأثيرا التكاليف والوصول والوضوح.
- والعلاج القائم على الأدلة يعني ليس أنه جميع المرضى الجدد سيتم إعطائهم نفس التدخلات العلاجية واحد التحديات للعلاج القائم على الأدلة هو انتقال الامثلة. (Wilber,2000: P.20)
- التغذية الحيوية الراجعة والفسولوجية النفسية العيادية:

التغذية الحيوية الراجعة هي مثال على العلاج القائم على الأدلة، الذي يفتح الطريق كبدء للعلاج بطريقة علاج العقل والجسم والتغذية الحيوية الراجعة تقيس العملية البيولوجية مثل شد العضلات عن طريق جهاز، وهي تزيد من وعي المريض بجسده وتجعله قادرا على التحكم بنظامه الفسيولوجي واثبتت فعالية التحكم في العديد من العمليات الفسيولوجية والتي تشمل: شد العضلات درجة حرارة الجلد الشد العصبي الاتوماتيكي معدل ضربات القلب نشاط الموجات الالكترونية في

العقل تدفق الدم للعقل علم النفس الرياضي والتنفس كما أن لديها تطبيقات في العناية الصحية العقلية والتعليم والفنون. (Bower,2000: P.48)

وهذه الطريقة تستخدم المعرفة لمهارات التغيير السلوكي وفهم الأداء الفسيولوجي لعمل التغييرات التحفيزية اللازمة في العقل والجسم والممارسون مصممون حزمة علاج سلوكية لكل مريض والتي تشمل جزء من الآتي أو كله:

- التعليم حول الجانب الفسيولوجي المتعلق بالأعراض الموجودة.
- التدريب على مهارات الاسترخاء والتي تشمل استرخاء العضلات الشامل التدريب الجيني والتنفسي
- إدارة الضغط للتعامل مع المشاكل العائلية أو مشاكل الوظيفة
- إعادة الهيكلة المعرفية لتعديل الأنماط التي تحافظ على الشد البدني
- العلاج السلوكي لتقليل السلوك المحبط للنفس
- المتابعة الفسيولوجية خلال العلاج النفسي وتحديد النظام العصبي الاتوماتيكي للتعامل مع النواحي العاطفية. (Barsky ,et al ,1995: p274)

العناية متكاملة:

المريض في المستقبل سيتم التعامل معه بنظام متكامل من العناية الطبية السلوكية، وهذا يشمل العلاقة مع الممارسين السلوكيين والأطباء النفسيين والمرضى وهذا كله في مكان واحد ونظام واحد ومثالية العناية المتكاملة تتطلب مدى كامل من التدخلات العقل والجسم من اليوم الأول لبدء المريض بالعلاج عندما يحاول الأخصائيون السلوكيين والمعالجون خلق رعاية متكاملة تواجههم العديد من الصعوبات والعوائق ويوجد اختلافات كبيرة في التعليم والثقافة السلوكية بين الأخصائيين السلوكيين والمعالجين الممارسون في كل مجموعة يفكرون ويتصرفون في مشاكلهم بطريقة تختلف عن الممارسة العيادية.

اختلافات العينة في ثقافة المختصين تشمل:

- المعالجون النفسيون أكثر استبداداً في نمطهم الشخصي يتصرفون بشكل أسرع ويصلون إلى قرارات سريعة.

– الأخصائيون يميلون إلى الاندماج بالفريق في نمطهم الشخصي ويحصلون على المعلومات لمدة طويلة.

أخيراً العديد من شركات الرعاية تستخدم " الصحة العقلية " كنظام، ونجد أن علاج جميع التشخيصات النفسية تكون لها ميزانية وإدارة منفصلة في هذه الشركات.

العلاج التكاملي واستخداماته:

الرعاية التكاملية تعني أن مقدمي الخدمة الصحية السلوكية حاضرون لتقديم التدخلات النفسية والاجتماعية والفيسيولوجية والتعليمية كجزء من العلاج الأولي لضيق المريض والعلاج التكاملي المتميز يشمل الاتي:

- التأكيد على النظرة الشمولية الوحدوية للعقل والجسم والروح.
- علاج المريض كفرد بشري منفرد ذو طبيعة خاصة.
- التأكيد على العلاقة الشخصية الداعمة أكثر بين معالج العلاج البديل والمكمل للمريض.
- تنسيب الدور الفعال للمريض في عملية العلاج.
- الاعتقاد بالقدرة العلاجية المتأصلة للكائن الحي.
- وصف نمط الحياة وتغيرات العادة للصحة المثالية.
- التأكيد على التدخلات التي تنتزع قوي العلاج الجسدية.
- ارتياب العلاجات المنتشرة التي تؤذي المريض بشكل عام.
- الاعتقاد والايمان بالانتقائية والتجريبية.
- الجاهزية لقبول التدخلات والنماذج النظرية الغير تقليدية التي تظهر.
- الانفتاح للصلاة والتأمل والممارسة الروحانية كدعم للعلاج والصحة.
- تكامل الممارسات البدنية والروحية والنفسية.

أغلب مرضي اليوم يريدون رعاية صحية تشمل بعض أو كل العناصر السابقة، وهم يريدون التعامل معهم كبشر وليس مجرد حالات مرضية. والأبحاث الحالية تخبرنا أن المرضى يستخدمون حقاً العلاج البديل التكاملي بنسب مختلفة وان هناك حوالي 60% منهم لا يخبرون أطباءهم النفسيين عن استخدامهم للعلاج المكمل أو البديل، وأحد الباحثين أشار إلى أن مقدمي

الرعاية الصحية يصبحون مدركون لخدمات العقل والجسم ويستخدمون المعلومات المتاحة الأساسية على الانترنت لتحديد العلاج المكمل والبديل والكفاءة الأعلى. وأكد على أربع خطوات حيث أن الطبيب:

- يحمي المريض من الأذى المحتمل من العلاج.
- يسمح للمريض باستخدام أي علاج غير مكلف وغير مؤذي حتى لو تكن الكفاءة عالية على أمل أن يتم تحديد اثار العلاج المموه الغير محدد.
- الترويج لممارسات العقل والجسم المعتمدة.
- المشاركة باي علاج خارجي يساعد المريض على الشفاء. (Sierpina,2001: P.88)

الفجوة بعلاج العقل والجسم في التعليم الطبي:

الأطباء في السنوات الأخيرة تزايد قلقهم من أن التعليم الطبي الحالي لا يحضر المعالجين المستقبلين للتعامل مع التغيرات المزمنة والمعقدة، بدون التدريب المناسب للبند النفسية للعلاج وعلاج العقل والجسم، سيشعر المعالجون بالإحباط عند محاولتهم ادارة العديد من الأمراض المزمنة والنفسية وعلاقة ذلك لو فشلوا في حل المشكلة للمرضي لن يستطيعوا التعامل برضا مع المرضى وعائلاتهم، والأسباب التي تسأهم في حل مشاكل المرضى، لن يستطيعوا التعامل برضا مع المرضى وعائلاتهم، والأسباب التي تسأهم في فشل تعامل المعالجين في التعليم الطبي مع المرضى هي عوامل سلوكية وعقلية تسأهم في المشكلة الصحية البدنية وهذه العوائق تشمل:

- 1- بنية نظام الرعاية الصحية الأمريكي.
 - 2- الضغوط المتزايدة على المعالجين لأداء عمل أكثر في وقت أقل خاصة في الرعاية الأولية.
- اعتماداً على التجربة والملاحظة كمعالجين طبيين، نعتقد أن أسباب التناقض بين التعليم الطبي والممارسة هي أولاً القضايا الاجتماعية النفسية بشكل عام لا يتم تدريسها بطريقة تجعل المعالجين ذو علاقة ببقية المنهج الطبي، وثانياً تعليم المعالجين لا يشمل تعليمهم مهارات المعرفة الواقعية المرتبطة بتدخلات العقل والجسم. (Corey et all,2000: P.55)

تأسيس الصلة الطبية والبدنية للعقل:

على الرغم من العلاقة بين الجسم والعقل تلقى اهتماما متكرر في تعليم أغلب المعالجين إلا أن الواقعية النفسية نادراً ما تمت مناقشتها أو تفسيرها، لذلك نجد العديد من المهتمين يتفاجأ من هذه العلاقة لأغلاق الفجوة بين العقل والجسم في التعليم الطبي، يجب أن يتم تدريس الموضوع من

خلال آلية معينة تشمل التوضيح والتعليم والتجارب العملية لإيضاح الصلة بينهما حيث أن التوضيح والشرح النفسي، مع إعطاء التغذية الراجعة الحيوية تعتبر أداة مهمة لبناء جسور العقل والجسم والصلة في عقول الطلاب. (Drane,1994: P.300)

2-3-4 الأخلاق ومعايير الممارسة في علاج العقل والجسم:

القواعد الأخلاقية ومعايير الممارسة وحدها غير كافية لحل العديد من المواقف الأخلاقية التي تواجه ممارسي علاج العقل والجسم. من السهل محاولة حل المواقف بدون الأخذ بعين الاعتبار المواضيع الإنسانية المرتبطة به والتي تشمل التدخلات العاطفية الخاصة بالفرد، والتحيز والقيم أو العميل و آثاره الناتجة. فقدان النظرة إلى محتوى المشكلة سهل، خاصة إذا كان حل المشكلة يكمن في تطبيق القواعد الأخلاقية المبسطة. إذن تطبيق القواعد الأخلاقية في مواقف معينة غالباً ما يكون محل نزاع، لأنه يشمل شيئاً ما أكثر من مجرد حل الموقف، شخص ما لديه قيم أخلاقية أكثر يجب أن يأخذ أكثر قراراته بشكل أخلاقي مختلف عن الشخص الغير أخلاقي. صوت القرارات الأخلاقية يتضمن انجاز التوازن بين ما يود الشخص فعله وما يفعله فعلاً. إقرار ما يود الشخص فعله يجب أن يعتمد على التفاعل بين التفويضات القانونية الموجودة، والقواعد الأخلاقية الأساسية العالمية التي تشكل تحيزه لمعايير ممارسة معينة بين القيم الخاصة به والتي تساعد على اتخاذ القرار. (Sierpina,2001: P.18)

دور مجموعة المبادئ الأخلاقية ومعايير الممارسة:

المعرفة والالتزام بالأخلاقيات المحترفة ومعايير الممارسة بالنسبة لمهنة الشخص ولقوانينها تكون مفيدة. وعلاج العقل والجسم له مجموعة مبادئ أخلاقية فريدة. وقضايا الممارسة والأخلاق والمبادئ التي تزيد فاعليتها خلال مهنة الرعاية الصحية تميل غلي أن تكون متشابهة.

الأداء الطموحي مقابل الأداء الأخلاقي الإلزامي:

كل شخص يود أن يكون ضمن نظام الرعاية الصحية في وقت ما، وهذا يتم عن طريق مزودي الرعاية الصحية. كل شخص لديه مجموعة من المعتقدات الأخلاقية حول كيفية تصرف المختصين: "الأخلاق هي ما يعتقد الناس بشأن ما هو خاطئ وما هو صحيح وما هو جيد وما هو سيئ حول شيء ما". بسبب المعتقدات العامة التي يجب أن يفعلها المحترفون وتكون صحيحة وجيدة، يجب على المحترفين أن يكافحوا لتحسين صوت الشخصية الأخلاقية والشعور الأخلاقي الممتاز بشأن ما هو صحيح وهذا يتطلب من كل محترف أن يفعل الأفضل. الطموح لهذا المستوى العالي يدعو إل بالمشاركة في المستوى الطموحي للأداء الأخلاقي. المحترفون غالباً ما يتخيلون

السلوك النشط، حيث أنهم يفكرون بكيفية التعامل مع المواقف التي من المحتمل حدوثها قبل أن تحدث فعلاً، وبالتالي يكونون قادرين على تحسين خطة للتعامل مع هذه المواقف بفعالية. (Corey et al,2000: P.33)

هل تطمح بأعلى مستوى من التصرف المحترف:

الشعور الأخلاقي للشخص العادي يعتمد على كل شيء تعلمه خلال حياته حول الأخلاق وما هو صواب وبالتالي قدرته على تشكيل شخصيته الأخلاقية. إذن تطوير شخصيته الأخلاقية الخاصة به، يُكسبه أنواع صحيحة من المعرفة والخبرة حلو ما هو صواب وما هو خاطئ ويعلمه كيفية الاستماع لصوت الأخلاق بطريقة مثالية. الشعور الأخلاقي العادي = تعلم خلال الحياة + القدرة على التفكير + شخصية أخلاقية

القاعدة العالمية للشعور الأخلاقي:

تسع قواعد عالمية أخلاقية لمجموعة القواعد والمعايير الأخلاقية ثم تطويرها من قبل مؤسسات محترفة وهي كالتالي:

1. **عدم الإيذاء:** وتعني الكفاح من خلال أفعال اللجان من أجل عدم التسبب بالأذى وهي تتطلب اهتماماً بالغاً بجميع العوامل في التقييم والعلاج لتقليل أو حذف احتمالية الأذى أو الإصابة.
2. **احترام الحكم الذاتي:** وتعني احترام حق العملاء في اختيار كيفية عيش حياتهم بحيث لا تتعارض مع حياة الآخرين. والحكم الذاتي هو هدف رئيسي في العناية الصحية.
3. **الإحسان:** وهو يشير إلى مسؤولية مزودي الخدمة الأخلاقية لاتخاذ القرارات التي يكون لها آثار إيجابية على الأفراد الذين تقدم لهم الخدمة.
4. **" أن يكون فقط":** تعني علاج جميع العملاء بعدل ومساواة أي بنفس الطريقة المحترفة الأخلاقية دون تمييز.
5. **الوفاء:** وله معنيين بقاءً لعلاج العقل والجسم. هو يشير إلى التزام المحترفين أولاً ناحية الأفراد الموالين والمخلصين الذين يقدمون لهم الخدمة وثانياً ليكونوا صادقين وذو ثقة عند تقديم الخدمة.
6. **الكرامة المتوافقة:** وتشمل إلى التزام المحترفين بوجهات نظر من يعالجونهم واحترامهم، وبالتالي تعزيز امكانية اتخاذهم القرارات الصحيحة.

7. **معالجة الآخرين بعطف واهتمام:** يعني أن يكون المعالج لطيفاً يأخذ بعين الاعتبار من يقوم لمعالجتهم ضمن حدود المهمة الموكلة اليه، لأن هذا له العديد من الآثار الايجابية على العلاقة بين المعالج والمريض.

8. **المتابعة ببراعة:** وهي تشير إلى التزام المختصين بالمحافظة على قدرتهم وأداء أفضل ما لديهم في العمل، وتعني أن يكون المختص واعياً لحدود قدرته ويستمر في التعلم لتقديم الأفضل دائماً.

9. **تقبل المسؤولية:** تعني أن يأخذ المختص بعين الاعتبار إمكانية نتائج ما سينجح وما سيفشل في فعله ويتقبل مسؤولية أفعاله والتزامه ويتجنب محاولة إلقاء اللوم على الآخرين عند الفشل. ويعني أيضاً مشاركة مسؤولية الأفعال مع مشرفين آخرين. القواعد الأخلاقية الأساسية تشكل الأساس لتحسين وتطوير مجموعة المبادئ الأخلاقية

(Corey et all,2000: P.45)

القيم: القيم الأخلاقية والمعتقدات والتوجهات تمدنا بالاتجاه في حياتنا اليومية وأنشطتنا.

ما هي القيم التي يجب أن يتمسك بها أخصائي علاج العقل والجسم:

- متابعة تحديد الذات.
- تطوير الاستراتيجيات الفعالة للتعامل مع الضغط.
- تطوير القدرة على اعطاء وتلقي المودة.
- تحسين قدرة الشخص على أن يكون حساساً لمشاعر الآخرين.
- لديه شعور و إحساس بالهدف من الحياة.
- تطوير القدرة على ممارسة التحكم بالذات.
- أن يكون أصيلاً، صادقاً ومنفتحاً.
- إيجاد الرضا فيما يفعله الشخص من أجل حياته.
- تطوير الشعور بالهوية وتقدير الذات.
- يصبح ذو مهارات بالعلاقات الشخصية.
- تحسين الوعي الذاتي وتحفيز النمو الشخصي.

- ممارسة عادات جيدة للصحة البدنية والعقلية.

ما هي قيمك وكيف يمكن أن تؤثر على العملاء؟ كيف يمكن أن تقارن قيمك بقيم آخرين في نفس مهنتك لو لم تكن تعرف قيمك الخاصة، فمن الضروري أن تكتشفها. يمكنك أن تحضر ورشة عمل أو تقرأ أو تشارك في مناقشات مع آخرين لتعرف ما هي قيمك الخاصة. المحترفون عليهم أن يكونوا على وعي بقيمتهم الخاصة لتجنب القيم الخاطئة والتي يمكن أن تؤثر على العملاء.

المزايا [الفضائل]:

إجابة سؤال: "ما نوع الشخص الذي اودّ أن أكونه" مهمة إذا كان الفرد يطمح بأعلى مستوى من الأداء الأخلاقي. الجهد يتطلب انعكاس، قراءة، مناقشة مع الزملاء و استمرار في التعلّم بالإضافة إلى التزام بتطوير الشخصية الأخلاقية وهذا يعني تعلّم المزيد عن مزايا الأخلاق التي تركز على التحفيز والعاطفة الشخصية والمثاليات.

التعقل:

المحترف المتعقل لديه حكمة عملية وقادر على أن يفكر بحكمة حول القضايا الأخلاقية التي تواجهه في الممارسة العملية ويستطيع تطبيق ذلك في حل المشاكل بطريقة مرنة. التعقل يشمل معرفة متى، إذا، وكيف، يتم تطبيق القواعد الأخلاقية في ظروف خاصة. المحترف المتعقل يتصرف بحكمة وعناية ويعطي اعتباراً لمشاعر وتوقعات الآخرين.

السلامة:

السلامة تشير إلى قيم أساسية جيدة، أن تكون صادقاً، عادلاً، حافظاً لوعودك وقادراً على التصرف بطريقة أخلاقية. التصرف بخاصية السلامة يعني تأييد مجموعة المبادئ الأخلاقية ومعايير الممارسة حتى عندما يكون من الصعب تنفيذها مثل التصرف بطريقة غير أخلاقية مع صديق أو زميل. متى تصبح السلامة صلبة جامدة وتمنع المختص من المساومة حول الحل الأفضل؟ السلامة تشير إلى التزام الشخص القيم الأخلاقية. كيف يمكن للشخص الذي يؤمن بالسلامة أن يتصرف عندما تتعارض قاعدتان أخلاقيتان معاً؟ أولئك الذين يفتقدون للسلامة لا يستطيعون معرفة ماذا يفعلون وعندها يفقد عملاؤهم وزملاؤهم الثقة بهم.

الاحترام:

الاحترام هو الأخذ بعين الاعتبار المخاوف الخاصة بالآخرين خاصة إذا كانت أفعال الفرد تؤثر عليهم. ما الذي يريده العميل أن يحدث في هذا الظرف الخاص؟ كيف يمكن أن أساعد العميل في الحصول على ما يريد من خلال الإرشادات الأخلاقية المقبولة والقوانين؟ أن يكون محترماً هذا يقيد الطريقة التي تستجيب فيها للعملاء. الاحترام يعني معرفة ثقافة هؤلاء الأشخاص الذين تقوم بخدمتهم مثل معرفتك مثلاً أن الاتصال بالعين غير مقبول عند سكان أمريكا الأصلية.

الرعاية والتعاطف:

الرحمة والتعاطف تجاه الأشخاص يجب أن تكون مكوناً من مكونات شخصية ممارسي علاج العقل والجسم. العملاء يتوقعون من ممارسي الرعاية الصحية أن يكونوا مهتمين، لطفاء، مهتمين بمشاكلهم الشخصية. التعاطف يعني إظهار الاهتمام بمشكلة الشخص الآخر والتعاطف مع القلق الذي يعانيه. المحترفون يُتَوَقَّع منهم أن يكونوا مهتمين بعلاقاتهم مع العملاء. الرعاية هي أساس مساعدة الآخرين وتعني تقديم العناية بأفضل طريقة لمن يتم خدمته.

الجدارة والثقة:

الثقة مهمة لممارسي علاج العقل والجسم لتأسيس علاقات جيدة مع العملاء. العملاء يجب أن يكونوا واثقين من أن المعالج سيهتم بمشاكله وسيحفظ الوعود التي قطعها على نفه وسيتصرف من خلال مجموعة المبادئ الأخلاقية المقبولة ومعايير الممارسة.

ويرى الباحث أن جميع ممارسي علاج العقل والجسم يجب أن يكون لديهم التزام مدة الحياة بتحسين الشخصية الأخلاقية وأن يسعوا جاهدين للوصول إلى أعلى مستوى من الأداء الأخلاقي. وهذا يمكن أن يحدث عن طريق الاستمرار في التعليم، المناقشات مع آخرين. بالإضافة إلى أنه من المهم تطبيق القواعد الأخلاقية العالمية المتاحة والمفهومة والمناسبة، والقيم الأخلاقية المناسبة والقوانين ذات العلاقة ومعايير الممارسة. (Kitchener,2000: P.99)

الانفعالات وأثرها على الصحة:

هل يمكن للانفعالات أن تؤثر إيجاباً وسلباً على صحتنا ومرضنا، بمعنى أننا إذا زكينا الانفعالات السالبة (كالقلق والاكتئاب والغضب) يمكن أن يزيد هذا من قابليتنا للإصابة بالمرض، بينما يمكن للانفعالات الإيجابية (كالتفاؤل والمرح وروح القتال) أن تحمي من الأمراض، وتساعدنا على التثام جروحنا، وتؤثر في معدلات شفائنا؟ أن هذا السؤال على الرغم من بساطته إلا أنه يحمل

في طياته العديد من محاور الجدل والنقاش والسنوات الطوال التي استغرقها الباحثون في دراساتهم للإجابة عليه.

والحقيقة أن انفعالاتنا والطريقة التي نفكر بها ونشعر بها مسئولة عن المرض ولو في جزء منه. لقد أكدت الدراسات أن 50% على الأقل - ويرى البعض أن هذه النسبة يمكن أن ترتفع إلى 90-95% من المرضى الذين يذهبون للأطباء بشكاوي جسمية توجد لديهم مشكلات انفعالية واجتماعية، وأن 25% من هؤلاء المرضى يعانون من القلق والاكتئاب. ويعني هذا أن جذور هذه الأعراض تكمن في العقل أكثر من كونها جذوراً بدنية. (van,etal.,2001:P2)

لقد افترض وبينبكر (Ballenger, 2004) أن هناك منحى بعدياً Dimensional approach للانفعال وعلاقته بمؤشرات الصحة. فهما يفترضان أن الانفعال الموجب والسالب بعدين منفصلين ومستقلين للانفعال، وليس مجرد طرفي نقيض لمتصل واحد. وقد وجدا من البراهين ما يشير إلى علاقة الانفعال السالب بالأعراض الجسمية، وأن هذه العلاقة مستقلة عن طبيعة المكونات الانفعالية المختلفة (القلق والاكتئاب والغضب) وأنه ليس من الضروري أن نميز بين هذه الانفعالات السالبة لتحقيق العلاقة السببية بين الانفعال والمرض. (Ahearn, 2007: P.365)

والحقيقة أن العلاقة بين الانفعال والمرض علاقة تفاعلية متعددة المكونات، وهي ثنائية الاتجاه. فالانفعالات تلعب دوراً في أحداث المرض، كما أن المرض يلعب دوراً لا يقل أهمية في أحداث الانفعال. ويمكن أن نرى هذه العلاقة ثنائية الاتجاه على كل من مستوى أجهزة الجسم System level وعلى المستوى المعرفي Cognitive level. فالفشل في التعامل مع الضغوط والاكتئاب يؤديان - على مستوى أجهزة الجسم - إلى نمط جسمي من النشاط الاكتئابي متمثلاً في نقص المناعة نتيجة إفراز الكورتيزون. كما أن الانفعالات يتم تخزينها في أماكنها بالمخ، وأي تنشيط لهذه الأماكن ينتشر عبر المكونات العصبية ليكون استجابة حركية إدراكية منظمة. والمواد التي يفرزها الجهاز الغدي (الأدرينالين مثلاً) تسير في الدم لتصل إلى مستقبلات الخلايا (العصبية والعضلية والمناعية) وتؤدي إلى تغيرات فسيولوجية عامة وموضعية في الجسم. وكأن هذه المواد الكيميائية هي التي تخلق وتنظم الحالات السلوكية، بالإضافة إلى أن نشاطها وتغذيتها المرتجعة يلعبان دوراً في نشأة الحالات المزاجية والحفاظ عليها. فالانفعالات ترسل إشارات كيميائية إلى المخ الذي يستجيب بدوره في تغيير العمليات الفسيولوجية اللاإرادية، مما ينتج عنه اضطراب يؤثر على الطريقة التي يستجيب بها جهاز المناعة لهذه الرسائل القادمة إليه من المخ. ويتأثر جهاز المناعة بانفعالاتنا بشكل كبير سواء كانت انفعالات سلبية أو إيجابية، حيث تساعد الانفعالات الإيجابية على تحسين استجابات المناعة ومن ثم تحافظ على الصحة.

ويرتبط كبت الانفعالات بالاستعداد للإصابة بالأمراض بما فيها السرطان، إلى الحد الذي يمكن القول معه بأن أولئك الأفراد الذين يكتبون انفعالاتهم ترتفع لديهم نسبة الإصابة بالسرطان 16 ضعفاً مقارنة بأولئك الذين يعبرون عن انفعالاتهم، ويتعاملون بنشاط وفاعلية مع مشاعر الإحباط والغضب. ويعني هذا أن تفريغ الانفعالات مسألة ضرورية، لأن كبتها سيؤدي على تفريغها بشكل أو بآخر، وأحد طرق التفريغ يكون عبر الأعراض الجسمية. أن الانفعالات يمكن أن تكون مؤشراً للإصابة بالسرطان أكثر من تدخين السجائر أو عوامل الخطورة الأخرى. (Agaibi,2005:P197)

وهناك سبب فسيولوجي يوضح لنا كيف تؤثر الانفعالات على صحة الفرد، حيث ترتبط أجزاء عديدة من المخ بانفعالات وبهرمونات بعينها، وإفراز هذه الهرمونات يرتبط باستجابات نوعية تؤثر على الصحة. ولتوضيح أثر الانفعالات على الجسم ومدى ارتباط ظهور الأعراض المرضية بمواقف الانفعال السلبية تشير نتائج الدراسات التي أجريت على المرضى السيكوسوماتيين لتحديد طبيعة هذه العوامل إلى ما يلي:

1. يصاب المرضى بالإسهال عندما يريدون التخلص من موقف بعينه أو من شخص ما.
 2. يصاب المرضى بالإمساك عندما يكون عليهم الحفاظ على مشكلة عvisية الحل.
 3. يصاب المرضى بالغثيان عندما يرغبون في شيء ما لم يحدث مطلقاً من قبل.
 4. يصاب المرضى بالقرحة عندما تكون لديهم رغبة في الانتقام.
 5. تحدث أزمات الربو عندما يواجهون موقفاً لا قبل لهم بمواجهته (Beckner,2008:P99)
- ويمكن أن نلخص ما توصلت إليه الدراسات في شأن تأثير الانفعالات على جهاز المناعة وأجهزة الجسم المختلفة فيما يلي:

1. في حالات الحساسية والربو يفرز جهاز المناعة خلايا E-Immunoglobulin وهي نفس الخلايا التي ترتفع معدلاتها في حالة التعرض للضغط الانفعالي.
2. يؤدي الضغط الانفعالي إلى زيادة إفراز الأدرينالين من الغدة الكظرية، مما يؤدي إلى انقباض الشرايين بشكل عام، وشرايين القلب بشكل خاص، وهو الأمر الذي يزيد من نسبة حدوث ارتفاع ضغط الدم، والذبحة الصدرية. (Klimes,etal.,2008:P79)
3. يؤدي الضغط الانفعالي إلى تقلص عضلات الجسم بشكل عام، وقد تبين أن 90% من شكاوي آلام الظهر، وآلام الرقبة تحدث نتيجة التوتر الانفعالي، ومن ثم يكون انقباض

العضلات استجابة انفعالية للضغط، إلى الحد الذي يمكن اعتباره ميكانيزماً دفاعياً في المواقف التي لا يستطيع الفرد مواجهتها. (Hayward,2004: P85)

4. لوحظ أن التركيب الكيميائي للعاب يتغير أثناء التوتر الانفعالي، كما تتغير نسبة البكتيريا الموجودة فيه، وهذا التغير هو المسئول عن تسوس الأسنان

5. تؤدي الضغوط إلى ضعف جهاز المناعة، وتقليل عدد الخلايا القاتلة الطبيعية Natural Killer التي تعمل على مهاجمة الخلايا الغريبة وتدميرها، ونقص عدد هذه الخلايا يؤدي إلى تراكم الخلايا السرطانية دون أن تجد من يدمرها.

6. تؤدي الانفعالات السلبية كالقلق والاكتئاب إلى زيادة إفراز الأدرينالين الذي يقوم بتحويل الجليكوجين المختزن في الكبد إلى سكر بالدم، مما يزيد من مستواه فوق طاقة البنكرياس في استهلاكه، مما يؤدي إلى الإصابة بمرض السكري. (Bolton,2000:P24)

7. ترتبط قرحة المعدة بالاضطرابات الانفعالية، حتى أنه يقال أن العلاقة بين العقل والمعدة علاقة متضافرة بشكل حميمي كبير. وقرحة المعدة مثلاً على الرغم من اكتشاف الميكروب المسبب لها H.Pylori إلا أن العوامل النفسية والاجتماعية تلعب دوراً كبيراً في الإصابة بها. فقد اوضحت الدراسات أن مرضى قرحة المعدة يعانون من مستويات مرتفعة من الضغوط والقلق والاكتئاب ومشكلات العمل والمشكلات الزوجية. بل أن 40-60% من الأفراد العاديين لديهم هذا الميكروب، الذي يعد الآن السبب المباشر لقرحة المعدة، ولكن 7% فقط من هؤلاء الأفراد هم الذين يصابون بالقرحة. وهم أكثر الناس الذين يعانون من الاكتئاب الذي يزيد من إفراز المعدة. (Brewin,2000,) (P274)

كذلك تبين أن انخفاض المستوى الاجتماعي والاقتصادي يزيد من معدل الإصابة بالمرض ولمزيد من توضيح أثر الحالات الانفعالية على الأمراض الجسمية، يمكن مناقشة الموضوع من خلال أكثر الانفعالات ارتباطاً بهذه الأمراض، وهي الغضب والعدائية والقلق والاكتئاب. (Broadbent,etal.,2007:P76)

الغضب:

يُعد الغضب حالة انفعالية مؤقتة تربط بين التيقظ الفسيولوجي والتيقظ الانفعالي Physiological and emotional arousal ، وهذا التيقظ يمكنه أن يؤثر على صحة الفرد بصورة أو بأخرى. وقد زاد الاهتمام بدراسة الغضب بشكل خاص في مجال دراسات أمراض القلب،

واختلفت الآراء حوله بين من يراه عاملاً مؤدياً إلى هذه الأمراض، ومن يرى أن نمط السلوك (أ) في حد ذاته لا يؤدي إلى أمراض القلب، وأن متغير الغضب كاف إذا ما توفر لدى أصحاب هذا النمط لأن يؤدي إلى المرض. ويصبح الغضب خطيراً ومهدداً فقط عندما يتم كبته لفترة طويلة ثم يتم التعبير عنه. (Broadbent,2007:45).

وترتبط الأمراض السيكوسوماتية بشكل عام، وأمراض القلب بشكل خاص بما يسمى بالغضب للداخل Anger-in الذي يعرفه ديمبروسكي وآخرون (Dembroski,etal,1987) بأنه عدم الرغبة في التعبير عن مشاعر الغضب والتوتر بشكل لفظي، أو بأي طريقة أخرى تجاه مصدر الإحباط. كما ترتبط هذه الأمراض بما يسمى بالقابلية للعدائية Potential for hostility وهي الميل الثابت نسبياً للمرور بخبرة متفاوتة الدرجات من الغضب والاستياء والتوتر.

ويؤثر الغضب في الجسم نتيجة لمجموعة الاستجابات الفسيولوجية المصاحبة له، والتي ترجع على زيادة إفراز الأدرينالين، وتتضمن هذه الاستجابات: تغير في توتر العضلات، طحن الأسنان، آلام في الرقبة، الشعور بالتعب، آلام الصدر، ارتفاع ضغط الدم، الصداع، فقدان الشهية، آلام المعدة، سوء الهضم، الإسهال. (Clark,1999 :P87)

العدائية:

تمثل العدائية حالة مزاجية سلبية تتميز بالتعبير عن الغضب والتوتر، وتعد تراكمًا مستمرًا لكل منهما. وتتضمن مكونات ثلاثة: مكوناً اتجاهياً حيث يكون الفرد العدائي ساخراً ومتهمكاً من الآخرين. ومكوناً انفعالياً حيث يعبر الفرد عن غضبه باستمرار. والمكون الثالث سلوكي يظهر في سلوكيات الفرد المهددة للآخرين، مع الرغبة في إيذائهم لفظياً وبدنياً (Ubell,1990: Friedman,1991). ويرى فريدمان أن المكون الأساسي في نمط السلوك (أ) هو العدائية والتي تتضمن مظاهرها: التوتر أو الغضب على أقل الأخطاء من الآخرين، عدم القدرة على الضحك على ما يضحك عليه الآخرون، عدم الثقة والتشكك في الآخرين، الانشغال بأخطاء الناس، افتخار الفرد العدائي بقيمه ومعتقداته.

(العدائية التضادية) يُعد مؤشراً تنبؤياً بأمراض القلب التاجية، وواحداً من مؤشرات أخرى عديدة للشخصية المعرضة للمرض، والتي تتميز بالاكتئاب والقلق، والحالات المزاجية السالبة الأخرى، بل أن العدائية لا تعد مؤشراً للإصابة بأمراض القلب التاجية فقط، وإنما لكثير من الأمراض الأخرى. (Blackledge,etal.,2004:P99)

وتؤثر العدائية بشكل كبير على الجهاز العصبي المركزي وعلي هرمونات الجسم الذي يحاول دائماً أن يعيد الجسم إلى حالة الهدوء التي افتقدها. كذلك يستمر إفراز الكورتيزون، ويؤدي استمرار وزيادة هذه الهرمونات إلى تغيرات كبيرة في أعضاء الجسم نوجزها فيما يلي:

1. أمراض القلب الفجائية.
2. تصلب مبكر للشرايين مما يزيد من فرصة التعرض لأمراض القلب.
3. انخفاض وظائف الجهاز المناعي مما يقلل من قدرة الجسم على مقاومة الأمراض.
4. التأثير على الحمض النووي DNA ومن ثم يفقد الجسم أو خطوطه الدفاعية ضد المرض بما في ذلك السرطان.
5. انخفاض دخول السكر إلى خلايا المخ، مما يؤدي إلى اضطراب وظائفها وشيخوختها المبكرة

الهم والقلق والخوف:

يعد الكرب والهم Worry والقلق انعكاساً لمحاولاتنا في التعامل عقلياً مع اهتماماتنا ومخاوفنا، وهو ليس أمراً سيئاً دائماً، بل أنه قد يكون مفيداً في كثير من الأحيان، إذ يساعدنا على زيادة تيقظنا وعلي اتخاذ خطوات إيجابية في التعامل مع الأشياء التي نتوقعها بشكل سيئ. ويصبح الهم أمراً سيئاً عندما لا نستطيع أن نحافظ على قلقنا بشكل واقعي، أو عندما تتزايد مخاوفنا إلى الدرجة التي تعيق حركتنا وسلوكنا. وفي هذه الحالة يتحول إلى أعراض وشكاوي جسمية. (P75: Brewin,1998)

الاكتئاب واليأس:

يمثل الاكتئاب نزلة البرد في الأمراض النفسية Common cold of mental illnesses ومثله مثل نزلة البرد يمكن أن يظهر بأعراض عديدة ومتنوعة، وبعض هذه الأعراض يكون جسماً في شكل الصداع وآلم الصدر وآلام الظهر وآلام المفاصل وصعوبة التنفس والمشكلات المعوية المعوية. وترسب المواقف الضاغطة عادة مشاعر العجز واليأس وفقدان السيطرة، وكلها تمثل أكثر المظاهر النفسية للاكتئاب. وأولى استجابات الفرد للاكتئاب والضغط يكون على مستوى الجهاز العصبي المركزي والجهاز الغدي، وكلاهما على علاقة وطيدة بالجهاز المناعي، ومن ثم تؤدي هذه الضغوط إلى سوء تنظيم الاستجابة المناعية، وتترك الفرد أكثر عرضة للإصابة بالأمراض والاورام وأمراض المناعة الذاتية Autoimmune diseases. فالضغوط تعمل على زيادة إفراز الكورتيزون

الذي يتسبب بدوره في الإصابة بالاكتئاب، وذلك عن طريق محور الهيوثلاموس-النخامية-الكظرية. وقد تبين أن الاكتئاب الناتج عن التعرض للضغوط يرتبط بزيادة القابلية للإصابة بالأمراض، والتي ترجع إلى زيادة إفراز الغدة الكظرية للكورتيزون الذي يقلل من مناعة الجسم. ويمكن توضيح الآثار الفسيولوجية لمشاعر العجز من خلال انسحاب المريض إلى حالة من قلة أو عدم الحركة والنشاط في استجابة انسحابية تتميز بتغيرات فسيولوجية نوعية حيث تقل المناعة نتيجة إفراز الكورتيزول، كما يزيد إفراز العصارة المعدية، ويتغير إيقاع القلب. وفي جامعة روشستر قام فريق علاجي من الأطباء بدراسة امتدت لعشرين عاماً لبحث ما أسموه بمركب الاستسلام Giving-up Complex في محاولة لتحديد الظروف التي يحدث في ظلها المرض من ناحية، وأن يقوموا بعزل هذه العوامل من ناحية أخرى. وتبين بعد كل هذه السنوات أنه لا يوجد سبب واحد كاف لحدوث المرض، ولكن هناك العديد من العوامل التي تتفاعل معاً وتؤثر على القابلية والاستهداف للمرض. كما تبين أن أكثر الوفيات تحدث مع الشعور الكبير بالعجز، وعدم القدرة لا على الهرب ولا على القتال. ويؤدي مركب الاستسلام إلى جعل المرضى لا يشعرون فقط بأنهم غير قادرين على عمل شيء ما لأنفسهم، بل وأن الآخرين أيضاً لا يمكنهم فعل شيء لهم. (Blackledge.2004:P88)

التعرض للضغوط:

يُعد مفهوم الضغوط Stress واحداً من المفاهيم المهمة في علم النفس، ويشير المفهوم إلى ثلاثة معان:

الاول: يتعلق بطبيعة المثبرات التي يتعرض لها الفرد، ويتضمن الإشارة إلى موقف أو حدث خارجي يمثل تهديداً أو احتياجاً. **والثاني:** يتعلق بطبيعة الاستجابة، ويشير إلى الضغوط باعتبارها استجابة الفرد للمثبرات البيئية التي تهدده. والمعنى الثالث يتعلق بالنموذج التفاعلي Transactional Model الذي وضعه لازاروس وفولكمان (Lazarus& Folkman,1984:P109)

والذي لا تقع فيه الضغوط على جانب المثير أو الاستجابة، وإنما على العلاقة التي تربط بين الفرد والموقف في تفاعلها معاً، بمعنى أن الضغوط يمكن الحديث عنها من خلال طبيعة التفاعل بين الفرد والموقف Person-Situation Interaction، وذلك عندما يظهر عدم التوازن بين متطلبات الموقف من ناحية، وقدرة الفرد المدركة على أن يحقق هذه المتطلبات من ناحية أخرى، أي عندما تزيد متطلبات الموقف عن قدرات الفرد. (Blackledge, 2004:P300)

مقارنة بين استجابة الضغوط بالإنسان البدائي والمعاصر:

طبيعة استجابات الجسم لهذه الضغوط على صعيد أجهزته كلها على النحو التالي:-

1. تبدأ الغدة الكظرية في دفع الكورتيزون في الدم بشكل زائد مما يؤدي إلى اضطراب جهاز المناعة، وزيادة احتمالية الإصابة بالأمراض ومنها السرطان، نظراً لتأثير الهرمون على الغدد الليمفاوية.
2. تفرز الغدة الدرقية هرمون الثيروكسين الذي يعد مهماً في عملية التمثيل الغذائي، والذي كان يمد الإنسان البدائي بالطاقة لمواجهة الخطر، ولكنه لا يفعل ذلك الآن لأننا لا ندخل في معركة حياة أو موت، ومن ثم تظهر علينا أعراض أخرى نتيجة زيادته من قبيل الأرق وعدم تحمل الحرارة والإعياء، وهذا هو السبب الذي يفسر نقص الوزن أثناء التعرض للضغوط.
3. يفرز الهيبوثلاموس موصل الاندورفين وهو أحد أفيونات المخ الطبيعية التي تساعدنا على تحمل الألم، والذي كان يساعد الإنسان البدائي على تحمل الجروح والآلام التي كانت تصيبه عند تعامله مع الخطر، لكنها تؤدي الآن إلى الصداع النصفي، وآلام الظهر، وآلام المفاصل أثناء تعرضنا للضغوط.
4. ينخفض إفراز الهرمونات الجنسية أثناء التعرض للضغوط، وهذا النقص كان ذا فائدة للإنسان البدائي حيث تقل رغبته الجنسية، وتزيد قدرته على مواجهة الخطر، أما الآن فإن اضطراب هذه الهرمونات يؤدي إلى صعوبات جنسية ونقص الرغبة والعقم.
5. يزيد إفراز السكر في الدم مما يؤدي إلى زيادة إفراز الأنسولين لحرق هذا السكر والحصول على الطاقة اللازمة لمواجهة الخطر، ولكن الآن تؤدي زيادة الأنسولين إلى انخفاض السكر بالدم Hypoglycaemia ، ويمثل إفراز الأنسولين عبئاً على البنكرياس الذي تقل قدرته على إفراز الأنسولين مع الوقت، ويصاب الفرد بالسكر نتيجة تعرضه للضغوط باستمرار.
6. يفرز الكبد أثناء التعرض للضغوط الكوليستيرول الذي يعمل على تزويد العضلات بالطاقة عندما يقل معدل السكر في الدم، وهذه الوظيفة كانت مفيدة للإنسان البدائي، ولكن هذه الزيادة الآن تؤدي إلى الإصابة بتصلب الشرايين، وزيادة كثافة الدم، ونصبح أكثر عرضة للإصابة بالجلطات وأمراض القلب.

7. عند التعرض للضغوط يعمل القلب على زيادة معدلات انقباضه ليزيد من التغذية الدموية لكل أجهزة الجسم حتى يتخلص الإنسان من الخطر، ومن ثم تعود الأمور إلى طبيعتها الفسيولوجية، ولكن أين هذا الخطر الآن، أن استمرار الضغوط التي لا تنتهي يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب. (DePrince.etal,2002:P78).

والحقيقة أن هناك أكثر من 1400 استجابة فسيولوجية تحدث عند التعرض للضغوط، ومن أكثرها شيوعاً وانتشاراً أعراض من قبيل الصداع والأرق وآلام الظهر والرقبة وعسر الهضم وفقدان الشهية وخفقان القلب... الخ. أن الأمر يعني ببساطة أن أجهزة الجسم وأسلحته نستخدمها الآن في المعركة الخطأ، فلا توجد معارك حقيقية تستدعي استجابات الكر والفر. (Denot,etal.,1998:P45-46)

ويعتبر المخ أول الأعضاء التي تتأثر بالضغوط، ويستجيب لها بتنبيه بقية الأعضاء للتعامل والتوافق مع هذه الضغوط. وتشير الدراسات الحديثة أن المخ يظل يرسل تنبيهاته لأعضاء الجسم لمدة 72 ساعة بعد توقف الموقف الضاغط. ويعني هذا أن استمرار التعرض للضغوط يؤدي إلى تنبيه المخ بشكل متكرر ومستمر، ومن ثم استمرار تنبيه باقي أعضاء الجسم. والحقيقة أن المخ لا يستطيع أن يفرق بين الضغوط التي يتعرض لها الفرد، بل أنه يتعامل معها بنفس الطريقة بغض النظر عن نوعها ومصادرها. فهو يفرز أمينات الكاتيكول Catichol Amins لتنشيط أجزاء الجسم الأخرى كالغدة النخامية والدرقية والكظرية، وهذا التنشيط المستمر لا يؤثر على أجزاء الجسم فقط، ولكنه يؤثر على خلايا المخ ذاته، مما يؤدي إلى موتها. (Denot,etal.,1998:P304).

والواقع أن الضغوط في حد ذاتها لا تتسبب في حدوث الأمراض الجسمية و لكن تلعب العمليات النفسية الوسيطة دوراً مهماً في ذلك. ونعني بهذه العمليات تفسير الموقف الضاغط، وإدراكه وتقييمه، وأساليب التعامل معه كما سبق وذكرنا ويطلق سيلجمان Seligman 1988 على وجهة النظر التي يتبناها الفرد في تقييمه لمصادر الضغوط وتهديداتها النمط التفسيري أو التعليلي Explanatory Style ويقصد به طريقة التفكير التي يستخدمها الفرد في تفسير الأحداث التي يمر بها، وخاصة الأحداث السيئة. ويؤثر هذا النمط تأثيراً كبيراً في الصحة والمرض، فالفرد المتشائم على سبيل المثال يعزو الأحداث السيئة في حياته - كفقد وظيفة أو انهيار زواج مثلاً - إلى أسباب مستمرة أو طويلة المدى، وهذه الأسباب يرجعها عادة إلى أخطائه هو، بينما يرى المتفائل أن هذه الأحداث ترجع لأسباب مؤقتة ومحدودة لمشكلة بعينها. ويتميز الأفراد الذين يتبنون نمطاً تفسيرياً متشائماً بثلاثة خصال: أنهم يفترضون أن المشكلة مستمرة ولن تنتهي، ويعتقدون أنها مشكلة عامة، وأنها تعود إلى أخطائهم هم. وباختصار فالمتشائم يعزو مشاكله لقصور شخصي

مستمر، وأن هذا القصور يكمن وراء كل شئ يفعله. ويؤكد سيجيل Siegel أن النمط التفسيري السالب نمط ضار جداً على الصحة و بينما ينبه النمط الإيجابي المتفائل المشاعر الإيجابية التي تنشط جهاز المناعة وتدفع بأنظمة الشفاء في الجسم للقيام بعملها.

2-3-5 أثر العقل على الصحة:

يقول جون ملتون: "أن العقل في حد ذاته يمكن أن يجعل الجحيم سعادة، والسعادة جحيماً". وهي مقولة أثبتتها نتائج العديد من الدراسات التي أجريت بهدف التعرف على العوامل التي تساعد الفرد على الحياة بعيداً عن إصابته بأمراض الضغوط. وأصبح من المقبول الآن وجود مفهوم الشخصية المحصنة Immune-prone personality والذي يعني الشخصية التي تتوفر لديها القدرة على تحمل الضغوط والمشقة، من خلال توفر أساليب فعالة للتعامل مع هذه الضغوط بكفاءة، مما يقلل من الآثار السلبية لها، ومن ثم تصبح هذه الشخصية محصنة ضد الإصابة بالمرض. (Davis,2011 :P203)

وقد حدد سميث مجموعة من العوامل التي أسماها بمخففات أو معدلات الضغوط Stress Buffers أي العوامل التي تقلل من الآثار السلبية الناتجة عن الضغوط، حيث أشارت نتائج العديد من الدراسات إلى أن هذه العوامل تتضمن: عوامل خارجية كالمساندة الاجتماعية، وعوامل داخلية - وهي الأكثر - كإحساس بالسيطرة والتحكم، وروح الدعابة، وتقدير الذات، والتفاؤل والقدرة على التحمل. (Wheeler&Frank.1988). فكيفية رؤيتنا للموقف الضاغط وتقييمنا له، والتعرف على مصادرها الداخلية في تعاملنا معه ذات أهمية بالغة في تحديد آثار الضغوط علينا. لقد أدت نتائج دراسات البحوث التي أجرتها كوباسا (Kobasa) على مدى 3-4 عقود إلى تحديد خصائص الشخصية التي تزيد من نشاط جهازنا المناعي بل وتحسنه، بما يجعلنا أقل عرضة للإصابة بالآثار السيئة للانفعال.

2-3-6 العوامل الإيجابية ودورها في الحفاظ على مستوى مرتفع من الصحة النفسية والبدنية:

1- الأمل والتفاؤل وتحمل المشقة:-

" أن ترى نصف الكوب ممتلئاً أفضل من أن ترى نصفه فارغاً "، إنها عبارة تعكس بشكل بسيط مدى تفاؤل الشخص وأمله ورؤيته في الحياة. أن الشعور بالأمل والتفاؤل يلعب دوراً كبيراً في صحتنا البدنية والنفسية، فهو يرتبط بمعدلات مرتفعة من الصحة والمناعة الجيدة، أنه لا يحسن

الصحة فقط، ولكنه يطيل العمر. (Scheier&Carver,1992). والواقع أن الأمل الحقيقي يعد أحد العناصر الدينامية الهامة في الشخصية السوية، وهو انفعال موجب يدفعنا للإنجاز والعمل في اتجاه المستقبل، أنه يعطينا توقعات واحتمالية الأهداف الجديدة في حياتنا، وينشط اعتقادنا فيما يجب أن نفعله، أنه يعني ببساطة أن هناك شيئاً ما يمكن الحصول عليه ويمكن حدوثه. ويعرف الأطباء أنفسهم دور الأمل في تحسين صحة مرضاهم، فالأمل ليس مجرد حالة عقلية يعيشها الفرد، ولكنه يؤدي إلى تغيرات كيميائية في الجسم، ويؤثر على وظائف الجسم كلها بما فيها المناعة، ويؤثر أيضاً على عمليات الشفاء. (Cousin,1989:65-66). كما تؤكد الجمعية الطبية الأمريكية من حين لآخر على ضرورة وأهمية ألا نخفي شيئاً من التشخيص عن المريض، وتؤكد في الوقت ذاته على تأكيد الأمل له حتى لو كان في لحظاته الأخيرة.

(Davidow,etal.,2006:P443-444)

ويشير الباحث هنا إلى أن تأثير الأمل على الصحة بمعنى أن الأمل يصنع الكثير في صحة الفرد، فالأفراد الذين يرون أنفسهم في أحلك المواقف قادرين على فعل شيء ما بغض النظر عن الظروف المحيطة بهم، هم أفراد قادرون على تحمل الضغوط وتجاوزها، وهو ما بالقدرة على تحمل المشقة أو الصلابة النفسية Hardiness والذي يشير إلى مجموعة من السمات تساعد الأفراد على دارة الضغوط بشكل فعال، ويعني هذا المفهوم مجموعة معتقدات الفرد عن نفسه وعن العالم وكيفية التعامل معه، وتتشكل هذه الخصائص من التزام الفرد بما يفعله، ومن شعور بالسيطرة على الحياة مع مشاعر التحدي وتنصف هذه الصلابة تبعث على السيطرة والتحكم Control، والالتزام Commitment، والتحدي Challenge. أما السيطرة فتعني اعتقاد الفرد الراسخ بأنه يستطيع أن يؤثر في الأحداث، وأن لديه من الاستجابات ما يمكنه من تغيير مجرى الأحداث السيئة، كما أن لديه القدرة على تعديل استجاباته وتعديل الآثار الضارة الناتجة عن المواقف الضاغطة، بدلاً من شعوره بالعجز وأنه ضحية. وبالطبع لا تعني السيطرة أن نتحكم في البيئة وفي الظروف المحيطة. أما الالتزام فيعني درجة اعتقاد الفرد بقيمته الحقيقية، وبدوره في كل ما يدور من حوله، وأن يكون ذا شأن فيما يجري من أحداث تجاه نفسه وأسرته وعمله وأي شيء مهم في حياته، ومن ثم الشعور بأنه في قلب الحياة وتيارها، أنه يلتزم بمهامه ويندمج فيها كلية وفي مقابل الأمل والقدرة على تحمل الضغوط يوجد عامل اليأس Hopelessness الذي يعني التوقعات السلبية للمستقبل، والاعتقاد بأن هذا المستقبل لن يحمل إلا كل ما هو سيئ، وأن الفرد لن يستطيع الوصول إلى أهدافه، ومن ثم يفقد الدافعية للقيام بأي فعل بناء للسيطرة على أمور الحياة.

2- الدعم والمساندة الاجتماعية:

تمثل المساعدة الاجتماعية Social support مجموعة الروابط والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين التي يمكن الاعتماد عليها، والثقة بها وقت إحساس الفرد بالحاجة إليها لتمده بالسند العاطفي. وهي تعني تعبيرات القبول والتفاعل والمبادأة في تقديم العون والمساعدة. كما أنها تشير إلى مدى وجود أشخاص يمكن للفرد أن يثق فيهم ويعتقد أنه في وسعهم أن يعتنوا به ويقفوا بجانبه. (Davidow,etal.,2006:P77)

كما ويرى الباحث أثر المساندة الاجتماعية في الصحة والمرض، والتي توضح أن الأفراد الذين يتمتعون بعلاقات اجتماعية قوية-بغض النظر عن مصدرها- يعيشون أطول من الأفراد المنعزلين، وأن أصحاب شبكة العلاقات الاجتماعية الحميمة قادرون على تجنب المرض

3- الروح القتالية:

تلعب الروح القتالية Fighting spirit دوراً مهماً في الصحة والمرض، وتعني التعبير الصريح عن الانفعالات سواء كانت إيجابية أو سلبية. والأفراد الذين يمتلكون هذه الروح يتقبلون مرضهم وتشخيصهم بشكل كامل، ويتبنون اتجاهات تفاؤلية مليئة بالإيمان، ويبحثون عن معلومات عن كيفية مساعدتهم، مع التقرير بأنهم سيحاربون المرض، من منطلق " لن أدع اليأس يقتلني". والروح القتالية تحرك جهاز المناعة وتؤثر في الأعراض، على عكس ما يفعله الشعور بالعجز، ويبدو أن العامل الكامن وراء ما يسمونه بالتراجع التلقائي والمفاجئ spontaneous remission للأعراض، أي تحسن المرض دون تفسير واضح إنما يكمن في وجود هذه الروح القتالية. (Dagleish,2001:P88)

4- الإيمان والقوة الروحية:

تعد القوة الروحية Spiritual power أحد العوامل التي تؤثر في الصحة. ولا تعني الروحانية الدين، وإن كانت حجر الزاوية فيه. كما أن الصحة الروحية Spiritual Health ليست الصحة البدنية، فالفرد قد يستمتع بقدر مثالي من الصحة الروحية على الرغم من أنه يعاني من المراحل النهائية لمرض السرطان. (Dagleish,2001 :P29)

أن هناك بُعداً ثالثاً للعقل والبدن وهو بعد الروحانية، والذي له تأثير كبير على صحتنا. وقد قام سيمونون خلال دراساته على مرضى السرطان في مراحله النهائية بتعليم المرضى ومساعدتهم في التغلب على الخوف من المرض، كما علمهم كيفية القيام بتخيل بصري visual imagery يرون من خلاله أن جهاز المناعة لديهم يقوم بمهاجمة الخلايا السرطانية ويدمرها. وكانت المفاجأة

أن هذا التدريب أدى بالفعل إلى تنشيط الجهاز المناعي لدى هؤلاء المرضى، وبدأ في مهاجمة الخلايا السرطانية وبدأ المرضى في التحسن، وبعد أن كان هؤلاء المرضى ينظرون إلى السرطان كمرض لا علاج له، وأنهم ميتون لا محالة، وأن النشاط الدفاعي قد توقف لديهم، استطاعوا بعملية التخليل هذه أن ينشطوا المناعة التي توقفت وبدعوا في التحسن.

علم نفس الصحة:

يعتبر علم نفس الصحة Health Psychology أحد الفروع الحديثة نسبياً في علم النفس، حيث تأسس هذا العلم في أواخر سبعينيات القرن العشرين على يد ماتارازو Matarazzo كنتيجة لتقدم الأبحاث وغازرة نتائجها في مجال العلاقة المعقدة بين العقل والبدن. وهو العلم الذي يدرس العوامل النفسية والسلوكية التي لها صلة مباشرة بالصحة والمرض، ويهتم بالتفاعل القائم بين العقل والبدن، ذلك التفاعل الذي يؤثر على الصحة البدنية والنفسية. وهو بمعنى آخر العلم الذي يهتم بكيفية تأثير انفعالات الفرد وأفكاره وسلوكياته وعاداته الغذائية، وتفاعلاته الاجتماعية على صحته البدنية، وفي نفس الوقت الاهتمام بكيفية تأثير الحالات المرضية البدنية على سلوك الفرد وحالته الانفعالية. (Dalglish,2001:P123)

ويهتم علم النفس بمفهوم جديد للصحة لا يقف عند حدود الخلو من الأمراض، وإنما الشعور بحسن الحال والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية. كما يهتم بمفهوم نوعية الحياة وجودتها Quality of life والذي يعني إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق النسق القيمي والثقافي الذي يعيش فيه، وفي إطار أهدافه وتوقعاته ومعايير واهتماماته. وتتأثر هذه النوعية بصحة الفرد البدنية، وحالته النفسية، ومستوى استقلاليتته وعلاقاته الاجتماعية وعلاقته بالبيئة.

ومن ثم تتعدد مجالات علم نفس الصحة، وتغطي تطبيقاته أبعاداً وقائية وعلاجية وتحسين صحة الفرد الجسمية والنفسية. ويمكن تحديد هذه الأبعاد فيما يلي:-

1. الوقاية من الأمراض وعلاجها Disease prevention treatment من خلال الاهتمام بإدارة الضغوط وكيفية التعامل معها، وتغيير العادات الصحية السيئة لمنع حدوث المرض كجانب وقائي، والتعامل مع الأمراض والأعراض وإعادة تأهيل المرضى.
2. تحسين الصحة والارتقاء بها Health promotion، وذلك من خلال فحص سلوكيات الفرد الصحية وعاداته كالتدخين وتناول الخمر، وأنشطته الرياضية، وطبيعة الطعام الذي يتناوله، وكل ما من شأنه يمثل عامل خطورة على صحته بشكل عام.

3. دراسة دور العوامل النفسية والاجتماعية بل والثقافية في حدوث المرض، وأثر ذلك على صحة الفرد ومناعته، وتأثير المساندة الاجتماعية والعلاقات الشخصية على المرض والصحة.

4. وضع سياسات أنظمة الرعاية الصحية، والتعرف إلى كيفية تعامل الأفراد مع أطباء الرعاية الصحية ومؤسساتها، وأثر هذه العلاقات على صحة الفرد ومطاوعته في تناول العلاجات، وأثر ذلك على معدلات الشفاء. (Dalglish,2001:P102).

علم المناعة النفسي العصبي:

يعد علم المناعة النفسي العصبي Psychoneuroimmunology أحد المجالات الحديثة في علم نفس الصحة، ويعد علماً بينياً Interdisciplinary يجمع ما بين العلوم العصبية والمناعة وعلم النفس الاجتماعي، ويهتم بكيفية تأثير العقل على البدن ووظائفه، وخاصة الجهاز العصبي والجهاز المناعي. ويرتبط ذلك بمفهوم الاتزان الحيوي Homeostasis الذي يعني التوازن الأمثل بين الهرمونات وجهازنا المناعي وجهازنا العصبي، وهذا التوازن هو الذي يحمينا من التهديدات التي تتهدد حياتنا بشكل يومي. وأي استجابة انفعالية مضطربة أو أي شعور بفقدان السيطرة يؤدي إلى اضطراب هذا الاتزان، ومن ثم تخرج الوظائف البدنية عن السيطرة. ومن المثير للدهشة أن الجزء المسئول عن تنظيم هذه الوظائف الحيوية الفسيولوجية هو ساق المخ، وهو نفسه الذي يسيطر على استجاباتنا الانفعالية.

والحقيقة أن العديد من الباحثين حاولوا في أوائل القرن العشرين فحص العلاقة التفاعلية بين الجهاز العصبي والجهاز المناعي، ولكن معظم هذه الدراسات أهملت، وتركز الاهتمام على آثار الضغوط النفسية على الجهاز الغدي فقط. وقد نشر جورج سولومون G.Solomon بحثاً بعنوان " الانفعالات-المناعة-المرض" وضع فيه التصورات المبدئية لعلم المناعة النفسي العصبي، وبعد عشرين عاماً استطاع آدر وكوهين. (Ader&Cohen,1981:P159)

أن يلخصاً كل الأعمال القيمة التي اوضحت العلاقة التفاعلية الوظيفية بين كل من الجهاز العصبي والجهاز المناعي والجهاز الغدي. وقد أشار آدر (Ader,1981) في كتابه الرائد في هذا المجال والمعنون " علم المناعة النفسي العصبي " إلى البراهين التالية التي تؤكد على ارتباط العقل والجهاز المناعي والجهاز العصبي، على النحو التالي:

1. يرتبط الجهاز العصبي المركزي بكل من نخاع العظام Bone marrow والغدة الصعترية Thymus gland (التي تنتج خلايا المناعة) كما يرتبط بالطحال والغدة الليمفاوية (التي تخزن هذه الخلايا).
 2. توجد شبكة من الالياف والنهايات العصبية منتشرة في نسيج جهاز المناعة.
 3. تؤثر التغيرات التي تحدث في المخ والحبل الشوكي على كيفية استجابة جهاز المناعة، كما أن تنشيط جهاز المناعة يحدث تغيراً أيضاً في الطرق والاستجابات التي يعمل بها المخ والحبل الشوكي.
 4. تستجيب الخلايا الليمفاوية (أهم خلايا الجهاز المناعي) بشكل كيميائي للهرمونات والموصلات العصبية التي يفرزها الجهاز العصبي، كما أنه يمكنها هي نفسها أن تفرز هرمونات وموصلات عصبية.
 5. أن الخلايا التي تدخل وتعمل بنشاط في الاستجابة المناعية تفرز مواد ترسل إشارات إلى الجهاز العصبي المركزي.
 6. أن استجابة الجسم المناعية يمكن أن تتأثر بالضغط، حيث تجعل الجسم أكثر استعداداً للإصابة بالأمراض بما فيها السرطان.
 7. يمكن تدريب الاستجابة المناعية وتعديلها عن طريق نفس طرق التعلم الإشرافي الكلاسيكي المستخدمة في التجارب النفسية لتعليم الحيوانات.
 8. تتأثر وظيفة المناعة وتتغير بالأدوية المؤثرة على الحالة النفسية Psychoactive drugs بما في ذلك الكحول والحشيش والكوكايين والهيروين والنيكوتين.
- وعلى الرغم من أن أحد مجالات البحوث في هذا العلم تركز على علاقة الجهاز العصبي بالجهاز الغدي والمناعي، إلا أنه يذهب في مجال آخر إلى ما هو أبعد من المنظور البيولوجي الضيق للمرض، ليضع في اعتباره المكونات السلوكية كجزء مكمل وتكاملي للصحة والمرض. فهو يهتم بدور السلوك وكيفية تأثيره وتفاعله هو والمكونات النفسية والاجتماعية الأخرى مع الجهاز العصبي وجهاز المناعة، وكيف يمكن لهذه المكونات أن تؤثر على عمليات المناعة الدفاعية، ومن ثم على الصحة والمرض. أما المجال الثالث لاهتمامات هذا العلم فهو محاولة الكشف عن أثر المناعة على كل من الاضطرابات النفسية والسلوكية. (Ballieux,1991:P89)

وما زالت بحوث هذا العلم تحاول أن تقدم لنا تكاملاً بين طب الجسم بلا عقل Mindless body medicine وطب العقل بلا جسم Bodiless mind medicine أي التكامل بين الطب البدني والطب النفسي. لقد تعلمنا من الأبحاث الحديثة في هذا المجال أن الأمراض لا تحدث وحسب، وإنما هناك عوامل كثيرة تتدخل في هذا الأمر، وهذه العوامل تعمل معاً لتحديد ما إذا كنا سنقع في المرض أم لا عندما نتعرض لهذا العالم المليء بالميكروبات، فما الذي يحدد مناعتنا إذن؟. لقد أجريت دراسات عديدة على الرجال الأصحاء الذين يتمتعون بانفعالات وأساليب تعامل مع الضغوط ناضجة لمدة ثلاثين عاماً، وتبين أن هؤلاء الأفراد تمتعوا بصحة جيدة طوال هذه المدة. (Kiecolt,etal,2001:P38).

والحقيقة أن علم المناعة النفسي العصبي قد تطور كثيراً مقدماً العديد من نماذج التفاعل بين الجهاز العصبي والجهاز الغدي والعقل.

- أمثلة للعلاج الحديث:-

يواجه أطباء الرعاية الطبية الأولية كل يوم العديد من المرضى يشكون من شكاوي جسمية، وواقع الأمر تكون الشكاوي الحقيقية شكاوي نفسية. ونظراً لأن كثيراً من الأمراض النفسية (كالقلق والاكتئاب) يرتبط بمظاهر التبدل، فقد كان الأطباء عادة ما يجدون صعوبة في علاج هذه الأمراض الجسمية، بل ويجدونها مضيعة للوقت، إذ أن فترات العلاج تطول، وتكلف المريض الكثير من المال دون الحصول على نتائج مرضية لكل من الطبيب أو المريض. (Appels, etal.2001:P357)

ومن أحسن الطرق المستخدمة لعلاج أعراض التبدل المرتبطة بالاضطرابات النفسية هي برامج العقل/البدن Mind/body Programs والتي تكون فعالة مع تدخلات الطب السلوكي Behavioral medicine intervention والتي تشمل استراتيجيات سلوكية ونفسية تؤثر بشكل كبير ومباشر على الحالة النفسية والبدنية للمريض. ويستطيع المعالج فيها أن يستخدم هذه الطرق - بالإضافة لطرق العلاج التقليدية- لعلاج الحالات المزمنة والمرتبطة بالضغوط، حيث يكون الهدف منها تدعيم مقاومة المريض، وتقليل شدة أعراضه، ولذلك فهي أساليب علاج تكميلية ومساندة تؤدي إلى تحسن كبير في هذه الحالات. وتتضمن هذه البرامج تدريبات الاسترخاء، والتغذية الحيوية المرتجة، وتعديل السلوك، وإعادة البناء المعرفي، والتعامل مع الضغوط، وذلك باستخدام منظور فسيولوجي ومعرفي.

وقد أعطت علاجات العقل/البدن نتائج واعدة في علاج أمراض السرطان وأمراض القلب والربو وارتفاع ضغط الدم. وهي علاجات مساندة ومكملة وليست بديلاً عن العلاجات التقليدية كالجراحة والأدوية. وهي تزيد من نوعية وجودة الحياة لدى هؤلاء المرضى، وتحسن من الأعراض المزمنة التي يعانون منها، وتقلل من الألم، وهو ما يسمى الآن بالطب البديل Alternative medicine الذي يعيد للجسم توازنه المفقود، معتمداً على فكرة أساسية مؤداها أن الشفاء يأتي من داخل الجسم، وأن الجسم يعالج نفسه. وتقع على عاتق المريض في هذا العلاج مجموعة من المسؤوليات تتضمن مراقبته لأنشطته اليومية للتعرف على ما إذا كانت هذه الأنشطة تسهم في ظهور الأعراض أم لا، وعليه أن يتأكد من أنه قادر بمجهوداته الذاتية على معالجة بعض أعراضه البدنية، كما عليه أن يغير من عاداته السيئة، وأن يتقبل مسؤوليته في الحفاظ على صحته. ويشمل الطب البديل أنواعاً من العلاج مثل: التغذية الحيوية المرتجعة Biofeedback والتخيل العقلي Mental imagery والعلاج التأملي Meditation والسيكودراما والاسترخاء والعلاج بالموسيقى وبالفن Art Therapy وأكثرها شيوعاً واستخداماً هي العلاج بالتأمل، والتغذية الحيوية المرتجعة، والعلاج التخيلي. (Eisenberg, et al., 1993: P148)

يركز علاج العقل والبدن على التفاعل بين الجهاز العصبي والجهاز النفسي (العقل) والطرق الفعالة التي يمكن أن تساعد في الشفاء والصحة. ويمكن للأفكار والمشاعر والمعتقدات والسلوكيات أن تؤثر وتشكل كل جانب من جوانب الأداء البيولوجي. و كيفية اهتمامنا بأجسامنا يمكن أن تؤثر على الطريقة التي نفكر ونشعر ونعتقد بها، وهذا يعني أن لدينا العديد من الفرص والكثير من الأشياء التي يمكننا من الرعاية بأنفسنا. هناك أساليب وممارسات البعض منها قديم والآخر حديث والتي باستخدامها لها كبير الأثر الإيجابي على حياتنا وتوفر مهارات العقل والبدن طريقة لتعلم المهارات اللازمة لرعاية النفس وممارستها مع الآخرين في بيئة داعمة ومحبة. و التي سوف تساعد على تغيير طريقة التعامل مع المرض والإجهاد وتغيير نمط الحياة. من ضمن هذه المهارات: التأمل، التخيل الموجه، التغذية الحيوية الراجعة والكتابة والرسم. وقد صممت هذه المجموعات لمساعدتك في معرفة نفسك بشكل أفضل وتعلم استخدام طرقها سوف يساعد على الشفاء من آثار الصدمات ومن خلال التمكن من هذه التقنيات يمكن أن تشعر باسترخاء أعمق، وأعراض جسدية ممرضة أقل، وألم وتعب أقل، والكثير من الطاقة عدا أنها تعزز أداء الجهاز المناعي. كما أنها تتعامل مع الألم والمرض المزمن والإجهاد والقلق والاكتئاب بنجاح أكبر. بمرور الوقت، وسينمي ذلك الوعي الذاتي ويكسبك مفاهيم إيجابية عن الحياة. من خلال مشاركة

أعضاء المجموعة كل منهم على حدا بتجربته، يكون لديك فرصة لتتعلم من تجاربهم. الرعاية الذاتية هي قلب الرعاية الصحية، فالمشاركة الفعالة في مساعدة النفس تعد وسيلة علاجية قوية.

إثناء الضغط النفسي يتصور العقل أن هذا تهديد جاء في صورة وحش اعترض طريق الانسان البدائي أثناء رحلة صيد كأسد مفترس هذا هو حال العقل: توتر - رعب - توتر وفي هذه الحالة يتدفق بغزارة على تيار الدم مجموعة من الهرمونات التي نسميها بهرمونات التوتر (Stress Hormones) كالادرينالين والنور ادرالينالين والكورتيزول (الكورتيزون الداخلي) وتحدث مجموعة من التغيرات الفسيولوجية كارتفاع ضغط الدم وزيادة سرعة النبض وزيادة تدفق الدم للعضلات وزيادة العرق هذه التغيرات التي تؤهل الجسم لاتخاذ القرار، أما بالشجار أو بالفرار أي بمصارعة الوحش والنيل منه وبالهرب من الساحة ولذا تسمى هذه الحالة رد الفعل والشجار أو الفرار Flight response - or - وكلما تعرضنا لضغوط نفسية مشابهة زادت فرصة حدوث تأثيرات سلبية لها على صحتنا، مثل ارتفاع ضغط الدم ومرض القلب واضطرابات الهضم واضطرابات وظيفية في عمل القولون لذا يعتبر ممارسة الاسترخاء تعد الوسيلة المثالية لذلك وان الاسترخاء حالة يعمل خلالها القلب والتنفس بهدوء وانتظام وثبات ويعتدل فيها معدل ضغط الدم والنبض وتصير عضلات الجسم في حالة مسترخية غير مشدودة ويتدفق خلالها الدم بشكل غير طبيعي للأعضاء الداخلية حاملا معه المغذيات الكافية وفي حالة الاسترخاء أيضاً يتوافر افرازات كيميائية شبيهة بالهرمونات وهي الأندروفينات أو مسكنات الألم الطبيعية، والتي تبعث فينا كذلك شعوراً بالراحة الذهنية والاسترخاء لا تقتصر تأثيراته على الناحية العضوية فحسب وإنما على العقل كذلك حيث يصير كالأهما في حالة هدوء واسترخاء وقد استخدم الباحث مجموعة من المهارات الخاصة بالعقل والبدن وهي شمولية ومندرجة من أكثر من نظرية في برنامج خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة لدى المراهقين وهي كالتالي:

1. **الرسومات:** الرسومات هي شكل من أشكال التخيل، فالخيال يصل إلى العقل اللاواعي. تستطيع الرسومات أن تفصح عن أفكار اللاوعي التي تتحكم بالسلوك الخاص بالفرد وتساعد على العثور على إجابات للتعامل مع المواقف العصبية. هذا التمرين مفيد لتحديد واستكشاف أي قضية في حياة الفرد. (دليل المراهقين والأطفال، 2011: 22)

2. **التغذية الحيوية الراجعة والتحفيز الذاتي:** ربما لا يوجد تعريف محدد لمفهوم التغذية الحيوية المرتجعة، إلا أنها تعني بشكل أو بآخر أسلوب علاجي يستخدمه الأطباء بعامة والنفسيين بخاصة، والأخصائيون النفسيون، وأطباء العلاج الطبيعي، ليتعلم الناس من خلاله كيف يحسنون من أعراضهم وصحتهم. وقد ظهر هذا المفهوم في اواخر ستينيات القرن العشرين ليشير إلى

الإجراءات المعملية، ولكنه استخدم بعد ذلك لتعليم الأفراد كيف يمكنهم أن يغيروا من نشاط المخ لديهم، ومن ضغط الدم ومعدل دقات القلب، ووظائف الجسم الأخرى التي لم يكن من الطبيعي أن نسيطر عليها. والواقع أنه من الضرورة بمكان أن نشير إلى أن طرق العلاج بالتغذية المرتجعة ليست طرقاً علاجية تؤدي إلى الشفاء، ولا تعد بديلاً عن الأدوية وطرق العلاج الأخرى، ولكنها وسيلة تساعد في العلاج، وتذكرنا بأن سلوكياتنا وأفكارنا ومشاعرنا يمكنها أن تؤثر بشكل كبير على صحتنا البدنية. وتهدف التغذية المرتجعة إلى تغيير استجابات الجسم المعتادة عند تعرضه للضغوط، تلك الاستجابات التي تسبب المرض، حيث تعيد التوازن للعمليات الجسمية التي تأتي نتيجة التهديدات البدنية أو النفسية التي تواجه الفرد. وفي هذا النوع من العلاج نستخدم بعض الأدوات التي تبين للفرد مؤشرات عن الوظائف الحيوية الآلية كمعدلات دقات القلب، ومعدل التنفس، وضغط الدم، والتوتر العضلي Muscle tension ونشاط المخ، وكل المؤشرات الأخرى ذات العلاقة بالضغوط والنشاط الفسيولوجي للجسم. والمسألة ببساطة شديدة تعتمد على نموذج مقياس حرارة الجسم ومقياس الوزن، فكل منهما يمد الإنسان بمعلومات عن حالته الصحية، وعن طريق هذه المعلومات يبدأ الفرد في اتخاذ الإجراءات اللازمة لتحسين حالته، فإذا كانت الحرارة مرتفعة كان عليه أن يرقد في سريره ويتناول الكثير من السوائل. وإذا كان وزنه كبيراً كان عليه أن يحد من عاداته الغذائية حفاظاً على صحته. وبنفس الطريقة استخدم الأطباء هذا النموذج للتعرف على وظائف الجسم الداخلية، ولكن بطرق أكثر حساسية ودقة. وكل من الطبيب والمريض يستخدم هذه المعلومات ويوجهونها نحو تحسين صحة المريض. كما أن التحفيز الذاتي من أكثر الطرق فعالية واستخداماً لتحقيق التوازن بين تحفيز نظام الجهاز العصبي الودي واسترخاء نظام الجهاز العصبي جار الودي هو الجمع بين الاسترخاء البسيط مع العبارات والصور التي ترتبط بنظام الجهاز العصبي جار الودي. العبارات لها تأثير على مركز الدماغ التي تسجل الصور (المهاد والنظام العصبي المستقل) وبالتالي يتم إنتاج استجابة الاسترخاء (Devine, et al., 1992:P150)

وتحقق التغذية الحيوية المرتدة أفضل النتائج مع الأشخاص الذين يظهر توترهم بشكل شكاوي جسدية والذين يحبون الأجهزة المزودة بأقراص فهو يمارس مع مرضي الصداع النصفي وضغط الدم وعدم انتظام ضربات القلب والقرح والمشاكل المعوية المزمنة وداء رينو وصرير الأسنان كما يستخدم للتدريب الأشخاص للحد من قلقهم والضغوط الداخلية والذين يشكون في قدرتهم على مساعدة أنفسهم. (ويل، 2012: 203)

3. مسح الجسم: هي مهارة من مهارات العقل والبدن تستخدم في التركيز على أجزاء الجسم من خلال التعرف على آثارها وعلاقتها بالعقل من أجل الوعي بذاكرة الجسد ولمعرفة نقاط القوة

داخل الفرد وهناك تأثير إيجابي على الوظائف الفسيولوجية (مثل ضغط الدم والنبض وافرار الهرمونات ونشاط المخ) فقد وجد على سبيل المثال من خلال دراسة رسم المخ الكهربائي (متابعة موجات المخ الكهربائية وهو ما يشبه رسم القلب الكهربائي) أن حالة التأمل تحفز على زيادة موجات ألفا (Alpha waves) ولكن ما الميزة في ذلك ؟ ببساطة أننا عندما نخضع لتوتر الجهاز السمبثاوي يصير نشيطاً، وهو ما يجعل ضربات القلب مسرعة ويزيد من العرق ويدفعنا لحالة من الشجار أو الفرار Flight – or – Flight response وقد وجد أن موجات ألفا تحفز على زيادة نشاط الجهاز المضاد وهو الجهاز الجار سمبثاوي مما يحفز بالتالي على التزامنا بالهدوء وزوال أعراض التوتر أن هذين الجهازين (السمبثاوي والجار سمبثاوي) يمثلان شقين للجهاز العصبي التلقائي ولا بد أن يعملان بشكل متوازن لتحقيق التوازن النفسي.

ويسبب هذه التأثيرات الايجابية للتأمل بمسح الجسم على الوظائف الفسيولوجية أصبح كثير من الأطباء بمدرسة الطب التقليدي ينصحون مرضاهم بممارسة التأمل والاسترخاء للسيطرة على بعض الحالات المرضية وخاصة ارتفاع ضغط الدم وبعض أشكال مرضي القلب والمتاعب الصحية عموماً التي تربط بالتوتر Stress – related illnesses أشارت بعض الدراسات كذلك إلى أن محترفي التأمل أو الذين يمارسونه بصورة منتظمة أقل عن غيرهم في معدل زيارتهم للأطباء وفي دخولهم للمستشفيات. (الحسيني، 2009: 7)

التنفس والحركة: ويعتبر التنفس من بين العناصر الطبيعية للتأمل فالتركيز على نفسك سوف يغير حالة الوعي لديك وسوف تشرع في الشعور بالاسترخاء والعديد من أنظمة التأمل تعتمد إلى التركيز على التنفس باعتباره تقنية أساسية، والكثير من الأشخاص في ظل التقاليد البوذية وتقاليد اليوجا إلى حد المعرفة الكاملة بمجرد مراقبة التنفس وهو يعلو ويهبط من خلال هذا الشكل من أشكال التأمل، يمكنك أن تسعى لاستشعار النقطة اللامحدودة التي تفصل بين الشهيق والزفير بحثاً عن المعرفة والبصيرة فيما بين الاثنين. (ويل، 2012: 129)

والتنفس نقطة حاسمة في كل جانب من جوانب حياتنا. يبدأ التنفس عند الولادة وينتهي مع نهاية الحياة. يمكننا أن نرى الجنين الصغير يتحرك في الرحم، قبل وقت طويل من أخذ النفس الأول. في تاريخنا المبكر، كانت البشرية تبدأ أينما كان الصيادين يتحركون عبر وجه الأرض. كانت التمارين الطبيعية بالنسبة لهم، كأساس لحياتهم، كالتنفس تماماً. الآن، نعيش في مجتمع يشهد تطوراً صناعياً كبيراً حيث يتم تقييد الحركة، ولكن يجب علينا استرداد الحركة لنجعلها جزءاً اعتيادياً في حياتنا، والحركة مثل الجري، الركض، الرقص، رفع الأثقال، لعب الكرة، السباحة يمكن وصفها بالعموم تمارين رياضية، وهو ما يعني أنهم استهلاك للأكسجين. من الناحية الفنية، فهي تزيد

ضربات القلب من 70 إلى 80 في المئة من الحد الأقصى لمدة 20 دقيقة في المرة الواحدة. وقد أجريت دراسات عديدة على التمارين الرياضية والتي تظهر فعاليتها في المساعدة على منع وعلاج كثير من الأمراض. (دليل المراهقين والأطفال، 2011: 28)

فضلاً عن التأثير على الجهاز العصبي التلقائي، فإن التنفس يرتبط ارتباطاً مباشراً بالحالات العاطفية والحالات المزاجية راقب شخصاً في حالة غضب أو خوف أو قلق وسوف تجده يتنفس سريعاً وسطحياً غير منتظم، فضلاً عن أن صوت تنفسه سيكون مسموعاً ولا يمكن أن تصاب بالضيق أن كنت تتنفس ببطء وعمق وهدوء وانتظام ولا يمكنك دائماً ضبط نفسك عاطفياً بمحض إرادتك، ولكن يمكنك أن تستخدم الأعصاب الإرادية لكي تجعل تنفسك بطيئاً وعميقاً وهادئاً ومنتظماً وسوف تتوالي الفوائد بعد ذلك.

كما وتعتبر تمرينات الايرويكس من التدريبات الرائعة للجهاز التنفسي ومن بين الاسباب العديدة التي يجب أن تدفعك إلى ممارسة هذه التدريبات بانتظام هو تشغيل الجهاز التنفسي وتدريب العضلات والأعصاب التي تتحكم في الجهاز التنفسي واحرص على التنفس ببطأ لان ذلك سوف يحسن الطريقة التي تتنفس بها.

فالاهتزاز يعتبر هو أحد أفضل أشكال تمرينات الايرويكس، والذي كثيراً ما ينصح خبراء علم النفس بممارسته وانه الأكثر امتاعاً كما أنه مقو للعقل والروح وكذلك الجسم وإن الاهتزاز نشاط بدني لا يقل أهمية وقيمة عن باقي تمرينات الايرويكس التي ذكرناها، فهو يعمل على دعم وتحسين الصحة فهو يعمل على تكييف القلب والشرابين والجهاز التنفسي وهي تزيد من الهمة والنشاط واللياقة العامة، كما انها تساعد على تنقية الدم من خلال حفز الدورة الدموية والعرق، وهي تمنح شعوراً بالقوة والسلامة وذلك من خلال إفراز الإندروفين من جهة، والذي هو عبارة عن تلك الجزيئات التي تشبه الأفيون في المخ والتي نشعرنا بالسعادة وارتفاع الروح المعنوية والمزيد من القدرة على مقاومة الضيق وهي تزيد من تدفق الأكسجين إلى كل أعضاء الجسم مما يمكنها من العمل بكفاءة أكبر ويحرق تمرين الاهتزاز العديد من السعرات الحرارية وهي بذلك تتصدى لقدر من الضرر الذي نصيب به أنفسنا بالإفراط في تناول الطعام كما أنها تقوي المناعة وتقلل الضغوط وتقلل نسبة الكولسترول في الدم وهي تعمل على ضبط الجهاز العصبي لأنها شكل من الرياضة الذي يجب أن يركز عليه معظم الأشخاص في البداية.

4. التأمل: هناك أنواع كثيرة من العلاج بالتأمل لا يتسع المقام لذكرها، ولكنها تشترك جميعها في نفس الهدف وهو تهدئة وتركيز العقل، بهدف تنظيفه من الأفكار المؤرقة والمسببة للقلق. ويساعد

هذا النوع من العلاج في حالات الأمراض ذات العلاقة بالضغط والآلام المزمنة كالصداع.
(Dopler, 1995:P14)

الادراك الذاتي والرعاية الذاتية هما قلب الرعاية الصحية. هما المقومات اللازمة لمساعدتنا على البقاء صحيين ومساعدتنا على التعامل مع أية مشاكل أو أمراض مزمنة قد تكون لدينا. يعد التأمل هو المركز في علاج العقل والجسم. في الحقيقة، اشتقت كلمة التأمل وكلمة العلاج من جذور سنسكريتية والتي تعني "لاتخاذ تدبير" و "لرعاية". التأمل يخلق حالة استرخاء وهو أمر حيوي للإدراك الذاتي و للحد من التوتر. تنمية الإدراك في التأمل يساعدك على تحديد الظروف والشروط التي تسبب لك الضغط النفسي، والذي يعد الخطوة الأولى في تعلم كيفية إدارة الضغط النفسي، التأمل هو قلب الشفاء وهو كونك موجودا في هذه اللحظة أو "هنا والآن". كل التقاليد الروحانية والدينية في العالم لديها ممارسات تأملية. وممارسة التأمل لاتعني أن تكون متدين وتمارس شعائر معينة. حتى لو كنا ننتمي لتقاليد دينية أو روحية، قد نستخدم ممارسات من تقاليد أخرى. ونحن هنا نوصيك بأن تمارس ما هو مريح بالنسبة لك.

ويعرف التأمل على أنه هو: نوع من المعالجة الذهنية لتهدئة العقل وبث الاسترخاء في الجسم وهو ما ينعكس أثره بشكل ايجابي على كثير من المتاعب العضوية مثل ارتفاع ضغط الدم
أنواع التأمل:

هناك ثلاثة أنواع رئيسية من التأمل: تركيزي، إدراكي وتعبيري. والثلاثة لديهم تأثيرات قوية ومفيدة. كلما كنت تمارسهم، كلما خبرت اثارهم.

التأمل التركيزي: يتكون التأمل التركيزي من الادراك الذي يركز على شئ معين مثل صورة أو صوت. ركزت معظم الأبحاث المبكرة على هذا النوع من التأمل. على سبيل المثال، وصف الدكتور هيربرت بنسون في كتابه الرائد "استجابة الاسترخاء" الفوائد الصحية لهذه التقنية.... من خلال تكرار كلمة أو جملة مفيدة، والمعروفة في اللغة السنسكريتية تعويذة. الصلوات والتأملات البصرية هي أيضاً من تقنيات التأمل التركيزي.

التأمل الإدراكي أو الواعي: والذي ينطوي على الاسترخاء وإدراك المشاعر والأفكار والأحاسيس عند ظهورها، دون التركيز على شئ معين. أكدت دراسات التأمل الإدراكي على أهمية قيمته كتقنية لإدارة الضغط النفسي. على سبيل المثال، يمكن أن يكون المشي تأمل. أثناء المشي، ركز على البقاء مدركا لمشاعرك وأفكارك وأحاسيسك عند ظهورها. عندما تأتي لك المشاهد والروائح والعواطف، سمها لنفسك.

التأمل التعبيري: ربما هذا هو أقدم نوع في التأملات. وهو الذي استخدمه المعالجين الأصليين في جميع أنحاء العالم منذ آلاف السنين. وهو يشمل تقنيات نشطة مثل الهتاف، الرقص، الإهتزاز، سرعة التنفس والإلتفاف.

في التأمل التركيزي والتأمل الذهني، يدخل الشخص مباشرة في حالة من السكون والوعي، وفي التأمل التعبيري ينتقل المرء في وقت لاحق من النشاط المبالغ فيه إلى حد ما إلى السكون والوعي. أجريت دراسات عديدة حول فوائد التأمل. تشير الدراسات إلى أن التأمل التركيزي والإدراكي يمكن أن يغير نشاط موجة الدماغ، يزيد من النشاط السمبثاوي و يزيد معدل ضربات القلب. تبين أيضاً أن التأمل يغير مستويات الموصلات العصبية، بما في ذلك زيادة السيروتونين، إندورفين بيتا، الميلاتونين وأستيل كولين، بينما يتناقص إفراز هرمون الكورتيزول و مستويات الأدرينالين. تثبت الدراسات أيضاً فعالية التأمل التركيزي في خفض ضغط الدم، خفض الألم، وخفض وتيرة وشدة نوبات الربو أو تحسين المزاج وخفض مستوى القلق. (دليل المراهقين والأطفال، 2011: 22)

5. شجرة العائلة: لجمع المعلومات عن نفس الفرد. فمهارة شجرة تعتبر نهج تأملي في عملية النظر على تاريخ الفرد. في العمل مع شجرة العائلة، نطلب من الفرد أن يكون على بينة من مشاعره الحالية والأفكار عند التأمل في شبكة العلاقات التي تشكل عائلته.

من مكان ما وهويته الشخصية المرتبطة بعائلتك. تكشف شجرة العائلة الإرث. عند العمل مع شجرة العائلة تصبح شاهداً. يمكنك رؤية القوى التي شكلتك. ثم يمكنك أن تقرر ماهي أنماط السلوك التي ترغب في استمرارها وما هي أجزاء إرث العائلة التي تريد أن تتركها وراءك. قد تشاهد قضية شخصية بعيون جديدة أو أن تكون قادراً على توضيح أنماط الأسرة والرسائل. في بعض الأحيان العمل مع صورة لعائلتك يفرج الطاقة في نظام الأسرة العاطفي. فقد تكون قادراً على الاتصال مع عائلتك بطريقة جديدة.

يمكنك استخدام شجرة عائلتك... لتقول قصة حياتك من خلال منشأ عائلتك وتعميق الوعي الخاص كيف أن قصتك شكلت شخصيتك اليوم. من هذا المنطلق، يمكنك أن ترى كل من ثراء تراث عائلتك وأنماط التقيد التي لم تعد ترغب في بقائها في حياتك أو في حياة اولادك ونعترف بأن نشأة شجرة العائلة يمكن أن تظهر عواطف قوية أو ذكريات مزعجة. شجعهم على الاستمرار في التمرين و التركيز على الموضوعات بأكبر قدر ممكن مع العلم أنه يمكن أن يأخذوا استراحة في أي وقت يشعروا فيه بالحاجة للقيام بذلك. (دليل المراهقين والأطفال، 2011: 42)

6. حوار مع الأعراض: واحد من مفاتيح إدارة الضغط النفسي هو أن تخبر عواطفك بشكل كامل بدلاً من أن تصبح عالقاً فيها. العلق في الحزن يمكن أن يصبح اكتئاب. و العلق في الفرح يمكن أن يصبح هستيريا. والقلق يمكن أن يتحول إلى حالة من الذعر. والخوف يمكن أن يصبح جنون العظمة. والغضب قد يصبح عداً. إذا علفت بهم، قد تؤدي هذه المشاعر الطبيعية جداً إلى الاكتئاب، تقلل من نشاط الخلايا المناعية وتزيد مستويات هرمونات التوتر. (دليل المراهقين والأطفال، 2011: 33)

ويعد الحوار مع الأعراض نوع من أنواع التأمل وهو يعد وسيلة من الوسائل الفعالة للسيطرة على الأمراض والمتاعب الصحية المرتبطة بالتوتر والوقاية منها، وفي الطب البديل يستخدم التأمل كوسيلة لإحداث تحسن لعدد كبير من المتاعب الصحية والأمراض وخاصة الأنواع التالية: الصداع والصداع النصفي - متاعب ما قبل الحيض - المتاعب المرتبطة بمرحلة اليأس - التوتر والقلق العصبي - الاكتئاب - مرض القلب - الادمان.

7. التخيل: التخيل هو اللغة السائدة في العقل اللاوعي. يشمل التخيل الكلمات والأفكار التي تمثل بالحواس... السمع واللمس والشم والبصر والتذوق. نحن نستخدم التخيل لمساعدتنا في تعبئة قدرة العقل على الاكتشاف والتأثير على نفسه والجسم مثل تخيل المكان الآمن والموجه الحكيم وغالباً ما يستخدم التخيل النشط بعد الحصول على معلومات من تمرين التخيل المستقبلي.

والتصور الذهني حالة اشبه بحلم اليقظة يعيش خلالها المتصور حالة ايجابية ممتعة باعثة على الاسترخاء من خلال تصور مشهد مريح للنفس مما يستبدل الموقف السلبي باخر ايجابي وهو ما يدفع بعملية الاستشفاء الطبيعية التي يقوم بها الجسم والتصور الذهني من ايسر وامتع وسائل المعالجة فالإنسان بطبيعته ميال إلى أحلام اليقظة.

والتصور الذهني ليس فحسب وسيلة مساعدة على الاسترخاء بل إن له كذلك تأثيرات عضوية ايجابية أن المخ عبارة عن فصين ايمين وايسر والجانب الايسر يختص أساساً بمهارات اللغة والمنطق والحساب بينما يختص الجانب الايمن بمهارات التخيل والابداع والبصيرة والتصور الذهني ينشط ويثير هذا الجانب الايمن من المخ ويعتقد أن تكون الصور الذهنية يبعث برسائل من القشرة المخية بهذا الجانب الجزء المختص بمعالجة المعلومات إلى الجهاز العصبي التلقائي الذي يتحكم بالوظائف التلقائية اللاإرادية مثل عمل القلب والقيام بالهضم وتنظيم حرارة الجسم وايضا إلى الغدة النخامية التي تسيطر على جهاز الهرمونات ومن هنا تحدث بعض التأثيرات العضوية

الايجابية مثل التحول من حالة النبض السريع إلى النبض الهادئ المعتدل ومن حالة التعب التي يصحبها خروج كميات زائدة من هرمونات التوتر إلى حالة الاسترخاء والهدوء.

أنواع التخيل:

التخيل المستقبل: هو استخدام حالة الاسترخاء التأملية في الحصول على المعلومات من ما نسميه أحياناً "اللاوعي" أو "الحدس".

التخيل النشط: ينطوي على استخدام صور معينة لخلق تغييرات أو لتخيل النتيجة المرجوة. (الحسيني، 2009: 16)

العلاج المتوازن أو المثالي:

يرى هذا الاتجاه أن الفهم المتوازن للصحة البدنية يرتبط بشكل لصيق بفهمنا للعقل بشكل عام. وهذه العلاقة الوثيقة بين العقل والبدن هي الأساس الذي ينطلق منه علم الطب المتوازن Homeopathic medicine الذي يرى أن الفرد يستجيب للضغوط التي يتعرض لها بطريقة تسمح له بشكل مبدئي بالبقاء، وهو في ذلك يحاول أن يحمي أولاً العمليات الحيوية الضرورية لهذا البقاء، ومن ثم تصبح الحالة العقلية للفرد هامة وحيوية جداً لبقائه، طالما أنه ما زال قادراً على اتخاذ القرارات والاستجابة للضغوط بشكل جيد. كما أنه يحاول أن يحافظ على وظائفه النفسية فتكون الاستجابة محاولة للحفاظ على الأعضاء الحيوية كالقلب والمخ. (Dossey, 1991:P39)

ومن هذا المنطلق فإن هذا العلاج لا يفصل بين العقل والبدن، إذ أنه يفترض أنهما مرتبطان بشكل ديناميكي، ويؤثر كل منهما في الآخر. ولا يسعى هذا الاتجاه الجديد في العلاج إلى البحث عن الأسباب النفسية للمرض، ولكنه يسعى إلى إيجاد الدواء المناسب الذي يتطابق بشكل كبير مع أعراض المريض النفسية والجسمية، وبغض النظر عن أيهما حدث أولاً. فتحددنا لأيهما حدث أولاً لا يفيد كثيراً. فالضغوط النفسية التي تسببت في الصداع مثلاً ما هي إلا القشة التي قسمت ظهر البعير (حدوث الصداع) ولكن هذا الانهيار ليس بالضرورة أن يحدث من هذه القشة، ولكنه قد يكون نتيجة لكون الفرد قد تحمل آلاف القشاش من قبل. فنحن ببساطة نتعرض بشكل مستمر للعديد من الضغوط النفسية والاجتماعية والفيزيائية والبيئية في حياتنا اليومية، وقد لا تسبب هذه الضغوط أعراضاً حادة وقت حدوثها، ولكن مع تراكم تأثيراتها يأتي العرض المرضي نتيجة لضغط بسيط لا يؤدي عادة إلى ظهور المرض، ولكنه فعل ذلك الآن لكونه فجر ما كان موجوداً من قبل.

العلاج بالموسيقى:

الموسيقى تعد أنقى صور التعبير الفني وأكثره تأثيراً بشكل مباشر على المشاعر والمزاج والعواطف، وأهل المدينة (الانصار) استقبلوا رسولنا الكريم (صلى الله عليه وسلم) بالغناء الطيب الرقيق " طلع البدر علينا من ثنيات الوداع " والموسيقى عبارة عن الصوت فكلاًهما نوع من الطاقة المشعة والاهتزازية، وأثبتت بعض الدراسات أن العلاج بالموسيقى يؤثر تأثيراً إيجابياً على بعض الوظائف الفسيولوجية مثل إيقاع ضربات القلب وحركات التنفس، حيث يساعد في انتظامها وفق المعدل الطبيعي ويساعد كذلك في ضبط قيمة ضغط الدم أو خفض ضغط الدم المرتفع ويزيد من افرازات الاندورفينات الكيماويات المسكنة للألم التي يفرزها الجسم بصورة طبيعية والموسيقى تصل إلى الجهاز العصبي المركزي وتحدث تأثيراً قوياً على قشرة المخ مما يقوي من الاستجابة للمؤثرات الخارجية والعلاج الموسيقي له صورتان: أما المشاركة في القيام بعزف على آلة موسيقية واما الاستماع للموسيقى. (الحسيني، 2009: 50)

العلاج باليوجا:

تتضمن اليوجا كثيراً من النواحي الفلسفية أو البحثية في الحياة Methodology Of life، وهذا واضح من مفهوم كلمة يوجا ولكن اليوجا في نفس الوقت لا تعتبر ممارسة دينية كما يظن البعض، أن من أهم أسس اليوجا الاعتقاد فيما يسمى بالهندية: برانا (Prana) والتي يقصد بها الطاقة الكونية (Universal energy) التي تهب الحياة على الأرض وتشكل المادة وتؤثر على الوجدان والشعور فمع كل شهيق نحن نتنفس هذه الطاقة الحيوية (برانا) وكلما تنفسنا بعمق زاد وصول هذه الطاقة لأجسامنا وزاد امتصاصها وإن الدراسات أكدت على وجود تأثيرات عضوية ونفسية ايجابية لممارسة اليوجا مثل استخدامها كوسيلة للسيطرة على ضغط الدم المرتفع ولكن في الحقيقة أن بعض محترفي ممارسة اليوجا لسنوات طويلة اظهروا تحديات كبيرة إذ يمكن لبعضهم التحكم في سرعة ضربات القلب (Heart rate) إلى حد إبطاء ضربات في مستوى منخفض جداً، يكاد يتوقف القلب عنده عن العمل مؤقتاً والتحكم أيضاً في درجة حرارة الجسم وفي مناطق مختلفة، كما يتمتع بعضهم بمقدرة عضلية فائقة وهذه التأثيرات العضوية تؤكد لا شك مدى فعالية وتأثير تمارين اليوجا على الوظائف الفسيولوجية. (الحسيني، 2009: 81)

والطب المثالي المتوازن يعتمد في تقديم العلاج على نماذج العقل/البدن، ويقسم هذه النماذج إلى نوعين أساسيين:

النموذج الاول: يتميز أفراده من الناحية النفسية بالتوتر الشديد، فهم خائفون ويميلون إلى المثالية والكمال، كما أنهم عدائيون إلى حد ما ويشعرون بعدم الأمان ويميلون للاعتماد على الآخرين.

النموذج الثاني: يتميز أفراده بأنهم متسرعون ومندفعون مثل النموذج السابق، ولكنهم أكثر عرضة للغضب والاستياء والقلق. وعلي الرغم من محاولتهم السيطرة على هذه المشاعر إلا أنهم يشعرون بالتوتر الداخلي وهم غير مشبعين أو راضين وكثيري الانتقاد للآخرين. وتتصف شخصياتهم بالنمط السلطوي ويسيررون الأشياء وفقاً لرغباتهم. وللحصول على مشاعر الأمن فإنهم يتبنون سلطة قوية ويخضعون الآخرين لقراراتهم، كما أنهم متشددون من الناحية الأخلاقية ولكنهم عاطفيون. أما من الناحية الجسمية فهم رياضيون ويتعبون من البرد والوضوء، ويحبون الأكل بشكل زائد وخاصة الوجبات الدسمة.

ويعتبر العلاج المتوازن علاجاً يتبنى النظرة الكلية للفرد، ويعمل على تحديد أسس التغذية الصحية والتمارين الرياضية وتحديد العوامل البيئية والاجتماعية التي تؤثر على الصحة والمرض، وهو بذلك يستخدم مفاهيم علم نفس الصحة، ويشجع المريض على المرور بخبراته الانفعالية السلبية وألا يبالغ في مشاكله الانفعالية، باعتبارها الطريقة التي يعمل بها على إزالة الأعراض. وعلي الشخص أن يتقبل مشاعره لا أن ينكرها، وهذه هي الخطوة الأولى في العلاج. وينظر العلاج للفرد بشكل كلي وهي الطريقة التي تقترب أيضاً من علم التحليل النفسي حيث استطاع فرويد أن يكشف الطبيعة اللاشعورية الكامنة وراء الاضطرابات النفسية وكيفية تقبلها والتعبير عنها. (Dossey, 1991:P47).

2-3-7 العلاقة بين العقل والبدن: رؤية مستقبلية:

يدخل علم النفس بشكل كبير في فلسفة العلوم وفلسفة العقل، بل أن فلسفات العلم والعقل في غاية الأهمية بالنسبة لعلم النفس كعلم. ولا يمكن أن نفهم علم النفس بدون دراسة فلسفة العلوم والعقل. ويختلف علم النفس عن العلوم الأخرى في كونه يجب أن يناضل ضد مشكلة العقل-البدن، تلك المشكلة التي تفجر العديد من الصعوبات، ليس على المستوى الفلسفي وحسب، إنما على المستوى النظري والتجريبي. ومن الناحية النظرية فإن التفسيرات النفسية تقع بين منظورين أو اتجاهين: الاول منظور ميكانيكي Mechanistic يعتمد على نموذج التفسير المستخدم في العلوم

الفيزيائية، والثاني منظور غير ميكانيكي Nonmechanistic لا يمكن من خلاله تقديم تفسيرات موضوعية عن حالات العقل.

والحقيقة أن النظرة الثنائية أو الانفصالية بين العقل والبدن تؤدي إلى كثير من الصعوبات في فهم الظواهر النفسية والجسمية معاً، ومن ثم يجب تبني الاتجاه الكلي، أي النظر إليهما كشيء كوحدة وظيفية واحدة. لقد أسهم أدولف ماير A. Meyer في بزوغ مفهوم النظرة الكلية لدراسة العقل والبدن باعتبارهما كلاً واحداً متكاملًا يكونان وحدة بيولوجية نفسية واحدة. وقد اهتمت الاتجاهات الحديثة بدراسة كل العوامل التي من شأنها أن تؤثر على أداء الجسم وظيفياً، سواء كانت بيئية أو نفسية أو اجتماعية، من خلال تأثير هذه العوامل على العمليات الفسيولوجية في الصحة والمرض. (Ballieux, 1994 :P147)

وتعد المنهجية التكاملية Methodological complementarity التي وصفها هايلاند وكريش (Hyland & Krisch, 1994) استجابة براجماتية لمعضلة العقل-البدن المعاصرة، وهذه التكاملية تقتض أن اوصاف الجسم والعقل هي أشياء متكاملة، وأن كلاً من العقل والبدن لا يمكن اختزال أحدهما إلى الآخر، ومن ثم فكلاًهما مطلوب لتفسير متكامل للظاهرة السيكوسوماتية، ولذلك فإن وجهة النظر هذه لا تستخدم كلمة سبب إذ أن المسألة ليست سببية، وإنما تقول بأن حالات العقل تتحدد بحالات المخ، ومن ثم تتبنى نموذجاً يشمل كلاً من المتغيرات الفسيولوجية والعقلية. وبدو هذه النظرية متسقة مع فرضية الثنائية التفاعلية Interactionist Dualism وتعمل على تكامل نظريات العقل ونظريات البدن في تفسير الأعراض السيكوسوماتية، كما أنها تستبدل عبارات من قبيل أن العقل يؤثر على الجسم، بعبارات تشير إلى أن الأثر الجسمي يظهر نتيجة الأساس الفسيولوجي للحالة العقلية، ومن ثم فإن سببية التفاعل بين العقل والجسم تتشكل وفق مفاهيم فسيولوجية.

ويرى جريجوري (Gregory, 2000) أن النموذج السيكوسوماتي في تفسير الأمراض لا يُطبق في كثير من مجالات الممارسة الإكلينيكية حتى الآن، وخاصة في نظم الرعاية الطبية التي تهتم بالجوانب الاقتصادية في تقديم هذه الخدمات، ومن ثم فهي تدعم ثنائية العقل-البدن كأساس لتقديم هذه الخدمات، ولذلك فإن الخدمات الطبية النفسية عادة ما تُستبعد من الرعاية الطبية وتتولاها شركات تأمين طبي منفصلة، ويتم التعامل معها على نحو صارم فيما يتعلق بما هو نفسي وما هو جسمي.

كما تلعب شركات التأمين الطبية دوراً أيضاً في تبني اضطراب التبدين، فهي تدفع للمريض متطلبات العلاج طالما أن الأطباء شخصوا حالته على أنها مشكلة جسمية، أما إذا تم تشخيصه على كونه حالة نفسية، فإن نفقات العلاج يتم تقليصها، ولا يستفيد المريض من الخدمات الطبية بشكل كامل. وهذا ما يشجع الأفراد على تحويل مشاكلهم النفسية إلى أعراض طبية Medicalization ونتيجة لكل هذا تتزايد ظاهرة التبدين، وتكون النتيجة محبطة لكل أفراد النظام الطبي، فالمريض لا يتحسن وتستمر شكواه، والطبيب لا يرى أي جدوى من علاجه، وشركات التأمين غير راضية عن قيمة التكاليف التي تدفعها لعلاجات لا تأتي بنتائج فعالة. (McWhinney, et al., 1997:P88).

ومرضى التبدين بشكل عام يعتبرون التشخيص النفسي لشكواهم الجسمية نوعاً من السب، وإذا حاولنا إقناعهم بأن لديهم بعض الصعوبات النفسية، أو أن هناك عوامل نفسية تكمن وراء هذه الأعراض أخذوا موقفاً متشددًا. ويترتب على هذه المعضلة كثير من النتائج، فالمريض يستمر في المعاناة من أعراض التبدين، ويرفض العلاج النفسي، ويصر على العلاج الطبي الذي يصبح في هذه الحالة نوعاً من الوهم الذي لا يؤدي إلا إلى تحسن طفيف ومؤقت لهذه الأعراض. ونتيجة لعدم تحسن المريض مع استمرار العلاج الطبي يصاب بالإحباط، وهذا يتطلب مزيداً من التكلفة الطبية الباهظة وغير الضرورية. والواقع أن هؤلاء المرضى يمثلون من منظور اقتصادي مصدراً جيداً لدخل الأطباء، فهم دائمو الشكوى من أعراض جسمية لا يوجد لها مبرر عضوي، ويكثرون من الذهاب إلى الأطباء، لأن حالتهم الجسمية لا تتحسن. ومع محاولات تخفيض تكلفة العلاج يصبح الأطباء تحت ضغط الالتزام بتخفيض هذه النفقات، مما يزيد من شدة المشاعر السلبية الموجودة أصلاً عند المرضى. (Bruns, 1998., Fritz, 2000).

يضاف إلى ذلك وجود الميل الدائم في مجتمعاتنا للوم الأشخاص الذين يعانون من أعراض نفسية، واعتبار أن الشكوى النفسية إنما تعني نوعاً من الضعف، وتجعلنا خجولين من أنفسنا، ومن أن نتحدث عن هذه الصعوبات. وهذه الوصمة تجعل المرضى يشكون من أعراض جسمية وكأنها بديل أو قناع للأعراض النفسية. والحقيقة أن هذا الميل وتلك الوصمة إنما يدفعان بمجتمعاتنا لتبني مفهوم التبدين، أي الفصل بين ما هو عقلي وما هو جسمي، والاهتمام بما هو عضوي على حساب ما هو نفسي.

أن ثنائية العقل والبدن يمكن استبدالها فقط بنظرية كلية توحيدية Unitary عن الشخص، بمعنى النظر إلى كل من العقل والبدن على أنهما وجهان لعملة واحدة. وقد وضع بروم (Broom, 1997, 2000) شرحاً تفصيلياً لهذه النظرية معتمداً على خبرته الإكلينيكية الطويلة.

وهذه النظرية تساعدنا على التعامل مع هذه الإشكالية على نحو أسهل. وعندما نتعامل مع العرض الجسمي يجب أن نعترف بتأثير الانفعالات في نشأة هذا العرض أو استمراره، كما يجب أن نبحث عن العديد من العوامل المرتبطة به كالانفعالات والأفكار وتاريخ المرض والمستوى الاجتماعي والاقتصادي والتعليمي... الخ. وعلينا أن نلغي من عقولنا التفكير بهذه الثنائية، ونحيي الفكرة القديمة التي تقول بأن علينا أن نشخص المريض وليس المرض *Diagnosis of a patient rather than a disease* والتي أطلقها كروكشانك Crookshank عام 1926. (McWhinney, et al., 1997:P158)

ويعتقد العديد من العلماء أن حل هذه المعضلة يتطلب بشكل بسيط ن يحول الطبيب الحالة إلى اختصاصي نفسي، ولكن هذا الحل سهل القول صعب التنفيذ، لأن المرضى كما سبق القول يرفضون هذا التحويل.

وهناك مجموعة من التوصيات لحل هذه المعضلة تتمثل فيما يلي:

1. يحتاج مرضى التبدن إلى نوع من التعليم حتى يتفهموا طبيعة أعراضهم، وطبيعة العوامل النفسية التي تزيد من هذه الأعراض. ويحتاجون إلى التشجيع بألا يروا هذه العوامل على أنها أشياء مخزية أو أنها مؤشر لضعف عقلي أو انفعالي، بل هي خبرات إنسانية يعيشها كل البشر.

2. يحتاج الأطباء وخاصة في وحدات الرعاية الأولية إلى التعليم أيضاً، ليتعرفوا على اضطرابات التبدن، وعلى العلاقة بين العقل والجسد، وكيفية التعامل مع هذه العلاقة. وأن عليهم إذا حضر المريض إلى غرفة الطوارئ يشكو مثلاً من ألم بالصدر نتيجة تعرضه لموقف ضاغط، ألا يعطونه تشخيصاً إيجابياً من قبيل لديك نوبة هلع، ويعطونه تشخيصاً سلبياً من قبيل "ن الحالة التي لديك ليست أزمة قلبية".

3. على الطبيب أن يقوم بتحويل المريض إلى مختص نفسي، ويفعل ذلك بطريقة مساندة وداعمة للمريض وليس بطريقة تدعو للأسف. فالمرضى عادة ما يستقبلون هذا التحويل بتشكك.

4. يُفضل ألا تُجرى فحوص طبية معملية لهؤلاء المرضى، كما يجب أن ننظر إلى علامات المرض signs وليس إلى أعراض symptoms المريض، كما يجب أن نفهم الأعراض في علاقتها بالحالة الانفعالية وليس بالمرض.

5. أن أفضل طرق العلاج لهذه الاضطرابات هي التعاون الوثيق بين الأطباء والاختصاصيين النفسيين. فالأطباء قادرون على تحديد وتشخيص الحالات الطبية الجسمية، ولكن يصعب عليهم ما دون ذلك من اضطرابات نفسية.

6. زيادة التوعية بشكل عام لدى العامة وشركات التأمين بما يجعل الشخص العادي يتقبل مثل هذا النوع من الاضطرابات دون خجل أو شعور بالعار، كما أن شركات التأمين تتعامل مع المرضى بطريقة أكثر إنسانية إذ تتقبل فكرة أن هناك حالات نفسية، ومثل هذا الواقع سيخفض التكلفة الفعلية لعلاج هذه الحالات بدلاً من استمرار الشكوى واستمرار العلاج دون جدوى. (Egeren,2000:P148)

ومن هنا يري الباحث أن مجال الممارسة الطبية لعلاج الحالات النفسية المتأثرة بالصدمات والنتيجة عن النزاع والصراع، لا تحتاج إلى علاج عضوي قدر ما تحتاج إلى الغوص في طبيعة الأزمات والضغوط التي يتعرض لها المريض، وكيفية تعامله مع هذه الضغوط وسمات شخصيته، وهي الأمور التي انعكست في تحويل صراعاته النفسية إلى أعراض بدنية. وهذه الرؤية في العلاج لم يتم تبنيها في ضوء الدراسة الطبية البيولوجية، وغنما في ضوء الممارسة الاكلينيكية، والتي أضافت بلا شك بُعداً إنسانياً على أرضية بيولوجية أفادتتني في ممارستي الإكلينيكية في هذا المجال.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

- أولاً: الدراسات التي تناولت موضوع اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى الأطفال والمراهقين.
- ثانياً: الدراسات التي تناولت موضوع العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة للأطفال والمراهقين.
- ثالثاً: الدراسات التي تناولت موضوع علاج العقل والجسم لاضطراب كرب ما بعد الصدمة للأطفال والمراهقين.
- تعقيب عام على الدراسات السابقة.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

مقدمة:

تهدف الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية برنامجي العلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقل والجسم في خفض حدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، والأعراض المصاحبة لدى المراهقين في قطاع غزة، وبعد الاطلاع الواسع من قبل الباحث على الأدب التربوي والتراث العلمي وعلى مخزون علم النفس في هذا المجال قام الباحث بعمل مسح شامل للدراسات التي تتصل مباشرة بمتغيرات الدراسة الحالية على حد سواء من الدراسات العربية والأجنبية في محاولة لإبراز نتائج هذه البحوث والدراسات وعليه فقد اتفق الباحث مع المشرف على الدراسة بأن يقوم بعمل تصنيف مرتب لهذه الدراسات، بما يفيد الدراسة الحالية في اختيار العينة وأدواتها وصياغة الفروض وكذلك اختيار الأساليب الإحصائية المناسبة وتفسير النتائج وذلك من الأحدث إلى الأقدم وبعد عرضها يتم التعقيب عليها من حيث الموضوعات والعينة والأدوات ويختتم الفصل بعرض فروض الدراسة الحالية.

وقد قام الباحث بتصنيف البحوث والدراسات التي أجريت في هذا المجال على النحو التالي:

- **المجموعة الأولى:** وتختص بالدراسات العربية والأجنبية التي تناولت موضوع اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى الأطفال والمراهقين.
- **المجموعة الثانية:** وتختص بالدراسات العربية والأجنبية التي تناولت موضوع العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة للأطفال والمراهقين.
- **المجموعة الثالثة:** وتختص بالدراسات العربية والأجنبية التي تناولت موضوع علاج العقل والجسم لاضطراب كرب ما بعد الصدمة للأطفال والمراهقين.

3-1 أولاً: الدراسات التي تناولت موضوع اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى الأطفال والمراهقين:

أ - الدراسات العربية:

1- دراسة (ثابت وآخرون، 2014)

بعنوان: " الصدمات النفسية عن الحرب على غزة وعلاقتها بالقلق وكرب ما بعد الصدمة وطرق التأقلم لدى المراهقين الفلسطينيين "

هدفت الدراسة: إلى معرفة أنواع الأحداث الصادمة الناتجة عن الحرب على قطاع غزة، وعلاقتها بكرب ما بعد الصدمة والقلق، كما هدفت إلى معرفة استراتيجيات التأقلم المستخدمة من قبل المراهقين للتغلب على الصدمات النفسية وآثارها وتكونت عينة الدراسة من (358) من المراهقين، واستخدم الباحث الأدوات التالية: استبيان المعلومات الاجتماعية الديمغرافية ومقياس الخبرات الصادمة عن الحرب على غزة ومقياس سبنس للقلق ومقياس كرب ما بعد الصدمة ومقياس التأقلم للمراهقين، وأظهرت الدراسة النتائج التالية وهي: وجود فروق ذات دلالة احصائية في مجموع أعراض القلق وجميع أنواع القلق الأخرى لصالح الفتيات وفقاً لمقياس كرب ما بعد الصدمة، وأظهرت الدراسة أيضاً أن 11.8 % ليس لديهم كرب ما بعد الصدمة وكان 24.2 % من الأقل من المراهقين لديهم اثنين من الأعراض وكان لدى 34.31 % كرب جزئي ما بعد الصدمة في حين 29.8 يعانون من كرب ما بعد الصدمة، وأظهرت النتائج أيضاً أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في كرب ما بعد الصدمة لصالح الفتيات، كما أظهرت الدراسة أيضاً أن هناك علاقة سلبية ما بين أعراض كرب ما بعد الصدمة مع محاولة المراهقين، لاستخدام حل المشاكل الاسرية كطريقة للتأقلم وكانت هناك علاقة ايجابية بين أعراض القلق والتعبير عن المشاعر وطلب الدعم الاجتماعي والعمل بجد ونشاط والانشطة المختلفة المطلوبة منهم وارتبط القلق سلبيا مع السعي للدعم الديني.

2- دراسة (ثابت وآخرون، 2013)

بعنوان " استراتيجيات المواجهة لدى الأطفال والبالغين المتعرضين لنزاع وصراع الحرب "

هدفت الدراسة إلى التحقق مما إذا كانت العلاقة بين التعرض للصدمة، وأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة عند الأطفال والبالغين الفلسطينيين الذين يعيشون في مناطق الصراع والحرب خاضعة للإشراف أو تمت بواسطة استراتيجيات مواجهة معينة وتكونت عينة الدراسة من (424)

طفل، وتم استخدام الأدوات التالية وهي قائمة فحص الحدث الصادم، ومقياس أثر الحدث والتوجه لدى الشخص البالغ لمواجهة التجارب الصادمة، حيث أشارت نتائج الدراسة: إلى أن هؤلاء الأطفال تعرضوا إلى أحداث صادمة بمتوسط 13.7 %، كما توصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين التعرض للحدث الصادم، وأعراض كرب ما بعد الصدمة.

3- دراسة (ثابت وآخرون، 2013)

بمعيار " اضطراب كرب ما بعد الصدمة واضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد في الأطفال الفلسطينيين المتأثرين بالحرب على غزة "

هدفت الدراسة إلى التحقق من الاعتلال المشترك لدى الأطفال عند درجات الخطر العالية، والتي تؤدي إلى زيادة اضطراب كرب ما بعد الصدمة بسبب التعرض لصدمة الحرب وتكونت عينة الدراسة من (410) طفل، وتم استخدام الأدوات التالية وهي: قائمة الأحداث الصادمة في غزة – DSMIV, UCLA PTSD المقابلة العيادية الهيكلية لتشخيص DSM-IV وأظهرت الدراسة النتائج التالية: أن الأطفال الفلسطينيين يعانون من تجارب صدمة عديدة بنسبه 95%، كما أظهرت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث في درجات اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

4-دراسة (ثابت وآخرون، 2012)

بمعنوان " عوامل الخطر لاضطراب كرب ما بعد الصدمة والقلق والاكتئاب بين البالغين في غزة "

هدفت الدراسة: إلى فحص العلاقة بين التعرض لضغوطات الحرب والضغط النفسي إضافة إلى تأثير الحالة الاجتماعية الاقتصادية والعمر والجنس وتكونت عينة الدراسة من 139 من المراهقين، **واستخدم الباحث الأدوات التالية:** مقياس الخصائص الديمغرافية والاجتماعية مقياس كرب ما بعد الصدمة مقياس القلق والاكتئاب **وأظهرت نتائج الدراسة:** إلى أن البالغين المستهدفين اظهروا مستويات متصاعدة من التدخل والتجنب والاكتئاب مقارنة بنظرائهم في المجتمعات التي تتعرض لحرب في الماضي القريب، حيث بلغت نسبة النتائج في المدى العيادي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة 56.8% مقارنة بسكان يعيشون في سلام والذين بلغت النسبة لديهم 6.3% وعوامل الخطر لكرب ما بعد الصدمة $B=0.377, P<.01$ ، $B=0.0257, P<.001$ ، كبار السن $B=0.280, P<.01$ ، الاب العاطل عن العمل $B=0.0280, P<.01$ ، أما عوامل القلق فكانت كالتالي: التعرض $B=0.0304, P<0.001$ والاناث $B=0.125, P<0.01$ كبار السن $B=0.272, P<0.1$ بينما عوامل الخطر الاكتئاب فقط العامل المهم كان في الاناث

حيث $B = <0.238, P < 0.001$ أن الدراسة الحالية تفترض وجود اختلافات فردية كبيرة في كيفية تأثر البالغين بضغوطات الحرب.

5- دراسة (عبد الكريم، 2006)

بعنوان " مواقف الرعب وعلاقتها بالاكنتاب والتفكير المنطقي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية "

وهدفّت الدراسة إلى التحقق من الأهداف التالية: الكشف عن أعداد ونسب التلاميذ في ضوء متغيري حدة أعراض مواقف الرعب والجنس لعموم افراد العينة - الكشف عن الفروق بين الذكور والاناث في درجة حدة أعراض مواقف الرعب - تعرّف العلاقة الارتباطية بين أعراض مواقف الرعب لأفراد عينة البحث وتعرضهم للحدث المرعب تعرّف العلاقة الارتباطية بين أعراض مواقف الرعب والاكنتاب، وتكونت عينة الدراسة من (630) تلميذاً وتلميذة، واستخدمت الباحثة الأدوات التالية (مقياس مواقف الرعب) و(مقياس الاكنتاب)، و اختبار التفكير المنطقي و استمارة البيانات الديمغرافية ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الباحثة هي: أن نسبة 82.5% من افراد العينة يعانون من أعراض مواقف الرعب، كما توصلت الدراسة أيضاً أن لم تظهر فروق بين الذكور والاناث في درجة حدة أعراض مواقف الرعب. وكما أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين أعراض مواقف الرعب والتعرض للحدث المرعب. واتضح أيضاً وجود علاقة ارتباطية دالة موجبة بين أعراض مواقف الرعب والاكنتاب لعموم افراد العينة والذكور والاناث كل على حدة ولم تظهر فروق في العلاقة الارتباطية بين أعراض مواقف الرعب والاكنتاب بين الذكور والاناث. وجود علاقة ارتباطية داله سالبة بين أعراض مواقف الرعب والتفكير المنطقي لعموم افراد العينة والذكور والاناث كل على حدة. كما و لم تظهر فروق في العلاقة الارتباطية بين أعراض مواقف الرعب والتفكير المنطقي بين الذكور والاناث واتضح من النتائج أيضاً وجود فروق بين درجة حدة أعراض مواقف الرعب لأفراد عينة البحث والمستوى التعليمي لكل من الأم والأب وتبين وجود فروق بين درجة حدة أعراض مواقف الرعب لأفراد عينة البحث والحالة الاجتماعية للوالدين.

6- دراسة (قوّة والسراج 2004):

بعنوان " انتشار اضطراب ما بعد الصدمة بين الأطفال الفلسطينيين في قطاع غزة".

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى انتشار اضطراب ما بعد الصدمة، والمعاناة النفسية الأخرى بين الأطفال الفلسطينيين في قطاع غزة الذين يعيشون في ظروف صعبة من انتفاضة الأقصى، وتكونت العينة من (944) طفلاً من جميع محافظات قطاع غزة، واستخدم الباحثان الأدوات التالية: مقياس استبيان الصدمة، و مقياس اضطراب ما بعد الصدمة، و مؤشرات اضطراب ما بعد

الصدمة عند الأطفال، و قائمة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: أن (37.7%) من الأطفال بداوا بتطوير أعراض حادة لاضطراب ما بعد الصدمة، بينما عانى (49.2%) منهم من مستوى متوسط من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، كما توصلت الدراسة أيضاً أن أكثر أنواع التعرض للصدمة شيوعاً لدى الأطفال كان عند أولئك الذين شاهدوا الجنازات وعملية دفن الشهداء (94.6%)، والذين شاهدوا إطلاق النار (83.2%)، والذين راوا شخصاً مصاباً أو ميتاً من غير أقاربهم (66.9%)، والذين راوا أحد أفراد العائلة مصاباً أو مقتولاً (61.2%).

7- دراسة (المجدلاوي، 2004):

بعنوان "أثر الخبرات الصادمة خلال انتفاضة الأقصى على مستوى التحصيل الدراسي لطلاب المرحلة الإعدادية".

هدفت الدراسة إلى تقييم أثر الخبرات الصادمة التي تعرض لها الأطفال خلال انتفاضة الأقصى من قبل قوات الاحتلال الاسرائيلي على مستوى التحصيل الدراسي للطلاب في المرحلة الإعدادية، و تكونت عينة الدراسة من (432) طفل، واستخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس أثر الخبرات الصادمة، مقياس الحدث الصادم، وتوصلت الدراسة أن الأطفال الفلسطينيين تعرضوا لخبرات صادمة تراوحت شدتها من 19.7% بسيطة، 4، 72% متوسطة، 7.9% تعرضوا لصدمة شديدة، أيضاً توصلت الدراسة إلى أن معدل انتشار كرب ما بعد الصدمة بين الأطفال بلغ 71.2% كما توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباط بين الخبرات الصادمة وتطور كرب ما بعد الصدمة من جهة، ومستوى التحصيل الدراسي من جهة أخرى.

8- دراسة (البنا وعسلي، 2004):

بعنوان "اضطراب ما بعد صدمة الاجتياح الصهيوني لدى أطفال منطقة حي الزيتون بمحافظة غزة".

هدفت الدراسة إلى التعرف على أكثر أنواع الأحداث والخبرات الصادمة وأكثر اضطرابات ما بعد الصدمة أثناء الاجتياح الاسرائيلي لمنطقة حي الزيتون، و تكونت عينة الدراسة من (100) طفل، واستخدم الباحثان الأدوات التالية: مقياس الخبرات الصادمة، ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة أعداد الباحثين، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: أن الأطفال الذين يشاهدون الآخرين وهم يتعرضون للحدث الصادم أكثر من الأطفال الذين يتعرضون شخصياً لنفس الحدث وإن أكثر

أبعاد اضطرابات ما بعد الصدمة كانت كالتالي: اضطرابات اجتماعية - اضطرابات عقلية - اضطرابات جسمية - اضطرابات انفعالية - اضطرابات سلوكية.

9- دراسة (المعيني، 2004):

بعنوان " اضطراب كرب ما بعد الضغوط الصدمية وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى تلاميذ الصف السادس الابتدائي"

وهدفّت الدراسة إلى قياس اضطراب كرب ما بعد الضغوط الصدمة والكشف عن العلاقة بين PTSD والتحصيل الدراسي لتلاميذ الصف السادس الابتدائي، واستخدمت الباحثة الأدوات التالية وهي قائمة فحص أعراض كرب ما بعد الضغوط الصدمية للأطفال (تقرير الأهل) وعلي درجات نهاية النصف الثاني للصف الخامس الابتدائي، والنصف الأول للصف السادس الابتدائي لعام 2004، كأداة لقياس التحصيل، وتكونت عينه الدراسة من (100) طفل، وأظهرت نتائج

الدراسة: وجود علاقة دالة احصائياً بين التحصيل الدراسي وظهور أعراض PTSD.

10- (دراسة ثابت، 2004):

بعنوان: " متلازمة PTSD والاكتئاب عند الأطفال اللاجئين في أثناء صراع الحرب "

وهدفّت الدراسة إلى معرفة انتشار تفاعلات ضغوط كرب ما بعد الصدمة وطبيعتها وأعراض الاكتئاب بعد التعرض إلى الأحداث الصدمية عند الأطفال الفلسطينيين خلال صراع الحرب. وتم تقييم حالة (403) طفل فلسطيني عاشوا في أربعة مخيمات للاجئين استخدام الباحث الأدوات التالية قائمة غزة للأحداث الصدمية ومقياس ردود أفعال الأطفال كرب ما بعد الصدمة ، ومقياس المشاعر والمزاج القصيرة الامد، وأظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال جميعهم أعلنوا تعرضهم للأحداث الصدمية بشكل كبير، وكانت درجاتهم على المقياسين مترابطة بدلالة معنوية مع عدد تجارب الأحداث الصدمية ومع توافق المتغيرات الاقتصادية الاجتماعية، كما توصلت الدراسة أيضاً أن الأطفال الذين يعيشون في مناطق الحرب والنزاع يكونون عرضة للإصابة بـ(PTSD) ، كذلك الاضطرابات الاكتئابية وان هذه العلاقة بحاجة إلى بحوث اضافية.

ب - الدراسات الأجنبية:

1- دراسة (Espie et al , 2009):

بعنوان "الصدمة المرتبطة بالاضطرابات النفسية بين الأطفال والبالغين الفلسطينيين في غزة والضفة الغربية".

هدفت الدراسة إلى التعرف إلى طبيعة الاضطرابات النفسية الناتجة عن صدمة الحرب والعنف لدى الأفراد الذين يعيشون في قطاع غزة والضفة الغربية، وتكونت عينه الدراسة من (1369) مريض، واستخدم الباحث الأدوات التالية: المقابلة شبه الهيكلية المعتمدة على معايير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM-IV-TR، توصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: أن الأطفال أقل من أو يساوي 15 سنة كانوا يعانون من: اضطرابات القلق: بنسبه 18.3% ومن الاكتئاب: 3.4%، ومن اضطراب ما بعد الصدمة: 25.8%، ومن اضطراب حاد: 6.5%.

2- دراسة (Saigh et al , 2008):

بعنوان "مفهوم الذات لدى الأطفال والمراهقين المصدومين المصابين أو غير المصابين باضطراب ما بعد الصدمة".

هدفت الدراسة إلى مقارنة الشباب المصدومين المصابين باضطراب ما بعد الصدمة والشباب المصدومين الغير مصابين بهذا الاضطراب مع مجموعة مقارنة من الشباب الغير مصدومين، و تكونت عينة الدراسة من شباب مصدومين مصابين باضطراب ما بعد الصدمة (عددهم=30)، و شباب مصدومين غير مصابين باضطراب ما بعد الصدمة (عددهم=60)، ومجموعة مقارنة من الشباب الغير مصدومين (عددهم=39)، واستخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس بيرز-هاريس-2 لمفهوم الذات، ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة للأطفال، والمقابلة التشخيصية للأطفال والمراهقين، والمقابلات العيادية الغير هيكلية، ومقياس شدة الضغط، وتوصلت الدراسة: إلى أن الشباب المصابين باضطراب ما بعد الصدمة أظهروا درجات أقل من الشباب المصدومين الغير مصابين، كما توصلت الدراسة أيضاً أن التعرض للصدمة في غياب أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لم يصاحبه انخفاض في مقياس بيرز-هاريس-2 لمفهوم الذات.

3- دراسة (Michael et al , 2007):

بعنوان "اجترار الذكريات في اضطراب ما بعد الصدمة".

هدفت الدراسة إلى التعرف إلى عامل التنبؤ باجترار الذكريات على أساس اعتباره عاملاً أساسياً في استمرار اضطراب ما بعد الصدمة، وتكونت عينه الدراسة من (154) واستخدم الباحث الأدوات

التالية: مقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، و المقابلة العيادية الهيكلية والغير هيكلية- فحص قائمة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، و مقياس بيك للاكتئاب، الاستبيان- مقابلة الاجترار، وتوصلت الدراسة إلى: أن اجترار الذكريات لا يستخدم كأسلوب للمواجهة مع الذكريات المتطفلة فقط ولكنه أيضاً يؤدي إلى إثارة تلك الذكريات. بعض جوانب اجترار الذكريات مثل الاستمرار القهري في اجترار الذكريات، حدوث أفكار غير بناءة، وأسئلة على نمط "لماذا" و"ماذا لو"، وكذلك العواطف السلبية قبل وبعد اجترار الذكريات، كانت جميعها مرتبطة بصورة دائمة باضطراب ما بعد الصدمة في الوقت الحالي وفي المستقبل. هذه الخصائص فسرت بصورة دالة أكثر من تغير في اضطراب ما بعد الصدمة وشدة أكثر من مجرد وجود اجترار للذكريات، وبالتالي فهي تدل على أنه ليس كل طرق التفكير في اجترار الذكريات متساوية في عدم التأقلم.

4- دراسة (Polak ,vkraaij,2007):

بعنوان "أثر تجارب الحرب والاعتداء الجسدي على الأولاد المختطفين سابقاً في شمال اوغندا". هدفت الدراسة إلى تقييم تجارب الحرب وأثر الاعتداء الجسدي على الاولاد المختطفين سابقاً في شمال اوغندا، وتكونت عينه الدراسة من (216) طفل، واستخدم الباحث الأدوات التالية: تقرير الذات المقطعي، و مقياس أثر الأحداث الصادمة (IES-R)، و قائمة تدقيق تجارب الحرب (WEC)، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية أن الأطفال الذين تعرضوا لأحداث الحرب وللعديد من الأعمال الوحشية وتعرضوا لاعتداء جسدي، اظهروا إشارات وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة وكان لديهم ضيقاً نفسياً شديداً في الوقت الذي تمت فيه الدراسة.

5- دراسة (Etkin,wager,2007):

بعنوان "تصوير العصاب الوظيفي للقلق - تحليل ما وراء العملية الانفعالية في اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب القلق الاجتماعي والخوف المرضي المحدود".

هدفت الدراسة إلى التعرف إلى العجز الحاصل في الاضطراب العصابي الوظيفي المحدد والشائع في اضطرابات القلق المختلفة، كما هدفت الدراسة أيضاً إلى مقارنة العجز في الأنظمة العصبية من خلال القلق المتوقع في المواضيع الصحية، وتكونت عينه الدراسة من الأشخاص الأصحاء المصابين بالخوف ، والأشخاص المصابين باضطراب الخوف المرضي المحدد والقلق الاجتماعي واضطراب ما بعد الصدمة، واستخدم الباحث الأدوات التالية: تصوير الرنين المغناطيسي، ودراسات الاشعاع التوموجرافي لاضطراب ما بعد الصدمة والقلق الاجتماعي والخوف المرضي المحدد،

وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: إن المرضى من الاضطرابات الثلاثة يظهرون بشكل ثابت نشاطاً أعلى من الآخرين وارتباطاً هيكلياً بحدود الفعل العاطفية السلبية ،.

6- دراسة (Parslow , jorm ,2007):

بعنوان " الأداء العصابي المعرفي ما قبل وما بعد الصدمة وأعراض PTSD في عينة مجتمعية من الشباب ".

هدفت الدراسة إلى التعرف إلى ما إذا كان العجز العصابي المعرفي عند الناس المصابين PTSD هو نتيجة لهذه الأعراض، أو أنه يمثل عامل ضعف في تطور وتحسن هذه الأعراض بعد التعرض لحدث صادم، تكونت عينة الدراسة عينة عشوائية (4105) شخص في المرحلة الأولى، و (2097) منهم في المرحلة الثانية من الدراسة، واستخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس مسح الصدمة (فو وتيرنر)، و قائمة الاختبارات العصبية المعرفية لاعادة تجربة الحدث الصادم (دليس وكابلان / ساندروز وبيبر)، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: أظهرت مستويات عالية من الإثارة المتعلقة بإعادة تجربة الحريق، وأعراض الإثارة هذه كانت مرتبطة بتحسن اقل في القدرة على استدعاء الحدث مرة أخرى خلال المقابلة الثانية. وهذه النتيجة تؤدي إلى انخفاض نسبي في الذاكرة مع مرور الوقت ويمكن اعتبار ذلك عاملاً يعمل على إضعاف تحسن أعراض PTSD بمرور الزمن.

7- دراسة (Scheeringa et al ,2006):

بعنوان "العوامل المؤثرة على التنبؤ بأعراض PTSD وتشخيصها لدى المراهقين والأطفال".

هدفت الدراسة إلى التعرف إلى المعاناة التي تحدث في مرحلة الطفولة والتي تؤدي إلى أنواع مختلفة من الصدمة للتعرف على عوامل التشخيص وعوامل الخطر PTSD، كما هدفت الدراسة أيضاً إلى التعرف على الأطفال الأكبر سناً وطبيعة العلاقة بين الطفل والوالدين، وتكونت عينة الدراسة (62) طفلاً، واستخدم الباحث الأدوات التالية المقابلة المعيارية شبه الهيكلية، والدليل التشخيصي الرابع (DSM-IV)، وتوصلت الدراسة إلى أن الأطفال لم يوجد لديهم معايير DSM-IV وبالتحديد المعيار الثالث C وهم الأطفال في سن السابعة، أما الأطفال من سن 5-6 سنوات كان لديهم أعراض من معيار C و D، والأطفال الأكبر كان لديهم معيار B أكثر من الوالدين (فالأطفال 79.2% والوالدين 45.8%)، كما توصلت الدراسة أن كلا من الوالد والطفل تولدت لديهم أعراض أكثر ومعدلات أعلى من المعايير B,C,D وهذه النتائج قدمت دعماً إضافياً للمعيار

C للأطفال الصغار ما دون المدرسة لكن صلاحية هذه الدراسة محدودة لأنها لا تقيم الأعراض عند الطفل والوالد معا بل كل على حدة.

8- دراسة: (Perkonigg , et al., 2005)

بعنوان: "دراسة طولية عن اضطراب كرب ما بعد الصدمة وأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة عند عينة مكونة من المراهقين والشباب".

وهدفت الدراسة إلى التعرف إلى حدود التوقف المؤقت واستمرارية أعراض الـ(PTSD) وعلاقة ذلك مع الاضطرابات الأخرى، وتكونت عينة الدراسة من (2548) فرداً، وتم دراسة دوره الـ (PTSD) من ظهورها إلى مرحلة المتابعة وبعد مرور (34) إلى (50) شهراً وعند مجموعة من المستجيبين بلغ عددهم (125) استناداً إلى المراجعة الرابعة لتصنيف الرابطة الأمريكية الخاص بأعراض الـ(PTSD). وأظهرت نتائج الدراسة أنه على الرغم من أن (52%) من حالات PTSD توقفت بشكل مؤقت عن ظهور أعراض PTSD وأن 48% لم تظهر أي توقفات مؤقتة في أعراض الـ(PTSD) وأظهر المستجيبون ذوي الدورة المزمدة احتمالية أكبر في ظهور أعراض الـ(PTSD) عند تعرضهم لأي حدث وأظهروا نسباً عالية في ظهور أعراض الاحجام والسعي في طلب المساعدة مقارنة بالمستجيبين الذين اظهروا توقفاً مؤقتاً في الأعراض كما ظهرت عليهم الاضطرابات الجسدية واضطرابات قلق أخرى لها علاقة بالدورة المزمدة لظهور أعراض الـ(PTSD). ويتضح أن اضطراب الـ(PTSD) اضطراباً مستمراً ومزمناً يرافقه ظهور مجموعة أعراض خاصة- خصوصاً أعراض الاحجام لها علاقة مع دورة الـ(PTSD) المزمدة بالإضافة إلى احتمال ظهور اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية عند تعرضهم إلى أحداث جديدة.

9- دراسة: (Perez- Olmos et al., 2005)

بعنوان: " انتشار اضطراب كرب ما بعد الصدمة المرتبط بالحرب عند الأطفال في كولومبيا ".

وهدفت الدراسة إلى تحديد انتشار اضطراب كرب ما بعد الصدمة الـ(PTSD) المرتبط بالحرب وعلاقته ببعض المتغيرات عند الأطفال في سن المدرسة وفي ثلاث مدن من كولومبيا دراسة عرضية وتكونت عينة الدراسة من (493) طفلاً واستخدم الباحث الأدوات التالية: المقابلات الطبية النفسية ومقياس الـ(PTSD). وأظهرت نتائج الدراسة: إن درجة انتشار الـ(PTSD) الناجم عن الحرب بلغ 16.8% في المدينة التي تعرضت للحرب بشكل مزمّن و23.2% في المدينة التي تعرضت مؤخراً للحرب و1.2% في المدينة التي لم تتعرض لأيّة حروب، وكانت نسبة الفروق دالة عند مستوى 0.0001، وأظهر تحليل التباين أن القرب الجغرافي من منطقة الحرب والتفاعل

العاطفي الشديد مع الحرب يزيد من احتمالية ظهور الـ (PTSD) المرتبط بالحرب. وأظهرت النتائج أيضاً أن الفقر والمستوى التعليمي المتدني للوالدين، والقسوة في معاملة الأطفال كانت عوامل مساعدة في ظهور الـ (PTSD) في المدينة التي تعرضت بشكل مزمن للحرب. أما المدينة التي تعرضت مؤخراً للحرب فقد كانت أهم الأعراض ظهوراً هي عدم التركيز والاضطرابات النفسية الجسمية أكثر انتشاراً فيها. ويتضح أن الحرب تؤثر في الصحة العقلية للأطفال، وتكون نسبة احتمال ظهور الـ (PTSD) المرتبط بالحرب عند الأطفال الذين تعرضوا للحرب يزيد بمعدل 19 مرة أكثر من أولئك الذين لم يتعرضوا للحرب، وتفيد هذه النتائج الدول التي تعاني من الحروب والصراعات الداخلية والارهاب.

10- دراسة (Dalglish et al , 2000):

بعنوان "الأحداث العاطفية عند الأطفال والمراهقين المصابين بـ PTSD ومركز الضبط".

هدفت الدراسة إلى التعرف إلى البالغين القلقين الذين يكتشفون أنهم يقدرون حدوث الأحداث السلبية بشكل أكبر بكثير من حدوثها فعلياً، بالإضافة إلى أنهم يقدرون حدوث الأحداث السلبية لأنفسهم أكثر مما يقدرون حدوثها للآخرين، كما تهدف الدراسة أيضاً إلى التحقق في احتمالية الأحكام المتعلقة بالأحداث السلبية المستقبلية التي يظنها الأطفال والمراهقون الذين عانوا فعلاً من حدث سلبي شديداً، والذين تم تشخيصهم على أن لديهم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، **وتكونت عينه الدراسة** من ثلاث مجموعات، هي: الأولى: الأطفال والمراهقون الذين يعانون من أعراض PTSD الثانية: الأطفال والمراهقون الذين عانى والديهم من أعراض PTSD الثالثة: الأطفال والمراهقون الأصحاء، واستخدم الباحثون **الأدوات التالية**: مقياس القلق للأطفال (RCMAS) لريتشموند، و مقياس الاكتئاب (DSRS) لبايرسون، و مقياس الكلمات الانجليزي (BPVS) لبنتلوي، و مقياس المزاج ومقياس القراءة (WORD-BASIC READING) لجولومبك - استبيان (SPQ) وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية أنه لا يوجد اختلافات مطلقة بين المجموعة العيادية ومجموعات التحكم من مشاركي الصحة، ومع ذلك، الأطفال والمراهقين الذين لديهم PTSD يقدرون جميع الأحداث السلبية على أنها ممكن أن تحدث للآخرين أكثر من حدوثها لهم، كما توصلت الدراسة أيضاً على النقيض بأن مجموعتي التحكم عرضتا تحيزاً آخر لأحداث التهديد الجسدي وليس التهديد الاجتماعي حيث أن التحليل أشار إلى أن قوة العلاقة بين الأحكام المرتفعة حول الأحداث السلبية المستقبلية تقل مع العمر في مشاركي التحكم لكن لا توجد علاقة قوية في المجموعات التي تعرضت للصدمة.

11- دراسة (Dyregrov et al , 2000):

بعنوان "التعرض للصدمة وردود الفعل النفسية حول الإبادة الجماعية بين الأطفال الروانديين".

هدفت الدراسة إلى التعرف على ردود فعل الأطفال بعد الإبادة الجماعية التي بدأت في رواندا في وأثر ذلك على سلوكياتهم، وتكونت عينه الدراسة من 3030 طفل، وهم الأطفال الروانديين الذين تعرضوا لمستويات عالية من العنف حيث أنهم شهدوا موت أفراد عائلاتهم المقربين وشهدوا العديد من المذابح الأخرى، واستخدم الباحث الأدوات التالية: المقابلة التشخيصية، مقياس الأحداث الصادمة، ومقياس ردود الفعل، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: أن 90 % من الأطفال الروانديين يؤمنون بأنهم سوف يموتون، 15% اخفوا أنفسهم تحت جثث الموتى ولم يتم العثور عليهم فيما بعد، وأشار أثر مقياس الأحداث الصادمة المستخدم لمجموعة مكونة من 1830 طفل منهم إلى مستويات عالية من التجنب، كما لوحظ أن الأطفال الذين يعيشون في الملاجئ تعرضوا إلى صدمة أكبر من غيرهم، كما توصلت الدراسة أيضاً أن ردود فعل الأطفال المتعلقة بالفقدان والتجنب والتعرض تجعلهم يشعرون بان حياتهم في خطر وأنهم مهددون بشكل فعلي.

3-2 ثانياً: الدراسات التي تناولت موضوع العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة للأطفال والمراهقين:

أ- الدراسات العربية:

1- دراسة: (ضمرة وآخرون، 2013)

بعنوان " أثر نموذج العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة في خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من أطفال الحرب "

هدفت الدراسة إلى: التعرف إلى أثر نموذج العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة في خفض مستويات الاكتئاب لدى عينة من اطفال الحروب، وتكونت عينة الدراسة من (30) طفلاً عراقياً ممن قدموا إلى الاردن، وتم استخدام الأدوات التالية: قائمة الاكتئاب لدى الأطفال والبرنامج العلاجي من (12) جلسة علاجية، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: فعالية البرنامج العلاجي في خفض مستويات أعراض الاكتئاب في جميع أبعاد المقياس البعدي واستمرار الأثر في المتابعة.

2- دراسة: (عيطه، 2013)

بعنوان " أثر العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة والعلاج بالموسيقى في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من أطفال الحروب "

هدفت الدراسة: إلى مقارنة أثر برامج علاجية قائمة على التدخلات المركزة على الصدمة والموسيقى في خفض مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى أطفال الحروب، وتكونت عينة الدراسة: من (48) طفلاً سورياً تم توزيعهم قصدياً على 4 مجموعات (مجموعة العلاج بالموسيقى ومجموعة العلاج المركز على الصدمة ومجموعة العلاج بالموسيقى والمركز على الصدمة والمجموعة الضابطة) وتم استخدام الأدوات التالية: قائمة قلق ما بعد الصدمة للأطفال لتقييم مستويات قلق ما بعد الصدمة لأفراد الدراسة وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: فعالية البرامج العلاجية الموظفة في خفض أعراض إعادة اختبار الحدث الصادم والتجنب والإثارة الانفعالية الزائدة مقارنة بمجموعة العلاج المركز على الصدمة ومجموعة الموسيقى، ولم تظهر النتائج فروقاً ذات دلالة ما بين المجموعات في بعض الأعراض النفسية الأخرى.

3- دراسة: (محمد، 2011)

بعنوان " مدى فعالية برنامج علاجي نفسي جماعي بإعادة الأعمال التصويرى مقترح لخفض حدة الأفكار السالبة لدى عينة من ذوي اضطراب الضغط اللاحق لصدمة: دراسة تدخلية "

هدفت الدراسة إلى التحقق مدى فعالية برنامج علاجي نفسي جماعي بإعادة الأعمال التصويرى مقترح لخفض حدة الأفكار السالبة لدى عينة من ذوي اضطراب الضغط اللاحق لصدمة، وتكونت عينة الدراسة (6) من مريضات اضطراب كرب ما بعد الصدمة، واستخدم الباحث الأدوات الآتية: المقياس التشخيصي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة وقائمة معارف كرب ما بعد الصدمة قائمة تقويم العلاج بإعادة الأعمال التصويرى المجسد وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: وجود فروق جوهرية بين القياس القبلي والبعدي في متغيرات الدراسة لدى افراد الجماعة العلاجية مشيراً إلى انخفاض الأعراض والأفكار السالبة وزيادة التقويم الايجابي للعلاج في القياس البعدي. كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق جوهرية في القياس البعدي لمتغيرات الدراسة بين الجماعتين العلاجية والضابطة مشيراً لانخفاض الأعراض والأفكار السالبة وزيادة التقويم الايجابي للعلاج لصالح الجماعة العلاجية مما يؤكد فعالية بروتوكول البرنامج المقترح ويؤكد صحة فرضي الدراسة.

4- دراسة: (بدران، 2010)

بعنوان " أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض أعراض كرب ما بعد الصدمة لدى عينة من النساء المعنفات بمدينة عمان "

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض أعراض كرب ما بعد الصدمة والاكتئاب والقلق لدى عينة من النساء المعنفات بمدينة عمان، وتكونت عينة الدراسة من (17) أمراه معنفه من نزلاء دار الوفاق الاسري. واستخدم الباحث الأدوات الآتية: مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة ومقياس بيك للاكتئاب ومقياس القلق حالة وسمه، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: تدني المتوسطات البعدية مقارنة مع المتوسطات القبلية، كما توصلت الدراسة أيضاً وجود فروقا دالة على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة وعلي أبعاده الفرعية الثلاثة: بعد تكرار الخبرة، وبعد التجنب، وبعد الاستثارة الزائدة كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائية على الدرجة الكلية لمقياس بيك للاكتئاب على مقياس القلق حالة وسمه وخلصت النتيجة إلى أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المستخدم في هذه الدراسة كان فعالا في خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة لدى النساء المعنفات كما أنه فعالاً في خفض درجة الاكتئاب ومستوى القلق لديهن.

5- دراسة: (السنباتي، 2005)

بعنوان " فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء اليهم "

هدفت الدراسة إلى التحقق من فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من أعراض كرب ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء اليهم، وتكونت عينة الدراسة من (30) من الأطفال المساء إليهم جسدياً وجنسياً، واستخدمت الباحثة الأدوات التالية: مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة أعداد الباحثة ومقياس القلق حالة، وسمة، ومقياس الاكتئاب ونموذج تقرير المعلم وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: وجود فروق دالة احصائيا بين المتوسطات على الدرجة الكلية والأبعاد الثلاثة لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة، ومقياس سمة وحالة القلق ومقياس الاكتئاب ونموذج تقرير المعلم لصالح افراد المجموعة التجريبية ومن هنا تتضح فعالية البرنامج العلاجي المستخدم في تخفيف أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة وكذلك فعاليته في التخفيف من أعراض بعض الاضطرابات النفسية التي قد تصاحب اضطراب كرب ما بعد الصدمة مثل القلق والاكتئاب.

ب- الدراسات الأجنبية:

1- دراسة (Wild , Ehlers, 2010):

بعنوان " دراسة ذاتية مساعدة في العلاج المعرفي لاضطراب ما بعد الصدمة ".

هدفت الدراسة: إلى التعرف إلى مدى فاعلية الدراسة الذاتية والعلاج المعرفي في معالجة اضطراب ما بعد الصدمة وفقا للتقييم التقرير الذاتي والتقييم المستقل، وتكونت عينة الدراسة: من شخص مصاب بالاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة، تطورت لديه هذه الأعراض، واستخدمت الباحثة الأدوات التالية: مقياس اضطراب ما بعد الصدمة، ومقياس تأثير الأحداث (IES-R)، و استبيان صحة المريض (PHQ-9)، و مقياس القلق المعمم (GAD-7)، و مقياس الاكتئاب، و برنامج العلاج المعرفي والدراسة الذاتية، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: نجاح الأساليب والأدوات المستخدمة في علاج الحالة بشكل كبير، كما أنها قللت من وقت الاتصال مع المعالج للنصف وهذا ما هو مطلوب في CT-PTSD، فالدراسة الذاتية أظهرت فعاليتها في معالجة اضطراب ما بعد الصدمة والقلق والاكتئاب.

2- دراسة (Cohen et al ,2001):

بعنوان " ممارسات العلاج في مرحلة الطفولة لاضطراب ما بعد الصدمة ".

هدفت الدراسة: إلى حصر الممارسات المتبعة في علاج PTSD في مرحلة الطفولة بين الأطفال ذوي الأعراض النفسية والأطفال العاديين من قبل المعالجين المهتمين بعلاج الأطفال المصدومين، وتكونت عينه الدراسة: من (207) من الأطباء النفسيين المعالجين للأطفال والمراهقين و(460) من الاخصائين النفسيين الأعضاء في الجمعية العالمية لدراسات الأحداث الصادمة، واستخدم الباحث الأدوات التالية: استبانة المسح الخاصة بأساليب العلاج النفسي المتبعة في علاج اضطراب ما بعد الصدمة، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: أن هناك 247 استجابة: 77 من الأطباء النفسيين و82 من الاخصائين النفسيين الذين تعاملوا مؤخراً مع أطفال يعانون من PTSD، حيث تم استخدام طرق متنوعة على نطاق واسع. وأفضل الاستجابات الواردة من الأطباء النفسيين: العلاج الدوائي والعلاج النفسي الحركي والعلاج السلوكي المعرفي. أما أفضل الاستجابات الواردة من الأخصائيين النفسيين كانت: العلاج السلوكي المعرفي والعلاج العائلي والعلاج باللعب الغير مباشر. 95 % من الاستجابات الطبية استخدمت العلاج الدوائي لاضطراب ما بعد الصدمة مع ذكر أسماء للأدوية المستخدمة في هذه الحالات.

3- دراسة كنج (King, 2000):

بعنوان " فعالية العلاج المعرفي السلوكي على عينة من الأطفال المصابين باضطراب ما بعد الصدمة والمساء إليهم جنسياً ".

هدفت الدراسة: إلى تقييم فعالية العلاج السلوكي المعرفي على عينة من الأطفال المساء إليهم جنسياً، والذين يعانون من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، و تكونت العينة من (36) طفلاً، واستخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس الحدث الصادم، و مقياس اضطراب ما بعد الصدمة، و برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: أن الأطفال الذين تلقوا العلاج أظهروا تحسناً ذا دلالة لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة، كما حدثت تحسنات دالة في علاقة الآباء الذين أكملوا المقاييس والتقديرات الإكلينيكية، وقد كان الاحتفاظ بالتحسن واضحاً عند تقييم المتابعة بعد (12) أسبوع.

ثالثاً: الدراسات التي تناولت موضوع علاج العقل والجسم لاضطراب كرب ما بعد الصدمة للأطفال والمراهقين:

الدراسات الأجنبية:

1- دراسة: (Staples et. Al ,2011):

بعنوان " مجموعات مهارات العقل والجسم في اضطراب ما بعد الصدمة وأعراض الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين الفلسطينيين بغزة" ..

هدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية برنامج مجموعات العقل والجسم لتحديد أثرها على أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب، وفقدان الأمل لدى الأطفال والمراهقين في غزة، وتكونت عينة الدراسة: من (129) طفل ومراهق تطابقت عليهم المعايير التشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة، واستخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس الحدث الصادم، و مقياس اضطراب ما بعد الصدمة، ومقياس التفاؤل والأمل، و برنامج علاج العقل والجسم ، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: أنه سجل تحسن ملحوظ في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب، ونقص ملحوظ في الإحساس بفقدان الأمل مباشرة بعد المشاركة في البرنامج، كما توصلت الدراسة أيضاً وفي دراسة تتبعية. سجل حفاظ على التحسن في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب والإحساس باليأس بالرغم من العنف المستمر والصعوبات الاقتصادية.

2- دراسة: (Catani et al.2009):

بعنوان " أثر برنامج علاجي قائم على (العلاج بالتعرض التدريجي) وبرنامج علاجي قائم على التأمل والاسترخاء للتقليل من أعراض القلق والاكتئاب لدى الأطفال بعد التعرض لموجات تسونامي في سيريلاوكا.

هدفت الدراسة إلى: مقارنة أثر برنامج العلاج بالتعرض التدريجي وبرنامج العلاج بالتأمل والاسترخاء للتقليل من أعراض القلق والاكتئاب لدى الأطفال بعد التعرض لموجات تسونامي، وتكونت عينة الدراسة من: (31) طفلاً من سيريلاوكا، واستخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس القلق وقائمة الاكتئاب للأطفال والبرنامجين العلاجين، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية إلى: فعالية البرنامجين العلاجين في خفض الأعراض المرضية لدى أفراد الدراسة بالقياس البعدي وخلال فترة متابعة بلغت 6 شهور.

3- دراسة: (CMPPM,2008):

بعنوان " علاج اضطراب ما بعد الصدمة بعد حرب كوسوفو لطلاب المدارس الثانوية باستخدام مهارات العقل والجسم".

هدفت الدراسة: إلى فحص عمل تقنيات العقل والجسم على تخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند المراهقين، وتكونت عينة الدراسة: من (40) من الأطفال الذين لديهم علامات الصدمة، واستخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس هارفارد للصدمة، و برنامج علاج العقل والجسم، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: إلى انخفاض درجات اضطراب ما بعد الصدمة بعد المشاركة في البرنامج، واستمر الانخفاض في تلك الدرجات عند المجموعتين اللتين شاركتا في دراسة متابعة بثلاث شهور.

4- دراسة: (CMPPM,2008):

بعنوان " عينة عشوائية بعد حرب كوسوفو لطلاب المدارس الإعدادية والثانوية باستخدام مهارات العقل والجسم لخفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ".

هدفت الدراسة: إلى فحص عمل تقنيات العقل والجسم على تخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند المراهقين، وتكونت عينة الدراسة: من (40) من الأطفال الذين لديهم علامات الصدمة، واستخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس هارفارد للصدمة، و برنامج علاج العقل والجسم، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: إلى انخفاض درجات اضطراب ما بعد الصدمة بعد المشاركة في البرنامج، واستمر الانخفاض في تلك الدرجات عند المجموعتين اللتين شاركتا في دراسة متابعة بثلاث شهور.

5- دراسة: (Gordon et al.2006)

بعنوان " علاج اضطراب ما بعد الصدمة لدى طلاب الثانوية في كوسوفو بعد الحرب باستخدام مجموعات مهارات العقل والجسم".

هدفت الدراسة: إلى فحص إذا ما كانت تقنيات العقل والجسم تقلل من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند المراهقين، وتكونت عينة الدراسة: من (139) طالباً من طلاب مدرسة جيتا الثانوية في إقليم كوسوفو، واستخدم الباحث الأدوات التالية: مؤشر رد فعل اضطراب ما بعد الصدمة (الدليل التشخيصي الثالث)، و تقنيات برنامج علاج العقل والجسم وبرامج علاجية أخرى، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: أن اضطراب ما بعد الصدمة قلّ بشكل كبير بعد

المشاركة في تطبيق هذه البرامج، واستمر الانخفاض في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في المجموعتين اللتين شاركتا في المتابعة لاحقاً مقارنة بمقاييس ما قبل تطبيق البرامج عليهم، كما توصلت الدراسة أيضاً إلى أن هذه البيانات تشير إلى أن برامج مهارات العقل والجسم فعالة في التقليل من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى طلاب المدارس ممن لديهم صدمة ما بعد الحرب.

6- دراسة: (CMHP,2005):

بعنوان " أثر مهارات العقل والجسم في خفض أعراض الصدمة النفسية للأطفال في كوسوفو " هدفت الدراسة: للتحقق من أثر مهارات العقل والجسم في خفض أعراض الصدمة النفسية للأطفال في كوسوفو واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس هارفارد باستخدام المنهج التجريبي وتكونت الدراسة المستعرضة من عينة: الأطفال وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية إلى: هناك تحسن واضح في زملة الأعراض الفرعية وكان هناك تحسن أعلى لدى الفتيات ولكن لا يوجد هناك فروق ذات دلالة بالنسبة لأفراد العينة من تذكر الحدث الصادم التجنب وأعراض التتميل.

7- دراسة (Gordon et al.2004):

بعنوان " علاج اضطراب ما بعد الصدمة بعد حرب كوسوفو لطلاب المدارس العليا باستخدام مهارات العقل والجسم".

هدفت الدراسة: إلى فحص عمل تقنيات العقل والجسم على تخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند المراهقين، وتكونت عينة الدراسة: من (139) فرداً من طلاب المدارس العليا في كوسوفو، واستخدم الباحث الأدوات التالية: استبيان مؤشر تفاعلات اضطراب ما بعد الصدمة، وبرنامج علاج العقل والجسم، و استبيان المتابعة، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: إلى انخفاض درجات اضطراب ما بعد الصدمة بعد المشاركة في البرنامج، واستمر الانخفاض في تلك الدرجات عند المجموعتين اللتين شاركتا في دراسة متابعة عندما تم مقارنتها بقياسات ما قبل الاختبار، كما توصلت الدراسة أن تدل تلك البيانات على أن مجموعات مهارات العقل والجسم كانت فعالة في تخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند طلاب المدارس العليا المصدومين من الحرب.

8- دراسة: (Gorev,2004):

بعنوان " أثر الاسترخاء قصير المدى على منظومة نشاط الدماغ الكهربائي في حالة التيقظ الهادئة لأطفال المدارس الصغار".

هدفت الدراسة: إلى توضيح وشرح أثر الاسترخاء قصير المدى على منظومة نشاط الدماغ الكهربائي في حالة التيقظ الهادئة لأطفال المدارس الصغار، وتكونت عينة الدراسة: من (30) طفل من أطفال المدارس الصغار في موسكو/روسيا، واستخدم الباحث الأدوات التالية: جلسات الاسترخاء قصيرة المدى، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: أن التغيرات المتعلقة بتماسك الجهاز العصبي في الدماغ كانت أكثر استقراراً بعد بدء التدخل بجلسات الاسترخاء، ونفس التحسن حدث في الذاكرة السمعية واللفظية، كما توصلت الدراسة إلى أن جلسات الاسترخاء عكست التغيرات الإيجابية الناشئة في وظيفة الدماغ وكفاءة العمليات المعرفية.

3-3 تعقيب عام على الدراسات السابقة:

من خلال العرض السابق للبحوث و الدراسات السابقة والتي تناولت متغيرات الدراسة فقد رأي الباحث من خلال الاطلاع الواسع على الدراسات التي تناولت موضوع كرب ما بعد الصدمة و العلاج المعرفي السلوكي، وعلاج العقل والجسم وما وجده من نشاط كبير في حركة البحوث الميدانية الخاصة بالمتغيرات الثلاثة، حيث أجريت العديد من الدراسات وفي ضوء ما سبق عرضه وجب أن يعقب على هذه الدراسات على النحو التالي:

أولاً: الدراسات تناولت موضوع اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى الأطفال والمراهقين:

بعد استعراض الدراسات التي تناولت اضطراب ما بعد الصدمة فقد أراد الباحث أن يعقب على هذه الدراسات من عدة زوايا وهي على النحو التالي:

أولاً: من حيث الموضوع:

لقد اختلفت الدراسات في تناول موضوع اضطراب ما بعد الصدمة، فقد تناولت وركزت الدراسات السابقة على موضوع اضطراب ما بعد الصدمة في مجالات ضيقة فالغالبية من الباحثين درس كرب ما بعد الصدمة كاضطراب مرتبطاً باضطرابات نفسية أخرى مثل دراسة (ثابت، 2014)، دراسة (ثابت، 2013)، دراسة (عبد الكريم، 2006)، دراسة (ثابت، 2004)، (Espinosa et al., 2009)، (Perkonig, et al., 2005)، دراسة (Etkin, Wager, 2007)، دراسة (Parslow, Jorm, 2007) وهناك دراسات تناولت موضوع الصدمة وكرب ما بعد الصدمة من حيث علاقتها مع بعض المتغيرات مركز الضبط والتوافق النفسي ومفهوم الذات والتحصيل الدراسي واجترار الذكريات والأداء العصبي المعرفي لكرب ما بعد الصدمة ومن هذه الدراسات: دراسة (المجدلاوي، 2004)، دراسة (المعيني، 2004)، دراسة (Saigh et al., 2008)، دراسة (Michael et al., 2007)، دراسة (Dalgleish et al., 2000)، وبعض الدراسات تناولت موضوع أثر الحروب ومدى الانتشار وعوامل التنبؤ بالصدمة وكرب ما بعد الصدمة مثل: دراسة (ثابت، 2013)، دراسة (قوة والسراج، 2004)، دراسة (البنا وعسلي، 2004)، دراسة (Polak, vkraaij, 2007)، دراسة (Scheeringa et al., 2006)، دراسة: (Perez- Olmos et al., 2005)، دراسة (Dyregrov et al., 2000) والتي من شأنها أن تساعد المهتمين في هذا المجال للمساعدة في وضع البرامج المحددة لمعالجة الصدمة وكرب ما بعد الصدمة.

ثانياً: من حيث الأهداف:

تعددت الأهداف بتعدد المواضيع التي تناولتها البرامج والدراسات فكانت تهدف في مجملها إلى معرفة طبيعة الاضطرابات النفسية الناتجة عن صدمة الحرب الموجود لدى عينة الدراسة في كل دراسة فهناك دراسات هدفت إلى الكشف عن طبيعة الاضطرابات النفسية الناتجة عن الصدمة وكرب ما بعد الصدمة مثل: دراسة (ثابت، 2014)، دراسة (ثابت، 2013)، دراسة (عبد الكريم، 2006)، دراسة (ثابت، 2004) (Espie et al , 2009)، دراسة (Perkonigg , et al., 2005)، دراسة (Polak , vkraaij, 2007)، دراسة (Etkin, wager, 2007) وكذلك هدفت إلى معرفة أثر الأحداث الصادمة والصدمة وكرب ما بعد الصدمة وعلاقته ببعض المتغيرات دون الخوض في تقديم الحلول المناسبة للتخفيف من حدة هذه الآثار مثل: دراسة (المجدلاوي، 2004)، دراسة (المعيني، 2004)، دراسة (Saigh et al , 2008)، دراسة (Michael et al , 2007)، دراسة (Dalglish et al , 2000)، بالإضافة إلى أن بعض الدراسات هدفت إلى التعرف على أثر الحروب ومدى الانتشار وعوامل التنبؤ بالصدمة وكرب ما بعد الصدمة مثل: دراسة (ثابت، 2012)، دراسة (قوته والسراج، 2004)، دراسة (البنا وعسلي، 2004)، دراسة (Polak vkraaij, 2007)، دراسة (Scheeringa et al , 2006)، دراسة (Perez- Olmos et al., 2005)، دراسة (Dyregrov et al , 2000) والتي من شأنها أن تساعد المهتمين في هذا المجال للمساعدة في وضع البرامج المحددة لمعالجة الصدمة وكرب ما بعد الصدمة.

ثالثاً: من حيث العينات:

كما أتضح تتوع عينات الدراسات السابقة فمنها من الأطفال ومنها من المراهقين و لقد أجريت معظم الدراسات السابقة في البيئة العربية (مصر، فلسطين، الخليج العربي)، بينما أجري البعض الآخر في بيئات أجنبية، ولقد اختلفت الدراسات في تناول العينة التي تقوم عليها الدراسة وقد تناولت بعض الدراسات والبحوث مراحل عمرية للأطفال والمراهقين كدراسة (ثابت، 2014)، دراسة (ثابت، 2013)، دراسة (عبد الكريم، 2006)، دراسة (قوته والسراج، 2004)، دراسة (البنا وعسلي، 2004)، دراسة (المجدلاوي، 2004)، دراسة (المعيني، 2004)، دراسة (ثابت، 2004)، دراسة (Espie et al , 2009)، دراسة (Polak , vkraaij, 2007)، دراسة (Scheeringa et al , 2006)، دراسة (Dalglish et al , 2000)، دراسة (Dyregrov et al , 2000) دراسة (Saigh et al , 2008) وبعض الدراسات والبحوث ركزت على مرحلة المراهقين بشكل أساسي كدراسة (ثابت، 2014)، دراسة (ثابت، 2012)، دراسة (Michael et al , 2007)، دراسة

(Etkin, wager, 2007)، دراسة (Parslow , jorm , 2007)، دراسة: (Perkonigg , et al., 2005)، كما أجريت الدراسات السابقة على اعمار مختلفة تراوحت بين (8-24) سنة.

رابعاً: من حيث النتائج:

وتبين الدراسات التي تناولت الصدمة النفسية وكرب ما بعد الصدمة أثر التعرض للعنف والحرب عن مدى الآثار التي تتركب الأفراد المتعرضين للحرب والعنف على مجمل حياتهم العقلية والانفعالية والسلوكية، وقد أجريت هذه الدراسات على المجتمع الفلسطيني، خاصة من الأطفال والمراهقين الفلسطينيين وعلي سبيل المثال لا الحصر: دراسة (ثابت، 2014)، دراسة (ثابت، 2012)، دراسة (ثابت وآخرون، 2013)، دراسة (قوتة والسراج 2004)، دراسة (المجدلاوي، 2004)، دراسة (البنا وعسلي، 2004)، دراسة (ثابت، 2004)، دراسة (Espie et al , 2009)، وتكاد تتفق هذه الدراسات فيما بينها بأن التعرض للحروب والنزاع والعنف يؤدي إلى نتائج سلبية على الصحة النفسية للأطفال والمراهقين، وأن الأطفال والمراهقين الفلسطينيين لا يختلفون عن الإسرائيليين في درجة العدوانية، بينما لديهم تفضيل لخوض المعارك والاندماج في الصراع الوطني أكثر من الأطفال الإسرائيليين، وأن تعرض المراهقين الفلسطينيين أو أحد أسرهم لأطلاق النار أو الإصابة أو الاعتقال يؤدي إلى معاناتهم من اضطرابات نفسية مختلفة كما أوضحت الدراسات إلى أن الأطفال والمراهقين لديهم مشاكل اتسمت بالعدوانية تجاه بعضهم البعض، وأظهروا خوفاً من المواقف الجديدة، كما أظهرت درجات مرتفعة من التوتر والقلق، وكذلك ظهور المشاكل الانفعالية وتحديدًا الخوف من الظلام، وقضم الاظافر، والانسحاب، والكآبة والخوف من المواقف الجديدة، حيث ظهر بصورة واضحة لدى الأطفال الذين فقدوا منازلهم واقارب لهم، كما أشارت الدراسات إلى عدم وجود فروق دالة احصائية في التعرض للعنف بين الذكور والاناث أو بين الأطفال ترجع إلى مكان الإقامة، كذلك بينت أن الأطفال والمراهقين الذين شاركوا بفعالية وتعرضوا للعنف أكثر ظهرت لديهم أعراض عصابية، كما اتضح وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متغيرات الجنس والتحصيل الدراسي ومكان السكن، ووجود نتائج ذات دلالة احصائية في مجال الآثار النفسية تبعاً لمتغيرات الجنس، والحالة الاجتماعية، والعمر، ومستوى التعليم، وبعض الدراسات التي تناولت اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته ببعض المتغيرات فقد أظهرت معظمها تأثير اضطراب ما بعد الصدمة على عدة متغيرات زيادةً وانخفاضاً مثل دراسة (Polak , 2007)، دراسة (vkraaij, 2006)، دراسة (Scheeringa et al , 2006) و دراسة (المجدلاوي، 2004)، وبعض الدراسات أشارت إلى عدم وجود فروق جوهرية بين الجنسين في وجود تأثير اضطراب ما بعد الصدمة كدراسة (Dalglish et al , 2000)، واتضح أن الأطفال والمراهقين لديهم أعراض

الصدمة وكرب ما بعد الصدمة بصورة ملحوظة في أعراض القلق والاكتئاب والانسحاب الاجتماعي وفقدان الشهية واضطرابات النوم والأحلام المزعجة وانعدام الأمن وصعوبة التواصل مع الآخرين، بحيث كان يتفاوت ظهورها بحسب المرحلة العمرية والنمو العقلي بينهما، وتشابهت دراسات أخرى في مجتمعات مختلفة غير المجتمع الفلسطيني، من حيث أثر الحرب والتجارب الصادمة على تصرفات الأفراد السلوكية والانفعالية والنفسية مثل: دراسة (عبد الكريم، 2006)، دراسة (المعيني، 2004)، دراسة (Saigh et al , 2008)، دراسة (Michael et al , 2007)، دراسة (Polak , 2007)، دراسة (vkraaij, 2007)، دراسة (Etkin, wager, 2007)، دراسة (Parslow , jorm , 2007)، دراسة (Scheeringa et al , 2006)، دراسة (Perkonigg , et al., 2005)، دراسة: Perez- Dyregrov et al , 2005)، دراسة (Olmos et al., 2005)، دراسة (Dalgleish et al , 2000)، دراسة (Dyregrov et al , 2000).

ثانياً: الدراسات التي تناولت موضوع العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة للأطفال والمراهقين:

بعد استعراض الدراسات التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة ومن خلال مراجعة الدراسات السابقة التي استهدفت استقصاء فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المركز على اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة (القلق والاكتئاب) نلاحظ التشابه بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة في انتهاجها لاساليب وبرامج العلاج الجماعي وتوجهها لعينات الأطفال والمراهقين فقد أراد الباحث أن يعقب على هذه الدراسات من عدة زوايا وهي على النحو التالي:

أولاً: من حيث الموضوع:

لقد تناولت معظم الدراسات العربية والأجنبية موضوع العلاج المعرفي السلوكي كفعالية وكبرنامج لعلاج وخفض حدة أعراض اضطراب الصدمة وكرب ما بعد الصدمة باختلاف نوع الحدث الصادم مثل: دراسة: (ضمرة وآخرون، 2013) دراسة: (عيطة، 2014)، دراسة: (محمد، 2011)، دراسة: (بدران، 2010)، دراسة: (السنباتي، 2005)، ومن الدراسات الأجنبية: دراسة (Wild , Ehlers, 2010)، دراسة (King, 2000)، موضوع العلاج المعرفي السلوكي كفعالية وبرنامج، بينما هناك دراسات تناولته من حيث علاقته ببعض المتغيرات مثل دراسة دراسة. (Cohen et al , 2001)

ثانياً: من حيث الأهداف:

لقد تباينت الدراسات السابقة العربية والأجنبية في أهدافها، ففي حين كانت تهدف معظم الدراسات السابقة إلى تقييم أثر فعالية العلاج المعرفي السلوكي مثل دراسة: دراسة: (ضمنة وآخرون، 2013) دراسة (محمد، 2011)، دراسة: (بدران، 2010)، دراسة: (السنباتي، 2005)، دراسة (Wild , Ehlers, 2010)، دراسة (King, 2000)، وكذلك كانت تهدف بعض الدراسات إلى إيجاد الفروق والمقارنه، دراسة (Cohen et al , 2001).

ثالثاً: من حيث العينات:

لقد أجريت الدراسات السابقة في بيئات معينة، فقد أجريت معظم الدراسات السابقة في البيئات (المصرية، الأردنية، السودان، فلسطين)، في حين آخر أجريت بعض الدراسات في بيئات أجنبية في الولايات المتحدة وغيرها من الدول الغربية، ولقد اختلفت الدراسات في تناول عينة الدراسة ففي حين اختارت معظم العينات الأطفال لإجراء الدراسات عليها كدراسة (كنج، King, 2000) دراسة: (السنباتي، 2005)، دراسة: (ضمنة وآخرون، 2013) دراسة: (عيطه، 2014)، اتجه بعض الباحثين إلى إجراء الدراسات على عينة من المرضى وهذا دليل على أن أهم فئة هي فئة المرحلة المرضي ، حيث أجريت معظم الدراسات على الجنسين مثل دراسة (محمد، 2011)، دراسة: (بدران، 2010) و دراسة (Wild , Ehlers, 2010).

رابعاً: من حيث النتائج:

حيث توصلت الدراسات التي عرضها الباحث في المتغير الثاني إلى فاعلية استخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال والمراهقين لخفض حدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لتحسين مستوى تكيفهم مع أنفسهم وواقعهم، وبينت الدراسات التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي مدى فعالية ونجاح نظرية العلاج المعرفي السلوكي، وأظهرت وجود علاقة ارتباطية موجبه بين التشوهات المعرفية والعديد من الاضطرابات النفسية، كما أوضحت فعالية هذا الاسلوب العلاجي في علاج الصدمة وكرب ما بعد الصدمة، بينما أظهرت الدراسات التي أعدت برامج علاجية لتخفيف اضطراب ما بعد الصدمة فعالية كبيرة وحقت نجاحاً ملحوظاً في هذا المجال كدراسة: (عيطه، 2014)، دراسة: (ضمنة وآخرون، 2013) و دراسة: (محمد، 2011)، دراسة: (بدران، 2010)، دراسة: (السنباتي، 2005)، دراسة (Wild , Ehlers, 2010)، دراسة (Cohen et al , 2001)، و دراسة (كنج، King, 2000) وهذا يتفق مع فروض النظرية المعرفية السلوكية في العلاج.

ثالثاً: الدراسات التي تناولت موضوع علاج العقل والجسم لاضطراب كرب ما بعد الصدمة للأطفال والمراهقين:

بعد استعراض الدراسات التي تناولت علاج العقل والجسم لاضطراب كرب ما بعد الصدمة فقد أراد الباحث أن يعقب على هذه الدراسات من عدة زوايا وهي على النحو التالي:

أولاً: من حيث الموضوع:

لقد تناولت معظم الدراسات العربية والأجنبية موضوع العقل والجسم كبرنامج وفاعلية لتوضيح أثر التقنيات بمجموعها على خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة مثل: دراسة: (Staples et. Al, 2011)، دراسة (CMPM, 2008)، دراسة: (Gordon et al. 2006)، دراسة (CMHP, 2005)، دراسة: (Gordon et al. 2004)، بينما هناك دراسات ركزت على استخدام بعض التقنيات لتوضيح أثرها في معالجة وخفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة والتي ركزت على تقنيات التخيل والتأمل والاسترخاء مثل دراسة: (Gorev, 2004) دراسة: (Catani et al. 2009).

ثانياً: من حيث الأهداف:

لقد تباينت الدراسات السابقة العربية والأجنبية في أهدافها، ففي حين كانت تهدف معظم الدراسات السابقة إلى تقييم فعالية العلاج العقل والجسم مثل دراسة: (Staples et. Al, 2011)، دراسة: (CMPM, 2008)، دراسة: (Gordon et al. 2006)، دراسة: (CMHP, 2005)، دراسة: (Gordon et al. 2004)،، وكذلك كانت تهدف بعض الدراسات إلى معرفه أثر بعض تقنيات العقل والجسم في علاج الصدمة وكرب ما بعد الصدمة والقلق والاكتئاب وكيف تؤثر على الدماغ مثل: دراسة: (Gorev, 2004) دراسة: (Catani et al. 2009).

ثالثاً: من حيث العينات:

لقد أجريت الدراسات السابقة في بيئات معينة، فقد أجريت معظم الدراسات السابقة في البيئات (المصرية، الأردنية، السودان، فلسطين)، في حين أخر أجريت بعض الدراسات في بيئات أجنبية في الولايات المتحدة وغيرها من الدول الغربية، ولقد اختلفت الدراسات في تناول عينة الدراسة ففي حين اختارت معظم العينات المرضي لإجراء الدراسات عليها كدراسة دراسة: (Gordon et al. 2006)، اتجه بعض الباحثين إلى إجراء الدراسات على عينة من طلاب المرحلة الثانوية والمراهقين والجامعيين مثل دراسة (أبو هين وآخرون، 2006)، (2011، Staples et. Al)، دراسة: (CMPM, 2008)، دراسة: (Gordon et al. 2006)، دراسة:

(CMHP,2005)، دراسة: (Gordon et al.2004)، دراسة: (Gorev,2004) دراسة: (Catani et al.2009).

رابعاً: من حيث النتائج:

توصلت الدراسات السابقة التي عرضها الباحث في المتغير الثالث إلى: فاعلية استخدام تقنيات العقل والجسم في معالجة وخفض حدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والقلق والاكتئاب وامكانية التدخل باستخدام تقنيات العقل والجسم في علاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة والقلق والاكتئاب حيث اتفقت الدراسات السابقة التي تناولت تقييم فاعلية تقنيات العقل والجسم واتفقت هذه الدراسات على فاعلية استخدام تقنيات العقل والجسم حيث أظهرت فاعلية كبيرة وحقت نجاحاً ملحوظاً في هذا المجال في علاج كرب ما بعد الصدمة والقلق والاكتئاب وتحسين جودة الحياة كما في: دراسة (ستابليس وآخرون 2011) Staples et. Al، دراسة: (CMPM,2008)، (Gordon et al.2006)، دراسة: (Gorev,2004)، دراسة: (Gordon et al.2004) دراسة: (Catani et al.2009).

مدى استفاد الباحث من الدراسات السابقة:

من خلال الدراسات التي اعتمد عليها الباحث في دراسته الحالية، فقد استفاد الباحث كثيراً من هذه الدراسات في أعداد المقدمة والإطار النظري لدراسته، حيث تم تقسيم الإطار النظري إلى ثلاث مباحث اضطراب ما بعد الصدمة، و العلاج المعرفي السلوكي، و العلاج بالعقل والجسم ، ومن خلال التعليق السابق على الدراسات التي استخدمها الباحث، فقد استفاد الباحث من الدراسات والبحوث السابقة على الوجه التالي:

1. ساعدت الدراسات في تعميق الفهم لاضطراب كرب ما بعد الصدمة والعلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقل والجسم.
2. اختيار المنهج الملائم للدراسة والأدوات المناسبة.
3. اختيار أفضل الأساليب الإحصائية الملائمة.
4. معرفة أهم المشكلات والاضطرابات النفسية والانفعالية والسلوكية، والتعرف على التشوهات المعرفية في مرحلة المراهقة كما جاء في الدراسات السابقة.
5. فاعلية وجدوى برامج العلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقل والجسم كما جاء في الدراسات السابقة للمتغير الثاني والثالث وموضعها أثر العلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقل

والجسم في خفض حدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والقلق والاكتئاب لدى المراهقين.

6. تحديد فاعلية وجدوي الفنيات والتقنيات والأساليب المستخدمة كما جاء في الدراسات السابقة حول فاعلية العلاج المعرفي السلوكي، وعلاج العقل والجسم في علاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

7. تقييم البرامج العلاجية والارشادية ذات الاتجاه الانساني لتحسين مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال والمراهقين.

8. انطلاقاً مما أسفرت عنه نتائج البحوث والدراسات السابقة اعتمد الباحث في دراسته على مرحلة المراقبة، حيث أكدت نتائج البحوث والدراسات ظهور الكثير من المشكلات في هذه المرحلة والتي تحتاج إلى التدخل العلاجي.

9. تصميم البرامج العلاجية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقل والجسم والمستخدم بالدراسة من حيث الاهداف والفنيات والاجراءات المستخدمة.

أما من حيث التصميم التجريبي، والأخرى الضابطة، وعدد كل مجموعة تجريبية وضابطة لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي 40 من كلا الجنسين وبرنامج علاج العقل والجسم 40 ولقد تعرضت المجموعات التجريبية من كلا الجنسين للبرنامج التجريبي كمتغير مستقل يمكن أن يرجع إليها التحسن الذي يطرأ على أفراد المجموعات التجريبية بعد ضبط المتغيرات الدخيلة والوسيلة والمتجانسة بين افراد المجموعتين، كما حاول الباحث أيضاً الاستفادة من طريقة الاجرائيين القبلي والبعدي، ثم التتبعي كما هو متبع في الاجراءات والتصميم التجريبي للدراسة الحالية بالإضافة إلى استفادته الكبرى في وضع الفروض لدراسته، بجانب الاستفادة الكبيرة منها في عرض وتفسير النتائج التي توصلت إليها دراسة الباحث، وكذلك الاستفادة منها في وضع توصيات ومقترحات.

ونظراً لندرة البحوث العربية في دراسات المقارنة والتقنين في هذا المجال تعد الدراسة الحالية خطوة في هذا المجال في البيئة الفلسطينية والتي يمكن من خلالها إعداد برنامج علاجي معرفي سلوكي وبرنامج علاجي للعقل والجسم لتحسين جوانب الصحة النفسية لدى المراهقين الفلسطينيين.

فرضيات الدراسة التجريبية:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,05) في درجات المتغيرات النفسية المتمثلة في (كرب ما بعد الصدمة - القلق حالة وسمة - التشوهات المعرفية - الاكتئاب - السلوك العدواني العدائي) لدى المجموعة التجريبية والضابطة قبل البرنامج.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,05) في درجات المتغيرات النفسية لدى المجموعة التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات المتغيرات النفسية المتمثلة في (كرب ما بعد الصدمة - القلق حالة وسمة - التشوهات المعرفية - الاكتئاب - السلوك العدواني العدائي) لدى طلبة المجموعة التجريبية في برنامج العلاج المعرفي السلوكي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات المتغيرات النفسية المتمثلة في (كرب ما بعد الصدمة - القلق حالة وسمة - التشوهات المعرفية - الاكتئاب - السلوك العدواني العدائي) لدى طلبة المجموعة التجريبية في برنامج علاج العقل والجسم.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي في درجات المتغيرات النفسية المتمثلة في (كرب ما بعد الصدمة - القلق حالة وسمة - التشوهات المعرفية - الاكتئاب - السلوك العدواني العدائي) لدى طلبة المجموعة التجريبية في برنامج المعرفي السلوكي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي في درجات المتغيرات النفسية لدى طلبة المجموعة التجريبية في برنامج العقل والجسم.
- لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في القياسات المتكررة (القبلي - البعدي - التتبعي) لدرجات مقياس كرب ما بعد الصدمة بالنسبة لنوع البرنامج العلاجي و نوع الجنس والتفاعل بينهما.
- لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في القياسات المتكررة (القبلي - البعدي - التتبعي) لدرجات مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة بالنسبة لنوع البرنامج العلاجي ونوع الجنس والتفاعل بينهما.

- لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في القياسات المتكررة (القبلي - البعدي -
المتبعي) لدرجات مقياس التقدير الذاتي بالنسبة لنوع البرنامج العلاجي ونوع الجنس
والتفاعل بينهما.
- لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في القياسات المتكررة (القبلي - البعدي -
المتبعي) لدرجات مقياس الأكتئاب النفسي بالنسبة لنوع البرنامج العلاجي ونوع الجنس
والتفاعل بينهما.
- لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في القياسات المتكررة (القبلي - البعدي -
المتبعي) لدرجات مقياس السلوك العدوانى بالنسبة لنوع البرنامج العلاجي ونوع الجنس
والتفاعل بينهما.

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

- مقدمة.
- منهج الدراسة.
- المجتمع الأصلي للدراسة.
- عينة الدراسة.
- أدوات الدراسة.
- الخطوات الاجرائية للدراسة.
- الصعوبات التي واجهت الباحث.
- الأساليب الإحصائية.

الفصل الرابع إجراءات الدراسة

مقدمة:

ويتناول هذا الفصل عرضاً للمنهج المستخدم في الدراسة، يلي ذلك عينة الدراسة متضمناً كيفية اختيارها، وأساليب التجانس بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة، ثم عرضها تفصيلاً للأدوات التي تم استخدامها والمعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات لاختبار الصدق والثبات، والبرنامجين من حيث التصميم، يلي ذلك عرضاً للخطوات الاجرائية للدراسة، ثم الأساليب الإحصائية المستخدمة، وفيما يلي عرض لهذه الإجراءات:

4-1 منهج الدراسة:

استخدم الباحث وفقاً لطبيعة الدراسة ثلاث مناهج وهما:

المنهج شبه التجريبي:

وهو عبارة عن "استخدام التجربة في إثبات الفروض، أو إثبات الفروض عن طريق التجريب، ويتخذ سلسلة من الإجراءات اللازمة لضبط تأثير العوامل الأخرى. (عبيدات وآخرون، 2002: 197)

واعتمد الباحث في هذه الدراسة على هذا المنهج ، لمعرفة مدى فاعلية برنامجي العلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقل والجسم في تخفيف حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة لدى المراهقين في شمال قطاع غزة.

المنهج الوصفي التحليلي:

وهو طريقة تقوم بشكل علمي منظم من أجل الوصول إلى أغراض محددة لوضعية اجتماعيه أو مشكلة اجتماعية أو إنسانيه وهو يتبع أحداثاً حالية وممارسات قائمة وموجودة ومتاحة للدراسة والقياس كما هي. (عطوان والسنكري، 2007: 50)

المنهج المقارن: أن المنهج المقارن "هو منهج شبه تجريبي يختبر كل من العناصر الثابتة والعناصر المتغيرة لظاهرة ما في أكثر من مجتمع أو أكثر من زمان " وهو منهج مستقل بحد ذاته ولكن معظم الدراسات المقارنة لا يمكن أن تتم دون الاعتماد على مناهج أخرى مساندة حتى أن الكثير من الباحثين يقيمون دراساتهم على منهج يطلق عليه المنهج التحليل المقارن دلالة على

اعتماد المقارنة على بيانات تحليلية باستخدام المنهج التحليلي ويمكن أن يعتمد على المنهج التجريبي. (صليبا، 1987: ص 487)

4-2 مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع المراهقين من المستوى الدراسي العاشر والحادي عشر (ثانوي) والبالغ عددهم (16,900)، موزعين على (32) مدرسة من المراهقين من كلا الجنسين في مدارس السلطة الوطنية الفلسطينية، في محافظته شمال غزة.

4-3 عينة الدراسة:

أ - عينة الدراسة الاستطلاعية: Pilot Sample

وهي عينة استطلاعية طبق عليها الباحث أدوات الدراسة، للتحقق من صدق وثبات هذه الأدوات، وبلغ حجم العينة (78) من المراهقين لكلا الجنسين، حيث بلغت عينة الذكور (ن=39) وعينة الإناث (ن=39) وكانت هذه العينة عينة عشوائية واستبعدت من الدراسة النهائية.

ب - عينة الدراسة الفعلية: Actual Sample

وقام الباحث باستخدام العينة العشوائية البسيطة لاختيار عينة الدراسة الفعلية قبل المسح من خلال ترقيم المدارس والبالغ عددها (32) مدرسة ومن ثم وقع الاختيار على أربع مدارس لكلا الجنسين ومن ثم استخدم العينة الطبقية العشوائية وقد تم اختيار هذه العينة حسب النسب المئوية لأفراد المجتمع الأصلي للدراسة، والذين تتراوح أعمارهم ما بين (16-17) سنة حيث أن عينة الدراسة تعرضت لخبرات صادمة منذ الطفولة الأولى (شمال غزة) وذلك منذ اندلاع انتفاضة الأقصى، حيث أن هذه المنطقة الحدودية تتعرض باستمرار للقصف المدفعي والصواريخ الأرضية ومن الطائرات وكذلك الاجتياحات البرية، حيث نحن بصدد عينة ذات خبرات صادمة كانت ولا زالت منذ الطفولة الأولى بل وذات أسر أصلاً يعانون من الخبرات الصادمة قبل ميلاد جيل عينة الدراسة، وبالتالي تكون هذه العينة قد تعرضت للخبرات الصادمة المباشرة والغير مباشرة. وتم اعتبار عينة الدراسة الأصلية من بين المراهقين الذين حصلوا على 40 % فما فوق في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة كمحك في المدارس التي تم اختيارها بصفة مبدئية من المراهقين من بعض المدارس الثانوية بمحافظة شمال قطاع غزة عن عام 2012-2013 وقد تم اختيار عينة الدراسة والبالغ عددهم (ن = 800) من كلا الجنسين وتكونت عينة الذكور من (ن=400) مراهق من مدرسة حمد بن خليفة آل ثاني للبنين (ب) وبلغ عدد العينة للصف العاشر (262) مراهق

والحادي عشر (100) مراهق، ومن مدرسة سفيان بن معاوية للبنين ويبلغ عدد العينة للصف العاشر (65) مراهق والحادي عشر (47) مراهق، وتكونت عينة الإناث من (ن = 400) مراهقة من مدرسة تل الربيع الثانوية للبنات، ويبلغ عدد العينة للصف العاشر (102) مراهقة والحادي عشر (94) مراهقة، ومن مدرسة أم الفحم الثانوية ويبلغ عدد العينة للصف العاشر (71) مراهقة والحادي عشر (60) مراهقة وأبقي من كلا الجنسين على (ن = 758) مفحوص وذلك بعد استبعاد (ن = 42) من كلا الجنسين لأسباب منها عدم إكمالهم الإجابة على المقاييس وعدم الدقة في الإجابة ولرفض البعض منهم المشاركة بالبحث وتراوحت أسباب الرفض بين عدم رغبة ولي الأمر لعدم اعترافه بوجود مشكلة لدى ابنائه لعدم انتشار ثقافة البحث العلمي في المجتمع الفلسطيني وانتظمت العينة الإجمالية في عيّنتين فرعيتين على النحو التالي:

جدول رقم (4-1)

بيان بتوزيع أعداد مجتمع الأربع مدارس تبعاً للجنس والمؤسسة العلمية

اسم المدرسة	المنطقة	المجتمع		
		العاشر	الحادي عشر	العدد الكلي
مدرسة حمد بن خليفة آل ثاني للبنين الثانوية (ب)	بيت لاهيا	655	250	905
مدرسة معاوية بن سفيان للبنين	بيت لاهيا	162	117	279
مدرسة تل الربيع الثانوية للبنات	جباليا	254	235	489
مدرسة أم الفحم الثانوية للبنات	السودانية	178	149	327
المجموع الكلي		1249	751	2000

جدول رقم (4-2)

بيان بتوزيع أعداد عينة الدراسة المسحية تبعاً لنسبة المئوية ولمتغير الجنس

اسم المدرسة	المنطقة	النسبة			العينة	
		العدد الكلي	العاشر	الحادي عشر	العدد الكلي	الحادي عشر
مدرسة حمد بن خليفة للبنين الثانوية (ب)	بيت لاهيا	0.45	0.72	0.28	362	262
مدرسة معاوية بن سفيان للبنين	بيت لاهيا	0.14	0.58	0.42	112	65
مدرسة تل الربيع الثانوية للبنات	جباليا	0.24	0.52	0.48	196	102
مدرسة أم الفحم الثانوية للبنات	السودانية	0.16	0.54	0.46	131	71
المجموع الكلي		1.00	0.62	0.38	800	500

ج - عينة الدراسة التجريبية:

تم اختيار العينة العلاجية من عينة الدراسة المسحية السابقة لتمثل المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة. وهم الطلاب الذين حصلوا على 40% فما فوق كمحك على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة وقد بلغ العدد الكلي للحاصلين على درجة شديدة من الأربع مدارس (189) من الطلبة وبنسبة (24.9%) وقد تم اختيار المجموعات التجريبية والضابطة من هذه الفئة وقد بلغ عدد هؤلاء الطلبة في المجموعة التجريبية (40) والمجموعة الضابطة (40) في كلا من برنامج العلاج المعرفي السلوكي وبرنامج علاج العقل والجسم نظراً لارتفاع درجة اضطراب كرب ما بعد الصدمة لديهم. وقسمت عينة الدراسة العلاجية إلى أربع مجموعات وهي كالتالي:

جدول رقم (3-4)

بيان بتوزيع إعداد عينة الدراسة العلاجية تبعاً لمتغير الجنس

الجنس	المجموعة		البرنامج
	أنثى	ذكر	
10	10	مجموعة تجريبية	برنامج العلاج المعرفي السلوكي
10	10	مجموعة ضابطة	
10	10	مجموعة تجريبية	برنامج علاج العقل والجسم
10	10	مجموعة ضابطة	

هذا وقد راعي الباحث ضرورة التكافؤ بين المجموعات التجريبية والضابطة لكلا الجنسين في البرنامجين طبقاً للقواعد المتبعة في المنهج التجريبي.

Experimental Group	O1 O1 X O2 O2
Control Group	O1 O1 X O2 O2

ضبط المتغيرات قبل التطبيق لبرنامجي الدراسة لفحص تجانس المجموعات:

انطلاقاً من الحرص على سلامة النتائج وتجنباً لأثار المتغيرات الدخيلة التي يمكن ضبطها والحد من اثارها للوصول إلى نتائج قابلة للاستخدام والتعميم حيث تبني الباحث طريقة المجموعتين الضابطة والتجريبية واستخدم اختبارين قبل وبعد التطبيق ويعتمد على تجانس المجموعتين من خلال الاختيار للحاصلين على 40 % فما فوق لأفراد العينة التجريبية والضابطة والحاصلين على درجة شديدة على مقياس كرب ما بعد الصدمة.

الخصائص الديمغرافية للمجموعتين:

للتعرف على خصائص أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة، قام الباحث بالتحقق من ذلك من خلال اختبار الجداول المزدوجة واختبار كأي سكوير، للتعرف إلى

الخصائص الديمغرافية بين أفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (4-5)

يوضح الخصائص الديمغرافية لأفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية حسب المتغيرات الديمغرافية (ن = 80)

المتغيرات الديمغرافية	التجريبية (ن=40)		الضابطة (ن=40)		x2	مستوى الدلالة
	N	%	N	%		
نوع الجنس					0.01	0.99//
ذكور	20	50.0	20	50.0		
إناث	20	50.0	20	50.0		
العمر					1.067	0.58//
15	8	20.0	7	17.5		
16	24	60.0	21	52.5		
17	8	20.0	12	30.0		
المستوى الدراسي					0.22	0.63//
عاشر	27	67.5	25	62.5		
حادي عاشر	13	32.5	15	37.5		

ويتضح من الجدول التالي إلى أن الأطفال الذكور شكلوا في العينة التجريبية 50 % والذكور في العينة الضابطة 50%، في حين شكلن الإناث في العينة التجريبية 50%، والإناث في العينة الضابطة 50%، أما بخصوص المتغيرات الديمغرافية التالية (العمر، المستوى الدراسي)، فقد ظهر عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين طلبة المجموعة التجريبية وطلبة المجموعة الضابطة بالنسبة للمتغيرات الديمغرافية السابقة، وهذا يدل على وجود تجانس بين طلبة المجموعة الضابطة وطلبة المجموعة التجريبية بخصوص المتغيرات الديمغرافية.

الخصائص الديمغرافية للمجموعة كل برنامج:

للتعرف على خصائص عينة برنامج العقل والجسم وعينة برنامج المعرفي السلوكي، قام الباحث بالتحقق من ذلك من خلال اختبار الجداول المزدوجة واختبار كأي سكوير، للتعرف إلى الخصائص الديمغرافية بين برنامج علاج العقل والجسم وعينة برنامج العلاج المعرفي السلوكي، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (4-5)

يوضح الخصائص الديمغرافية لأفراد عينة برنامج العقل والجسم وعينة برنامج المعرفي السلوكي حسب المتغيرات الديمغرافية (ن = 40)

مستوى الدلالة	x2	عينة برنامج العقل والجسم (ن=20)		عينة برنامج العلاج السلوكي (ن=20)		المتغيرات الديمغرافية
		%	N	%	N	
0.99//	0.01					نوع الجنس
		50.0	10	50.0	10	ذكور
		50.0	10	50.0	10	إناث
0.264//	2.67					العمر
		30.0	6	10.0	2	15
		55.0	11	65.0	13	16
		15.0	3	25.0	5	17
0.09//	2.8					المستوى الدراسي
		80.0	16	55.0	11	عاشر
		20.0	4	45.0	9	حادي عشر

ويتضح من الجدول عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين المراهقين من عينة برنامج علاج العقل والجسم المراهقين من عينة برنامج العلاج المعرفي السلوكي في المتغيرات الديمغرافية التالية (نوع الجنس، العمر، المستوى الدراسي)، وهذا يدل على وجود تجانس بين المراهقين بالبرنامجين في المتغيرات الديمغرافية. مما يشير إلى عدم وجود أثر للمتغيرات الديمغرافية على المراهقين في المتغيرات النفسية في الدراسة.

تجانس أدوات الدراسة: كما يظهر الجدول التالي عدم وجود فروق جوهرية بين المراهقين في المجموعة التجريبية والمراهقين بالمجموعة الضابطة بالنسبة للمتغيرات النفسية التالية (كرب ما بعد الصدمة، قائمة معارف كرب ما بعد الصدمة، القلق حالة وسمة، قائمة الاكتئاب، السلوك العدواني والعدائي للمراهقين).

جدول رقم (4-6)

نتائج اختبار (ت) للمقارنة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بالنسبة لدرجات على درجات المتغيرات النفسية قبل تطبيق البرامج (ن=80)

المقياس	المتغيرات النفسية	المجموعة التجريبية (ن=40)		المجموعة الضابطة (ن=40)		ت	مستوى الدلالة
		المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
كرب ما بعد الصدمة	كرب ما بعد الصدمة	46.6	6.0	46.1	6.6	.32	.75//
	استعادة الخبرة الصادمة	19.9	3.6	19.6	3.6	.37	.71//
	تجنب الخبرة الصادمة	11.3	2.4	11.4	2.6	-.14	.89//
	الاستئثار	13.2	3.5	13.3	2.5	-.26	.80//
معارف كرب ما بعد الصدمة	معارف سلبية عن الذات	58.5	17.3	54.8	15.5	.99	.32//
	معارف سلبية عن العالم	32.4	6.8	31.6	7.7	.48	.63//
	لوم الذات	13.2	6.2	12.4	4.5	.72	.47//
	الدرجة الكلية	104.1	24.3	98.8	21.2	1.04	.30//
التقدير الذاتي	القلق - حالة	53.1	6.9	50.4	8.3	1.55	.13//
	القلق - سمة	47.0	7.2	45.5	7.9	.85	.40//
مقياس الاكتئاب	الاكتئاب	25.6	9.8	22.2	10.6	1.50	.14//
السلوك العدواني	السلوك العدواني المباشر	20.3	9.7	19.6	10.7	.32	.75//
	السلوك العدواني اللفظي	19.9	12.0	17.6	10.4	.89	.38//
	العدائية	23.4	11.1	20.4	9.6	1.30	.20//
	الغضب	27.6	12.3	30.2	11.3	-.95	.35//
	الدرجة الكلية	91.1	36.9	87.6	33.9	.44	.66//

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة

مجانسة المجموعات العلاجية والضابطة:

- الجنس: ذكور - إناث.
- السن: تراوح المدى العمري ما بين (16-17) عام.
- الحالة المهنية: طلاب.
- التشخيص السايكاتري: اضطراب كرب ما بعد الصدمة وفقاً لمحكات DSM-IV- TR.
- تاريخ المرض السابق: خمس سنوات.
- طبيعة الصدمة: صدمات نفسية ناتجة عن الحروب.
- طبيعة المجموعات: مرافقين.
- تاريخ العلاج النفسي السابق: لا يوجد.

- المستوى التعليمي: الحادي عشر والثاني عشر الثانوي.
- الحالة الاجتماعية: أعزب.

4-4 أدوات البحث:

1. مقياس غزة للخبرات الصادمة (Thabet et al, 2013)
2. مقياس كرب ما بعد الصدمة للأطفال وهو من أعداد (Pynoos et al, 1987) وترجمة وتقنين عبد العزيز ثابت.
3. قائمة معارف اضطراب الضغط اللاحق لصدمة *PTCI*: تأليف: إدنا ب. فو *Edna B. Foa* تقنين وترجمته أ. د / مدحت عبد الحميد أبو زيد.
4. مقياس القلق لسبيلبرجر ترجمة وتقنين عبد الرقيب احمد البحيري.
5. مقياس بك للإكتئاب: أعداد (Beck I, 1984) وتعريب غريب غريب.
6. مقياس السلوك العدواني والعدائي للشباب والمراهقين أعداد، آمال باظا (2003)
7. برنامج العلاج المعرفي السلوكي أعداد الباحث.
8. برنامج علاج العقل والجسم أعداد الباحث.

صدق المحكمين:

قام الباحث بعرض مقاييس الدراسة على عينة من الخبراء المتخصصين بهدف التحقق من الصدق الظاهري لهذه المقاييس والكشف عن مدى ملاءمتها للتطبيق على أفراد العينة، وقد اتفق الأساتذة على أن هذه المقاييس كل على حدا تقيس ما صممت لقياسه وأن فقرات كل مقياس تنتمي للموضوع المراد قياسه وكان عدد المحكمين (13) (ملحق رقم 1) أولاً: مقياس غزة للخبرات الصادمة (Thabet et al, 2013):

وصف المقياس:

يتكون المقياس من 29 عبارة، أمام كلاً منها خياران: (نعم أو لا). وعلي المفحوص أن يحدد مدى انطباق كل عبارة عليه، وذلك بوضع علامة (صح) أمام العبارة التي يختارها وتتناسب مع الخبرات الصادمة التي مر بها أو لم يمر بها، العشرين عبارة تحتوي على أغلب الأحداث الصادمة التي يعيشها الشعب الفلسطيني في ظل الاحتلال وكذلك الانتفاضة والحروب التي عاصرها القطاع مؤخراً.

تصحيح المقياس:

يتم تصحيح المقياس بوضع درجة على كل سؤال يتم الإجابة عليه بنعم وصفر يجاب بلا وتتراوح الدرجات على هذا المقياس بين صفر وتسعة عشرون درجة والصفر لأولئك الذين لم

يتعرضوا لأحداث صدمية والتسعة وعشرون يحصل عليها لمن تعرضوا لكافة الخبرات الصادمة (ملحق 7).

تقنين مقياس غزّة للخبرات الصادمة:

الصدق: Validity

لحساب صدق مقياس الخبرات الصادمة تم استخدام الطرق التالية:

صدق الاتساق الداخلي: Internal Consistency

قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لمقياس الخبرات الصادمة، والجدول التالي يبين معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس، مع بيان مستوى الدلالة في الجدول:

جدول رقم (4-7)

يبين معامل ارتباط درجة كل فقرة من مقياس الخبرات الصادمة مع الدرجة الكلية له

رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	.493**	0.001	16	.626**	0.001
2	.363**	0.001	17	.504**	0.001
3	.025	0.69//	18	.461**	0.001
4	.23.0	//0.86	19	.464**	0.001
5	.239*	0.032	20	.527**	0.001
6	.429**	0.001	21	.498**	0.001
7	.563**	0.001	22	.564**	0.001
8	.617**	0.001	23	.540**	0.001
9	.417**	0.001	24	.512**	0.001
10	.503**	0.001	25	.607**	0.001
11	.551**	0.001	26	.536**	0.001
12	.543**	0.001	27	.573**	0.001
13	.507**	0.001	28	.492**	0.001
14	.626**	0.001	29	.484**	0.001
15	.312**				

* دالة عند $0.05 >$

// $0.05 <$

** دالة عند $0.01 >$

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط تراوحت بين (0.23 - 0.62)، وبهذا يكون الباحث قد تحقق من أن فقرات مقياس الحدث أو الخبرة الصادمة حققت ارتباطات دالة مع

الدرجة الكلية للمقياس عند مستوى دلالة أقل من 0.01، ما عدا الفقرات رقم (3، 4) فهما غير دالات إحصائياً فلذلك يجب حذفهما من المقياس، وبذلك أصبح عدد فقرات المقياس 27 فقرة، وأن كافة الفقرات ملائمة وتقيس ما صمت لقياسه، وتتناسب مع المجتمع الفلسطيني بخصائصه.

– الثبات: Reliability

1- طريقة ألفا كرونباخ:

تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، فقد بلغ معامل ألفا كرونباخ للمقياس الكلي 0.84، وهذا دليل كافي على أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل ثبات عالي. وبناء على هذه النتيجة فإن المقياس بفقراته يصلح للإجابة على تساؤلات وفرضيات الدراسة وهو مناسب لتطبيقه على أفراد عينة الدراسة. وهذا يدل على درجة جيدة من الثبات ويعطينا دلالة إحصائية ومؤشر واضح لثبات المقياس. (فرج، 1997: 84).

2- طريقة التجزئة النصفية: Split Half Method

قد بلغ معامل الارتباط 0.67، وبعد استخدام معادلة بروان المعدلة للمقياس الكلي 0.80، وهذا دليل كافي على أن المقياس وفقراته يتمتع بمعامل ثبات عالي.

ثانياً: مقياس كرب ما بعد الصدمة للأطفال – Child post traumatic stress reactions Index وهو من أعداد (Pynoos et al, 1987) وترجمة عبد العزيز ثابت وقد بلغت نسبة الثبات فيه 0.87، وذلك في دراسة (Pynoos et al, 1987).

وقد تم ترجمة المقياس و تقنيه لكي يلائم المجتمع الفلسطيني و الثقافة العربية، تم التحقق من مصداقية وصلاحيه هذا المقياس على البيئة الفلسطينية (ثابت 1999-2000) حيث بلغت نسبة الثبات في هذه الدراسة 0.71 بطريقة ألفا كرونباخ، و بطريقة التجزئة النصفية بلغت 0.70، أيضاً تم التأكد من صدق الاتساق الداخلي للمقياس من خلال التحقق من مدى ارتباط كل فقرة من المقياس مع البعد الذي تنتمي اليه حسب مجموعات الأعراض الثلاثة (إعادة تمثّل الخبرة، التجنب والخدر، الاستثارة الدائمة)، حيث كانت كلها دالة عند مستوى دلالة 0.01، أيضاً تم عرض المقياس على مجموعة من الخبراء في الصحة النفسية و البالغ عددهم سبعة محكمين للتأكد من صدق المحتوى، وذلك طبقاً للتشخيص الأمريكي الثالث المعدل لكرب ما بعد الصدمة (DSM-III-R) وقد تم تعديل بعض فقرات المقياس و ذلك طبقاً لتوصيات المحكمين، وهي البنود 12، 15، 20، و ذلك لتكون أكثر سهولة على الفهم.

يتكون هذا المقياس من 20 بندا تقيس ردود الأطفال على الخبرات الصادمة، و ذلك طبقاً للتشخيص الأمريكي الثالث المعدل (DSM-III-R) لاضطراب كرب ما بعد الصدمة ووفقاً لمجموعات الأعراض الثلاث وهي إعادة تمثّل الخبرة، البنود من 1-7، التجنب و الخدر، البنود من 13-17، و الاستثارة الدائمة و ضعف التركيز، البنود من 8-12، وتم إضافة ثلاث بنود لها علاقة بأعراض كرب ما بعد الصدمة عند الأطفال وهي البنود 18، 19، 20.

هذا المقياس مناسباً للأطفال من سن 6-16 سنة، كذلك يمكن تصنيف الردود النفسية لكرب ما بعد الصدمة من حيث الحدة إلى شديدة جداً، شديدة، متوسطة، بسيطة، لا يوجد اضطراب و الإجابة على بنود المقياس تكون (لا، قليلاً، بعض الأحيان، كثيراً، معظم الأحيان) وبذلك يمكن احتساب الدرجات الخاصة بالمقياس وتتراوح من 0-4 درجات، وبذلك تكون ردود الفعل النفسية الشديدة جداً من 60 درجة فما فوق، ردود الفعل الشديدة من 40-59 درجة، المتوسطة من 25-39 درجة، البسيطة من 12-24 درجة و من 0-11 درجة لا يوجد اضطراب، وتم احتساب نقطة القطع لانتشار كرب ما بعد الصدمة من 40 درجة فما فوق (ردود فعل شديدة وشديدة جداً) (Goenjian et al, 1995).

تقنين مقياس كرب ما بعد الصدمة:

الصدق: Validity

لحساب صدق مقياس كرب ما بعد الصدمة تم استخدام الطرق التالية:

صدق الاتساق الداخلي: Internal Consistency

قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لمقياس كرب ما بعد الصدمة، والجدول التالي يبين معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس، مع بيان مستوى الدلالة في الجدول:

جدول رقم (4-8)

يظهر معامل ارتباط درجة كل فقرة من مقياس كرب ما بعد الصدمة مع الدرجة الكلية له

رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	.374**	0.001	11	.618**	0.002
2	.264**	0.001	12	.371**	0.004
3	.525**	0.003	13	.416**	0.001
4	.402**	0.001	14	.549**	0.001
5	.568**	0.001	15	.260*	0.03
6	.546**	0.001	16	.343**	0.001
7	.367**	0.002	17	.550**	0.001
8	.408**	0.001	18	.371**	0.001
9	.679**	0.001	19	.621**	0.001
10	.524**	0.001	20	.379**	0.001

*** دالة عند $0.001 >$

** دالة عند $0.01 >$

يتضح من الجدول السابق أن معامل الارتباط حصرت بين (0.26 – 0.76)، وبهذا نجزم أن جميع فقرات مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة حققت ارتباطات دالة مع الدرجة الكلية للمقياس عند مستوى دلالة أقل من 0.01 وعدد الفقرات 20 فقرة، وحيث أن نتائج الاتساق الداخلي أشارت بوضوح إلى أن كافة الفقرات ملائمة وتقيس ما صممت لقياسه، فقد تم اعتماد كافة الفقرات وأخذ المقياس كما صمم وقنن.

قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس كرب ما بعد الصدمة والجدول رقم (4-9) معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس كرب ما بعد الصدمة، مع بيان مستوى الدلالة في الجدول:

جدول رقم (4-9)

ارتباط أبعاد مقياس كرب ما بعد الصدمة مع الدرجة الكلية له

أبعاد مقياس الاضطرابات النفسية	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
استعادة الخبرة الصادمة	.852**	0.001
تجنب الخبرة الصادمة	.742**	0.001
الاستئثار	.822**	0.001

*** دالة عند $0.001 >$

** دالة عند $0.01 >$

يتبين من الجدول رقم (4-9) أن معاملات الارتباط لأبعاد مقياس كرب ما بعد الصدمة الثلاثة حققت ارتباطات دالة مع الدرجة الكلية للمقياس عند مستويات دلالة أقل من 0.01، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (0.74 – 0.85)، وبذلك يتحقق الباحث من صدق الاتساق الداخلي لمقياس كرب ما بعد الصدمة.

الثبات: Reliability

لحساب ثبات مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة تم استخدام الطرق التالية:

أ) طريقة ألفا كرونباخ:

تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، فقد بلغ معامل ألفا كرونباخ للمقياس الكلي 0.73، وهذا دليل كافي على أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل ثبات عالي. وبناء على هذه النتيجة فأن المقياس بفقراته يصلح للإجابة على تساؤلات وفرضيات الدراسة وهو مناسب لتطبيقه على أفراد

عينة الدراسة. وهذا يدل على درجة جيدة من الثبات ويعطينا دلالة إحصائية ومؤشر واضح لثبات المقياس. (فرج، 1997: 78).

ب) طريقة التجزئة النصفية:

فقد بلغ معامل الارتباط 0.62، وبعد استخدام معادلة بروان المعدلة للمقياس الكلي 0.76، وهذا دليل كافي على أن المقياس وفقراته يتمتع بمعامل ثبات عالي.

ثالثاً: قائمة معارف اضطراب الضغط اللاحق لصدمة *PTCI*: تأليف: إدنا ب. فو *Edna B. Foa* ترجمة وتفتين: أ. د / مدحت عبد الحميد أبو زيد والباحثة.

وهي أداة تقرير ذاتي تتألف من (36) مفردة، اشتقت بنودها من الملاحظات الإكلينيكية ونظريات علم النفس المرض الحالية ، وقد أسفر تحليل المكونات الرئيسية عن ظهور ثلاث عوامل، هي: معارف سالبة عن الذات، معارف سالبة عن العالم، ولوم الذات. طريقة الاستجابة على القائمة: يُتاح للمفحوص مقياس سباعي الدرجات من نوع مقياس ليكر لاختيار استجابته من "لا اوافق مطلقاً" إلى "وافق تماماً".

طريقة التصحيح:

يتم حساب مجموع التكرارات بالنسبة لكل من "المعارف السالبة عن الذات" ، وتتم قسمتها على عدد المفردات التي تتناولها وهي (21). "المعارف السالبة عن العالم" وتتم قسمتها على عدد المفردات التي تتناولها وهي (7)، وأخيراً "لوم الذات" وتتم قسمتها على عدد المفردات التي تتناولها وهي (5). وبالنسبة للمفردات (13 و 32 و 34) فهي مفردات تجريبية غير متضمنة في عملية التصحيح ، يتم حساب الدرجة الكلية على القائمة بحساب مجموع الدرجات على كل من: المعارف السالبة عن الذات ، المعارف السالبة عن العالم ، ولوم الذات.

يشمل المقياس ثلاثة أبعاد:

- معارف سلبية عن الذات: (2-3-4-5-6-9-12-13-14-16-17-20-21-24-25-26-28)
- معارف سلبية عن العالم: (7-8-10-11-18-23-27)
- لوم الذات: (1-15-19-22)

وتقع الاجابة على بنود المقياس في سبع مستويات تتراوح من (1-7) والدرجة العالية تدل على التشوهات المعرفية الناتجة عن اضطراب ما بعد الصدمة

تقنين مقياس قائمة معارف كرب ما بعد الصدمة:

الصدق:

لحساب صدق مقياس قائمة معارف كرب ما بعد الصدمة تم أتباع الخطوات التالية:

صدق الاتساق الداخلي:

- أجرى الباحث حساب معامل الارتباط بين درجة الفقرة منفردة والدرجة الكلية للمقياس والجدول رقم (4-9) يظهر درجة الارتباط سابقة الذكر لمقياس قائمة معارف كرب ما بعد الصدمة، وكذلك يظهر الجدول مستوى الدلالة لكل فقرة على حدا.
- قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس معارف كرب ما بعد الصدمة والجدول رقم (4-10) معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس معارف كرب ما بعد الصدمة، مع بيان مستوى الدلالة في الجدول:

جدول رقم (4-10)

ارتباط أبعاد مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة مع الدرجة الكلية له

أبعاد مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
معارف سلبية عن الذات	.942**	0.001
معارف سلبية عن العالم	.691**	0.001
لوم الذات	.677**	0.001

*** دالة عند $0.001 >$

** دالة عند $0.01 >$

يتبين من الجدول رقم (17) أن معاملات الارتباط لأبعاد مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة الثلاثة حققت ارتباطات دالة مع الدرجة الكلية للمقياس عند مستويات دلالة أقل من 0.01، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (0.67 - 0.94)، وبذلك يتحقق الباحث من صدق الاتساق الداخلي لمقياس قائمة معارف كرب ما بعد الصدمة. وبما أن المقياس لديه ثلاث أبعاد فقد تم ايجاد معاملات الارتباط بين فقرات كل بعد مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي له، والنتائج سوف توضح من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (4-11)

يظهر معامل ارتباط درجة كل فقرة من فقرات

البعد الاول المعارف السلبية عن الذات مع الدرجة الكلية للمقياس

رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
2	.166	0.14//	16	.719**	0.001
3	.349**	.0020	17	.420**	0.001
4	.578**	0.001	20	.613**	0.001
5	.619**	0.001	21	.613**	0.001
6	.601**	0.001	24	.616**	0.001
9	.640**	0.001	25	.651**	0.001
12	.630**	0.001	26	.309**	0.001
13	.610**	0.001	28	.549**	0.001
14	.425**	0.001			

** دالة عند $0.01 >$ *** دالة عند $0.001 >$

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين فقرات البعد الاول تراوحت بين (0.30-0.71)، وهذا يدل على فقرات البعد الاول تتمتع بدرجة صدق عالية، ما عدا الفقرة رقم 2 فهي غير دالة فلذلك يجب حذفها من البعد.

جدول رقم (4-12)

يظهر معامل ارتباط درجة كل فقرة من فقرات

البعد الثاني المعارف السلبية عن العالم مع الدرجة الكلية للمقياس

رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
7	.521**	0.001
8	.370**	0.001
10	.652**	0.001
11	.525**	0.001
18	.447**	0.001
23	.583**	0.001
27	.552**	0.001

** دالة عند $0.01 >$ *** دالة عند $0.001 >$

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين فقرات البعد الثاني تراوحت بين (0.37-0.65)، وهذا يدل على فقرات البعد الثاني تتمتع بدرجة صدق عالية.

جدول رقم (4-13)

يظهر معامل ارتباط درجة كل فقرة من فقرات البعد الثالث لوم الذات مع الدرجة الكلية للمقياس

رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	.541**	.0020
15	.678**	0.001
19	.689**	0.001
22	.753**	0.001

** دالة عند $0.01 >$ *** دالة عند $0.001 >$

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين فقرات البعد الثالث تراوحت بين (0.54-0.75)، وهذا يدل على فقرات البعد الثالث تتمتع بدرجة صدق عالية.

الثبات: Reliability

لحساب ثبات مقياس قائمة معارف كرب ما بعد الصدمة تم استخدام الطرق التالية:

(أ) طريقة ألفا كرونباخ:

تم حساب معامل ألفا كرونباخ لمقياس الثبات 0.85، وبما أن المقياس لديه ثلاث أبعاد، فقد بلغ معامل ألفا كرونباخ للبعد الاول (معارف سلبية عن الذات) 0.86، ومعامل ألفا كرونباخ للبعد الثاني (معارف سلبية عن العالم) 0.62، ومعامل ألفا كرونباخ للبعد الثالث (لوم الذات) 0.60، وهذا دليل كافي على أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل ثبات عالي. وبناء على هذه النتيجة فإن المقياس بأبعاده يصلح للإجابة على تساؤلات وفرضيات الدراسة وهو مناسب لتطبيقه على أفراد عينة الدراسة.

2- الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split_half methods:

فقد بلغ معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية بعد معادلة بروان المعدلة للبعد الاول (معارف سلبية عن الذات) 0.74، و معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية للبعد الثاني (معارف سلبية عن العالم) 0.62، بلغ معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية للبعد الثالث (لوم الذات) 0.61، و بلغ معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية للمقياس الكلي (0.80) وهذا دليل كافي على أن المقياس بأبعاده الثلاثة وفقراته يتمتع بمعامل ثبات عالي، والنتائج الخاصة بذلك موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (4-14)

معامل ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية لمقياس معارف كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الأربعة

الرقم	البعد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية	
				معامل ارتباط بيرسون	معامل سبيرمان براون المعدلة
1	معارف سلبية عن الذات	16	0.84	0.59	0.74
2	معارف سلبية عن العالم	7	0.62	0.44	0.62
3	لوم الذات	4	0.60	0.43	0.61
4	المقياس الكلي	27	0.85	0.67	0.80

رابعاً: مقياس القلق لسبيلبرجر:

وضع هذا المقياس الباحث سبيلبرجر، وجورست ولوشين سنة (1970) تحت عنوان " state –traint anxiety inventory" وقام عبد الرقيب احمد البحيري باقتباس الاختبار وأعداده وترجمته إلى العربية وتكيفه في البيئة المصرية سنة (1984) واطلق عليه " اختبار حالة وسمة القلق للكبار " ويشمل هذا الاختبار مقياسين منفصلين يعتمدان على أسلوب التقدير الذاتي وذلك لقياس مفهومين منفصلين للقلق الاول " حالة القلق " والثاني سمة القلق.

يستخدم هذا الاختبار لدراسة ظاهرة القلق لدى البالغين الاسوياء منهم والمرضي ويستعمل في المجال المدرسي لمعرفة التلاميذ القابلين للإصابة بالقلق.

وصف المقياس:

إن هذا المقياس من أكثر المقاييس تقديراً للقلق ووسعها استخداماً في البحث العلمي والممارسة العيادية لأنها تتصف بجميع الخصائص السيكمترية للمقياس الجيد وتتكون القائمة من صورتين وكل صورة تحتوي على عشرين (20) عبارة وهي متنوعة بين العبارات السالبة والموجبة ويقابل كل عبارة اربعة (04) ايجابيات تحدد درجة القلق تتبع الترتيب التالي:

• قلق حالة (مطلقاً، قليلاً، أحياناً، كثيراً)

• قلق سمة (مطلقاً، قليلاً، أحياناً، كثيراً)

الصورة الاولى: وهي تقيس حالة القلق التي يعيشها المفحوص في الوضعية الراهنة تتطلب تعليمات لما يشعر به المفحوص في لحظة معينة من الوقت، يرمز لهذه الصورة (ط -1)، حيث

أن عباراته مصاغة ايجابية في عشرة (10) منها سلبية في عشرة (10) أخرى تقابلها اربع اجابات تحدد درجة القلق وتتبع هذه الاجابات الترتيب التالي: (مطلقا، قليلا، احيانا، كثيرا)

الصورة الثانية: وهي تقيس سمة القلق أي ما يشعر به المفحوص بوجه عام وهي ثابتة نسبيا ويرمز لهذه الصورة بالرمز (ط - 2)، ونجد أن عباراته مصاغة في تسع (09) منها ايجابية وأخرى في احدي عشر عبارة (11) مصاغة سلبا، وتقابل كل هذه العبارات اربعة اجابات تحدد درجة القلق وتسلسل حسب الترتيب التالي: (مطلقا، قليلا، احيانا، كثيرا)

طريقة تصحيح المقياس:

تتراوح قيمة درجات الاختبار من عشرين (20) درجة كحد ادني إلى ثمانين (80) درجة كحد أقصى، لكل صورة من صورتني اختبار حالة وسمة القلق.

يجيب المفحوص على المقاييس بوضع اشارة (x) على إحدى النقاط الأربعة المتواجدة أماماً كل عبارة والمدرجة على النحو التالي:

• قلق حالة (مطلقاً، قليلاً، أحياناً، كثيراً)

• قلق سمة (مطلقاً، قليلاً، أحياناً، كثيراً)

يكون تقدير الاجابات: 1-2-3-4 على التوالي أو: 4-3-2-1 على التوالي وهذا حسب مفتاح التصحيح التالي:

جدول رقم (4-15)

يوضح مفتاح تصحيح الصورة الاولى (قلق حالة).

العبارات	ارقامها	مجموعها	مطلقا	قليلا	احيانا	كثيرا
السلبية	18-17-14-13-12-9-7-6-4-3	10	1	2	3	4
الاجابية	20-19-16-15-11-10-8-5-2-1	10	4	3	2	1

تختلف طريقة التصحيح لكل العبارات السلبية والموجبة فان العبارات السلبية تنقط من (1- 4) أما الموجبة (4-1)

ومفتاح تصحيح الصورة الثانية من المقياس (قلق سمة)

العبارات	ارقامها	مجموعها	مطلقا	قليلا	احيانا	كثيرا
السلبية	-38-37-35-32-31-29-28-25-24-22 40	11	1	2	3	4
الاجابية	39-36-34-33-30-27-26-23-21	9	4	3	2	1

تختلف طريقة التصحيح لكل العبارات السلبية والموجبة فان العبارات السالبة فقط من (4-1) أما الموجبة من (1-4)

في الصورة الأولى والثانية نقوم بجمع العبارات السالبة والإيجابية والتي تساوي عشرين (20) عبارة في كل صورة ونقوم بضربها في اربعة (4) (عدد الاحتمالات الإجابة) فنحصل على المجموع 80 أي $20 \times 4 = 80$ بحيث يكون الحد الأدنى للصورة عشرين (20) أي: $20 \times 1 = 20$ ، ولمعرفة القفل عند المفحوص نقوم بجمع الدرجات المتحصل عليها لكل صورة على حدي وذلك بعد مراعاة العبارات السلبية والإيجابية وكيفية تنفيذها أما مستويات القلق يتحدد حسب الجدول التالي:-

جدول رقم (4-16)

تصنيف مستويات القلق:

الفئة	الدرجة	مستويات القلق
1	20	خالي من القلق
2	40-21	قلق طبيعي
3	60-41	قلق فوق المتوسط
4	80-61	قلق شديد

فالذي يحصل على درجة العشرين (20) فلا يعاني من انفعال القلق، والذي يحصل على الدرجة من (40-21) قلقه طبيعي، والذي يحصل على الدرجة من (60 - 41) فيكون قلقه فوق المتوسط أما الذي يحصل على الدرجة من (80-61) فقلقته شديد.

تقنين مقياس القلق - حالة - سمة

الصدق: Validity

لحساب صدق مقياس القلق كحالة وسمة، تم استخدام الطرق التالية:

صدق الاتساق الداخلي: Internal Consistency

قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لمقياس القلق كحالة وسمة، والجدول التالي يبين معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس، مع بيان مستوى الدلالة في الجدول:

جدول رقم (4-17)

يظهر معامل ارتباط درجة كل فقرة من مقياس القلق - محالة - سمة مع الدرجة الكلية لكل بعد على حده

قلق - حالة		قلق - سمة	
الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط
1	.539**	1	.311**
2	.621**	2	.201//
3	.485**	3	.528**
4	.345**	4	.356**
5	.630**	5	.462**
6	.593**	6	.695**
7	.477**	7	.534**
8	.672**	8	.544**
9	.481**	9	.517**
10	.645**	10	.662**
11	.266*	11	.384**
12	.588**	12	.34**6.
13	.614**	13	.563**
14	.688**	14	-.024//
15	.662**	15	.539**
16	.597**	16	.483**
17	.598**	17	.406**
18	.662**	18	.540**
19	.508**	19	.424**
20	.289*	20	.544**

يتبين من الجدول السابق بأن معاملات الارتباط مقياس القلق - حالة حققت ارتباطات دالة مع الدرجة الكلية للمقياس عند مستويات دلالة أقل من 0.01، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (0.26 - 0.66)، وبذلك يتحقق الباحث من صدق الاتساق الداخلي لمقياس القلق حالة.

أما بخصوص مقياس القلق - سمة فقد تبين من الجدول السابق بأن معاملات الارتباط مقياس القلق - سمة حققت ارتباطات دالة مع الدرجة الكلية للمقياس عند مستويات دلالة أقل من 0.01، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (0.31 - 0.69)، وبذلك يتحقق الباحث من صدق الاتساق الداخلي لمقياس القلق حالة. ما عدا الفقرات التالية (2، 14) فهما غير دالات فلذلك يجب حذفهما من المقياس.

الثبات: Reliability

لحساب ثبات مقياس القلق حالة وسمة تم استخدام الطرق التالية:

(أ) طريقة ألفا كرونباخ:

فقد بلغ معامل ألفا كرونباخ للمقياس الاول (حالة القلق) 0.87، ومعامل ألفا كرونباخ للمقياس الثاني (سمة القلق) 0.78، وهذا دليل كافي على أن المقياسين بفقراتهما يتمتعان بمعامل ثبات عالي. وبناء على هذه النتيجة فإن المقياسين بفقراتهما يصلح للإجابة على تساؤلات وفرضيات الدراسة وهو مناسب لتطبيقه على أفراد عينة الدراسة.

2- الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split_half methods:

قد بلغ معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية بعد معادلة براون المعدلة للمقياس الاول (حالة القلق) 0.83، و معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية للمقياس الثاني (سمة القلق) 0.80، وهذا دليل كافي على أن المقياس بأبعاده الثلاثة وفقراته يتمتع بمعامل ثبات عالي، والنتائج الخاصة بذلك موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (4-18)

معامل ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية لمقياس القلق كحالة وسمة وأبعاده الأربعة

الرقم	البعد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية	
				معامل ارتباط بيرسون	معامل سبيرمان براون المعدلة
1	القلق - حالة	20	0.87	0.71	0.83
2	القلق - سمة	18	0.78	0.67	0.80

خامساً: مقياس الاكتئاب: أعداد (Beck, 1984) وتعريب غريب غريب:

وصف المقياس:

يتكون المقياس من واحد وعشرون فقرة، أمام كلاً منها أربع عبارات فرعية، وعلي المفحوص أن يحدد مدى انطباق كل أي من العبارات الفرعية عليه، وذلك بوضع دائرة حول رقم العبارة التي تتفق مع رأيه.

وتتراوح درجة كل عبارة فرعية من عبارات المقياس من صفر إلى 3 درجات، بحيث إذا وضع المفحوص دائرة حول العبارة الأولى فإنه لا يحصل على درجة وتكون درجته صفر، ويحصل

على درجة واحدة إذا وضع الدائرة حول رقم العبارة الثانية، بينما إذا وضعها حول رقم العبارة الثالثة فإنه يحصل على درجتين، ويحصل على ثلاث درجات إذا وضع الدائرة حول رقم العبارة الرابعة. وتتراوح درجات المقياس بين (صفر - 39 درجة)، وتدل الدرجة المنخفضة على أن المفحوص غير مكتئب، بينما تدل الدرجة المرتفعة على مستوى مرتفع من الاكتئاب لدى المفحوص.

تقنين مقياس بك للاكتئاب:

الصدق: Validity

لحساب صدق مقياس قائمة الاكتئاب، تم استخدام الطرق التالية:

1- صدق الاتساق الداخلي Internal consistency:

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات مقياس بيك للاكتئاب والدرجة الكلية للمقياس، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس، وذلك لهدف التحقق من صدق المقياس، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (4-19)

معاملات الارتباط بين فقرات مقياس بك للاكتئاب والدرجة الكلية للمقياس

الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الحزن	.587**	0.01 دالة إحصائياً	فقدان الاهتمام	.602**	0.01 دالة إحصائياً
التشاؤم	.596**	0.01 دالة إحصائياً	تردد	.584**	0.01 دالة إحصائياً
الفشل	.527**	0.01 دالة إحصائياً	انعدام القيمة	.319**	0.01 دالة إحصائياً
فقدان الاستمتاع	.494**	0.01 دالة إحصائياً	فقدان الطاقة	.570**	0.01 دالة إحصائياً
مشاعر الإثم	.355**	0.01 دالة إحصائياً	زيادة أو قلة النوم	.630**	0.01 دالة إحصائياً
مشاعر العقاب	.336**	0.01 دالة إحصائياً	ضعف أو زيادة الشهية	.538**	0.01 دالة إحصائياً
عدم حب الذات	.481**	0.01 دالة إحصائياً	صعوبة التركيز	.595**	0.01 دالة إحصائياً
نقد الذات	.658**	0.01 دالة إحصائياً	الارهاق أو الاجهاد	.626**	0.01 دالة إحصائياً
الأفكار أو الرغبات الانتحارية	.337**	0.01 دالة إحصائياً	فقدان الاهتمام بالجنس	.762**	0.01 دالة إحصائياً
البكاء	.402**	0.01 دالة إحصائياً	ضعف أو زيادة الشهية	.427**	0.01 دالة إحصائياً
التهيج أو الاستثارة	.675**	0.01 دالة إحصائياً			

تبين من جدول رقم (4-19) أن فقرات مقياس الاكتئاب تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.319-0.76)، وهذا يدل على أن فقرات مقياس الاكتئاب تتمتع بمعامل صدق عالي.

النتائج:

لحساب ثبات مقياس قائمة بيك للاكتئاب تم استخدام الطرق التالية:

(أ) طريقة ألفا كرونباخ:

تم حساب معامل ألفا كرونباخ لمقياس الثبات، فقد بلغ معامل ألفا كرونباخ للمقياس الكلي 0.87، وهذا دليل كافٍ على أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل ثبات عالي. وبناءً على هذه النتيجة فإن المقياس بفقراته يصلح للإجابة على تساؤلات وفرضيات الدراسة وهو مناسب لتطبيقه على أفراد عينة الدراسة. وهذا يدل على درجة جيدة من الثبات ويعطينا دلالة إحصائية ومؤشر واضح لثبات المقياس. (فرج، 1997).

(ب) طريقة التجزئة النصفية:

قد بلغ معامل الارتباط 0.71، وبعد استخدام معادلة بروان المعدلة للمقياس الكلي 0.83، وهذا دليل كافٍ على أن المقياس وفقراته يتمتع بمعامل ثبات عالي.

سادساً: مقياس السلوك العدواني للمراهقين: أعداد امال اباطة (2003)

وصف المقياس:

قامت باظا، آمال (2003) ببناء مقياس السلوك العدواني والعُدائي للمراهقين والشباب، وتم تطبيقه على طلاب الفرقة الأولى في كلية التربية بكفر الشيخ، منطلقة من تعريفها للسلوك العدواني (*Aggressive behavior*) بأنه هجوم أو فعل محدد يمكن أن يتخذ أي صورة من الهجوم المادي والجسدي في طرف، والهجوم اللفظي في طرف آخر. وهذا السلوك يمكن أن يُتخذ ضد أي شيء أو ممتلكات الذات أو الأفراد، بما في ذلك ذات الشخص وأحياناً يكون سلوكاً ظاهرياً مباشراً محدداً وواضحاً، وأحياناً يكون التعبير عنه بطريقة أما إسقاطية على الآخرين أو البيئة من حوله.

ويشتمل المقياس على الأبعاد التالية:

- السلوك العدواني المباشر Direct aggressive behavior.
- السلوك العدواني اللفظي Verbal aggressive behavior.

• العدائية Hostility.

• الغضب Anger.

ويمكن توضيحها على النحو التالي:

1. العدوان المباشر *Direct aggressive*: ويقصد به "إيقاع الأذى أو الضرر بالآخرين أو بالذات"، ويتم التعبير عنه بطريقة مباشرة وواضحة. ويشمل العدوان المادي *Physical aggressive* (باطا، آمال، 2003: 19).

2. العدوان اللفظي *Verbal aggressive*: ويقصد به "الاستجابة اللفظية التي تحمل الغذاء النفسي والاجتماعي للخصم أو للمجموعة وجرح مشاعرهم أو التحكم بسخرية منهم، ويشمل كل التعبيرات اللفظية غير المرغوبة اجتماعياً وخُلُقياً. (باطا، آمال، 2003: 19).

3. العدائية *Hostility*: عدوان كامل يتم التعبير عنه بصورة ضمنية وغير صريحة دون مهاجمة أو تحطيم كما هو في العدوان المباشر، وتُعد جزء من العقابية العامة لدى الفرد، وتأخذ في اتجاهها صور منها: نقد الذات، نقد الآخرين، العدائية الصريحة، مشاعر الذنب والعدائية الهذائية المسبقة. (باطا، آمال، 2003: 19).

4. الغضب *Anger*: يعرّفه طه وآخرون (1993: 24) بأنه "انفعال سيء غير مريح يصاحبه الرغبة في الاعتداء والتدمير وإنزال الضرر بالآخرين وإنزال الضرر بالذات.

ويعتبر وجدان الغضب ضمن الوجدانيات السالبة في اضطراب ما بعد الصدمة، كما يُنظر إليه بمثابة نقطة البداية عند حدوث العدوان أو العداء. (باطا، 2003: 20).

ويشتمل كل مقياس فرعي على (14) بنداً وصفة لمسالك متباينة لمرحلة المراهقة والشباب، حيث ينتشر السلوك العدواني بصورة أكبر بين الفئتين العمريتين السابقتين، وتقع الإجابة على بنود المقياس في خمس مستويات تتراوح بين (4 وصفر)، وتحدد التعبيرات المحددة لدرجة تكرار السلوك بالتعبيرات التالية: "كثيراً جداً، كثيراً، أحياناً، نادراً، إطلاقاً". والدرجة العالية تدل على مستوى عدواني أو عدائي أو غضب عام، والدرجة المنخفضة على المقياس تدل على انخفاضه، ويمكن حساب الدرجات لكل بعد على حدة، أو الدرجة الكلية للمقياس، والجدول (26) يوضح المستويات للدرجات على المقياس لكل بُعد.

جدول رقم (4-20)

مستويات درجات كل بعد من أبعاد مقياس السلوك العدواني والعداية

المستوى	الدرجات
1	43 – 56
2	29 – 42
3	15 – 28
4	14 - صفر

ويمثل المستوى الاول أعلي الدرجات، والثاني يليها في الترتيب، ثم المستوى الثالث هو الوسط، والمستوى الرابع منخفض لكل بعد على حدة من الأبعاد الأربعة.

تقنين مقياس السلوك العدواني العدائي للمراهقين:

الصدق: Validity

للتحقق من صدق المقياس تم حساب الصدق كالتالي:

1-صدق الاتساق الداخلي Internal consistency:

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات مقياس السلوك العدواني العدائي والدرجة الكلية للمقياس، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس، وذلك بهدف التحقق من صدق المقياس، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (4-21)

معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس السلوك العدواني والدرجة الكلية للمقياس

أبعاد المقياس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
السلوك العدواني المباشر	.812**	0.001
السلوك العدوان اللفظي	.815**	0.001
العدائية	.867**	0.001
الغضب	.818**	0.001

تبين من جدول رقم (4-21) أن أبعاد مقياس السلوك العدواني تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.81- 0.86)، وهذا يدل على أن أبعاد مقياس السلوك العدواني تتمتع بمعامل صدق عالي. وبما أن المقياس لديه أربعة أبعاد فقد تم إيجاد معامل الارتباط بين فقرات كل بعد على حدة مع الدرجة الكلية للبعد، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (4-22)

معاملات الارتباط بين فقرات مقياس السلوك العدواني والدرجة الكلية لكل بعد على حدة

السلوك العدواني المباشر		السلوك العدواني اللفظي		العدائية		الغضب	
معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة
.587**	1	.707**	15	.629**	29	.630**	43
.517**	2	.407**	16	.595**	30	.680**	44
.462**	3	.504**	17	.584**	31	.696**	45
.700**	4	.699**	18	.624**	32	.660**	46
.689**	5	.485**	19	.522**	33	.709**	47
.714**	6	.499**	20	.395**	34	.715**	48
.585**	7	.411**	21	.375**	35	.686**	49
.650**	8	.743**	22	.429**	36	.669**	50
.674**	9	.554**	23	.441**	37	.724**	51
.535**	10	.715**	24	.670**	38	.642**	52
.546**	11	.622**	25	.528**	39	.619**	53
.630**	12	.656**	26	.579**	40	.652**	54
.552**	13	.565**	27	.631**	41	.724**	55
.646**	14	.573**	28	.583**	42	.624**	56

تبين من جدول السابق بأن جميع فقرات كل بعد تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة احصائياً مع البعد الذي تنتمي له، وهذا يدل على أن فقرات المقياس جميعها تتمتع بمعامل صدق عالي.

الثبات:

تم حساب الثبات بطريقتين وهما كالتالي:

1- الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ :

تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات 0.94، وبما أن المقياس لديه أربع أبعاد، فقد بلغ معامل ألفا كرونباخ للبعد الاول (السلوك العدواني المباشر) 0.86، ومعامل ألفا كرونباخ للبعد الثاني (السلوك العدواني اللفظي) 0.84، ومعامل ألفا كرونباخ للبعد الثالث (العدائية) 0.81، و معامل ألفا كرونباخ للبعد الرابع (الغضب) 0.90، وهذا دليل كافي على أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل ثبات عالي. وبناء على هذه النتيجة فأن المقياس بأبعاد يصلح للإجابة على تساؤلات وفرضيات الدراسة وهو مناسب لتطبيقه على أفراد عينة الدراسة.

2- الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split_half methods:

قد بلغ معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية بعد معادلة براون المعدلة للبعد الاول (السلوك العدواني المباشر) 0.69، و معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية للبعد الثاني (السلوك العدواني اللفظي) 0.76، بلغ معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية للبعد الثالث (العدائية) 0.80، و بلغ معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية للبعد الرابع (الغضب) (0.88)، و بلغ معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية للمقياس الكلي (0.75) وهذا دليل كافي على أن المقياس بأبعاده الأربعة وفقراته يتمتع بمعامل ثبات عالي، والنتائج الخاصة بذلك موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (4-23)

معامل ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية لمقياس السلوك العدواني وأبعاده الأربعة

الرقم	البعد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية	
				معامل ارتباط بيرسون	معامل سبيرمان براون المعدلة
1	السلوك العدواني المباشر	14	0.86	0.52	0.69
2	السلوك العدواني اللفظي	14	0.84	0.62	0.76
3	العدائية	14	0.84	0.67	0.80
4	الغضب	14	0.90	0.79	0.88
6	المقياس الكلي	56	0.94	0.60	0.75

الخطوات الإجرائية المشتركة لإعداد برنامجين التدخل المهني في الدراسة:

الأساس العلمي للبرنامجين:

يستند البرنامجين إلى مبادئ العلاج المعرفي السلوكي ومبادئ علاج العقل والجسم، من حيث الطريقة، والفنيات العلاجية في العلاج، لخفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة لدى المراهقين، ويستخدم في البرنامجين مجموعة من الأساليب المعرفية والانفعالية والسلوكية إلا أن برنامج علاج العقل والجسم يعتمد بصورة عامة على الاتجاه الشمولي لنظريات علم النفس.

التخطيط العام للبرنامجين:

تشمل عملية التخطيط العام للبرنامج على تحديد الأهداف العامة، والإجرائية، ومحتواه العلمي، والإجرائي، والاستراتيجيات، والأساليب المتبعة في تنفيذه، وتقييم الجلسات، وتحديد المدى

الزمني للبرنامج، وعدد الجلسات، والتوقيت الزمني لكل جلسة، ومكان اجراء البرنامج، ومن ثم تقييم البرنامج وفيما يلي خطوات البرنامج:

أهداف البرنامجين:

الهدف العام للبرنامجين:

أن يكون طلاب (العاشر - الحادي عشر) بالمجموعات التجريبية من كلا الجنسين قادرين على خفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة باستخدام تقنيات العلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقل والجسم وممارستهم خلال حياتهم اليومية والتي تمكنهم من إدارة مصادر القلق ، ويمكن تحديد أيضاً الأهداف الخاصة للبرنامجين كما يلي:

الاهداف الخاصة العلاجية للبرنامجين:

حيث يهدف البرنامج إلى خفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ، وذلك من خلال استخدام الفنيات المعرفية السلوكية للتعامل مع مصادر القلق لديهم، بحيث تكون المجموعات التجريبية قادرة على:

- التعرف إلى الأدوار العلاجية بين المعالج والمجموعة (الواجبات والمسئوليات) من خلال الاندماج في العملية العلاجية وبناء الحلف العلاجي وفهم نموذج البرنامجين.
- التعرف إلى اضطراب ما بعد الصدمة من حيث تعريفه وأسبابه وأعراضه ومآله من خلال فهم النموذج للبرنامجين لاضطراب ما بعد الصدمة وتكوين وعي معرفي عن اضطراب ما بعد الصدمة وأعراضه وأثاره على الفكر والمشاعر والجسد والسلوك من خلال التنقيف النفسي.
- خفض شدة وتكرارات استجابة الانزعاج والقلق و خفض الرابطة بين القلق والانزعاج وإشارات القلق الداخلية والخارجية بممارسة السيطرة على التنفس باستخدام الاسترخاء وممارسة التأمل بالفقدان والانشطة السلوكية والسارة والعفو لتعزيز قدراتهم على التكيف وإعادة الاندماج مع الواقع
- التعرف إلى النموذج العلائقي بين الأفكار والمشاعر والجسد والسلوك عبر إدراك الذات من خلال صورة الشخص عن نفسه وأدراك المشكلة وأعراضها والتعبير عن مشاعرهم وأفكارهم وتغيير الأفكار السلبية من خلال الفنيات المعرفية.

- معرفة الاحتياجات الفعلية للجسم من خلال معرفة طرق الغذاء السليمة تناول الأطعمة التي تعود على الجسم بالفائدة من خلال تطوير الإدراك بممارسة التأمل بالأكل الواعي.
- تحدي الأفكار الكارثية واستبدال الصورة لتقليل ردود الفعل العاطفية من خلال ممارسة التخيل والاسترخاء.
- التعرف إلى استراتيجيات التكيف الأمن والغير أمن من خلال ممارسة الأنشطة الممتعة، الأنشطة الروتينية الاعتيادية من خلال الجدولة اليومية.
- تعلم وممارسة السيطرة على الأفكار المتطفلة والخيالات من الناحية البصرية والسمعية والشمية والحس حركية والكوابيس وتطوير ادارة القلق والغضب ومواجهته من خلال تعلم أساليب السيطرة التخيلية وأسلوب التحصين ضد الضغوط (الغضب) .
- التعرف على استراتيجيات التكيف الأمن والغير أمن من خلال ممارسة الأنشطة الممتعة، الأنشطة الروتينية الاعتيادية من خلال الجدولة اليومية.
- التعرف إلى أسلوب حل المشكلات واستخدامه بنسبة 80% في حياتهم اليومية من خلال التوجه والنموذج ألعائقي لتعزيز قدراتهم على التكيف وإعادة الاندماج مع الواقع وفهم المشكلة وسببها من خلال الوعي والإدراك الذاتي للحكمة الداخلية والسيطرة على الأعراض الجسدية من خلال ممارسة تمرين التخيل التصوري.

هدف وقائي:

- ويتمثل هذا الهدف من خلال إكساب المجموعات العلاجية الفنيات اللازمة لممارستها عند الشعور بالتوتر والقلق، وذلك من خلال أن تكون المجموعة قادرة على:
1. التعامل مع المواقف المثيرة والمهددة لديهم في المستقبل للتكيف والاندماج مع الواقع لزيادة الاتجاهات الايجابية لدى المراهقين نحو المظاهر الجسمية والدراسية والشخصية والنفسية والاجتماعية من خلال استخدام أساليب التخيل والتعريض.
 2. التحكم بالأعراض الجسدية والعاطفية الناتجة عن الضغط والإجهاد والكرب المتعلق بآثار الحروب من خلال ممارسة الاسترخاء والتأمل والتخيل والرسومات لتعزيز الرعاية الذاتية والوعي الذاتي.

مصادر أعداد البرنامجين:

استند الباحث في أعداد البرنامجين العلاجين إلى مصادر عدة تتضمن:

- ما أورده الباحث في الإطار النظري للدراسة والذي اعتمد على نظرية العلاج المعرفي السلوكي، ويستخدم فيه مجموعة من الأساليب المعرفية والانفعالية والسلوكية وإطار علاج العقل والجسم وفنياته.

- وقد اشتق الباحث الإطار العام للبرنامجين العلاجين، ومادتهم العلمية، وفنياتهم العلاجية من أساليب من عدة مراجع ففي العلاج المعرفي السلوكي وفنياته لكل من ارون بيك - البرت اليس - ميتشيناوم من بعض المؤلفات في العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب ما بعد الصدمة ومن أمثلتها: (محمد، 2011)، (بدان، 2010) (المقطري، 2000)، (السنباتي، 2005) (يوسف وآخرون، 2005)، (عبدالله، 2011)، (هاريل، 2009)، (جبريل، 2010)، (عبد الرحمن، 2008) (محمود، 2007)، (الخرندار، 2004)، (بارلو، 2002) وحول التمارين السلوكية والعاطفية (ابراهيم، 2008)، (الدحادحة، 2010)، (عثمان، 2009)، (عمر، 2003).

- وقد اشتق الباحث الإطار العام للبرنامج العلاجي لفنيات العقل والجسم من الفنيات التي تم تقنينها على البيئة الفلسطينية في قطاع غزة من خلال مركز علاج العقل والجسم في القطاع، وقد استند الباحث إلى بعض المؤلفات في علاج العقل والجسم ومن أمثلتها: (دليل العقل والجسم، 2005) - (دليل العقل والجسم للمراهقين والراشدين، 2011) - (دليل التعليمات للعقل والجسم للأطفال والمراهقين، 2011) - (دليل الاسترداد والتعافي، 2005) - (الدحادحة، 2010) الاستشفاء الروحي والبدني (2009) - (ويل، 1994)، (بيفر، 2006)، (شوقي، 2012).

أهمية البرنامجين العلاجين:

- يسأهم البرنامجين العلاجين في إيجاد طريقة تدخل في علاج اضطراب ما بعد الصدمة.
- يعد البرنامجين العلاجين من البرامج الاولى المطبقة على المراهقين من المستوى العاشر والحادي عشر ثانوي على حسب حدود علم الباحث في الاراضي الفلسطينية.
- يسأهم البرنامجين العلاجين في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة من خلال استخدام الفنيات المعرفية والانفعالية و السلوكية.

- يساعد البرنامجين العلاجين على مواجهة المواقف المثيرة للاضطراب ما بعد الصدمة لدى المراهقين من طلبة الثانوية من كلا الجنسين.

الأسس التي قام عليها البرنامج العلاجي:

يذكر (حامد زهران، 1995)، (سيد صبحي، 2000) أن البرنامج العلاجي لابد أن يبنى على أسس ومسلمات ومعاني تتعلق بالسلوك البشري، والمنافع، وأخلاقيات الإرشاد والعلاج النفسي المتمثلة في:

- الأسس العامة:

وهي المسلمات والمبادئ، التي يقوم عليها الإرشاد والعلاج النفسي، حيث راعي الباحث حق العملاء في العلاج النفسي، وحق المراهقين في التقبل، وقابلية السلوك للتعديل من خلال إتاحة الفرصة أمام للمراهقين في التعبير عن آراءهم وأفكارهم والإبقاء على العلاقة الإيجابية واحترام إرادتهم في الاختيار نحو التعبير ومراعاة مرونة السلوك الإنساني واستعداد الفرد وحقه في العلاج النفسي وحقه في تقرير مصيره ومبدأ استمرار العملية العلاجية.

- الأسس الفلسفية:

استند البرنامجين إلى طبيعة الإنسان كما حددها الله سبحانه وتعالى، وفي ضوء النظرية النفسية - وتحديد النظرية المعرفية السلوكية والاتجاه الشمولي للعقل والجسم - وأخلاقيات الإرشاد العلاجي النفسي، وسرية المعلومات، والعلاقات المهنية والعمل المخلص، والعمل كفريق، ومراعاة الأسس الفلسفية المتعلقة بالكينونة والصور، والجماليات والمنطق ويقوم البرنامجين على اسس فلسفية وهي أن الإدراك الذاتي والوعي بها يؤدي دوراً بالغ الأهمية في تحديد الانفعالات والسلوك وان لكل فرد طريقة مختلفة في إدراك الذات ونظرته لها والتي تشكل فلسفته التي يتبناها عن نفسه وعن الآخرين وان إدراك الفرد لذاته من خلال النظرة السلبية للذات وللعالم ولوم الذات تؤدي به إلى الشعور بالاضطراب والتصرف بشكل غير فعال ولكي يتم تغيير المشاعر والانفعالات السيئة والسلوكيات الغير فعالة لا بد من تغير نظر الفرد لذاته من خلال تعزيز الوعي الذاتي ومبدأ الرعاية الذاتية، وقد استمد البرنامجين أصولهما الفلسفية من أن انفعالات الانسان تنشأ من طريقة النظرة لذاته، ومدى وعيه بانفعالاته ولذلك حرص الباحث على مراعاة الطبيعة الانسانية وتفسير فلسفة أفراد المجموعة التي تكمن وراء ادراكهم لذواتهم ومساعدتهم على تطوير الوعي الذاتي ومبدأ الرعاية الذاتية.

- الأسس النفسية والتربوية:

راعى الباحث الفروق الفردية بين المراهقين ، مع الأخذ بعين الاعتبار، خصائص المرحلة النمائية -مرحلة المراهقة المتوسطة - ودخولهم مرحلة الشباب، والفروق بين الجنسين على بعد الذكورة / الأنوثة وتؤثر الحالة النفسية للفرد على سلوكه وحياته العامة والبرنامجين يتضمنان إعادة تعليم الأفراد معلومات واضحة وبسيطة يستطيعون من خلالها فهم الاساس الذي تقوم عليه انفعالاتهم وسلوكياتهم مع الاخذ في الحسبان عدم تعارض البرنامجين مع الفروق الفردية والفروق بين الجنسين ومطالب النمو وقد راعى الباحث أن يكون الهدف من البرنامجين متمشياً مع الهدف العام الذي يتطلع اليه وهو خفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة لأفراد المجموعات التجريبية .

- الأسس الاجتماعية:

استخدم الباحث أسلوب العلاج الجماعي في الجلسات وهو من أفضل الطرق التي تجعل الفرد يشعر بأهميته كعضو في الجماعة لذلك استخدم البحث نظام المجموعات لتحقيق التوازن المعقول في العلاقات الاجتماعية داخل المجموعة وخارجها ليعبروا عن رأيهم بحرية ويحترمون الآخرين، وخصص جلسات خاصة بالذكور، وجلسات خاصة بالإناث (مع التساوي بعدد الجلسات)، كما اتفق على تحديد اوقات بين الجلسة والتي تليها للاتصال بالباحث لمناقشة أي مشكلات تتعلق بموضوع الجلسات.

- الأسس الفسيولوجية والعصبية:

راعى الباحث اعتبار أن الإنسان نفس وحجم ، وأنه يسلك في محيطه البيئي كوحدة نفسية جسمية، مما يؤكد الارتباط الوثيق بين النفس والحجم ، ومنها الجهاز العصبي باعتباره الجهاز الحيوي الرئيسي، الذي يسيطر على أجهزة الجسم الأخرى، ويتحكم بالسلوك علماً أن العلاقة التبادلية بين التغيرات الجسمية والفسيولوجية والنفسية توضح الدور الذي تؤديه الاثارة النفسية في حدوث الاضطرابات الانفعالية والعكس بالعكس وذلك من خلال استخدام الفنيات الخاصة بالبرنامجين.

- الأسس الإدارية:

وتضمن الجو المناسب لإدارة الجلسات العلاجية في الزمان والوقت المناسب وتوفير الوسائل الضرورية لعقد الجلسات، التخطيط العام للبرنامج وتضمنت عملية التخطيط لبرنامج العلاجي على تحديد أهداف البرنامج، ومحتوياته، والفنيات العلاجية المستخدمة، وأساليب تطبيق

هذه الفنيات، وتحديد المدى الزمني للبرنامج العلاجي وطول الجلسة العلاجية، والمكان المخصص لأجراء هذه الجلسات، ومن ثم تقييم البرنامج العلاجي.

الحدود الإجرائية للبرنامجين:

1. **الحدود الزمنية:** تم تطبيق البرنامج على مدى شهرين بواقع جلستين اسبوعيا ويستغرق زمن الجلسة 120 دقيقة ما عدا الجلسة الأخيرة 180 دقيقة ويتخللها فترة استراحة لكل برنامج.

2. **الحدود المكانية:** تم تطبيق البرنامجين في مدرسة معاوية بن سفيان الثانوية للبنين - ومدرسة أم الفحم الثانوية للبنات وذلك لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي - ومدرسة تل الربيع الثانوية للبنات - ومدرسة حمد بن خليفة ال ثاني للبنين لبرنامج علاج العقل والجسم.

3. **الحدود البشرية:** المستهدفون في البرنامج المراهقون من كلا الجنسين من الصف العاشر والحادي عشر، و يقدم هذا البرنامج خدمة علاجية لشريحة من المراهقين في المرحلة المتوسطة في محافظة الشمال من قطاع غزة.

الأعداد للبرنامج العلاجي:

خلفية الباحث التدريبية:

استعد الباحث قبل تصميم البرنامجين العلاجين والعمل على التطبيق بمجموعة من الخبرات التي تمكنه من تطبيق البرنامجين، ومن هذه الخبرات:

- الباحث لديه خبرة في المجال النفسي، وحاصل على مؤهل لممارسة العلاج المعرفي سلوكي من الجامعة الإسلامية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية ووزارة الصحة تؤهله للعمل في تطبيق رسالة الماجستير ومؤهل لممارسة علاج العقل والجسم كمدرّب ومشرف، والذي يعمل فيه منذ عام (2005) وذلك للعمل مع المتأثرين من الحروب من جميع الفئات.

- الممارسة العملية الميدانية تحت الإشراف داخل عيادات الوكالة والحكومة خلال فترة دراسة الدبلوم في العلاج المعرفي السلوكي وذلك لتثبيت الممارسة العملية لطرق التدخل التي تم التدريب عليها.

- الباحث يعمل أخصائي نفسي في برنامج الصحة النفسية المجتمعية لوكالة الغوث الدولية لتشغيل اللاجئين الفلسطينيين بقطاع غزة.

- ناشط بمؤسسات المجتمع المدني كأخصائي نفسي ومشرف ببرامج الدعم النفسي الاجتماعي ومدرّب ومشارك في تقنين أدلة التدخلات النفسية والاجتماعية المستخدمة في قطاع غزة ومصمم لأدلة تدريبية تتعلق بالدعم النفسي الاجتماعي.

- اطلاع الباحث على مجموعة من البحوث والدراسات التي اشتملت على تطبيق برامج علاجية ، وإرشادية للفئات العمرية المختلفة.

الاسلوب العلاجي المستخدم في تنفيذ البرنامجين:

يقوم البرنامج أساساً على تبني طريقة العلاج الجماعي، وذلك لما تتمتع به هذه الطريقة من مزايا، وفوائد متعددة، حيث تكون جميع جلسات البرنامج جماعية، وذلك لتسهيل عملية الاتصال، والتواصل والمشاركة، والتفاعل، وخلق جو من الألفة، والود فيما بينهم. يضاف إلى ذلك إلى أن أسلوب العلاج الجماعي يتناسب مع طبيعة العينة موضع الدراسة، وطبيعة المشكلات، كذلك يتيح العلاج الجماعي الفرصة للمراهقين لتبادل الخبرات، واستكشاف مشاعر الآخرين، والوعي بالذات.

الوسائل المستخدمة في البرنامج:

استخدم الباحث بعض الوسائل المتاحة، مثل جهاز لتسجيل الجلسات، وإعادة عرضها على المجموعة، وبعض السجلات مثل: جدول الأنشطة السلوكية وجدول الأنشطة السارة وسجل مراقبة الأفكار الاتوماتيكية وسجل الدليل ضد ومع والفوائد والمضار وسجل تحليل القرار وسجل إعادة البناء المعرفي ونموذج حل المشكلات، وبعض اللوحات بالإضافة إلى فلوب شارت، وأقلام فلوماستر، وأوراق بروس تل، وشاشة العرض، واللاب توب، وأقلام جاف ورصاص والموسيقى ومقياس التغير الفسيولوجي للجسم - والرسم والتخيل والتأمل والحوار مع الأعراض ونموذج شجرة العائلة والتمارين الحركية وبعض المقاطع الوثائقية الخاصة بطبيعة الجلسة.

عدد العملاء في الجلسة:

تم تقسيم العملاء إلى مجموعتان تجريبيتان من كلا الجنسين عدد(20) ويقابلها مجموعتان ضابطتان من كل الجنسين وعددهما (20) للبرنامج المعرفي السلوكي، مجموعتان تجريبيتان من كلا الجنسين عدد (20) ويقابلها مجموعتان ضابطتان من كل الجنسين وعددهما (20) لبرنامج علاج العقل والجسم وستعقد الجلسات لكل مجموعة على حدة، وتم مراعاة حصول الجميع على نفس العدد من الجلسات العلاجية.

مكان تطبيق الجلسات العلاجية:

تم التطبيق حسب المكان التي يقطنه الطلاب في محافظة الشمال بحيث يكون مناسباً ومهيئاً للعمل، حيث طبقت الجلسات بجمعية التأهيل المجتمعي للمعاقين وبلدية بيت لاهيا وجمعية التوت الارضي وذلك لوجود قاعات مهيئة ومخصصة للجلسات العلاجية.

وتمت مراعاة مجموعة من المعايير في إطار الجلسات العلاجية وهي:

- مراعاة خصائص مرحلة المراهقة المتوسطة، من خلال فهم الباحث لما يتناسب وأسلوب العمل لدى المراهقين، من خلال تنوع الخبرات في الجلسة الواحدة، وإتاحة الفرصة للجميع للتعبير عن أنفسهم، ومشاعرهم وانفعالاتهم.

- تم شرح الفنيات العلاجية في كل جلسة عبر التنقيف النفسي، وأسلوب تطبيقها، وإعطاء الفرصة للجميع لتطبيق الفنيات العلاجية وممارستها.

جدول رقم (4-24)

بروتوكول برنامج العلاج المعرفي السلوكي

1-	المسمى	برنامج علاج معرفي سلوكي لخفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة
2-	بناؤه	مقترح أعده / الباحث
3-	النظرية	نظرية العلاج المعرفي السلوكي
4-	غرضه	خفض حدة الأعراض، الأفكار السالبة، وزيادة التقويم الايجابي للعلاج
5-	عدد جلساته	(15) جلسة
6-	الفئة الاكلينيكية	المشخصين بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة
7-	الجماعة العلاجية	مشاركين متطوعين
8-	طبيعة الجلسات	مغلقة
9-	تواتر الجلسات	جلستان أسبوعياً
10-	مدة المقرر العلاجي	مقرر معتدل الأجل (8 أسابيع بواقع شهرين)
11-	مدة المتابعة	ثلاثة شهور
12-	إجمالي المدة المقررة	سنة شهور
13-	قيادة الجلسات	الباحث
14-	المساعدين	(2) من المساعدين مع مراعاة الجنس
15-	مكان إجراء الجلسة	مؤسسة التوت الارضي - مهيأة لتطبيق الجلسات العلاجية

البرنامج العلاجي:

ويضم البرنامج العلاجي عدد (14) جلسة جماعية واشتملت الجلسات على: بناء الألفة والحلف العلاجي، بناء الوعي المعرفي للاضطراب ويقابلها جلسة لاولياء الأمور، استراتيجيات التكيف والتنشيط السلوكي، جلستان عن التشوهات المعرفية والافكار الاتوماتيكية، ثلاث جلسات عن التعامل مع ذكريات الصدمة التطفل: ماذا يحدث ؟ ويقابلها جلسة مع أولياء الأمور، جلستان عن التعامل مع ذكريات الصدمة: الاستثارة والتيقظ: ما الذي تغير بجسمي ؟، ثلاث جلسات عن التجنب، أسلوب حل المشكلات، الوقاية من الانتكاس ويقابلها جلسة مع أولياء الأمور، ومدة كل جلسة (120) دقيقة موزعة على الشكل التالي: (10) دقائق فحص للمزاج، (15) دقيقة مراجعة للواجب المنزلي، (25) دقيقة للتنقيف النفسي، (40) دقيقة للتمرين، (25) دقائق فحص للمشاعر، (5) دقائق للتخلص والواجب المنزلي وإنهاء الجلسة، وهذا التقسيم الزمني لا يتم التقيد المعرفي به، ولكن طبيعة الجلسة وديناميات الحوار والمناقشة بها هي التي تصيغ الشكل النهائي لكيفية ادارة الجلسة العلاجية.

التصور المرحلي للبرنامج:

يقوم البرنامج على أساس نظرية العلاج المعرفي السلوكي في العلاج النفسي، والهدف العام للبرنامج هو دراسة أثر العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة لدى المراهقين الفلسطينيين في محافظة شمال قطاع غزة وقد قسم الباحث محتوى الجلسة إلى ثلاث مراحل: دائرة البدء: تشمل: تأمل افتتاحي - فحص المشاعر - مراجعة الواجب البيتي) دائرة المركز: تشمل: (التنقيف النفسي - التمرين الرئيسي - فحص المشاعر) ودائرة الإنهاء: تشمل: (الرد على التساؤلات والاستفسارات - تقييم الجلسة - الواجب البيتي) والجلسة الأخيرة خصصت لتدريب المجموعة على طرق الوقاية من الانتكاس ولتقييم البرنامج ومدى الاستفادة. ويوضح الجدول التالي جلسات موضوع الدراسة، وعدد الجلسات والفنيات المستخدمة في البرنامج، وقد قسم الباحث محتوى الجلسة إلى ثلاث مراحل: دائرة البدء: تشمل: تمرين استرخاء - فحص المزاج والمشاعر - مراجعة الواجب البيتي - عرض أجندة الجلسة، دائرة المركز: تشمل: التنقيف النفسي - استراتيجيات التدخل - التدريبات العملية ، دائرة الإنهاء: تشمل: الرد على التساؤلات والاستفسارات - فحص المزاج والمشاعر - تقييم الجلسة - الواجب البيتي.

جدول رقم (4-25)

موضوعات جلسات برنامج العلاج السلوكي المعرفي

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الفنيات والمهارات المستخدمة في الجلسة
الأولى	بناء الالفة والحلف العلاجي	تمارين التعارف والبناء - التطبيع والتعليم - الحوار والمناقشة الجماعية - التعاقد مهارات: إعادة الصياغة - عكس المشاعر - التعاطف التلخيص -
الثانية	بناء الوعي المعرفي للاضطراب	التطبيع والتعليم - المراقبة الذاتية - بناء الوعي - متابعة الذات - مهارات: إعادة الصياغة - عكس المشاعر - التعاطف التلخيص - الشرح والتفسير
الثالثة	استراتيجيات التكيف والتنشيط السلوكي	التطبيع والتعليم - الاستكشاف الموجه - المراقبة الذاتية - المحاضرة - الحوار والنقاش - جدولة الأنشطة السارة - جدولة الأنشطة السلوكية
الرابعة والخامسة	التشوهات المعرفية والافكار الاتوماتيكية	التطبيع والتعليم - الاستكشاف الموجه - التفكير السقراطي - المراقبة الذاتية - بناء الوعي المعرفي - فحص الدليل - إعادة البناء المعرفي
السادسة والسابعة والثامنة	التعامل مع ذكريات الصدمة التطفل: ماذا يحدث ؟	التطبيع والتعليم - المراقبة الذاتية - إنشاء المكان الآمن - أساليب التخيل (الشاشة واليد والمسافة) - الأساليب السمعية بالتخيل - تشتيت الانتباه - الأساليب الشمية بالتخيل السرد.
التاسعة والعاشر	التعامل مع ذكريات الصدمة: الاستثارة والتيقظ: ما الذي تغير بجسمي ؟	الأساليب الحس حركية بالتخيل - تشتيت الانتباه - العمل من خلال الأحلام - مسح الجسم - تكوين المخطط الهرمي للغضب - الاسترخاء وتصور المكان الآمن - لعب الأدوار بتطبيق مهارات التحكم بالغضب .
الحادية والثانية والثالثة عشر	التعامل مع ذكريات الصدمة: التجنب	الاسترخاء التنفسي - بناء مدرج الكرب - الاستكشاف الموجه - المراقبة الذاتية - الاسترخاء التصاعدي - مراجعة مدرج الكرب - الفوائد والمضار للتحدث - السرد والكتابة - التجربة السلوكية.
الرابعة عشر	الوقاية من الانتكاس	التغذية الراجعة - أسلوب حل المشكلات - لعب الادوار .

ثامناً: برنامج علاج العقل والجسم:

وتستخدم الدراسة الحالية طريقة العلاج الشمولي وهو اتجاه تكاملي يجمع بين العديد من نظريات العلاج النفسي بصورة متكاملة، والذي يتمثل في اكساب الفرد الخاضع للعلاج مبدأ الوعي الذاتي والرعاية الذاتية وفلسفة عقلانية في الحياة مما تؤدي إلى زوال تلك الانفعالات السلبية التي تؤدي إلى الاضطراب، ويعد هذا البرنامج من الأدوات الأساسية التي تم إعدادها لتحقيق أهداف الدراسة.

جدول رقم (4-26)

بروتوكول برنامج علاج العقل والجسم

الرقم	البيان	الوصف
1-	المسمى	برنامج علاج العقل والجسم لخفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة
2-	بناؤه	بروتوكول العقل والجسم واشنطن تقنين فرع المركز فريق قطاع غزة
3-	النظرية	اتجاه تكاملي شمولي
4-	غرضه	خفض حدة الأعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة لزيادة التقويم الايجابي للعلاج من خلال تعميق الوعي الذاتي ومبدأ الرعاية الذاتية.
5-	عدد جلساته	(14) جلسة
6-	الفئة الاكلينيكية	المشخصين بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة
7-	طبيعة الجماعة العلاجية	مشاركين متطوعين
8-	طبيعة الجلسات	مغلقة
9-	تواتر الجلسات	جلستان أسبوعياً
10-	مدة المقرر العلاجي	مقرر معتدل الأجل (8 أسابيع بواقع شهرين)
11-	مدة المتابعة	ثلاثة شهور
12-	إجمالي المدة المقررة	ستة شهور
13-	قيادة الجلسات	الباحث
14-	المساعدين	(2) من المساعدین مع مراعاة الجنس
15-	مكان إجراء الجلسة	مؤسسة التأهيل المجتمعي لتنمية القدرات - بلدية بيت لاهيا مهياً لتطبيق الجلسات العلاجية

البرنامج العلاجي:

ويضم البرنامج العلاجي عدد (14) جلسة جماعية واشتملت الجلسات على: جلسة بناء الألفة والحلف العلاجي - الرسومات - التغذية الحيوية الراجعة والتحفيز الذاتي - مسح الجسم - الاسترخاء التنفسي والحركة - تخيل المكان الآمن - التأمل والأكل الواعي - التأمل بالخسارة والفقدان - شجرة العائلة - حوار مع الأعراض - التخييل التصوري والإدراك الذاتي - التأمل بالمغفرة - الرسومات، ومدة كل جلسة (120) دقيقة وموزعة بالشكل التالي: (10) دقائق للتأمل الافتتاحي، (25) دقيقة تذكير بالقواعد وفحص للمشاعر، (25) دقيقة للتنقيف النفسي، (20) دقيقة للتمرين، (20) لفحص المشاعر خاص بالتمرين، (20) للاستفسارات والتأمل الختامي، وهذا التقسيم الزمني لا يتم التقيد المعرفي به، ولكن طبيعة الجلسة وديناميات الحوار والمناقشة بها هي التي تصيغ الشكل النهائي لكيفية ادارة الجلسة العلاجية.

التصور المرحلي للبرنامج:

يقوم البرنامج على أساس العلاج الشمولي التكاملي في العلاج النفسي، والهدف العام للبرنامج هو دراسة أثر علاج العقل والجسم في خفض حدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة لدى المراهقين الفلسطينيين في محافظة شمال قطاع غزة، وقد قسم الباحث محتوى الجلسة إلى ثلاث مراحل: دائرة البدء: تشمل: تأمل افتتاحي - فحص المشاعر - مراجعة الواجب البيتي) دائرة المركز: تشمل: (التطبيع والتعليم - التمرين الرئيسي - فحص المشاعر) ودائرة الإنهاء: تشمل: (الرد على التساؤلات والاستفسارات - تقييم الجلسة - الواجب البيتي) والجلسة الأخيرة خصصت لتدريب المجموعة على طرق الوقاية من الانتكاس ولتقييم البرنامج ومدى الاستفادة. ويوضح الجدول التالي جلسات موضوع الدراسة، وعدد الجلسات والفنيات المستخدمة في البرنامج.

جدول رقم (4-27)

موضوعات جلسات برنامج علاج العقل والجسم

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الفيئات المستخدمة في الجلسة
الأولى	بناء الألفة والحلف العلاجي	التأمل الافتتاحي - فحص المشاعر - التنقيف النفسي - الحوار والمناقشة - التأمل الختامي
الثانية	الرسومات	التأمل الافتتاحي - فحص المشاعر - التنقيف النفسي - الرسم - الواجب المنزلي - التأمل الختامي
الثالثة	التغذية الحيوية الراجعة والتحفيز الذاتي	التأمل الافتتاحي - فحص المشاعر - التنقيف النفسي - التغذية والتحفيز - الواجب المنزلي - التأمل الختامي
الرابعة	مسح الجسم	التأمل الافتتاحي - فحص المشاعر - التنقيف النفسي - مسح الجسم - الواجب المنزلي - التأمل الختامي
الخامسة	الاسترخاء التنفسي والحركة	التأمل الافتتاحي - فحص المشاعر - التنقيف النفسي - الاسترخاء - الحركة - اليوغا - الواجب المنزلي - التأمل الختامي
السادسة	تخيل المكان الآمن	التأمل الافتتاحي - فحص المشاعر - التنقيف النفسي - الاسترخاء - الحركة - اليوغا - الواجب المنزلي - التأمل الختامي
السابعة	التأمل والأكل الواعي	التأمل الافتتاحي - فحص المشاعر - التنقيف النفسي - التأمل والتغذية - الواجب المنزلي - التأمل الختامي
الثامنة	التأمل بالخسارة والفقدان	التأمل الافتتاحي - فحص المشاعر - التنقيف النفسي - التأمل بالفقدان - التأمل الختامي

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الفنيات المستخدمة في الجلسة
التاسعة والعاشر	شجرة العائلة	التأمل الافتتاحي - فحص المشاعر - التنقيف النفسي - شجرة العائلة - الواجب المنزلي - التأمل الختامي
الحادية عشر	حوار مع الأعراض	التأمل الافتتاحي - فحص المشاعر - التنقيف النفسي - حوار الأعراض - الواجب المنزلي - التأمل الختامي
الثانية عشر	التخيل التصوري والإدراك الذاتي	التأمل الافتتاحي - فحص المشاعر - التنقيف النفسي - حوار الأعراض - الواجب المنزلي - التأمل الختامي
الثالثة عشر	التأمل بالمغفرة	التأمل الافتتاحي - فحص المشاعر - التنقيف النفسي - التأمل بالمغفرة - الواجب المنزلي - التأمل الختامي
الرابعة عشر	الرسومات	التأمل الافتتاحي - فحص المشاعر - التنقيف النفسي - الرسم - الواجب المنزلي - التأمل الختامي

4-5 الخطوات الاجرائية للدراسة:

1. الاطلاع على الإطار النظري والتراث السيكولوجي في مجال الصحة النفسية وعلم النفس العيادي، ورسائل الماجستير والدكتوراه العربية والأجنبية المتعلقة بهذه الدراسة من أجل الاطلاع على الأدوات والعمل على تصميم برنامجي العلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقل والجسم.

2. أعداد الفصل الاول للدراسة ويتضمن مشكلة الدراسة والتساؤلات والمبررات والأهداف والأهمية ومصطلحات وحدود الدراسة، والفصل الثاني يتكون من ثلاث مباحث: يشمل المبحث الاول اضطراب ما بعد الصدمة والمبحث الثاني العلاج المعرفي السلوكي والمبحث الثالث علاج العقل والجسم، والفصل الثالث يشتمل على الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة أما الفصل الرابع فهو منهج وإجراءات الدراسة وأخيراً الفصل الخامس عبارة عن عرض النتائج ومناقشتها.

3. تحديد أدوات الدراسة والتي تشمل: مقياس الحدث الصادم - مقياس اضطراب ما بعد الصدمة- مقياس سمة وحالة القلق - مقياس الاكتئاب - مقياس السلوك العدواني والعائلي للمراهقين لعرضهم على السادة المحكمين.

4. تقديم طلب رسمي لوزارة التربية والتعليم الفلسطينية في غزة عن طريق كلية التربية بالجامعة الإسلامية للموافقة عليّة من قبل الوزارة ومدرّس التربية والتعليم بمنطقة الشمال ليفوض الباحث بجمع البيانات والمعلومات اللازمة والسماح بإجراء الدراسة.

5. عقد ست (6) اجتماعات مع مدراء المدارس والمعلمين التي تم فرزها لعينة الدراسة من أجل مساعدة الباحث في توفير العينة المحددة من المراهقين وتوزيع نماذج الموافقة عليهم للمشاركة بالبحث من قبل أولياء الأمور والمراهقين انفسهم، وعقد أربع (4) اجتماعات مع أولياء أمور المراهقين من أجل توضيح أهمية البحث ومدى تأثيره على المراهقين في جميع مناحي حياتهم العملية والسلوكية.

6. تطبيق الأدوات على العينة المسحوبة من المجتمع الأصلي باستخدام: مقياس الخبرة الصادمة ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة ومقياس القلق حالة وسمة وقائمة ببيك للاكتئاب وقائمة معارف اضطراب كرب ما بعد الصدمة ومقياس السلوك العدواني العدائي للمراهقين ومن ثم العمل على تحليل البيانات التي تم تطبيقها على العينة.

7. تحليل البيانات التي تم تطبيقها على العينة الفعلية للدراسة ومن ثم فرز المراهقين من كلا الجنسين و الحاصلين على 40 % فما فوق على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة كمحك وذلك على مستوى درجة شديدة حسب المقياس.

8. تحديد الأشخاص القائمين على تنفيذ البرنامج: الباحث ومساعديه، الذي سيقوم بتطبيق أداة الدراسة على العينة العلاجية وذلك لإدارة المجموعات وإدارة اللوجستيات.

9. عمل قاعدة بيانات شاملة لجميع افراد العينة العلاجية التجريبية والضابطة وذلك لضمان سهولة التواصل والاتصال ولتعزيز عملية استمرارية المجموعات وذلك عبر الاتصال بالموبايل على أولياء الأمور والمراهقين وعبر رسائل SMS لتذكير العينة العلاجية بمواعيد الجلسات والواجبات وبث رسائل تحفيزية لتنفيذ الواجبات مع توفير المواصلات لأفراد العينة الذين يسكنون بعيداً عن مكان التطبيق خاصة للإناث مع توفير ضيافة ووجبات.

10. الاجتماع مع العينة العلاجية المقرر التطبيق معها، وذلك لتوزيع الجدول الخاص بالبرنامج واللوجستيات التدريبية وهي حقبة متكاملة بجميع الاحتياجات التي تلزم الجلسات والتعريف بالبرنامج والهدف منه ومدى أهمية الالتزام والمتابعة والتقيد بممارسة المهارات المنفذة داخل الجلسات والاتفاق على اماكن تطبيق الجلسات.

11. عقد الباحث ثلاث اجتماعات مع مدراء مؤسسات المجتمع المدني لتوضيح أهمية تطبيق البحث ومدى انعكاسه على هذه الفئة من فائدة ومواعيد تطبيق الجلسات العلاجية ومدة كل جلسة والمدة الإجمالية للبرنامجين وذلك لوجود قاعات مهيئة لتطبيق الجلسات العلاجية.

12. تطبيق البرنامجين على العينة العلاجية والذي استمر مدة تنفيذه شهرين وبعدها قام الباحث بتطبيق القياس البعدي على المجموعات التجريبية والضابطة ثم الاعلان عن انتهاء التعاقد العلاجي الخاص بالجلسات الخاضعة للبرنامجين ومن ثم بعد ثلاثة شهور قام الباحث بتطبيق القياس التتبعي على المجموعات التجريبية والضابطة ومن ثم تصحيح الاوراق باستخدام الحاسوب باستخدام برنامج SPSS لرصد الدرجات ومعالجتها إحصائياً لاستخراج النتائج ومناقشتها.

13. عمل رحلة مشتركة بين المراهقين واولياء امورهم للإعلان عن انتهاء التعاقد البحثي وابلاغ أولياء امور المراهقين من المجموعات الضابطة بأنه سيتم العمل معهم من قبل المرشد التربوي كل حسب مدرسته مع بداية العام الدراسي .

4-6 الصعوبات التي واجهت الباحث:

نظراً لخصوصية العينة التي تم تطبيق الدراسة عليها من كلا الجنسين واجه الباحث عدة صعوبات في تنفيذ هذه الدراسة على النحو التالي:

أولاً: صعوبات قبل التطبيق:

- اعتراض بعض مدراء المدارس على وقت التطبيق وخاصة أن الطلبة بدأت عندهم المراجعة النهائية حيث أن وقت الامتحانات النهائية كان متبقياً له شهر ونصف مما جعل الباحث يعقد اجتماعات منفردة مع مدراء المدارس والوكلاء المساعدين لإقناعهم بخطة البحث وطريقة التطبيق ومدى أهميته.

- صعوبة الحصول على التحكيم في موعده بسبب التأخير أو عدم تقبل بعض المتخصصين لموضوع المقارنة بسبب الجهد والتكلفة التي تطلبها وخاصة أنها تقع على عاتق الباحث دون تمويل، وطلب عمل الدراسة على برنامج واحد نظراً لصعوبة الوقت مما أخذ وقت في إقناعهم بأهمية البحث.
- رغبة عدد من طلاب المدرسة من مستويات مختلفة المشاركة في جلسات البرنامج وحرصهم على مشاهدة ما يجري بالبرنامج مما أخذ وقت بعملية إقناع أولياء امور المراهقين بأن الجميع سيكون له دور إما مع الباحث أو مع المرشد التربوي بالمدرسة مع بداية العام الدراسي.
- أولياء الأمور لديهم توجه سلبي اتجاه مفهوم العلاج النفسي، مما جعل الباحث وبعد التشاور مع المشرف بتسمية البرنامج لتعزيز التقبل من قبل أولياء الأمور ولتشجيع أبنائهم برنامج الاسترداد والتعافي من الصدمة، مع ربط ذلك بمحفزات إضافية كالحقائب والضيافة والرحلة في نهاية البرنامجين.
- تأخر تسليم أولياء الأمور لنماذج الموافقة والمشاركة للباحث، مما جعل الباحث ينتظر من أجل التأكد من أن الجميع وافق على المشاركة بطبيعته التطوعية، ودون إجبار وتمثلت طريقة الموافقات من قبل اخذ الموافقة أولاً من المراهقين داخل المدرسة ومن ثم تسليم نماذج الموافقة لأولياء الأمور الخاصة بالتعريف بالبرنامج.
- نظراً لانشغال المراهقين في العطلة الصيفية في أعمال مهنية، وذلك بضغط من الوالدين قام الباحث بتوزيع دعوات للقاء بأولياء الأمور بمعدل (4) لقاءات لتوضيح أهمية تطبيق البحث وفائدته التي تعود على أبنائهم مما أخذ وقت في عمل اللقاءات وإجراء بعض المقابلات معهم والاجابة على استفساراتهم وتساؤلاتهم.

ثانياً: الصعوبة في تطبيق الأدوات:

- بعد الحصول على الموافقات الرسمية وموافقة الادارات المدرسية على التطبيق واجه الباحث صعوبات تتعلق بتطبيق الأدوات مع الفئة المستهدفة بسبب وجود المراهقين في حصص رسمية قائمة على المراجعة النهائية وعدم تقبل المدرسين لأخذهم مما جعلني أنتظر أنا وفريقي لفترات طويلة داخل المدرسة الواحدة مما جعلني أتأخر في تطبيق الأدوات في المدارس الأربع علماً أن الفترة كانت حرجة بخصوص اقتراب موعد الامتحانات النهائية للمراهقين.

- الازدواجية بالتطبيق بين الباحث وباحثين آخرين أثناء فترة التطبيق مما أرهق المراهقين مما دفع الباحث إلى تأخير موعد التطبيق لمدة أسبوعين، حيث قام بعقد اجتماعات تحفيزية للمدرسين والمدراء لتحفيز المراهقين على الحضور والمشاركة.
- استبعاد بعض المراهقين من عينة الدراسة وكان ذلك لعدم تقبل بعض المراهقين أو أولياء أمورهم أو لعدم استكمال استجاباتهم في الاستبانة والبالغ عددهم (42) طالب من العينة الفعلية كما وتم استبعاد المراهقين المسجلين فعلياً بالمجموعات التجريبية الأربع للبرنامجين والبالغ عددهم (8) من الجنسين نظراً لتغييبهم عن البرنامج بمعدل (5) جلسات.
- رفض الوزارة والمدارس الأربع من تطبيق البرنامجين داخل المدرسة؛ بسبب تهيئة المدارس لامتحانات الثانوية العامة ودخولها في اللجان، مما جعل الباحث يعمل على تطبيق البرنامجين في مؤسسات المجتمع المدني أو منظمات حكومية مهيئة لتطبيق جلسات العلاج النفسي.

ثالثاً: الصعوبة أثناء التطبيق البرنامجين:

- موافقة أولياء الأمور كانت مشروطة للإثبات بتوفير مواصلات مؤمنة ذهاباً وإياباً لضمان سلامتهم مما أرهق الباحث مادياً.
- وجود عوائق متعلقة بالبيئة الفيزيائية وتمثلة في انقطاع التيار الكهربائي وجود ازمة وقود العمل في فصل الصيف دخول شهر رمضان اثناء فترة التطبيق.
- تطبيق جلسات البرنامج الواحد للمجموعتين خلف بعض مما أتعب الباحث؛ لأن ذلك يحتاج إلى راحة للاستعداد للجلسة الثانية رغم أن الجلسات كانت تسير بالتوازي.
- للمحافظة على التزام الفئة بالحضور إلى المجموعات قام الباحث بعمل قاعدة بيانات مزدوجة، بحيث يكون الاتصال قبل الجلسة بيوم على ولي الامر والمراهق معاً ويوم الجلسة على المراهق لتأكيد الحضور من قبل الباحث والمساعد.
- رغبة بعض أولياء الأمور في زيارة الباحث والمساعد لهم بالمنزل من أجل التباحث معه في أمور متعلقة بأبنائهم وخاصة بعد الحرب.

4-7 الأساليب الإحصائية:

من أجل الإجابة على أسئلة الدراسة وفرضيتها قام الباحث باستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- اختبار كا² سكوير " لمعرفة الفروق بين العينتين بالنسبة للمتغيرات الديمغرافية، لمعرفة تجانس العينتين.
- اختبار "ت" لعينتين مستقلتين، لكشف الفروق بين المجموعتين بالنسبة للمتغيرات التابعة.
- معامل ارتباط بيرسون وبيروان لمعرفة صدق الاتساق الداخلي بين الفقرات والدرجة الكلية لمقاييس الدراسة .
- المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري والوزن النسبي.
- اختبار ويلوكسون Wilcox on Test وذلك بهدف معرفة الدلالة الإحصائية للفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في مقياس الدراسة.
- تحليل التباين ثلاثي الاتجاه للقياسات المتكررة (مجموعات مترابطة) Two- (ANOVA) Factor Experiment with Repeated Measurement
- اختبار شفيه لقياس اتجاه الفروق بين المتوسطات.

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة وتفسيرها ومناقشتها

- عرض نتيجة التساؤل الاول وتفسيره ومناقشته.
- عرض نتيجة التساؤل الثاني وتفسيره ومناقشته.
- عرض نتيجة التساؤل الثالث وتفسيره ومناقشته.
- عرض نتيجة التساؤل الرابع وتفسيره ومناقشته.
- عرض نتيجة التساؤل الخامس وتفسيره ومناقشته.
- عرض نتيجة التساؤل السادس وتفسيره ومناقشته.
- عرض نتائج فرضيات الدراسة وتفسيرها ومناقشتها.

الفصل الخامس

نتائج الدراسة ومناقشتها

مقدمة:

يتناول الباحث في هذا الفصل، عرض نتائج الدراسة ومناقشتها. ويستهل ذلك بتناول النتائج الاحصائية للدراسة، وذلك من خلال تناول المعالجات الاحصائية المتبعة في التوصل إلى تلك النتائج، وذلك بعد البرنامجين (القياس البعدي، وقياس ما بعد فترة المتابعة).

وبعد استعراض النتائج الاحصائية التي تم التوصل إليها، يقوم الباحث بإيضاح مجمل نتائج الدراسة، كإجابة عن تساؤلاتها وفروضها، وبعد إيجاز نتائج الدراسة، يقوم الباحث بمناقشة هذه النتائج، في ضوء الإطار النظري والدراسات والبحوث السابقة التي تم عرضها، وفي ضوء ما لمسه الباحث من تغييرات علاجية كيفية لدى أفراد عينة الدراسة، أثناء وبعد تطبيق البرنامج، وبعد فترة المتابعة، مقارنة بما كان قبل تطبيق البرنامج مع طبيعة المقارنة بين البرنامجين من حيث الفاعلية. ثم ينهي الباحث هذا الفصل بعرض التوصيات والبحوث المقترحة.

5-1 تساؤلات الدراسة:

5-2 التساؤل الأول: ما أكثر الخبرات الصادمة التي تعرض لها المراهقين في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في شمال قطاع غزة؟

للتعرف على أكثر الخبرات الصادمة التي تعرضوا لها، قام الباحث بإيجاد التكرار والنسبة المئوية لبنود مقياس الخبرات الصادمة المكون من 29 فقرة، والنتائج سوف توضح من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (5-1)

يوضح مدى تعرض الخبرات الصادمة لدى المراهقين في المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في العينة (ن=80)

الرقم	الفقرة	التجريبية (ن=40)		الضابطة (ن=40)	
		العدد	%	العدد	%
1	سماعك لاستشهاد صديق لك	23	57.5	18	45.0
2	سماعك لاستشهاد أب أو أخ أو أخت أو قريب لك	25	62.5	23	57.5
3	سماعك للقصف المدفعي للمناطق المختلفة من قطاع غزة	39	97.5	39	97.5
4	سماعك لأصوات الطائرات الحربية عند اختراقها لحاجز الصوت	38	95	38	95.0
5	سماعك لاعتقال أو خطف أحد الأشخاص	25	62.5	25	62.5
6	مشاهدة استشهاد صديق لك أمامك	7	17.5	12	30.0

7	مشاهدة استشهاد أب أو أخ أو أخت أو قريب لك أمامك	9	22.5	12	30.0
8	مشاهدة إصابة صديق لك أمامك بالرصاص	6	15	9	22.5
9	مشاهدة إصابة أب أو أخ أو أخت أو قريب لك أمامك بالرصاص	7	17.5	9	22.5
10	مشاهدة بيتكم وهو يهدم، ويدمر من القصف أو الجرافات	9	22.5	11	27.5
11	مشاهدة بيت جيرانكم وهو يهدم، ويدمر من القصف أو الجرافات	24	60	22	55.0
12	مشاهدة بيوت الجيران وهي تقصف بالمدفعية الثقيلة والرشاشات، والطائرات.	26	65	22	55.0
13	مشاهدة بيتكم وهو يقصف بالمدفعية الثقيلة، والرشاشات، والطائرات	13	32.5	9	22.5
14	مشاهدة صور الجرحى والأشلاء والشهداء في التلفزيون	36	90	38	95.0
15	مشاهدة عمليات الاغتيالات لرجال المقاومة من قبل الطائرات أو القصف المدفعي	25	62.5	23	57.5
16	مشاهدة الآثار الناتجة عن القصف المدفعي على قطاع غزة	38	95	38	95.0
17	تعرضك للإصابة بشظية قنبلة أو صاروخ أو الرصاص	7	17.5	4	10.0
18	تعرضك للإصابة الجسدية نتيجة لقصف منزلك	6	15	8	20.0
19	تعرضك للاحتجاز في البيت	21	52.5	18	45.0
20	تعرضك للضرب والإهانة	11	27.5	12	30.0
21	تعرضك للحرمان من الماء و الأكل و الكهرباء	23	57.5	23	57.5
22	تعرضك لإطلاق النار بقصد التخويف	17	42.5	19	47.5
23	تعرض أغراضك الشخصية للتدمير و التفسير والنهب	17	42.5	19	47.5
24	تعرضك للتهديد شخصياً بالقتل	6	15	6	15.0
25	تعرضك للتهديد بقتل أحد أفراد الأسرة	10	25	6	15.0
26	تعرضك للخطر الشديد باستخدامك كدرع بشري للقبض على جار لكم	4	10	6	15.0
27	تعرضك للحرمان من استخدام دورة المياه ومنعك من الخروج من الغرفة التي حجزت فيها	14	35	14	35.0
28	تعرضك للاعتقال من الجيش أثناء الاجتياح	6	15	8	20.0
29	تعرضك للتهجير مع عائلتك وأقاربك	27	67.5	27	67.5

الخبرات الصادمة التي تعرض لها المراهقين في المجموعة التجريبية:

أظهرت النتائج إلى أن أكثر الخبرات الصادمة التي تعرض لها المراهقين في المجموعة التجريبية هو (سماعك للقصف المدفعي للمناطق المختلفة من قطاع غزة) وبنسبة 97.5%، يليه بنسبة 95% للحدث (سماعك لأصوات الطائرات الحربية عند اختراقها لحاجز الصوت)، وبنسبة

95.0% للحدث (مشاهدة صور الجرحى و الأشلاء والشهداء في التلفزيون)، وبنسبة 95% للحدث (مشاهدة الآثار الناتجة عن القصف المدفعي على قطاع غزة)، أما أقل الأحداث الصادمة التي تعرض لها المراهقين في المجموعة التجريبية هي (تعرضك للتهديد شخصياً بالقتل) وبنسبة 15%، وبنفس النسبة 15% للحدث (تعرضك للتهديد بقتل أحد أفراد الأسرة)، وبنفس النسبة 15% للحدث (تعرضك للخطر الشديد باستخدامك كدرع بشري للقبض على جار لك)، بينما 20% للحدث (تعرضك للإصابة الجسدية نتيجة لقصف منزلك)، و 22.5% تعرضوا للحدث (مشاهدة إصابة صديق لك أماًك بالرصاص).

الخبرات الصادمة التي تعرض لها المراهقين المجموعة الضابطة:

أظهرت النتائج إلى أن من أكثر الخبرات الصادمة التي تعرض لها المراهقين في المجموعة الضابطة هو (سماعك للقصف المدفعي للمناطق المختلفة من قطاع غزة) وبنسبة 97.5%، ويليه بنسبة 95% للحدث (سماعك لأصوات الطائرات الحربية عند اختراقها لحاجز الصوت)، وبنسبة 95.0% للحدث (مشاهدة صور الجرحى و الأشلاء والشهداء في التلفزيون)، وبنسبة 95% للحدث (مشاهدة الآثار الناتجة عن القصف المدفعي على قطاع غزة)، أما أقل الخبرات الصادمة التي تعرض لها المراهقين في المجموعة الضابطة هي (تعرضك للإصابة بشظية قنبلة أو صاروخ أو الرصاص) وبنسبة 10%، وبنسبة 15% للحدث (تعرضك للخطر الشديد باستخدامك كدرع بشري للقبض على جار لك)، وبنفس النسبة 15% للحدث (تعرضك للتهديد شخصياً بالقتل)، وبنسبة 15% للحدث (تعرضك للتهديد بقتل أحد أفراد الأسرة)، وبنسبة 20% للحدث (تعرضك للاعتقال من الجيش أثناء الاجتياح)، وبنسبة 20% تعرضوا للحدث (تعرضك للإصابة الجسدية نتيجة لقصف منزلك).

الفروق في مستوى الخبرات الصادمة بين المجموعة التجريبية والضابطة: وللتحقق من الفروق في مستوى الخبرات الصادمة بين المراهقين المجموعة التجريبية والمراهقين في المجموعة الضابطة، قام الباحث باستخدام اختبار كاي سكوير لكشف الفروق، ويتضح ذلك من خلال الجدول:

جدول رقم (5-2)

نتائج اختبار (كا سكوير) لكشف الفروق في مستوى الخبرات الصادمة بالنسبة لنوع المجموعة (ن=80)

المجموع	نوع المجموعة		مستوى الخبرات الصادمة
	الضابطة	التجريبية	
2	2	0	بسيطة
2.5%	5.0%	0.0%	
26	12	14	متوسطة
32.5%	30.0%	35.0%	
52	26	26	شديدة
65.0%	65.0%	65.0%	
80	40	40	المجموع
100.0%	100.0%	100.0%	

أظهرت النتائج بأن 2.5% من المراهقين تعرضوا لخبرات صادمة بسيطة، بينما 32.5% من المراهقين تعرضوا لخبرات صادمة متوسطة موزعين حسب نوع المجموعة (35.0% التجريبية، 30% الضابطة)، في حين 65% من المراهقين تعرضوا لخبرات صادمة شديدة بتوزيع (65% التجريبية، 65% الضابطة).

وعند الموازنة نجد أن الدراسة الحالية اتفقت مع نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة (ثابت وآخرون، 2014) دراسة (ثابت وآخرون، 2013) دراسة (ثابت وآخرون، 2013) دراسة (عبد الكريم، 2006) دراسة (المجدلاوي، 2004) دراسة (البنا وعسلي، 2004) دراسة (ثابت، 2004) كما وافقت نتائج الدراسة مع الدراسات الأجنبية مثل دراسة (Polak , vkraaij, 2007) دراسة (Dyregrov et al , 2000) دراسة (Parslow , jorm , 2007) دراسة (Dalglish et al , 2000) دراسة (Dyregrov et al , 2000) وذلك في تأكيد هذه الدراسة إلى أن الحرب تترك على المراهقين العديد من الخبرات الصادمة والعديد من الآثار والتداعيات، الصحية والنفسية، والاجتماعية والتعليمية على أن الجوانب الصحية والنفسية كانت بالغة التأثير نتيجة إلى ما يتعرضوا اليه المراهقين من خبرات صادمة كما أصابهم ببعض الأضرار النفسية أدت إلى اضطراب النوم والأحلام المزعجة وعادة قضم الأظافر والذعر عند سماع الأصوات العالية والطلقات النارية.

وأكدت النتائج التي توصل إليها الباحث إلى وجود خبرات صادمة ناتجة عن الحرب عند المراهقين من العينة المستهدفة بالدراسة وذلك يرجع إلى: طبيعة المنطقة الحدودية التي يقطنون بها في الوقت الحالي والسابق، حيث يمثل شمال غزة المنطقة الساخنة والمهيأة بالأحداث العنيفة شبه اليومية، كونه يقع على حدود الكيان الصهيوني وهذه العينة تمثل مجتمع الصدمة النفسية المتراكمة والمزمنة بامتياز وهذا الجيل بأكمله ولد وتربي في خضم الأحداث الصادمة منذ أن كان جنينا في

بطن أمه وحتى اليوم، وقد أخذت حرب "2008 و2012" أشكالاً وصوراً متعددة مثل القتل للشيوخ والنساء عامة و للمراهقين والأطفال في مدارسهم خاصة، قصف المنازل وتدميرها، تشريد آلاف العائلات، حيث أصبحت هذه العائلات دون ماوى والكثير من الجرحى والمعاقين واغتيل شخصيات قيادية ووطنية من الشعب الفلسطيني، واعتقال أما بالسجون الإسرائيلية أو الاحتجاز داخل المنازل والمدارس.

فهذا كله زاد من تعرض المراهقين للخبرات الصادمة لأنهم الأكثر تأثراً وتضرراً من غيرهم حيث أنهم يقطنون في المناطق الحدودية التي تشهد التوغلات ومسارح المقاومة والمعارك، فقد كان الأطفال يتعرضون مع الكبار لمشاهدة القصف المدفعي لمنازلهم والتجريف لأراضيهم، وأشلاء الشهداء، و أجساد الجرحى المبتورة بين أزقة الطرقات، وهذا ما يتعرض له المراهق والشعب بأكمله في قطاع غزة وعدم قدرته على استيعاب هذه المجازر في مخيلته الذهنية حيث أن هذه الممارسات فاقت تصورات المراهقين.

وكما تتفق نتائج الدراسة مع التراث الأدبي السيكولوجي والتي أكد على أنه "من الملاحظ أن شعبنا في قطاع غزة اليوم يمر في واحدة من أسوأ محطات حياته، ويشعر بسياسة الابتزاز والعقاب والقهر والإرهاب... وجرمه فقط هو مطالبته بحقوقه، وتمسكه بأرضه وثوابته، وممارسته الديمقراطية بنزاهة تماماً كما أريد له وبرعاية منهم... لذا قرروا أن هذا شعب يجب أن يُروّض، ويُعاقب، ويعود لبيت الطاعة الصهيونية، وللحظيرة الأمريكية... وهذا من عجائب الدنيا، ومن ملامح تدني القيم والأخلاق والأصول الإنسانية، فهم يُحاربون فضائل الحرية والعدالة والحق والإنسانية والوطنية والدينية... ويُشجعون على القهر والدكتاتورية والمافيا، وعريضة وزعرنة الكابوي، والاستبداد، ونهب خيرات البلاد وسلب قرار العباد، وتحويل الشعوب ومقدراتهم إلى مشاريع اقتصادية خاصة لهم ولأزلامهم وأصنامهم في المنطقة (خضر عباس، 2005: 952)

أن الأحداث الصدمية تتسم بأنها تمثل تهديداً خطيراً لحياة الإنسان ولتكامل أعضاء جسمه، وإلحاق الأذى بمن حوله، وأنها ذات آثار تحطيمية مفاجئة. (محمد، 2000: 231)

3-5 التساؤل الثاني: ما مستوى أعراض كرب ما بعد الصدمة لدى المراهقين في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في العينة؟

للتعرف على مستوى معاناة المراهقين من أعراض كرب ما بعد الصدمة قبل وبعد البرامج العلاجية، قام الباحث بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس أعراض كرب ما بعد الصدمة لكل مجموعة على حدة، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (5-3)

يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس كرب ما بعد الصدمة للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي

نوع العينة	المتغيرات	عدد الفقرات	الدرجة الكلية	القبلي			البعدي		
				المتوسط	الانحراف المعياري	%	المتوسط	الانحراف المعياري	%
العينة التجريبية	كرب ما بعد الصدمة	20	80	46.6	6.0	58.2	22.5	10.2	28.1
	استعادة الخبرة الصادمة	8	32	19.9	3.6	62.2	8.6	4.6	26.9
	تجنب الخبرة الصادمة	5	20	11.3	2.4	56.5	5.6	3.7	27.9
	الاستثارة	6	24	13.2	3.5	54.8	7.4	3.7	30.6
العينة الضابطة	كرب ما بعد الصدمة	20	80	46.1	6.6	57.7	46.6	13.4	58.2
	استعادة الخبرة الصادمة	8	32	19.6	3.6	61.3	19.6	5.2	61.2
	تجنب الخبرة الصادمة	5	20	11.4	2.6	56.9	11.2	3.1	55.9
	الاستثارة	6	24	13.3	2.5	55.5	13.9	5.5	57.9

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي لكل بعد على الدرجة الكلية ثم ضرب الناتج في 100

تبين من خلال الجدول السابق بأن متوسط درجة أعراض كرب ما بعد الصدمة للمجموعة التجريبية في القياس القبلي بلغ 46.6 درجة وانحراف معياري 6.0 درجة، وبوزن نسبي (58.2%)، في حين أصبح في القياس البعدي 28.1%، أما بالنسبة لأفراد المجموعة الضابطة فقد بلغ المتوسط الحسابي لدرجات أعراض كرب ما بعد الصدمة في القياس القبلي بلغ 46.1 درجة وانحراف معياري 6.6 درجة، وبوزن نسبي (57.7%)، في حين أصبح في القياس البعدي 58.2%.

ولتوضيح الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج: قام الباحث بالتحقق من الفروق في مستوى كرب ما بعد الصدمة بين المراهقين في المجموعة التجريبية والمراهقين في

المجموعة الضابطة، وذلك باستخدام اختبار كاي سكوير لكشف الفروق قبل البرنامج، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (4-5)

نتائج اختبار (كا سكوير) لكشف الفروق في مستوى كرب ما بعد الصدمة بالنسبة لنوع المجموعة قبل تطبيق البرنامج (ن=80)

المجموع	نوع المجموعة		مستوى أعراض كرب ما بعد الصدمة
	الضابطة	التجريبية	
80	40	40	شديدة
100.0%	100.0%	100.0%	
80	40	40	المجموع
100.0%	100.0%	100.0%	

أظهرت النتائج بان 100% من المراهقين في المجموعة التجريبية والمراهقين المجموعة الضابطة يعانون من أعراض كرب ما بعد الصدمة قبل تطبيق البرنامج، وهذه النتيجة أخذناها كمعيار للعمل في عملية التدخل الإرشادي.

وعند الموازنة نجد أن الدراسة الحالية اتفقت مع نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة (ثابت وآخرون، 2014) دراسة (ثابت وآخرون، 2013) دراسة (ثابت وآخرون، 2013) دراسة (ثابت وآخرون، 2012) دراسة (قوة والسراج 2004) دراسة (المجدلاوي، 2004) دراسة (البناء وعسليية، 2004) دراسة (المعيني، 2004) دراسة (ثابت، 2004) كما واتفقت مع الدراسات الأجنبية مثل دراسة (Espie et al , 2009) دراسة (Saigh et al , 2008) دراسة (Michael et al , 2007) دراسة (Polak , vkraaij, 2007) دراسة (Etkin, wager, 2007) دراسة (Parslow , 2007) دراسة (jorm , 2007) دراسة (Scheeringa et al , 2006) دراسة: (Perkonigg , et al., 2005) دراسة: (Perez- Olmos et al., 2005) دراسة (Dalglish et al , 2000) دراسة (Dyregrov et al , 2000) وذلك فيما أكدته يخصوص الحروب وآثارها الناتجة عن الخبرات الصادمة وقد تتمثل بالظواهر التالية في الاحباط العام والاكتئاب والخوف والقلق الجماعي والذي ادي ذلك إلى زيادة محتملة في انتشار كرب ما بعد الصدمة.

وكما تشير نتائج الدراسة التي توصل إليها الباحث إلى أنه رغم مضي سنوات عديدة على انتهاء حرب 2008-2012 من جراء العدوان الاسرائيلي فإن المراهقين لا يزالون يعانون بدرجات متفاوتة من ردود فعل كرب ما بعد الصدمة نتيجة تعرضهم لصدمات الحرب ومعايشتهم لصور مختلفة من الضغوط المباشرة والغير مباشرة، كما ويمكن تفسير معدل انتشار كرب ما بعد الصدمة بين المراهقين الفلسطينيين بعد خمس سنوات من اندلاع حرب "2008" إلى مرور المراهقين

والأطفال بمنطقة الشمال بالعديد من الاجتياحات والقصف وكان آخرها حرب الثمانية أيام لعام "2012" والتي جعلتهم أكثر احساسا بخطورة الموقف الصادم، ومدى تهديده لسلامتهم الجسدية سواء بالإصابة أو التهديد بالموت، حيث منطقة الشمال من المناطق الساخنة والمشتعلة طوال فترة الانتفاضة والحرب الاولى والثانية، حيث تعرضت إلى العديد من الأحداث الصادمة مثل: قصف البيوت، هدم ونسف المنازل، الاغتيالات، تجريف الأراضي الزراعية وبدون فترات من الهدوء في منطقة معينة دون الأخرى، وهذه العوامل بدون شك تلعب دوراً كبيراً في درجة التأثير بالأحداث التي يمر بها الآخرين.

كما أن هناك علاقة بين شدة الصدمة النفسية وتطور ردود الفعل لكرب ما بعد الصدمة والحزن، مؤكداً على وجود علاقة ارتباط بين نوع الخبرات الصادمة التي تتضمن المشاهدة والسمع الخبرة الصادمة الخاصة بالمشاهدة تتمثل في مشاهدة صور الجرحي والأشلاء والشهداء في التلفزيون أو رؤية بيت و هو يهدم ويدمر من القصف أو بالسمع كقصف مدفعي صوت الطائرات الحربية عند اختراقها لحاجز الصوت، وما لهذا من أثر في تطور كرب ما بعد الصدمة والحزن.

كما أكد غسان يعقوب" أن الشخص المصدوم يحاول أن يهرب من المنبهات التي تذكره بالصدمة (التجنب)، وهذه المنبهات قد أصبحت مؤلمة للشخص؛ لأنها اقترنت مثلاً بعمليات التعذيب أو تزامنت معها. من هنا يبدو أن الماضي المؤلم (التجربة الصادمة) يستمر عبر الحاضر والمستقبل وكأن الصدمة تغطي على كل شيء بحيث لا يعود التفكير المنطقي يعمل بشكل سليم. ويجري التعميم في استجابة الخوف إزاء المواقف والمنبهات التي ترمز إلى الصدمة أو تتشابه مع أدواتها. (يعقوب، 1999: 75).

وكما تتفق النتيجة مع المراجعة النظرية من حيث " أن طبيعة الأحداث الصدمية تؤثر على الأفراد والاسرة والمجتمع بطرق مختلفة مباشرة وغير مباشرة، ويصل هذا التأثير إلى حد انتقال أثر الصدمة إلى الأسرة وتأثيرها في بعضهم بعضاً وانتقاله عبر الاجيال وذلك نمط من التأثيرات العميقة التي تشمل الحياة والعلاقات المتبادلة والتي تمتد بدورها لتصل المراهقين والأطفال وعلي ضوئها تظهر العديد من المشكلات المرتبطة بارتباط الوظائف العقلية المعرفية، الوظائف الاجتماعية والعلاقات المتبادلة مع الآخرين والاضطرابات الانفعالية. (Harkness,1993: P.635)

إن تلك الاضطراب يتطور ويحدث عقب التعرض للصدمة والازمات الشديدة والتي تفوق طاقة الاحتمال للكثير منهم. ورغم أن المجتمع الفلسطيني بكافة أطيافه يتعرض منذ القدم

للاجتياحات والتهجير القسري والحروب فقد أصبحت آثار هذه المواقف مؤثرة بشكل بليغ وخاصة لفئة الأطفال والمراهقين، فبالنسبة للمراهقين وهم محور الدراسة فيمكن أن تظهر الصدمة النفسية شبيهة بالتي يعاني منها الكبار من مثل استرجاع أحداث الكارثة في اليقظة و عبر الأحلام و تخيل وقائعها المؤلمة و محاولة الهروب و الابتعاد عن كل ما يذكر بها، يصاحب ذلك سرعة الانفعالات النفسية و اضطرابات النوم و ضعف التركيز، أو الشعور بالاكنتاب و الرغبة في الانتحار، كما قد يلجأ بعضهم إلى شرب الاتريمال أو تعاطي المخدرات كمحاولة لتحسين شعورهم. إلا أنهم يتميزون عن الكبار في تعبيرهم عن الصدمة بدمجها أو بعض وقائعها في حياتهم اليومية، كذلك تتسم سلوكياتهم بالعنف و الاندفاعية والغضب.

4-5 التساؤل الثالث: ما مستوى معارف أعراض كرب ما بعد الصدمة لدى المراهقين في المجموعة التجريبية والمراهقين في المجموعة الضابطة في العينة؟

للتعرف إلى مستوى معاناة المراهقين من معارف كرب ما بعد الصدمة قبل وبعد البرامج العلاجية، قام الباحث بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس معارف كرب ما بعد الصدمة لكل مجموعة على حده، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (5-5)

يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس معارف ما بعد الصدمة للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي

نوع العينة	المتغيرات	عدد الفقرات	الدرجة الكلية	القبلي			البعدي		
				المتوسط	الانحراف المعياري	%	المتوسط	الانحراف المعياري	%
العينة التجريبية	معارف سلبية عن الذات	16	112	58.5	17.3	52.2	35.7	13.7	31.8
	معارف سلبية عن العالم	7	49	32.4	6.8	66.1	24.0	8.3	49.0
	لوم الذات	4	28	13.2	6.2	47.2	8.3	4.0	29.6
	المقياس الكلي	27	189	104.1	24.3	55.1	67.9	22.5	35.9
العينة الضابطة	معارف سلبية عن الذات	16	112	54.8	15.5	49.0	76.5	22.4	68.3
	معارف سلبية عن العالم	7	49	31.6	7.7	64.5	37.1	8.4	75.7
	لوم الذات	4	28	12.4	4.5	44.1	17.7	6.6	63.2
	المقياس الكلي	27	189	98.8	21.2	52.3	131.3	34.8	69.5

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي لكل بعد على الدرجة الكلية لكل بعد ثم ضرب الناتج 100

تبين من خلال الجدول السابق بأن متوسط درجة معارف كرب ما بعد الصدمة للمجموعة التجريبية في القياس القبلي بلغ 104.1 درجة وبانحراف معياري 24.3 درجة، وبوزن نسبي (55.1%)، في حين أصبح في القياس البعدي 35.9%، أما بالنسبة لأفراد المجموعة الضابطة فقد بلغ المتوسط الحسابي لدرجات معارف كرب ما بعد الصدمة في القياس القبلي بلغ 98.8 درجة وبانحراف معياري 21.2 درجة، وبوزن نسبي (52.3%)، في حين أصبح في القياس البعدي 69.5%.

وعند الموازنة نجد أن الدراسة الحالية اتفقت مع نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة: (محمد، 2011) دراسة: (بدران، 2010) دراسة: (السنباتي، 2005) ومن الدراسات الأجنبية دراسة (Wild , Ehlers, 2010) دراسة كنج (King, 2000) حول ما أكدته عن الأفكار السالبة المطورة لاضطراب ما بعد الصدمة قبل العلاج المعرفي السلوكي.

ويعزو الباحث إلى أن السبب في وجود قائمة معارف عن الذات والعالم مشوهة يعود إلى: طبيعة الحروب والأزمات التي مر بها المراهقون داخل المجتمع الفلسطيني من أحداث قتل واغتيال وهدم وتدمير واعتقال وتهجير وهنا، فقد تكون الصدمة في حياة الفرد بمثابة ناقوس خطر يوجهه إلى ضرورة تغيير بعض أفكاره ومشاعره وسلوكياته، كذلك قد تشجعه تلك الصدمة - والتي تسفر عن معاناته من اضطراب ما على أثرها إعاد تقييم نظرته للحياة برمتها بما في ذلك علاقاته بالآخرين وأفكاره المحورية. وليس فقط الكبار هم من يسقطون فريسة لآثار الأحداث الصدمية، فالخبرات والحروب - بوصفها أحداثاً صدمية لها تأثيرات بالغة على عقول المراهقين وسلوكهم، ويشمل ذلك أن يطرأ تغيير على التفكير، والتذكر، وحل المشكلات، وكذلك التعبيرات الانفعالية والمشاعر وهذا التشوه قد لا يقتصر على الحرب فقط بل يشمل أيضاً الصراع بين الجيل السابق المتمثل بالوالدين والجيل الحالي المتمثل بالمراهقين والذي يعمل على تكوين هويته لتجاوز الازمة وما يتخلل هذا الصراع من أساليب تنشئة اجتماعية تسلطية قائمة على العقاب والتهديد والزجر وكما هو معروف أن من أهم الاضطرابات المحيطة بهذه المرحلة اضطراب التجنب والذي يعرف بالانكماش الاجتماعي حيث يلاحظ الخجل والارتباك ويدخل في هذا التغير أيضاً بإدراكات المراهق عن نفسه والعالم وطبيعة المستوى الثقافي للمنطقة، أن أفكار الفرد ومعتقداته إنما هي ترجمة مباشرة لما يتراكم لديه من خبرات عبر العمر. كما أن الأفكار إنما تقوم بدور الرئيس في تحديد سلوك الفرد، ومدى قربه أو بعده عن السوء، فأفكار الفرد هي التي قد تصل به إلى عنان السماء من الصحة النفسية، أو تعصف به ليهوى في أغوار الاضطراب النفسي. فربما فكرة بدرت إلى ذهن فرد ما تكون سبباً في تدمير حياته إذا كان لتلك الفكرة من السيادة ما يؤهلها لذلك.

كما وتتفق الدراسة مع التراث السيكلوجي الادبي والتي اشار فيه يطور كل فرد صورة لعالم في أغوار نفسه يعد بمثابة الموجه لتقديراته وتفسيراته للعالم الخارجي برمته. فهذا العالم الداخلي إنما يتضمن وجهات نظر تنبأها بغية إيجاد توافق بينه وبين البيئة من حوله. يُكون الأفراد افتراضات أساسية عن الذات والعالم من خلال خبرات الحياة المبكرة، وتنظم هذه الافتراضات في نظرية شخصية هي ما يُشار إليها بـ "العالم الافتراضي"، ويُعرف العالم الافتراضي بأنه بناء معرفي معين يتولى تحديد سلوك فرد ما. (Ebert & Dyck, 2004: P.99)

وتتمثل التشوهات المعرفية الناتجة عن الصدمات في ثلاث معتقدات: العالم خير، ويعني ذلك أن يعتقد الأفراد أنهم - دون غيرهم - بمنأى عن التعرض لأحداث سلبية. وقد تتضمن الافتراضات الشائعة التي قد يطورها الفرد عن ذاته وعن الطريقة التي تسير بها الأمور في العالم منذ نعومة أظافره: أن منزلي هو مكان آمن. - يمكن الوثوق في غالبية الناس. أنا شخص قوي، ولدي القدرة على السيطرة على ما يحدث حولي. (Foster, Sloto, & Ruby, 2006: P.88)

العالم له معنى: يعتقد الإنسان أن أحداث العالم تحمل معنى، وأنها ذات مغزى ولا يتضمن الافتراض الأساسي الذي نعتقه عن المعنى اعتقاداً بسيطاً عن السبب في حدوث الأحداث في عالمنا، بل أكثر من ذلك: لماذا حدثت هذه الأحداث لأناس بعينهم، إننا نبحث عن فهم لتوزيع الأحداث الخبرة والسيئة. (عبد الخالق، 1998: 116)

ويؤكد الباحث في صحة هذا الافتراض في ضوء الأحداث الصادمة التي يمر بها مجتمعنا الفلسطيني، عندما تقع حادثه ما ينجو فيها بعض الأفراد بينما يتوفى آخرون، وتهجر عائلات نتيجة هدم بيوتهم أو فقدان أعزاء عليهم حيث ينتج عن ذلك تفسيرات مفادها أن من نجوا من تلك الأحداث قد نجوا لأنهم أناس طيبون ولم يقتربوا آثاماً، كما أنهم يبررون موت من ماتوا ذلك لأنهم أناس غير خيرين لما جلبوه من دمار لمنازلهم وحياتهم وهذا ناتج عن التشوهات المعرفية. وهم بذلك يفتشون عن مبرر لخلق معنى لحياة من نجا من وفاة من توفي.

الذات جديرة بالتقدير: يعتقد الفرد أن الأنا لها قيمتها وأهميتها الخاصة (فيعتقد أنه شخص محبوب وجدير بالاحترام والتقدير). وإن هذه المعتقدات موجودة عند الشخص السوي أو العادي والذي يثق بنفسه ويبنى آماله من خلال الواقع الذي يعيش فيه، وبالتالي لا يتصور بأنه سوف يتعرض لفشل محتم أو لكارثة تخرج عن نطاق المعقول. وعندما تقع الكارثة تتحطم المعتقدات والآمال المذكورة ويشعر الشخص بالذهول والنقمة واليأس وكأنه لا يصدق ما يجري. وهكذا،

تتحول المعتقدات الإيجابية إلى معتقدات سلبية، ونصبح العالم الخارجي مرعباً وتافهاً للغاية، إذ تتسحق الأنا تحت وطأة الكارثة وتفقد معناها وقيمتها. (يعقوب، 1999: 76)

كما وتتفق تلك النتائج مع الإطار العام للتوجه المعرفي في العلاج النفسي (بيك Beck، اليس Ellis) الذي يؤكد أن حالة الاضطراب الانفعالي تتأثر ليس فقط بالظروف والأحداث الخارجية، ولكن أيضاً بإدراكات الفرد واتجاهاته نحو هذه الأحداث التي تتجمع في صورة جمل يتم استدخالها أو تمثيلها. (عبد الله، 1991: 40)

وهنا يرى الباحث أن هناك أسلوبين يكتسب عن طريقهما المراهقين تلك المعارف المختلة وظيفياً: الأولى: أن المراهقين الذين يمرون بالخبرة الصادمة والذين يعتقدون في فكرة أن العالم آمن إلى حد كبير يجدون صعوبة في استيعاب الأحداث الصادمة المتتالية وبالتالي يبالغون في ملاءمة مخططاتهم عن الذات والعالم (إيجابية كانت أم سلبية) سواء بالتفكير الكارثي أو التفكير الاستنتاجي أو التركيز على السلبيات أكثر من الإيجابيات وهذا يجعلهم أكثر عرضة لتطوير كرب ما بعد الصدمة. والناحية الثانية أن المراهقين الذين لديهم القدرة على التمييز والشعور بالانتماء والشعور بالأمن وتكوين فكرة عن الصدمة بأنها خبرة فريدة بالحياة وأنها جزء لا يتجزأ من طبيعة الحياة البشرية يكونون قادرين على تكوين صورة إيجابية عن الذات والعالم وفق طبيعة قدراتهم للتوافق.

5-5 التساؤل الرابع: ما مستوى التقدير الذاتي (القلق - حالة، سمة) لدى المراهقين في المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في العينة؟

للتعرف على مستوى المراهقين للتقدير الذاتي (حالة القلق - سمة القلق) قبل وبعد البرامج العلاجية، قام الباحث بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس التقدير الذاتي لكل مجموعة على حده، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (5-6)

يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس التقدير الذاتي للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي

نوع العينة	المتغيرات	عدد الفقرات	الدرجة الكلية	القبلي			البعدي		
				المتوسط	الانحراف المعياري	%	المتوسط	الانحراف المعياري	%
العينة التجريبية	القلق - حالة	20	80	53.1	6.9	66.3	37.0	9.9	46.2
	القلق - سمة	18	72	47.0	7.2	65.2	33.7	9.8	46.7
العينة الضابطة	القلق - حالة	20	80	50.4	8.3	63.0	61.1	12.2	76.4
	القلق - سمة	18	72	45.5	7.9	63.2	52.9	11.1	73.5

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي لكل بعد على الدرجة الكلية لكل بعد ثم ضرب الناتج في 100

تبين من خلال الجدول السابق بأن متوسط درجة حالة القلق للمجموعة التجريبية في القياس القبلي بلغ 53.1 درجة وبانحراف معياري 6.9 درجة، وبوزن نسبي (66.3%)، في حين أصبح في القياس البعدي 46.2%، أما بالنسبة لأفراد المجموعة الضابطة فقد بلغ المتوسط الحسابي لدرجات حالة القلق في القياس القبلي بلغ 50.4 درجة وبانحراف معياري 8.3 درجة، وبوزن نسبي (63.0%)، في حين أصبح في القياس البعدي 76.4%.

أما بخصوص سمة القلق فقد ظهر بأن متوسط درجة سمة القلق للمجموعة التجريبية في القياس القبلي بلغ 47.0 درجة وبانحراف معياري 7.2 درجة، وبوزن نسبي (65.2%)، في حين أصبح في القياس البعدي 46.7%، أما بالنسبة لأفراد المجموعة الضابطة فقد بلغ المتوسط الحسابي لدرجات سمة القلق في القياس القبلي بلغ 45.5 درجة وبانحراف معياري 7.9 درجة، وبوزن نسبي (63.2%)، في حين أصبح في القياس البعدي 73.5%.

وعند الموازنة نجد أن الدراسة الحالية اتفقت مع نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة (ثابت وآخرون، 2014) دراسة (ثابت وآخرون، 2012) واتفقت النتائج مع الدراسات الأجنبية كما في دراسة (Espie et al , 2009) دراسة (Etkin,wager,2007) دراسة (Dalglish et al , 2000) من حيث انتشار القلق بين المراهقين.

ويعزو الباحث أن السبب في وجود مستوى قلق (حالة - سمة) مرتفع عند المراهقين في الثانوية إلى: الأحداث السياسية والاجتماعية والنفسية والمعرفية القائمة في مجتمعنا الفلسطيني الحالي، لا سيما أيضاً أن طلبة المستوى العاشر والحادي يعانون من العديد من الخبرات الصادمة، والتي طورو على أساسها كرب ما بعد الصدمة والتي أساساً تعتبر من مجموعة اضطرابات القلق وقد انعكست الانتهاكات الناتجة عن الحرب أيضاً على المراهقين الذين تعرضوا إلى صدمات غير متوقعة من حيث التعرض للمشاهدة، أو السب أو مشاهدة اقتتال داخلي وتشويش اعلامي وفقدان الأمن والامان وانعدام معظم المقومات الأساسية للحياة، وتراجع في مستوى الرعاية الصحية والاجتماعية وفقدان الشعور بالهوية والخوف والقلق على الذات والآخرين والوطن والاحساس بالذل والاحباط ومن شأن هذه الخبرات المؤلمة أن تترك آثارها السلبية على شخصية المراهقين وناهيك على أن المرحلة الثانوية هي مرحلة مفصلية ضمن نظام التعليم الفلسطيني العام وما بين الالتحاق بالتعليم الجامعي.

وكذلك يرى الباحث أن القلق رئيساً في مرحلة المراهقة والتي تعتبر مرحلة تكوين الهوية وتعد أزمة الهوية المشكلة الحرجة في المراهقة ويعانون فيها من عدم معرفتهم لذواتهم بوضوح

بالوقت الحالي أو مستقبلاً وهذا يجعلهم يشعرون بالجهل بما يجب أن يفعلوه، فيدفعهم هذا إما إلى الاحساس بالهوية أو إلى مزيد من تشتت الهوية وتميعها، وأيضاً طبيعة التغيرات الجسدية والتي تظهر لكلا الجنسين وهي خاصية من خصائص هذه المرحلة، وما يجعله بحالة تزايد هو الطبيعة الثقافية للمنطقة وتمسكها بعادات وتقاليد متشددة وطبيعة أساليب التنشئة الاجتماعية من حيث الصراع بين الجيل السابق والجيل الحالي لرغبة الطرف الأول بتطبيع الطرف الثاني في ظل الانفتاح على المعلومات وطبيعة التناقض بالتربية والصراع بالدور، كما أيضاً يعتبر مهماً في دراسة السلوك المرضي، حيث أنه يتصف بمشاعر الخوف المرتقب، والشك والعجز الذي لا يتعلق بخطر حقيقي بالإضافة إلى التغيرات الفيزيولوجية والتي تتضمن هذه التغيرات توتراً زائداً في العضلات الخاصة بالهيكل العظمي والوهن والارتعاش بالصوت وخفقان القلب والحقيقة أن قدرة المراهق على تحمل القلق الناتج عن الضغوط المتعددة سواء من الواقع السياسي الذي يعيشه أو الاقتصادي أو الأسري أو الاجتماعي يتوقف إلى حد كبير على كيفية ادراكه لطبيعة الضغط وطريقة تعامله مع القلق ومن خلال الدراسة الحالية يعتبر ارتفاع القلق منطقي في ضوء أن العينة تسكن على مناطق حدودية ساخنة، وذلك يعني توقع الخطر الدائم وتجدد الألم ارتباطاً بما توصلت إليه الدراسة من وجود تشوهات متعلقة بمعارف المراهقين عن الذات والعالم في ظل الخبرات الصادمة التي تعرض لها المراهقين ونتيجة النظرة البطيركية والتي تنظر إلى أن المراهق رجل ويجب أن يتحمل مسؤولية نفسه وهنا يلعب دور الازدواجية بالأدوار والقسوة الزائدة عليه ودمجه في بيئة عمل قاسية وإن المراهقة فقط هي للبيت وتعليمها لمرحلة معينة ثم الزواج، والتشديد الزائد والتحكم في علاقات وحياة المراهقين من قبل الوالدين وكذلك قلق المراهقين من وضع الأهل له في مستوى علمي أكبر من قدراته وإمكانياته فيصطدم مستوى الطموح العالي من قبل الأهل بإمكانيات الطالب وقدراته وبالتالي تزيد حدة الارتباك والقلق وهذا يؤثر على مفهوم تقدير وتحقيق الذات.

كما وتتفق الدراسة مع التراث الأدبي السيكولوجي باعتبار " القلق " أنه قد يولد ضغطاً نفسياً، واستجابة القلق تحدثها في الغالب مثيرات مهددة للفرد، في حين أن استجابة الضغط النفسي تظهر عندما يطلب من الفرد التكيف مع التغيرات البيئية سواء أكانت هذه التغيرات مهددة أم بناءة بالنسبة للفرد. (محمود، 2009: 23)

وفي ضوء ما سبق يؤكد الباحث أن القلق حالة تنتج عن طبيعة تعامل المراهق مع الأمور التي تقلقه فإذا ارتفع القلق لديه حالة فإن ذلك يزيد الاستثارة على القلق سمة لديه وخاصة أن ضبط النفس والقدرة على التحكم بالذات أثناء مواجهة المواقف الضاغطة لدى المراهقين تكون عفيفة لدى الأغلب بسبب طبيعة وثقافة المنطقة في الشمال ثم إذا زدنا على ذلك ما يسمعه المراهقين من

قصص وروايات من زملاء ومعارف واصحاب في السنوات السابقة وما تعرضوا له من مفاجآت سواء على صعيد خبرات صادمة وقت الحرب أو اثناء الاجتياحات أو نتيجة أحداث عائلية مقرونة بالوضع السياسي والاقتصادي والأمني في مجتمعنا الفلسطيني.

5-6 التساؤل الخامس: ما مستوى معاناة المراهقين في المجموعة التجريبية والمراهقين في المجموعة الضابطة من درجة الاكتئاب النفسي قبل تطبيق البرنامج؟

للتعرف إلى مستوى معاناة المراهقين في المجموعتين من الاكتئاب النفسي، قام الباحث بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس الاكتئاب النفسي لكل مجموعة على حده، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (5-7)

يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس الاكتئاب النفسي للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية

نوع العينة	عدد الفقرات	الدرجة الكلية	القبلي			البعدي		
			المتوسط	الانحراف المعياري	%	المتوسط	الانحراف المعياري	%
العينة التجريبية	21	63	25.6	9.8	40.7	9.9	9.3	15.7
العينة الضابطة	21	63	22.2	10.6	35.2	30.3	15.3	48.1

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي لكل بعد على الدرجة الكلية لكل بعد ثم ضرب الناتج في 100

تبين من خلال الجدول السابق بأن متوسط درجة الاكتئاب النفسي للمجموعة التجريبية بلغ 25.6 درجة وبانحراف معياري 9.8، وبوزن نسبي (40.7%)، في القياس البعدي أصبح الوزن النسبي لمستوى الاكتئاب 15.7%، أما بالنسبة للمراهقين في المجموعة الضابطة فقد بلغ متوسط درجة الاكتئاب النفسي لهم 22.2 درجة وبانحراف معياري 10.6، وبوزن نسبي (35.2%)، في القياس البعدي أصبح الوزن النسبي لمستوى الاكتئاب 48.1%.

وعند الموازنة نجد أن الدراسة الحالية اتفقت مع نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة (ثابت وآخرون، 2012) دراسة (عبد الكريم، 2006) دراسة (ثابت، 2004) ومن الدراسات الأجنبية مثل دراسة (Michael et al, 2007) دراسة (Dalgleish et al, 2000) حيث اكدت على أن كرب ما بعد الصدمة يصاحبه الاكتئاب.

ويعزو الباحث وجود الاكتئاب النفسي لدى المراهقين في عينة الدراسة إلى: أن أعراض الاكتئاب المختلفة ما هي الا نتاج طبيعي للأحداث التي يحييها المراهقين والاجواء الغير امنة التي يعيشونها ليل نهار والمتمثلة بالقصف وهدم البيوت والتهجير إلى مراكز إيواء، والحصار

المفروض على قطاع غزة منذ فترة طويلة وما ينتج عن هذه الأحداث من فقدان لكثير من الأقرباء والأصدقاء فمن الطبيعي أن تنعكس سلباً على المراهقين في كثير من المجالات ومن الثابت علمياً أن كرب ما بعد الصدمة عندما يصيب المراهقين ويستمر معهم دون تعرضهم لدعم وعلاج فإنه من المؤكد سوف يطورون اكتئاب يجعلهم يفقدون المتعة بكل نشاط يقومون فيه بالإضافة إلى إعطاء معني سوداوي للحياة، مع الاحباط والانسحاب من المواقف الاجتماعية وهذا ما يؤثر على جميع الجوانب الوظيفية ومع استمرارية مخاوف وقلق المراهقين من طبيعة الحياة العامة التي يعيشها المجتمع الفلسطيني والناجمة عن التوتر الأمني وحالة الترقب لخطر الحرب وبسبب صعوبة الوضع الاقتصادي والأمني والحصار المفروض ومن خلال تضافر الآثار المترتبة على حرب 2008 حيث بلغ عدد الشهداء 1440 شهيداً، بلغ عدد الجرحى 5450 جريحاً، و بلغ عدد الذي تشردوا من بيوتهم 9000 مشرداً، وبلغ عدد المساجد المدمرة 27 مسجدًا، وبلغ عدد المدارس المتضررة 67 مدرسة، وبلغ عدد المرافق الصحية المدمرة 34 مرفقاً صحيً ومن خلال عملي كمرشد يعمل داخل مدارس وعيادات الوكالة مع الحالات وعملي بالدراسة لاحظت العديد من الظواهر النفسية والناجمة عن طبيعة الوضع العام للقطاع والمتمثلة في الاحباط والتشاؤم والخوف والقلق ومشاعر الذنب والعجز والترقب والانسحاب من المواقف الاجتماعية والعصبية والغضب وسرعة الاستثارة والقلق من المستقبل وهذا ما يجعل المشهد متشائماً ودافعا للاكتئاب.

كما يرى الباحث أن المرحلة التي يمر بها المراهقين وما تتصف به هذه المرحلة من أهمية وخطورة في حياة الإنسان باعتبارها مرحلة الانتقال من الطفولة إلى الرشد، حيث يصفها البعض بأنها فترة عواصف وتوتر وشدة تكتنفها الأزمات النفسية وتسودها المعاناة والاحباط والصراع والضغوطات الاجتماعية والقلق وصعوبات التوافق وهذا مؤشر كبير على أن الأفراد الذين يمرون بهذه المرحلة يكونون أكثر عرضة من غيرهم للتأثر بالظروف الصعبة التي نعيشها وايضا نتيجة لطبيعة الواقع التي تعيشه الأسرة وخاصة الوالدين والتي يكون المراهقون بحاجة اليهم فالموقف السلبي المتخاذل اتجاه الموضوعات المتعلقة بالشئون الأسرية اليومية واتجاه المشكلات الطارئة والتعامل بعصبية داخل المنزل وجفاء الحديث أو ضعفة بين افراد الأسرة وقلة التواجد مع كل افراد الأسرة أما بسبب انشغال الوالد في تحسين الدخل أو بسبب عمل الوالدين معاً أو ضعف أو تقلص العلاقة الوالدية ونتيجة اضطراب هذا التفاعل الاسري ينتج عن ذلك مراهقة ذات ازمة.

ومن خلال مراجعة التراث الادبي السيكولوجي حيث اشار (عبد الخالق، النيال، 1991) إلى أنه على الرغم من أن هناك دلائل عديدة تشير إلى أن الاكتئاب بين المراهقين يمثل مشكلة خطيرة من مشاكل الصحة النفسية كما يبدو في ارتفاع معدل الانتحار بين هذه المجموعة العمرية، فضلاً على أن البيانات المستقاة من الراشدين المكتتبين قد أظهرت أن عدداً كبيراً منهم قدر أرجع بداية احساسه بالمزاج الاكتئابي إلى مرحلة المراهقة أو الطفولة. (عبد الخالق، 1991: 11)

ويرى الباحث أن السبب في زيادة حالة الاكتئاب النفسي بالإضافة إلى ما ذكر أيضاً موضوع العلاقة بالوالدين له الغلبة في ظهور الاكتئاب عند الأطفال والمراهقين وكما اتفقت معظم الدراسات التي أجريت في هذا المجال على اضطراب علاقات التفاعل بين الوالدين والمراهقين.

5-7 التساؤل السادس: ما درجة السلوك العدواني عند المراهقين في المجموعة التجريبية والمراهقين في المجموعة الضابطة في العينة؟

للتعرف إلى مستوى السلوك العدواني قبل وبعد البرامج العلاجية، قام الباحث بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس السلوك العدواني لكل مجموعة على حده، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (5-8)

يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس السلوك العدواني للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي

نوع العينة	المتغيرات	عدد الفقرات	الدرجة الكلية	القبلي			البعدي		
				المتوسط	الانحراف المعياري	%	المتوسط	الانحراف المعياري	%
العينة التجريبية	السلوك العدواني المباشر	14	56	20.3	9.7	36.3	9.6	8.2	17.1
	السلوك العدوان اللفظي	14	56	19.9	12.0	35.4	10.7	9.4	19.1
	العدائية	14	56	23.4	11.1	41.7	10.2	8.0	18.2
	الغضب	14	56	27.6	12.3	49.3	15.7	11.8	27.9
	السلوك العدواني الكلي	56	224	91.1	36.9	40.7	46.1	33.5	20.6
العينة الضابطة	السلوك العدواني المباشر	14	56	19.6	10.7	35.0	26.8	10.9	47.9
	السلوك العدوان اللفظي	14	56	17.6	10.4	31.5	27.2	14.1	48.5
	العدائية	14	56	20.4	9.6	36.3	27.3	11.0	48.8
	الغضب	14	56	30.2	11.3	53.8	37.9	12.3	67.7
	السلوك العدواني الكلي	56	224	87.6	33.9	39.1	119.2	43.7	53.2

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي لكل بعد على الدرجة الكلية ثم ضرب الناتج في 100

تبين من خلال الجدول السابق بأن متوسط درجة السلوك العدواني للمجموعة التجريبية بلغ 91.1 درجة وبانحراف معياري 36.9، وبوزن نسبي (40.7%)، في القياس البعدي أصبح الوزن النسبي لمستوى السلوك العدواني 20.6%، أما بالنسبة لأفراد المجموعة الضابطة فقد بلغ متوسط درجة السلوك العدواني لهم 87.6 درجة وبانحراف معياري 33.9، وبوزن نسبي (39.1%)، في القياس البعدي أصبح الوزن النسبي لمستوى الاكتئاب 53.2%.

ويعزو الباحث وجود السلوك العدواني إلى: طبيعة مرحلة المراهقة وهي مرحلة انتقالية تبدأ بالبلوغ الذي يعد الطريق بين الطفولة المتأخرة والمراهقة، وفيها تحدث تغيرات كثيرة في شخصية المراهق من جميع النواحي النفسية والعقلية والاجتماعية والانفعالية، حيث أن هذه المرحلة يبدأ بها المراهقين بأثبات ذواتهم ورجولتهم وتكوين هويتهم فهي مرحلة تمتاز بالشدة والتوتر والارتباك حسب ما أشار إليه علماء النفس وهو ينتقل من مرحلة الاعتماد على غيره بالاعتماد على النفس والاكتفاء الذاتي ويتسع نطاق علاقاته الاجتماعية، ومع ميل المراهقين إلى مشاهدة القنوات الفضائية الخاصة بالمصارعة أو الأفلام المتعلقة بالعنف أو الميل إلى الألعاب العنيفة عبر الكمبيوتر كل ذلك ساهم في زيادة السلوك العدواني لدى المراهقين وكما يعزو الباحث إلى طبيعة الثقافة السائدة بالمجتمع الفلسطيني بسبب الواقع المحيط من الاحتلال وما يفرضه من حصار وما يقوم به من تدمير واجتياحات، مما يساهم في زيادة مفهوم العنف ونظراً لما تضيفه مظاهر المقاومة من الشعور بالبطولة والفخر والقوة في حمل السلاح ومحاربة العدو ينعكس أثر ذلك على سلوكيات المراهقين وكما أن الأسرة هي أول صور الحياة، حيث من خلالها ينمو إحساس المراهق بالأمن والتقبل والمراهقة السوية إلى أن شعور المراهقين بعدم الأمن في علاقاتهم بالديهم يولد لديهم شعور بالقلق الذي يدفعهم إلى اتخاذ أساليب مثل العدوان أو الخضوع وما يكتسبونه من نماذج السلوك التي تتسم بالعدوان من خلال ملاحظة أعمال الكبار العدوانية عن طريق تقليد سلوك الكبار. وأن تأثير الجماعة على اكتساب السلوك العدواني يتم عن طريق تقديم النماذج العدوانية للمراهقين فيقلدونهم ومع وجود التعزيز لتعلم العدوان يلعب دوراً هاماً في اختيار الاستجابة بالعدوان في أغلب مواقف الإحباط، وقد يكون التعزيز خارجي مادي مثل إشباع العدوان لدافع الانتقام والتأثر بسبب المفهوم العشائري المحيط بالمجتمع وطبيعة التنشئة الاجتماعية السائدة والتي تتمثل في التهديد والضرب والصراخ والعصبية والطرده من البيت وفرض رغبة الوالدين فوق رغبة المراهق.

وهذه النتيجة تعكس الاتجاه السائد حديثاً في تفسير العدوان من قبل رواد التوجه المعرفي، حيث يسلم العلاج المعرفي السلوكي المعاصر بأن كثيراً من الاستجابات الوجدانية والسلوكية

والاضطرابات تعتمد إلى حد بعيد على وجود معتقدات فكرية خاطئة بينها المراهق عن نفسه وعن العالم المحيط به

لذا يرى الباحث بأنه يمكننا القول أن هناك علاقة طردية بين التشوهات المعرفية والأفكار الاتوماتيكية المدعمة للعدوان والغضب، والتي يتبناها المراهق على اعتبار أن العدوان يرفع من تقديره لذاته ويمحو الهوية السلبية للذات.

5-8 فرضيات الدراسة:

الفرض الاول: تنص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في درجات المتغيرات لدى المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج.

لاختبار هذه الفرض قام الباحث باستخدام اختبار (ت) للمقارنة بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة على درجات المتغيرات النفسية قبل تطبيق البرامج، ويتضح ذلك من خلال جدول رقم (5-9):

جدول رقم (5-9)

نتائج اختبار (ت) للمقارنة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بالنسبة لدرجات على درجات المتغيرات النفسية قبل تطبيق البرامج (ن=80)

المقياس	المتغيرات النفسية	المجموعة التجريبية (ن=40)		المجموعة الضابطة (ن=40)		ت	مستوى الدلالة
		المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
كرب ما بعد الصدمة	كرب ما بعد الصدمة	46.6	6.0	46.1	6.6	.32	.75//
	استعادة الخبرة الصادمة	19.9	3.6	19.6	3.6	.37	.71//
	تجنب الخبرة الصادمة	11.3	2.4	11.4	2.6	-.14	.89//
	الاستشارة	13.2	3.5	13.3	2.5	-.26	.80//
معارف كرب ما بعد الصدمة	معارف سلبية عن الذات	58.5	17.3	54.8	15.5	.99	.32//
	معارف سلبية عن العالم	32.4	6.8	31.6	7.7	.48	.63//
	لوم الذات	13.2	6.2	12.4	4.5	.72	.47//
	الدرجة الكلية	104.1	24.3	98.8	21.2	1.04	.30//
التقدير الذاتي	القلق - حالة	53.1	6.9	50.4	8.3	1.55	.13//
	القلق - سمة	47.0	7.2	45.5	7.9	.85	.40//
مقياس الاكتئاب	الاكتئاب	25.6	9.8	22.2	10.6	1.50	.14//
السلوك العدواني	السلوك العدواني المباشر	20.3	9.7	19.6	10.7	.32	.75//
	السلوك العدواني اللفظي	19.9	12.0	17.6	10.4	.89	.38//
	العداية	23.4	11.1	20.4	9.6	1.30	.20//
	الغضب	27.6	12.3	30.2	11.3	-.95	.35//
	الدرجة الكلية	91.1	36.9	87.6	33.9	.44	.66//

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق إلى عدم وجود فروق جوهرية بين المراهقين في المجموعة التجريبية والمراهقين في المجموعة الضابطة بالنسبة للمتغيرات النفسية التالية (كرب ما بعد الصدمة، معارف كرب ما بعد الصدمة، التقدير الذاتي، الاكتئاب، السلوك العدواني)

ويعزو الباحث عدم وجود فروق جوهرية إلى أن درجات المراهقين في المجموعة التجريبية ودرجات المراهقين في المجموعة الضابطة في درجات المتغيرات النفسية متساوية في القياس القبلي، وهذا يدل على أن درجات المراهقين في المجموعة الضابطة ودرجات المراهقين في المجموعة التجريبية في المتغيرات النفسية متجانسة في القياس القبلي هنا يكون الباحث راعي التكافؤ والتجانس في المجموعات التجريبية والضابطة وهو أحد شروط المنهج التجريبي كما راعي التساوي في أعداد كل من المجموعة التجريبية والضابطة من حيث درجة الاضطراب على المقياس، حيث أن جميعهم من الفئة الواقعة بالترتبة الشديدة لكرب ما بعد الصدمة.

كما ويمكن تفسير النتيجة التي توصل إليها الباحث في دراسته إلى أن السلوك العدواني بين المراهقين من المنظور النفسي قد خبروا ضغوطاً نفسية بدرجات متفاوتة أثناء حرب 2008 - 2012 وكان ذلك واضحاً من خلال مستوى الضغوط المرتبطة بأحداث واقعة على الذات، أو الأسرة، أو المسكن وكل ذلك ساهم في ارتفاع درجة السلوك العدواني ناهيك على أنها علامة من علامات فترة المراهقة والتي تتأثر أيضاً بطبيعة التنشئة الاجتماعية والثقافة السائدة لدى الأسرة والمدرسة وتتمثل المعاناة بالسلوك العدواني المباشر وغير مباشر والعدائية والغضب ومن خلال خبرة الباحث في الميدان تبين له أن المراهقين الذين يعانون من الإهمال والإساءة الجسدية والحياة الأسرية الواقعة تحت طائلة الأحداث الضاغطة يظهرون ارتفاعاً ملحوظاً في السلوك العدواني والغضب ومشكلات الانتباه.

الفرضية الثانية: تنص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في درجات المتغيرات لدى المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج.

لاختبار هذه الفرض قام الباحث باستخدام اختبار (ت) للمقارنة بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة على درجات المتغيرات النفسية بعد تطبيق البرامج، ويتضح ذلك من خلال جدول رقم (5-10):

جدول رقم ول (5-10)

نتائج اختبار (ت) للمقارنة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بالنسبة لدرجات على درجات المتغيرات النفسية بعد تطبيق البرامج (ن=80)

المقاييس	المتغيرات النفسية	التجريبية		الضابطة		ت	اتجاه الفروق
		المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
كرب ما بعد الصدمة	كرب ما بعد الصدمة	8.6	4.6	19.6	5.2	-10.0**	لصالح التجربة
	استعادة الخبرة الصادمة	5.6	3.7	11.2	3.1	-7.3**	لصالح التجربة
	تجنب الخبرة الصادمة	7.4	3.7	13.9	5.5	-6.3**	لصالح التجربة
	الاستثارة	1.2	0.9	2.8	0.7	-8.0**	لصالح التجربة
معارف كرب ما بعد الصدمة	معارف سلبية عن الذات	35.7	13.7	76.5	22.4	-9.8**	لصالح التجربة
	معارف سلبية عن العالم	24.0	8.3	37.1	8.4	-7.0**	لصالح التجربة
	لوم الذات	8.3	4.0	17.7	6.6	-7.7**	لصالح التجربة
	الدرجة الكلية	67.9	22.5	131.3	34.8	-9.7**	لصالح التجربة
التقدير الذاتي	القلق - حالة	37.0	9.9	61.1	12.2	-9.7**	لصالح التجربة
	القلق - سمة	33.7	9.8	52.9	11.1	-8.2**	لصالح التجربة
مقياس الاكتئاب	الاكتئاب	9.9	9.3	30.3	15.3	-7.2**	لصالح التجربة
السلوك العدواني	السلوك المباشر العدواني	9.6	8.2	26.8	10.9	-8.0**	لصالح التجربة
	السلوك اللفظي العدواني	10.7	9.4	27.2	14.1	-6.1**	لصالح التجربة
	العدائية	10.2	8.0	27.3	11.0	-8.0**	لصالح التجربة
	الغضب	15.7	11.8	37.9	12.3	-8.3**	لصالح التجربة
	الدرجة الكلية	46.1	33.5	119.2	43.7	-8.4**	لصالح التجربة

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق على ما يلي :

مقياس كرب ما بعد الصدمة: وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المراهقين في المجموعة الضابطة ومتوسط درجات المراهقين في المجموعة التجريبية بالنسبة لدرجات أعراض كرب ما بعد الصدمة في القياس البعدي. ($t\text{-test}=10.0, P\text{-value}<0.01$) والفروق كانت لصالح المراهقين في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن المراهقين في المجموعة التجريبية الذين خضعوا لبرامج علاجية (برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وبرنامج علاج العقل والجسم) انخفضت لديهم أعراض كرب ما بعد الصدمة مقارنة بالمراهقين في المجموعة الضابطة الذين لم يخضعوا لأي برنامج علاجي، حيث بلغ متوسط درجات المراهقين في المجموعة التجريبية في درجات أعراض كرب ما بعد الصدمة 8.6 درجة، في حين بلغ متوسط درجات المراهقين في المجموعة الضابطة 19.6 درجة. وهذا يعطي مؤشر على أن برنامج التدخل لها أثر جوهري في خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة لدى المراهقين في المجموعة التجريبية.

أبعاد مقياس كرب ما بعد الصدمة: (استعادة الخبرة الصادمة، تجنب الخبرة الصادمة، استثارة الخبرة الصادمة) وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المراهقين في المجموعة الضابطة ومتوسط درجات المراهقين في المجموعة التجريبية بالنسبة لدرجات أبعاد كرب ما بعد الصدمة التالية (استعادة الخبرة الصادمة، تجنب الخبرة الصادمة، استثارة الخبرة الصادمة) في القياس البعدي. والفروق كانت لصالح المراهقين في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن المراهقين في المجموعة التجريبية الذين خضعوا لبرامج علاجية (برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وبرنامج علاج العقل والجسم) حيث انخفضت لديهم درجات أبعاد كرب ما بعد الصدمة الثلاثة التالية (استعادة الخبرة الصادمة، تجنب الخبرة الصادمة، استثارة الخبرة الصادمة) مقارنة بالمراهقين في المجموعة الضابطة الذين لم يخضعوا لأي برنامج علاجي، وهذا يعطي مؤشر على أن برامج التدخل العلاجية عملت على خفض درجات أبعاد كرب ما بعد الخبرة الصدمة (الاستعادة، والتجنب، والاستثارة) لدى المراهقين في المجموعة التجريبية.

مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة: وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المراهقين في المجموعة الضابطة ومتوسط درجات المراهقين في المجموعة التجريبية بالنسبة لدرجات معارف كرب ما بعد الصدمة في القياس البعدي. ($t\text{-test}=9.8, P\text{-value}<0.01$) والفروق كانت لصالح المراهقين في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن المراهقين في المجموعة التجريبية الذين خضعوا لبرامج علاجية (برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وبرنامج علاج العقل والجسم) انخفضت لديهم درجات معارف كرب ما بعد الصدمة مقارنة

بالمراهقين في المجموعة الضابطة الذين لم يخضعوا لأي برنامج علاجي، حيث بلغ متوسط درجات المراهقين في المجموعة التجريبية في درجات معارف كرب ما بعد الصدمة 67.9 درجة، في حين بلغ متوسط درجات المراهقين في المجموعة الضابطة 131.3 درجة. وهذا يعطي مؤشر على أن برامج التدخل لها أثر جوهري في خفض حدة معارف كرب ما بعد الصدمة لدى المراهقين في المجموعة التجريبية.

أبعاد مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة: (معارف سلبية عن الذات، معارف سلبية عن العالم، لوم الذات): وجدت فروق جوهريّة ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المراهقين في المجموعة الضابطة ومتوسط درجات المراهقين في المجموعة التجريبية بالنسبة لدرجات أبعاد معارف كرب ما بعد الخبرة الصدمة التالية ((معارف سلبية عن الذات، معارف سلبية عن العالم، لوم الذات) في القياس البعدي. والفروق كانت لصالح المراهقين في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن المراهقين في المجموعة التجريبية الذين خضعوا لبرامج علاجية (برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وبرنامج العقل والجسم) انخفضت لديهم درجات أبعاد معارف كرب ما بعد الخبرة الصدمة الثلاثة التالية (معارف سلبية عن الذات، معارف سلبية عن العالم، لوم الذات) مقارنة بالمراهقين في المجموعة الضابطة الذين لم يخضعوا لأي برنامج علاجي أو إرشادي، وهذا يعطي مؤشر على أن برامج التدخل العلاجية عملت على خفض درجات أبعاد معارف كرب ما بعد الخبرة الصادمة (معارف سلبية عن الذات، معارف سلبية عن العالم، لوم الذات) لدى المراهقين في المجموعة التجريبية.

مقياس التقدير الذاتي (حالة القلق، سمة القلق): وجدت فروق جوهريّة ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المراهقين في المجموعة الضابطة ومتوسط درجات المراهقين في المجموعة التجريبية بالنسبة لدرجات حالة القلق، وسمة القلق في القياس البعدي. حالة القلق -t) (test=9.7, P-value<0.01) والفروق كانت لصالح المراهقين في المجموعة التجريبية، سمة القلق ((t-test=8.2, P-value<0.01)، والفروق لصالح المراهقين في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن المراهقين في المجموعة التجريبية الذين خضعوا لبرامج علاجية (برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وبرنامج علاج العقل والجسم) انخفضت لديهم درجات القلق كحالة وكذلك كسمة القلق، مقارنة بالمراهقين في المجموعة الضابطة الذين لم يخضعوا لأي برنامج علاجي أو إرشادي، حيث بلغ متوسط درجات المراهقين في المجموعة التجريبية في درجات حالة القلق (37.0) درجة وسمة القلق (33.7) درجة، في حين بلغ متوسط درجات طلبة المجموعة الضابطة في درجات حالة القلق (61.1) درجة وسمة القلق (52.9) درجة. وهذا يعطي مؤشر على أن

برامج التدخل لها أثر جوهري في خفض درجات القلق كحالة وكذلك عملت على خفض درجات القلق كسمة لدى المراهقين في المجموعة التجريبية.

مقياس بك للاكتئاب النفسي: وجدت فروق جوهريّة ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المراهقين في المجموعة الضابطة ومتوسط درجات المراهقين في المجموعة التجريبية بالنسبة لدرجات الاكتئاب النفسي في القياس البعدي. ($t\text{-test}=7.2, P\text{-value}<0.01$) والفروق كانت لصالح المراهقين في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن المراهقين في المجموعة التجريبية الذين خضعوا لبرامج علاجية (برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وبرنامج علاج العقل والجسم) انخفضت لديهم درجات الاكتئاب النفسي مقارنة بالمراهقين في المجموعة الضابطة الذين لم يخضعوا لأي برنامج علاجي، حيث بلغ متوسط درجات المراهقين بالمجموعة التجريبية في درجات الاكتئاب النفسي 9.99 درجة، في حين بلغ متوسط درجات المراهقين في المجموعة الضابطة 30.3 درجة. وهذا يعطي مؤشر على أن برامج التدخل لها أثر جوهري في خفض مستوى الاكتئاب النفسي لدى المراهقين في المجموعة التجريبية.

مقياس السلوك العدواني: وجدت فروق جوهريّة ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المراهقين في المجموعة الضابطة ومتوسط درجات المراهقين في المجموعة التجريبية بالنسبة لدرجات السلوك العدواني في القياس البعدي. ($t\text{-test}=8.4, P\text{-value}<0.01$) والفروق كانت لصالح المراهقين في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن المراهقين في المجموعة التجريبية الذين خضعوا لبرامج علاجية (برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وبرنامج علاج العقل والجسم) انخفضت لديهم درجات السلوك العدواني مقارنة بالمراهقين في المجموعة الضابطة الذين لم يخضعوا لأي برنامج علاجي، حيث بلغ متوسط درجات المراهقين في المجموعة التجريبية في درجات السلوك العدواني 46.1 درجة، في حين بلغ متوسط درجات المراهقين في المجموعة الضابطة 119.2 درجة. وهذا يعطي مؤشر على أن برامج التدخل لها أثر جوهري في خفض درجات السلوك العدواني لدى المراهقين في المجموعة التجريبية.

أبعاد مقياس السلوك العدواني: (السلوك العدواني المباشر، السلوك العدواني اللفظي، العدائية، الغضب): وجدت فروق جوهريّة ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المراهقين في المجموعة الضابطة ومتوسط درجات المراهقين في المجموعة التجريبية بالنسبة لدرجات أبعاد السلوك العدواني التالية (السلوك العدواني المباشر، السلوك العدواني اللفظي، العدائية، الغضب) في القياس البعدي. والفروق كانت لصالح المراهقين في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن المراهقين في المجموعة التجريبية الذين خضعوا لبرامج علاجية (برنامج العلاج المعرفي السلوكي،

وبرنامج العقل والجسم) انخفضت لديهم درجات أبعاد السلوك العدواني التالية ((السلوك العدواني المباشر، السلوك العدواني اللفظي، العدائية، الغضب) مقارنة بالمراهقين في المجموعة الضابطة الذين لم يخضعوا لأي برنامج علاجي، وهذا يعطي مؤشر على أن برامج التدخل العلاجية عملت على خفض درجات مستويات السلوك العدواني التالية (السلوك العدواني المباشر، السلوك العدواني اللفظي، العدائية، الغضب) لدى المراهقين في المجموعة التجريبية.

ويمكن تفسير نتائج الدراسة التي توصل إليها الباحث في ضوء مضامين المتغيرات النفسية لمقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة وقائمة معارف اضطراب كرب ما بعد الصدمة ومقياس القلق حالة وسمة وقائمة بيك للاكتئاب ومقياس السلوك العدواني والعدائي للمراهقين الشباب ومن خلال التحليل الاحصائي والذي اشار إلى وجود تأثير لمتغير برنامجين العلاج، مما أوضح فاعلية كلاً من برنامج العلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقل والجسم لدى المراهقين من كلا الجنسين المتصفين باضطراب كرب ما بعد الصدمة من خلال وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي في مقاييس المتغيرات النفسية المستخدمة بالدراسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس البعدي (نتيجة الفرض الاول).

وعند الموازنة نجد أن الدراسة الحالية اتفقت مع نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة: (ضمرة وآخرون، 2013) دراسة: (عيطة، 2013) دراسة: (محمد، 2011) دراسة: (بدران، 2010) دراسة: (السنباتي، 2005) ومن الدراسات الأجنبية دراسة (Wild , Ehlers, 2010) دراسة (Cohen et al, 2001) دراسة كنج (King, 2000).

وذلك في تأكيد هذه الدراسات على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة مثل القلق والاكتئاب لدى المراهقين من خلال زيادة قدراتهم على التفاعل الاجتماعي وتعديل العديد من الأفكار الخاطئة واستبدالها بأفكار ايجابية مع تحسين استراتيجيات المواجهة والتحكم بالأعراض الجسدية وإدارة القلق والغضب والتحكم بالاندفاعية والمراقبة الذاتية والواجبات المنزلية وهذه الفنيات استخدمها الباحث أثناء تطبيق جلسات البرنامج وان كانت الدراسات لم تشير كثيراً إلى الفنيات وتفاصيلها مما أعطى ثراء وفاعلية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي والذي اتضح من خلال تحسن المراهقين بالمجموعتين التجريبيتان لكلا الجنسين.

ومما سبق يتضح أن العلاج المعرفي السلوكي طريقة فعالة في علاج وخفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة.

كما وتتفق النتيجة مع ما ورد في التراث الأدبي السيكلوجي: كما أشار (اليس) إلى أن انفعالات الفرد غير المرغوبة مثل (الغضب، العدوانية، القلق، الاكتئاب) سببها نظام الفرد العقائدي وما يتضمنه من معتقدات غير عقلانية ويشترك مع اليس في ذلك أصحاب التوجه المعرفي مثل (بيك Beak، كيلي Kelly، سيجلمان Seligman، رايمي Raimy، ولازاروس Lazarus، وآخرون) (سلامة، 1994: 4).

وعند الموازنة نجد أن الدراسة الحالية اتفقت مع نتائج الدراسات السابقة بما يتعلق ببرنامج علاج العقل والجسم مثل دراسة: (Catani et al. 2009) دراسة: (Staples et. Al, 2011) دراسة: (CMHP, 2005) دراسة: (Gordon et al. 2006) دراسة: (Gorev, 2004). وذلك في تأكيد هذه الدراسات على فاعلية علاج العقل والجسم في علاج وخفض اضطرابات القلق والاكتئاب وخاصة علاج وخفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة مثل القلق والاكتئاب لدى المراهقين والأطفال.

ومما سبق يتضح أن علاج العقل والجسم والذي يعتبر اتجاه شمولي في العلاج النفسي يركز على مبدا الرعاية الذاتية والوعي الذاتي من خلال التركيز على الوعي بالمشاعر والأفكار والتحكم وإدارة القلق من خلال الرسم والاسترخاء والتأمل والتخيل والحوار مع الأعراض وإدراك الذات من خلال الوعي بالذات والتعرف على شجرة العائلة والحركة واليوغا، ولذا يعتبر البرنامج طريقة فعالة في علاج وخفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة.

ويعزو الباحث ذلك في المقام الأول إلى تأثير البرنامجين العلاجين المستخدمين في الدراسة الحالية، من حيث خضوع أفراد المجموعات التجريبية لجلسات البرنامجين العلاجين، وتفاعلهم أثناء جلسات البرنامج، ومن خلال أداء الدور، وتطبيق ما تدربوا عليه، وكذلك في استجاباتهم على الواجبات المنزلية التي يتم مراجعتها علنيا أمام أفراد المجموعات التجريبية في بداية كل جلسة وقد ذكر اغلب الحالات أنهم شعروا داخل المجموعات بقوة كبيرة للتغير أكثر من أي وقت آخر، حيث خضوع أفراد المجموعة التجريبية للبرنامجين، وممارستهم لمجموعة من الأنشطة والواجبات المنزلية بغرض أحداث التغير على مستوى الأفكار والمشاعر والأعراض الجسدية والسلوك، وإثراء وتدعيم مهاراتهم في إدارة القلق والتحكم بالأعراض الجسدية والعاطفية، وأيضاً ساعد مشاركة أفراد المجموعة التجريبية في البرنامجين طبيعة المكان الذي اجري فيه التطبيق لأنه مهئ لجلسات علاجية وساعد البرنامجين المشاركين في بث روح المثابرة والمبادرة

الإيجابية لديهم، ونحنا بهم بعيداً عن السلبية والخمول، حيث وجد الباحث أثناء الجلسات أن أفراد المجموعة التجريبية كان لديهم إحساس كبير بالاهتمام والتركيز على متابعة جميع الجلسات والمشاركة فيها، كما كان للعلاقة بين الباحث وأفراد المجموعة التجريبية القائمة على المعاملة الودية، وحثهم على التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم والتقبل الغير مشروط للفرد وأفكاره يعد عاملاً أساسياً في نجاح البرنامجين كما أن أنشطة البرنامجين تتطلب منهم مداومة التركيز والانتباه وتدعم لديهم مهارة التعاون والتفاعل الإيجابي مع الآخرين وهناك عامل هام في التقدم الذي أحرزته المجموعات التجريبية هو عامل الرغبة في الشفاء، حيث أن الانضمام إلى البرنامج كان بناء على رغبة المراهقين وهو يتفق مع ما أكدته (حامد زهران، 1974: 235) " من أن الإقبال من قبل المريض أمر هام وضروري لنجاح العلاج " وساعد أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية وهو ما يطلق عليه أسلوب العلاج النفسي الجماعي والذي يعتبر عنصر في التعليم وإعادة التعلم، كما ويعزو الباحث فاعلية البرنامجين إلى أهمية الاتصال والتواصل مع أولياء الأمور حول كيفية متابعة ابنائهم من خلال التنقيف النفسي الذي كان متزامناً مع الجلسات الجماعية المطبقة مع المجموعات التجريبية.

الفرضية الثالثة: ينص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات المتغيرات النفسية لدى المراهقين في المجموعة التجريبية في برنامج العلاج المعرفي السلوكي.

للتحقق من الفرضية الثالثة قام الباحث بإيجاد اختبار ولكوكسون (Wilcox on T-statistic) اللامعلمي لأن حجم العينة صغيرة والبيانات غير طبيعية ولدراسة وسطي مجتمعين في حالة العينات المرتبطة، وذلك لكشف الفروق بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في المتغيرات النفسية لدى المراهقين في المجموعة التجريبية التي تم إخضاعها لبرنامج المعرفي السلوكي، وذلك حسب نوع الجنس (ذكور - إناث)، ثم قام الباحث بحساب حجم التأثير مربع إيتا لكل متغير من المتغيرات النفسية، والنتائج الخاصة بذلك موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (5-11)

يوضح المتوسط الحسابي لدرجات القياس القبلي والقياس البعدي في المتغيرات النفسية، وقيمة اختبار ولكوكسون (Wilcoxon on T-statistic) وقيمة إيتا لقياس حجم التأثير للمراهقين في المجموعة التجريبية - برنامج المعرفي السلوكي

المتغيرات	برنامج المعرفي السلوكي			الذكور				الإناث			
	المتوسط القبلي	المتوسط البعدي	قيمة (z)	حجم الأثر	المتوسط القبلي	المتوسط البعدي	قيمة (z)	حجم الأثر	المتوسط القبلي	المتوسط البعدي	قيمة (z)
كرب ما بعد الصدمة	46.3	19.6	3.93**	4.7	47.3	22.9	-2.8**	3.6	45.2	16.3	-2.8**
استعادة الخبرة الصادمة	20.0	7.4	3.83**	4.5	21.5	9.5	-2.7**	3.3	18.5	5.3	-2.8**
تجنب الخبرة الصادمة	10.8	4.6	3.68**	3.0	11.2	5.5	-2.3*	2.4	10.3	3.7	-2.8**
الاستشارة	13.3	6.6	3.73**	3.2	12.1	7.2	-2.5*	2.5	14.4	6.0	-2.8**
معارف سلبية عن الذات	56.5	32.5	3.64**	2.5	65.1	38.7	-2.4*	2.5	47.9	26.2	-2.7**
معارف سلبية عن العالم	31.8	21.0	3.26**	2.0	32.5	22.9	-1.9*	1.6	31.1	19.0	-2.7**
لوم الذات	12.3	7.7	-2.34*	1.3	15.5	8.7	-2.1*	1.6	9.1	6.6	-1.1//
المقياس الكلي	100.6	61.1	3.50**	2.4	113.1	70.3	-2.4**	2.3	88.1	51.8	-2.5*
القلق - حالة	53.7	34.9	3.87**	3.4	55.9	39.2	-2.7**	2.7	51.5	30.6	-2.8**
القلق - سمة	46.4	32.6	3.45**	2.5	47.5	36.5	-2.2*	2.0	45.3	28.7	-2.6**
الاكتئاب	25.7	7.1	3.72**	3.3	24.7	11.8	-2.4*	2.2	26.6	2.4	-2.8**
السلوك العدواني المباشر	17.6	8.1	3.60**	2.6	21.3	12.0	-2.5*	2.3	13.8	4.1	-2.5*
السلوك العدوان اللفظي	16.6	8.0	3.14**	1.7	20.4	12.8	-2.0*	1.5	12.8	3.1	-2.6**
العداية	21.8	8.0	3.92**	2.8	27.8	10.9	-2.8**	3.0	15.8	5.0	-2.8**
الغضب	27.0	13.0	3.23**	1.9	30.7	19.2	-2.3*	1.6	23.2	6.7	-2.4*
السلوك العدواني الكلي	82.9	36.9	3.88**	2.8	100.2	54.9	-2.7**	2.4	65.6	18.9	-2.8**

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة
حجم التأثير: d أكبر من 0.8: حجم تأثير كبير d (0.7-0.5) حجم تأثير متوسط d من 0.2 - 0.4: حجم تأثير ضعيف

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

1- **مقياس أعراض كرب ما بعد الصدمة:** وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات مقياس أعراض كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة (استعادة الخبرة الصادمة، تجنب الخبرة الصادمة، الاستثارة)، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجات أعراض كرب ما بعد الصدمة ودرجات بعد استعادة الخبرة الصادمة ودرجات بعد التجنب، و درجات بعد الاستثارة، وهذا يدل على أن درجات أعراض كرب ما بعد الصدمة ودرجات بعد استعادة الخبرة الصادمة ودرجات بعد التجنب، و درجات بعد الاستثارة انخفضت عند المراهقين في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج العلاج المعرفي السلوكي على خفض أعراض كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة لدى المراهقين في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له تأثير إيجابي في خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة لدى المراهقين في المجموعة التجريبية، فقد بلغت نسبة التغير 79.2% عند المراهقين في المجموعة التجريبية في أعراض كرب ما بعد الصدمة بعد تطبيق البرنامج.

2- **بالنسبة للذكور: مقياس أعراض كرب ما بعد الصدمة:** وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات مقياس أعراض كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة (استعادة الخبرة الصادمة، تجنب الخبرة الصادمة، الاستثارة) لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجات أعراض كرب ما بعد الصدمة ودرجات بعد استعادة الخبرة الصادمة ودرجات بعد التجنب، و درجات بعد الاستثارة لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن درجات أعراض كرب ما بعد الصدمة ودرجات بعد استعادة الخبرة الصادمة ودرجات بعد التجنب، و درجات بعد الاستثارة انخفضت عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج العلاج المعرفي السلوكي على خفض أعراض كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له تأثير إيجابي في خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة لدى المراهقين الذكور في المجموعة

التجريبية. حيث بلغت نسبة التغير 74.6% عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية في أعراض كرب ما بعد الصدمة بعد تطبيق البرنامج.

بالنسبة للإناث: مقياس أعراض كرب ما بعد الصدمة: وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات مقياس أعراض كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة (استعادة الخبرة الصادمة، تجنب الخبرة الصادمة، الاستثارة) لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجات أعراض كرب ما بعد الصدمة ودرجات بعد استعادة الخبرة الصادمة ودرجات بعد التجنب، و درجات بعد الاستثارة لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن درجات أعراض كرب ما بعد الصدمة ودرجات بعد استعادة الخبرة الصادمة ودرجات بعد التجنب، و درجات بعد استثارة الخبرة الصادمة انخفضت عند الإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج المعرفي السلوكي، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج العلاج المعرفي السلوكي على خفض أعراض كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له تأثير إيجابي في خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية. فقد بلغت نسبة التغير 83.0% عند المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية في أعراض كرب ما بعد الصدمة بعد تطبيق البرنامج.

مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة: وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة (معارف سلبية عن الذات، معارف سلبية عن العالم، لوم الذات)، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجات مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة ودرجات بعد معارف سلبية عن الذات، ودرجات بعد معارف سلبية عن العالم، درجات بعد لوم الذات، وهذا يدل على أن درجات معارف كرب ما بعد الصدمة ودرجات بعد معارف سلبية عن الذات، ودرجات بعد معارف سلبية عن العالم، درجات بعد لوم الذات انخفضت عند المراهقين في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج المعرفي السلوكي، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج العلاج المعرفي السلوكي على خفض درجات معارف كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة لدى المراهقين في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي

له تأثير إيجابي في خفض معارف كرب ما بعد الصدمة وأبعادها الثلاثة لدى المراهقين في المجموعة التجريبية. فقد بلغت نسبة التغير 44.7% عند المراهقين في المجموعة التجريبية في معارف كرب ما بعد الصدمة بعد تطبيق البرنامج.

بالنسبة للذكور: مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة: وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة وأبعادها الثلاثة (معارف سلبية عن الذات، معارف سلبية عن العالم، لوم الذات) لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجات مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة ودرجات بعد معارف سلبية عن الذات، ودرجات بعد معارف سلبية عن العالم، درجات بعد لوم الذات لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن درجات معارف كرب ما بعد الصدمة ودرجات بعد معارف سلبية عن الذات، ودرجات بعد معارف سلبية عن العالم، درجات بعد لوم الذات انخفضت عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج المعرفي السلوكي، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج العلاج المعرفي السلوكي على خفض درجات معارف كرب ما بعد الصدمة وأبعادها الثلاثة لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له تأثير إيجابي في خفض معارف كرب ما بعد الصدمة وأبعادها الثلاثة لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية. فقد بلغت نسبة التغير 56.4% عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية في معارف كرب ما بعد الصدمة بعد تطبيق البرنامج.

بالنسبة للإناث: مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة: وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة وأبعادها الثلاثة (معارف سلبية عن الذات، معارف سلبية عن العالم، لوم الذات) لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجات مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة ودرجات بعد معارف سلبية عن الذات، ودرجات بعد معارف سلبية عن العالم، درجات بعد لوم الذات لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن درجات معارف كرب ما بعد الصدمة ودرجات بعد معارف سلبية عن الذات، ودرجات بعد معارف سلبية عن العالم، درجات بعد لوم الذات انخفضت عند المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج العلاج المعرفي السلوكي على خفض درجات معارف

كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له تأثير إيجابي في خفض معارف كرب ما بعد الصدمة وأبعادها الثلاثة لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية. فقد بلغت نسبة التغير 36.0% عند المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية في معارف كرب ما بعد الصدمة بعد تطبيق البرنامج.

3- مقياس التقدير الذاتي (حالة القلق، سمة القلق): وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات مقياس التقدير الذاتي (حالة القلق - سمة القلق)، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجات حالة القلق وسمة القلق، وهذا يدل على أن درجات حالة القلق وسمة القلق انخفضت عند المراهقين في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج العلاج المعرفي السلوكي على خفض درجات حالة القلق وسمة القلق لدى طلبة المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له تأثير إيجابي في خفض درجات حالة القلق وسمة القلق لدى المراهقين في المجموعة التجريبية. فقد بلغت نسبة التغير 71.5% عند المراهقين في المجموعة التجريبية في قلق الحالة وبلغت نسبة التغير في قلق - سمة 53.9% عند المراهقين في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.

بالنسبة للذكور: مقياس التقدير الذاتي (حالة القلق، سمة القلق): وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات مقياس التقدير الذاتي (حالة القلق - سمة القلق) عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجات حالة القلق وسمة القلق لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن درجات حالة القلق وسمة القلق انخفضت عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج العلاج المعرفي السلوكي على خفض درجات حالة القلق وسمة القلق لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له تأثير إيجابي في خفض درجات حالة القلق وسمة القلق لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية. فقد بلغت نسبة التغير 83.0% عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية في مقياس التقدير الذاتي (القلق حالة - سمة) بعد تطبيق البرنامج. فقد

بلغت نسبة التغير 69.3% عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية في قلق الحالة وبلغت نسبة التغير في قلق - سمة 44.9% عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.

بالنسبة للإناث: مقياس التقدير الذاتي (حالة القلق، سمة القلق): وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات مقياس التقدير الذاتي (حالة القلق - سمة القلق) عند المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجات حالة القلق وسمة القلق لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن درجات حالة القلق وسمة القلق انخفضت عند المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج العلاج المعرفي السلوكي على خفض درجات حالة القلق وسمة القلق لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له تأثير إيجابي في خفض درجات حالة القلق وسمة القلق لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية. فقد بلغت النسبة العامة في التغير 83.0% عند المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية في مقياس التقدير الذاتي (القلق حالة - سمة) بعد تطبيق البرنامج. فقد بلغت نسبة التغير 73.3% عند المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية في قلق الحالة وبلغت نسبة التغير في قلق - سمة 62.2% عند المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.

4-مقياس بك للاكتئاب النفسي: وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات الاكتئاب النفسي، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجات الاكتئاب النفسي، وهذا يدل على أن درجات الاكتئاب النفسي انخفضت عند المراهقين في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج العلاج المعرفي السلوكي على خفض درجات الاكتئاب النفسي لدى المراهقين في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له تأثير إيجابي في خفض درجات الاكتئاب النفسي لدى المراهقين في المجموعة التجريبية. فقد بلغت نسبة التغير 49.9% عند المراهقين في المجموعة التجريبية في مستوى الاكتئاب النفسي بعد تطبيق البرنامج.

بالنسبة للذكور: مقياس بيك للاكتئاب النفسي: وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات الاكتئاب النفسي للمراهقين الذكور، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجات الاكتئاب النفسي عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن درجات الاكتئاب النفسي انخفضت عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج العلاج المعرفي السلوكي على خفض درجات الاكتئاب النفسي لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له تأثير إيجابي في خفض درجات الاكتئاب النفسي عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية. فقد بلغت نسبة التغير 33.7% عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية في مستوى الاكتئاب النفسي بعد تطبيق البرنامج.

بالنسبة للإناث: مقياس بك للاكتئاب النفسي: وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات الاكتئاب النفسي للمراهقات الإناث، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجات الاكتئاب النفسي عند المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن درجات الاكتئاب النفسي انخفضت عند المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج العلاج المعرفي السلوكي على خفض درجات الاكتئاب النفسي لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له تأثير إيجابي في خفض درجات الاكتئاب النفسي عند المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية. فقد بلغت نسبة التغير 66.5% عند المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية في مستوى الاكتئاب النفسي بعد تطبيق البرنامج.

5-مقياس السلوك العدواني: وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات مقياس السلوك العدواني وأبعاده (السلوك العدواني المباشر، السلوك العدواني اللفظي، العدائية، الغضب)، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجات السلوك العدواني وأبعاده، وهذا يدل على أن درجات أعراض السلوك العدواني بمستوياته الأربعة انخفضت عند المراهقين في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج العلاج المعرفي

السلوكي على خفض السلوك العدواني بمستوياته لدى المراهقين في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له تأثير إيجابي في خفض السلوك العدواني ومستوياته لدى المراهقين في المجموعة التجريبية. فقد بلغت نسبة التغير 32.6% عند المراهقين في المجموعة التجريبية في السلوك العدواني بعد تطبيق البرنامج. في حين بلغت نسبة التغير في مستويات السلوك العدواني كالتالي (السلوك العدواني المباشر 24.7%، السلوك العدواني اللفظي 21.8%، العدائية 40.4%، الغضب 48.3%).

بالنسبة للذكور: وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات مقياس السلوك العدواني وأبعاده (السلوك العدواني المباشر، السلوك العدواني اللفظي، العدائية، الغضب) لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجات السلوك العدواني وأبعاده لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن درجات أعراض السلوك العدواني بمستوياته الأربعة انخفضت عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج العلاج المعرفي السلوكي على خفض السلوك العدواني بمستوياته لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له تأثير إيجابي في خفض السلوك العدواني ومستوياته لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية. فقد بلغت نسبة التغير 83.0% عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية في أعراض كرب ما بعد الصدمة بعد تطبيق البرنامج. فقد بلغت نسبة التغير 36.6% عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية في السلوك العدواني بعد تطبيق البرنامج. في حين بلغت نسبة التغير في مستويات السلوك العدواني كالتالي (السلوك العدواني المباشر 26.8%، السلوك العدواني اللفظي 21.3%، العدائية 59.9%، الغضب 45.5%).

بالنسبة للإناث: وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات مقياس السلوك العدواني وأبعاده (السلوك العدواني المباشر، السلوك العدواني اللفظي، العدائية، الغضب) لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجات السلوك العدواني وأبعاده لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن درجات أعراض السلوك العدواني بمستوياته الأربعة انخفضت عند المراهقات الإناث في المجموعة

التجريبية بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج العلاج المعرفي السلوكي على خفض السلوك العدواني بمستوياته لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له تأثير إيجابي في خفض السلوك العدواني ومستوياته لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية. فقد بلغت نسبة التغير 29.5% عند المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية في السلوك العدواني بعد تطبيق البرنامج. في حين بلغت نسبة التغير في مستويات السلوك العدواني كالتالي لهن (السلوك العدواني المباشر 23.0%، السلوك العدواني اللفظي 22.5%، العدائية 26.9%، الغضب 50.3%).

جدول رقم (5-12)

يوضح نسبة التغير في المتغيرات النفسية لدى المراهقين في المجموعة التجريبية لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي حسب نوع الجنس

المتغيرات النفسية	نسبة التغير الكلية %	نسبة التغير للذكور %	نسبة التغير للإناث %
كرب ما بعد الصدمة	79.2	74.6	83.0
استعادة الخبرة الصادمة	105.0	114.3	97.8
تجنب الخبرة الصادمة	67.4	64.8	68.0
الاستثارة	62.6	41.2	87.5
معارف سلبية عن الذات	43.2	56.3	33.9
معارف سلبية عن العالم	62.8	58.2	67.6
لوم الذات	29.3	54.4	13.2
المقياس الكلي	44.7	56.4	36.0
القلق - حالة	71.5	69.3	73.3
القلق - سمة	53.9	44.9	62.2
الاكتئاب	49.9	33.7	66.5
السلوك العدواني المباشر	24.7	26.8	23.0
السلوك العدوان اللفظي	21.8	21.3	22.5
العدائية	40.4	59.9	26.9
الغضب	48.3	45.5	50.3
السلوك العدواني الكلي	32.6	36.6	29.5

نسبة التغير % = المتوسط البعدي - المتوسط القبلي / الدرجة الكلية - المتوسط القبلي

أكدت النتيجة التي توصل إليها الباحث في الفرض الثالث إلى: وجود فاعلية للبرنامج العلاج المعرفي السلوكي المستخدم، وقد اتضحت فاعلية البرنامج العلاجي من خلال وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي في مقياس كرب ما بعد الصدمة، وقائمة معارف كرب ما بعد الصدمة، وقائمة بيك للاكتئاب، ومقياس القلق (حالة - سمة) ومقياس

السلوك العدواني والعدائي للمراهقين وكانت لصالح القياس البعدي لكلا الجنسين وكانت نسبة التغيير اعلى لدى الاناث.

ومما سبق تشير هذه النتائج إلى جدوي وفاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي المستخدم في الدراسة وتبني المراهقين في المجموعات التجريبية فلسفة تحقق لهم التوافق النفسي والصحة النفسية، والشعور بالطمأنينة لدى أفراد المجموعة التجريبية للذكور والإناث، حيث أن العلاج المعرفي السلوكي في الدراسة ساعد على خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة لدى عينة الدراسة بمحافظة الشمال.

ويعزو الباحث تفسير هذه النتيجة إلى عوائد ونتائج انتظام العينة العلاجية من الجنسين، في جلسات البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية حيث كانت الفنيات المستخدمة في البرنامج ذات معني ومغزي في حياة هؤلاء المراهقين، مما جعلهم أكثر مرونة وأكثر فهما وحرصا ووعيا للاستفادة الكاملة من الفنيات والتي تضمنت تمارين التعارف والبناء - التنقيف النفسي - الحوار والمناقشة الجماعية - التعاقد - المراقبة الذاتية - بناء الوعي - متابعة الذات - الاستكشاف الموجه - المراقبة الذاتية - المحاضرة - الحوار والنقاش - جدول الأنشطة السارة - جدول الأنشطة السلوكية - التفكير السقراطي - بناء الوعي المعرفي - فحص الدليل - إعادة البناء المعرفي - إنشاء المكان الآمن - أساليب التخيل (الشاشة واليد والمسافة) - الأساليب السمعية بالتخيل - تشتيت الانتباه - الأساليب الشمية بالتخيل السرد الأساليب الحس حركية بالتخيل - تشتيت الانتباه - العمل من خلال الأحلام - مسح الجسم - تكوين المخطط الهرمي للغضب - الاسترخاء وتصور المكان الآمن - لعب الأدوار بتطبيق مهارات التحكم بالغضب الاسترخاء التنفسي - بناء مدرج الكرب - الاسترخاء التصاعدي - مراجعة مدرج الكرب - الفوائد والمضار للحدث - السرد والكتابة - التجربة السلوكية - أسلوب حل المشكلات - لعب الأدوار مما أسهم في زيادة قدرتهم على التعبير عن مشاعرهم واحاسيسهم في أعمال وتصرفات تلقائية بحيث يصبحوا اقل خوفا وقلقا وتوترا في التعبير عن مشاعرهم الانسانية وهي خبرات تعمل على تعزيز شعور المراهقين بالقوة والاهلية من خلال تنمية الإصرار والتصميم وهي خبرات وممارسات يمكن توظيفها في اقامة علاقات وتفاعلات يسودها الهدوء والتوافق والصحة النفسية والاستقرار النفسي

وهذا يؤكد اصرار وحماسة وتجارب المراهقين في فعاليات البرنامج المستخدم وطبيعة التآلف والتناغم بين المراهقين من كلا الجنسين وهذا جعلهم يفصحون عن افكارهم المثيرة والمسببة للخوف والقلق والعمل على تغيير التشوهات المعرفية المتعلقة بالذات والعالم ولا شك أن اضطرابات ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة تعد مجاًلاً هاماً من المجالات التي يمكن أن يحقق العلاج

المعرفي السلوكي نجاحاً ملحوظاً من خلال الفنيات المستخدمة والتي كانت تضم مكونات أساسية معرفية وانفعالية وسلوكية مما ساعد على تحقيق نتائج فعالة ومثمرة في هذا الصدد.

وعند الموازنة نجد أن الدراسة الحالية اتفقت مع نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة: (ضمرة وآخرون، 2013) دراسة: (عيطة، 2013) دراسة: (محمد، 2011) دراسة: (بدران، 2010) دراسة: (السنباتي، 2005) دراسة (Wild , Ehlers, 2010) دراسة (Cohen et al , 2001) دراسة كنج (King, 2000).

كما يرى الباحث أن فاعلية البرنامج تتفق مع الأهداف التي وضعها لخفض حدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، والمتمثلة في بناء العلاقة و الحلف العلاجي وفهم العلاج المعرفي السلوكي وبناء الوعي المعرفي عن اضطراب ما بعد الصدمة وأعراضه وأثاره على الفكر والمشاعر والجسد والسلوك من خلال النموذج العلاقي بين الأفكار والمشاعر والجسد والسلوك من خلال المراقبة الذاتية تغيير الأفكار السلبية و تحدي الأفكار الكارثية واستبدال الصورة لتقليل ردود الفعل العاطفية والتعرف على استراتيجيات التكيف الأمن والغير أمن من خلال ممارسة الأنشطة الممتعة، الأنشطة الروتينية الاعتيادية والتعرف إلى استجاباتهم الجسدية والعاطفية لتصبح معرفة وقابلة للتعامل معها من خلال تطبيع انفعالاتهم حتى لا يشعروا أنهم منعزلين. تعلم وممارسة السيطرة على الأفكار المتطفلة والخيالات من الناحية البصرية والسمعية والشمية والحس حركية والكوابيس من خلال تعلم أساليب السيطرة التخيلية تطوير إدراك القلق ومواجهته من خلال تحديد الإشارات الداخلية والخارجية المسببة للقلق تعلم وممارسة أسلوب التحصين ضد الضغوط (الغضب) وخفض شدة وتكرارات استجابة الانزعاج والقلق و خفض الرابطة بين القلق والانزعاج وإشارات القلق الداخلية والخارجية وممارسة التدرج بالمذكرات التي تسبب الكرب حسب الأماكن والناس والمواقف والأصوات والروائح لخفض شدة وتكرارات استجابة الانزعاج والقلق من خلال التعريض المتسلسل باستخدام استراتيجيات السيطرة وتطبيقها في مواقف الحياة واستخدام أسلوب حل المشكلات في حياتهم اليومية من خلال التوجه والتصنيف والنموذج العلاقي لتعزيز قدراتهم على التكيف وإعادة الاندماج مع الواقع والتعامل مع المواقف المثيرة والمهددة لديهم في المستقبل من خلال استخدام أساليب السيطرة التخيلية بالتعريض والتحكم بالأعراض الجسدية والعاطفية الناتجة عن مواقف القلق والكرب باستخدام الاسترخاء التنفسي

كما يرى الباحث أن طبيعة المكان الذي طبق فيه البرنامج من حيث الهدوء وتوفر المواد اللوجستية التي وفرها الباحث ساعد على تحقيق الفاعلية للبرنامج.

ومن خلال هذه الدراسة والدراسات السابقة يتضح مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة للمراهقين من كلا الجنسين وهو يركز على إعادة البناء المعرفي والاطر التخطيطية لإكساب المراهقين البصيرة وكيفية التفكير وتغيير الأفكار السالبة فالنموذج المعرفي لا يتعامل مع الأعراض فقط وإنما يتعامل مع الأفكار الأكثر عمومية ومع نظرة المريض للحياة، وبذلك يعد المريض لتجنب الوقوع في الاضطراب الانفعالي مرة أخرى بسبب افكاره الخاطئة وبالتالي يكون قادراً على التعامل مع صعوبات الحياة التي تواجهه مستقبلاً نتيجة لعوامل داخلية أو خارجية، فكما يرى علماء المدرسة المعرفية بأن العلاج المعرفي السلوكي يحدث تغيرات معرفية وانفعالية وسلوكية تجعل الفرد أقل اضطراباً في الوقت الحاضر وأقل قابلية للاضطرابات في المستقبل كما ويرى الباحث أن مساعدته لأفراد المجموعة التجريبية ذكورا وإناثاً من خلال مراجعة الواجب المنزلي وتدريبهم على جدولة الأنشطة والأنشطة السارة وإعادة البناء المعرفي وكيفية والتحكم بالأعراض الجسدية والعاطفية وطرق التعامل مع الاجترار والانشغال والاقترام والتجنب واستعادة الخبرة الصادمة ساهم في تحقيق الفاعلية؛ لأن هذا العلاج يحتاج إلى متابعة الأفراد في المجموعة التجريبية من قبل الباحث لتجاوز الصعوبات التي يمكن أن تواجههم أثناء فترة التطبيق وأثناء ممارستهم للواجب المنزلي.

الفرضية الرابعة: ينص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات المتغيرات النفسية لدى المراهقين المجموعة التجريبية في برنامج علاج العقل والجسم.

للتحقق من الفرضية الرابعة قام الباحث بإيجاد اختبار ولكوكسون (Wilcox on T-statistic) اللامعلمي لأن حجم العينة صغيرة والبيانات غير طبيعية ولدراسة وسطي مجتمعين في حالة العينات المرتبطة، وذلك لكشف الفروق بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في المتغيرات النفسية لدى طلبة المجموعة التجريبية التي تم إخضاعها لبرنامج علاج العقل والجسم، وذلك حسب نوع الجنس (ذكور - إناث)، ثم قام الباحث بحساب حجم التأثير مربع إيتا لكل متغير من المتغيرات النفسية، والنتائج الخاصة بذلك موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (5-13)

يوضح المتوسط الحسابي لدرجات القياس القبلي والقياس البعدي في المتغيرات النفسية، وقيمة اختبار ولوكسون (Wilcoxon on T-statistic) وقيمة إيتا لقياس حجم التأثير للمراهقين في المجموعة التجريبية - برنامج العقل والجسم

الاناث				الذكور				برنامج العقل والجسم				المتغيرات
حجم الأثر	قيمة (z)	المتوسط البعدي	المتوسط القبلي	حجم الأثر	قيمة (z)	المتوسط البعدي	المتوسط القبلي	حجم الأثر	قيمة (z)	المتوسط البعدي	المتوسط القبلي	
4.2	-2.8**	24.9	48.3	4.1	-2.8**	25.8	45.5	4.1	-3.9**	25.4	46.9	كرب ما بعد الصدمة
5.6	-2.8**	9.9	21.1	4.8	-2.7**	9.7	18.5	5.0	-3.8**	9.8	19.8	استعادة الخبرة الصادمة
3.2	-2.7**	5.9	12.3	1.8	-2.1*	7.2	11.4	2.4	-3.4**	6.6	11.9	تجنب الخبرة الصادمة
1.8	-2.1*	7.9	12.7	2.6	-2.5*	8.3	13.4	2.1	-3.2**	8.1	13.1	الاستشارة
2.3	-2.5*	38.2	59.4	2.1	-2.3*	39.5	61.5	2.1	-3.4**	38.9	60.5	معارف سلبية عن الذات
1.5	-2.0*	27.5	34.0	1.0	-1.6//	26.6	32.0	1.2	-2.6**	27.1	33.0	معارف سلبية عن العالم
1.9	-2.2*	10.5	13.9	2.5	-2.3*	7.3	14.4	2.0	-3.3**	8.9	14.2	لوم الذات
2.8	-2.7**	76.2	107.3	2.3	-2.3*	73.4	107.9	2.5	-3.5**	74.8	107.6	المقياس الكلي
3.5	-2.8**	37.5	54.5	2.1	-2.3*	40.6	50.4	2.6	-3.7**	39.1	52.5	القلق - حالة
3.1	-2.8**	33.7	50.7	1.5	-1.9//	35.7	44.3	2.1	-3.4**	34.7	47.5	القلق - سمة
2.3	-2.7**	14.6	26.9	2.1	-2.3*	10.7	24.3	2.2	-3.5**	12.7	25.6	الاكتئاب
1.6	-2.0*	10.3	20.7	2.3	-2.3*	11.9	25.4	1.9	-3.1**	11.1	23.1	السلوك العدواني المباشر
0.8	-1.3//	12.3	18.2	1.7	-1.9//	14.6	28.0	1.3	-2.4**	13.5	23.1	السلوك العدواني اللفظي
1.4	-1.6//	11.8	21.7	1.9	-2.1*	13.0	28.1	1.7	-2.7**	12.4	24.9	العدانية
0.9	-1.4//	20.7	28.1	1.5	-1.9//	16.0	28.5	1.2	-2.4*	18.4	28.3	الغضب
1.3	-1.9//	55.1	88.7	2.3	-2.3*	55.5	110.0	1.8	-3.0**	55.3	99.4	السلوك العدواني الكلي

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة

حجم التأثير: d أكبر من 0.8: حجم تأثير كبير d (0.7-0.5) حجم تأثير متوسط d من 0.2 - 0.4: حجم تأثير ضعيف

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

1- مقياس أعراض كرب ما بعد الصدمة: وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات مقياس أعراض كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة (استعادة الخبرة الصادمة، تجنب الخبرة الصادمة، الاستثارة)، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج العقل والجسم في خفض درجات أعراض كرب ما بعد الصدمة ودرجات بعد استعادة الخبرة الصادمة ودرجات بعد التجنب، و درجات بعد الاستثارة، وهذا يدل على أن درجات أعراض كرب ما بعد الصدمة ودرجات بعد استعادة الخبرة الصادمة ودرجات بعد التجنب، و درجات بعد استثارة الخبرة الصادمة انخفضت عند أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج علاج العقل والجسم، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج علاج العقل والجسم على خفض أعراض كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة لدى المراهقين في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج علاج العقل والجسم له تأثير إيجابي في خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة وأبعادها الثلاثة لدى المراهقين في المجموعة التجريبية، فقد بلغت نسبة التغير 65.0% عند المراهقين في المجموعة التجريبية في أعراض كرب ما بعد الصدمة بعد تطبيق البرنامج.

بالنسبة للذكور: مقياس أعراض كرب ما بعد الصدمة: وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات مقياس أعراض كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة (استعادة الخبرة الصادمة، تجنب الخبرة الصادمة، الاستثارة) لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج علاج العقل والجسم في خفض درجات أعراض كرب ما بعد الصدمة ودرجات بعد استعادة الخبرة الصادمة ودرجات بعد التجنب، و درجات بعد الاستثارة لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن درجات أعراض كرب ما بعد الصدمة ودرجات بعد استعادة الخبرة الصادمة ودرجات بعد التجنب، و درجات بعد الاستثارة انخفضت عند الذكور في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج علاج العقل والجسم، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج علاج العقل والجسم على خفض أعراض كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج العقل والجسم له تأثير إيجابي في خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة وأبعادها الثلاثة لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية. حيث بلغت نسبة

التغير 57.1% عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية في أعراض كرب ما بعد الصدمة بعد تطبيق البرنامج.

بالنسبة للإناث: مقياس أعراض كرب ما بعد الصدمة: وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات مقياس أعراض كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة (استعادة الخبرة الصادمة، تجنب الخبرة الصادمة، الاستثارة) لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج علاج العقل والجسم في خفض درجات أعراض كرب ما بعد الصدمة ودرجات بعد استعادة الخبرة الصادمة ودرجات بعد التجنب، و درجات بعد الاستثارة لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن درجات أعراض كرب ما بعد الصدمة ودرجات بعد استعادة الخبرة الصادمة ودرجات بعد التجنب، و درجات بعد الاستثارة انخفضت عند الإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج علاج العقل والجسم، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج علاج العقل والجسم على خفض أعراض كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج علاج العقل والجسم له تأثير إيجابي في خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية. فقد بلغت نسبة التغير 73.8% عند المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية في أعراض كرب ما بعد الصدمة بعد تطبيق البرنامج.

2- مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة: وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة (معارف سلبية عن الذات، معارف سلبية عن العالم، لوم الذات)، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج العقل والجسم في خفض درجات مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة ودرجات بعد معارف سلبية عن الذات، ودرجات بعد معارف سلبية عن العالم، درجات بعد لوم الذات، وهذا يدل على أن درجات معارف كرب ما بعد الصدمة ودرجات بعد معارف سلبية عن الذات، ودرجات بعد معارف سلبية عن العالم، درجات بعد لوم الذات انخفضت عند المراهقين في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج علاج العقل والجسم، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج العقل والجسم على خفض درجات معارف كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة لدى طلبة المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج علاج العقل والجسم له تأثير إيجابي في خفض

معارف كرب ما بعد الصدمة وأبعادها الثلاثة لدى المراهقين في المجموعة التجريبية. فقد بلغت نسبة التغير 40.3% عند المراهقين في المجموعة التجريبية في معارف كرب ما بعد الصدمة بعد تطبيق البرنامج.

بالنسبة للذكور: مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة: وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة وأبعادها الثلاثة (معارف سلبية عن الذات، معارف سلبية عن العالم، لوم الذات) لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج علاج العقل والجسم في خفض درجات مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة ودرجات بعد معارف سلبية عن الذات، ودرجات بعد معارف سلبية عن العالم، درجات بعد لوم الذات لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن درجات معارف كرب ما بعد الصدمة ودرجات بعد معارف سلبية عن الذات، ودرجات بعد معارف سلبية عن العالم، درجات بعد لوم الذات انخفضت عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج العقل والجسم، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج العقل والجسم على خفض درجات معارف كرب ما بعد الصدمة وأبعادها الثلاثة لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج علاج العقل والجسم له تأثير إيجابي في خفض معارف كرب ما بعد الصدمة وأبعادها الثلاثة لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية. فقد بلغت نسبة التغير 42.5% عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية في معارف كرب ما بعد الصدمة بعد تطبيق البرنامج.

بالنسبة للإناث: مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة: وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة وأبعادها الثلاثة (معارف سلبية عن الذات، معارف سلبية عن العالم، لوم الذات) لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج علاج العقل والجسم في خفض درجات مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة ودرجات بعد معارف سلبية عن الذات، ودرجات بعد معارف سلبية عن العالم، درجات بعد لوم الذات لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن درجات معارف كرب ما بعد الصدمة ودرجات بعد معارف سلبية عن الذات، ودرجات بعد معارف سلبية عن العالم، درجات بعد لوم الذات انخفضت عند المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج علاج العقل والجسم، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج علاج العقل والجسم على خفض درجات معارف كرب ما بعد

الصدمة وأبعاده الثلاثة لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج علاج العقل والجسم له تأثير إيجابي في خفض معارف كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية. فقد بلغت نسبة التغير 38.1% عند المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية في معارف كرب ما بعد الصدمة بعد تطبيق البرنامج.

3- مقياس التقدير الذاتي (حالة القلق، سمة القلق): وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات مقياس التقدير الذاتي (حالة القلق - سمة القلق)، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج علاج العقل والجسم في خفض درجات حالة القلق وسمة القلق، وهذا يدل على أن درجات حالة القلق وسمة القلق انخفضت عند المراهقين في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج علاج العقل والجسم، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج علاج العقل والجسم على خفض درجات حالة القلق وسمة القلق لدى المراهقين في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج علاج العقل والجسم له تأثير إيجابي في خفض درجات حالة القلق وسمة القلق لدى المراهقين في المجموعة التجريبية. فقد بلغت نسبة التغير 48.7% عند المراهقين في المجموعة التجريبية في قلق الحالة وبلغت نسبة التغير في قلق - سمة 52.2% عند المراهقين في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.

بالنسبة للذكور: مقياس التقدير الذاتي (حالة القلق، سمة القلق): وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات مقياس التقدير الذاتي (حالة القلق - سمة القلق) عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج علاج العقل والجسم في خفض درجات حالة القلق وسمة القلق لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن درجات حالة القلق وسمة القلق انخفضت عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج علاج العقل والجسم، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج العقل والجسم على خفض درجات حالة القلق وسمة القلق لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج العقل والجسم له تأثير إيجابي في خفض درجات حالة القلق وسمة القلق لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية. فقد بلغت نسبة التغير 33.1% عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية في قلق الحالة وبلغت نسبة

التغيير في قلق - سمة 31.0% عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.

بالنسبة للإناث: مقياس التقدير الذاتي (حالة القلق، سمة القلق): وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات مقياس التقدير الذاتي (حالة القلق - سمة القلق) عند المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج علاج العقل والجسم في خفض درجات حالة القلق وسمة القلق لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن درجات حالة القلق وسمة القلق انخفضت عند المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج العقل والجسم، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج علاج العقل والجسم على خفض درجات حالة القلق وسمة القلق لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج علاج العقل والجسم له تأثير إيجابي في خفض درجات حالة القلق وسمة القلق لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية. فقد بلغت نسبة التغيير 66.7% عند المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية في قلق الحالة وبلغت نسبة التغيير في قلق - سمة 79.8% عند المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.

4- مقياس بك للاكتئاب النفسي: وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات الاكتئاب النفسي، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج علاج العقل والجسم في خفض درجات الاكتئاب النفسي، وهذا يدل على أن درجات الاكتئاب النفسي انخفضت عند أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج علاج العقل والجسم، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج علاج العقل والجسم على خفض درجات الاكتئاب النفسي لدى المراهقين المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج علاج العقل والجسم له تأثير إيجابي في خفض درجات الاكتئاب النفسي لدى المراهقين في المجموعة التجريبية. فقد بلغت نسبة التغيير 34.5% عند المراهقين في المجموعة التجريبية في مستوى الاكتئاب النفسي بعد تطبيق البرنامج.

بالنسبة للذكور: مقياس بك للاكتئاب النفسي: وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات الاكتئاب النفسي للمراهقين الذكور، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج علاج العقل والجسم في خفض درجات الاكتئاب النفسي عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن درجات

الاكتئاب النفسي انخفضت عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج علاج العقل والجسم، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج العقل والجسم على خفض درجات الاكتئاب النفسي لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج العقل والجسم له تأثير إيجابي في خفض درجات الاكتئاب النفسي عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية. فقد بلغت نسبة التغير 35.1% عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية في مستوى الاكتئاب النفسي بعد تطبيق البرنامج.

بالنسبة للإناث: مقياس بك للاكتئاب النفسي: وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات الاكتئاب النفسي للمراهقات الإناث، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج العقل والجسم في خفض درجات الاكتئاب النفسي عند المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن درجات الاكتئاب النفسي انخفضت عند المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج علاج العقل والجسم، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج علاج العقل والجسم على خفض درجات الاكتئاب النفسي لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج علاج العقل والجسم له تأثير إيجابي في خفض درجات الاكتئاب النفسي عند المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية. فقد بلغت نسبة التغير 34.1% عند المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية في مستوى الاكتئاب النفسي بعد تطبيق البرنامج.

5-مقياس السلوك العدواني: وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات مقياس السلوك العدواني وأبعاده (السلوك العدواني المباشر، السلوك العدواني اللفظي، العدائية، الغضب)، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج العقل والجسم في خفض درجات السلوك العدواني وأبعاده، وهذا يدل على أن درجات أعراض السلوك العدواني بمستوياته الأربعة انخفضت عند المراهقين في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج علاج العقل والجسم، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج علاج العقل والجسم على خفض السلوك العدواني بمستوياته لدى المراهقين في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج علاج العقل والجسم له تأثير إيجابي في خفض السلوك العدواني ومستوياته لدى المراهقين في المجموعة التجريبية. فقد بلغت نسبة التغير 35.4% عند المراهقين في المجموعة التجريبية

في السلوك العدواني بعد تطبيق البرنامج. في حين بلغت نسبة التغير في مستويات السلوك العدواني كالتالي (السلوك العدواني المباشر 36.5%، السلوك العدواني اللفظي 29.2%، العدائية 40.2%، الغضب 35.7%).

بالنسبة للذكور: وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات مقياس السلوك العدواني وأبعاده (السلوك العدواني المباشر، العدائية) لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج علاج العقل والجسم في خفض درجات السلوك العدواني وأبعاده (السلوك العدواني المباشر، العدائية) لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن درجات أعراض السلوك العدواني بأبعاده (السلوك العدواني المباشر، العدائية) انخفضت عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج علاج العقل والجسم، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج علاج العقل والجسم على خفض السلوك العدواني بمستوياته لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن برنامج علاج العقل والجسم له تأثير إيجابي في خفض السلوك العدواني ومستوياته (السلوك العدواني المباشر، العدائية) لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية. فقد بلغت نسبة التغير 47.8% عند المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية في السلوك العدواني بعد تطبيق البرنامج. في حين بلغت نسبة التغير في مستويات السلوك العدواني كالتالي (السلوك العدواني المباشر 44.1%، العدائية 54.1%).

• لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات أبعاد السلوك العدواني التالية (السلوك العدواني اللفظي، الغضب) لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية، ولكن بلغت نسبة التغير عند المراهقين الذكور في مستويات السلوك العدواني مع العلم بانها غير دالة إحصائياً، فكانت (44.1%، السلوك العدواني اللفظي 47.9%، الغضب 45.5%).

بالنسبة للإناث: لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات مقياس السلوك العدواني وأبعاده (السلوك العدواني اللفظي، العدائية، الغضب) لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية، مما يشير إلى عدم فاعلية برنامج علاج العقل والجسم في خفض درجات السلوك العدواني وأبعاده لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية. حيث لوحظ وجود تغير في درجات السلوك العدواني ولكنها غير دالة إحصائياً، فقد بلغت نسبة التغير 24.8% عند المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية في

السلوك العدواني بعد تطبيق البرنامج. في حين بلغت نسبة التغير في مستويات السلوك العدواني كالتالي لهن (السلوك العدواني المباشر 29.5%، السلوك العدواني اللفظي 15.6%، العدائية 28.9%، الغضب 26.5%).

جدول رقم (5-14)

يوضح نسبة التغير في المتغيرات النفسية لدى طلبة المجموعة التجريبية لبرنامج العقل والجسم حسب نوع الجنس

المتغيرات النفسية	نسبة التغير الكلية %	نسبة التغير للذكور %	نسبة التغير للإناث %
كرب ما بعد الصدمة	65.0	57.1	73.8
استعادة الخبرة الصادمة	82.0	65.2	102.8
تجنب الخبرة الصادمة	65.4	48.8	83.1
الاستثارة	45.9	48.1	42.5
معارف سلبية عن الذات	41.9	43.6	40.3
معارف سلبية عن العالم	36.9	31.8	43.3
لوم الذات	38.4	52.2	24.1
المقياس الكلي	40.3	42.5	38.1
القلق - حالة	48.7	33.1	66.7
القلق - سمة	52.2	31.0	79.8
الاكتئاب	34.5	35.1	34.1
السلوك العدواني المباشر	36.5	44.1	29.5
السلوك العدواني اللفظي	29.2	47.9	15.6
العدائية	40.2	54.1	28.9
الغضب	35.7	45.5	26.5
السلوك العدواني الكلي	35.4	47.8	24.8

نسبة التغير % = المتوسط البعدي - المتوسط القبلي / الدرجة الكلية - المتوسط القبلي

أكدت النتيجة التي توصل إليها الباحث في الفرض الرابع إلى: وجود فاعلية للبرنامج علاج العقل والجسم، وقد اتضحت فاعلية البرنامج العلاجي من خلال وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي في مقياس كرب ما بعد الصدمة، وقائمة معارف كرب ما بعد الصدمة، وقائمة بيك للاكتئاب، ومقياس القلق (حالة - سمة) ولوحظ عدم وجود فروق في القياس البعدي والقبلي لدى الذكور في أبعاد مقياس السلوك العدواني بكلاً من (السلوك العدواني اللفظي، الغضب) لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية وتبين وجود فروق بين القياس القبلي والبعدي عند المراهقين الذكور في مستويات السلوك العدواني (السلوك العدواني المباشر، العدائية) ولوحظ عدم وجود فروق بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات مقياس السلوك العدواني وأبعاده (السلوك العدواني اللفظي، العدائية، الغضب) لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية ومما سبق تشير هذه النتائج إلى جدوى وفاعلية برنامج علاج العقل

والجسم المستخدم في خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة لدى عينة الدراسة بمحافظة الشمال.

وعند الموازنة نجد أن الدراسة الحالية اتفقت مع نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة: (Catani et al.2009) دراسة: (Staples et. Al ,2011) دراسة: (CMPM,2008) دراسة: (Gordon et al.2006) دراسة: (CMHP,2005) دراسة: (Gordon et al.2004) في حين وجد الباحث بعض الدراسات السابقة التي تناولت بعض مهارات العقل والجسم في تخفيف حدة كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة القلق والاكتئاب ومنها دراسة: (Gorev,2004).

ويعزو الباحث تفسير هذه النتيجة في ضوء الاتجاه الشمولي المتكامل والذي استخدمه الباحث في البرنامج المستخدم، يضاف إليه العلاقة الودية وجسور الثقة والمحبة التي خيمت على علاقة الباحث - كونه اعتبر نفسه مشاركاً من ضمن المجموعة لكلا الجنسين في التعبير عن مشاعره وتجربته في ممارسة تمارين العقل والجسم، وما الذي أحدثته هذه المهارات المستخدمة بالجلسات من تغير على شخصيته سواء على الصعيد الشخصي أو المهني والتعاون معهم من خلال التعبير عن تجربته وتجاربهم كفرد من المجموعة دون لغة الخبير وهذا ساعد في إزالة الرهبة من نفوسهم والتعبير عن مشاعرهم وأفكارهم ليصبحوا أكثر وعياً بذواتهم وأكثر رعاية لها مما ساعد في تحقيق اندماجهم مع بعضهم البعض ليعيشوا كأ أسرة واحدة، إضافةً إلى أسلوب التعزيز والتشجيع والتطبيع والتعليم والاستماع إلى مشاعرهم وأفكارهم دون زجر والتقبل الغير مشروط لهم والمساندة لهم اثناء الجلسات إضافة إلى تفهم ظروفهم ومشاكلهم ومخاوفهم ومحاولة مساعدتهم من خلال الوعي بمشاعرهم وأفكارهم.

كما ويرى الباحث أن فاعلية البرنامج اتفقت مع الأهداف والمهارات التي تم وضعها والتي ركزت على الأدوار العلاجية بين المعالج والمجموعة (الواجبات والمسئوليات) من خلال بناء الحلف العلاجي وفهم برنامج العقل والجسم والتعرف على اضطراب ما بعد الصدمة من حيث تعريفه وأسبابه وأعراضه ومآله من خلال فهم النموذج التفاعلي للعقل والجسم وأثاره على الفكر والمشاعر والجسد والسلوك من خلال التطبيع والتعليم و إدراك الذات من خلال صورة الشخص عن نفسه وأدراك المشكلة وأعراضها والتعبير عن مشاعرهم من خلال الرسومات و خفض حدة التوتر والقلق من خلال توجيه الطاقة الخاصة بالجسم بشكل انسيابي لكسر الحاجز النفسي والعادة الجسدية الروتينية لخفض حدة أعراض الضغط والإجهاد بممارسة الاسترخاء التنفسي والعادة والحركة ومعرفة الاحتياجات الفعلية للجسم من خلال معرفة طرق الغذاء السليمة بممارسة التأمل بالأكل الواعي وتطوير الوعي بالذات لتعزيز الرعاية الذاتية بادراك نموذج العلاقات العائلية لمعرفة

التحديات ونقاط القوة المرتبطة بالأجيال السابقة والمقبلة لتطوير إدراكهم من خلال قصة العائلة باستخدام الحكمة والتأمل والوعي بمشاعرهم وعواطفهم الناتجة المشكلة من خلال ممارسة الحوار مع الأعراض وفهم المشكلة وسببها من خلال ممارسة تمرين التخيل التصوري وتقوية قدرة العقل على السيطرة على ردود الفعل الجسمية والعاطفية من خلال التزود بالتخيل الأمن أثناء العمل التجريبي وخفض مؤشرات الانزعاج والإحساسات الجسمية الناتجة عن المواقف المثيرة للقلق لتعامل مع المشاعر المؤلمة والمسببة للاضطراب للمصالحة مع الماضي من خلال تطوير الوعي الذاتي لتعزيز الشفاء العاطفي والتسامح من خلال ممارسة التأمل بالتأمل بالفقد والعفو لتعزيز قدراتهم على التكيف وإعادة الاندماج مع الواقع.

كما ويرى الباحث أن ممارسة مهارات العقل والجسم ساهمت في تحقيق التكيف والاندماج مع الواقع وذلك بسبب تطور الاتجاه الايجابي نحو الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية وقدرتهم على التحكم بالأعراض الجسدية والعاطفية الناتجة عن الضغط والإجهاد المتعلق بآثار الحروب من خلال ممارسة الاسترخاء والتأمل والتخيل والرسومات لتعزيز الرعاية الذاتية والوعي الذاتي كما أن التمارين المستخدمة بالعقل والجسم سهلة في الممارسة بحيث يصبح الفرد ممارساً لها بعد تعلمها دون الحاجة إلى المساعدة أو المساندة كما أنه يمكن أن يمارسها في أي مكان يرتئيه، والتي تساعده بطبيعتها على الهدوء والشعور بالراحة والتحكم بالتغيرات الجسدية والعاطفية التي تحدث معه.

كما ولم يجد الباحث دراسة تناولت موضوع العقل والجسم وتأثيره على السلوك العدواني على حدود علم الباحث ويعزو الباحث تفسير نتيجة الدراسة المتعلقة بعدم وجود فروق لدى الذكور بأبعاد مقياس السلوك العدواني (السلوك اللفظي والغضب) والإناث في (السلوك اللفظي والعدائية والغضب) إلى ما يلحقهم من ضغوط ومتطلبات حياتيه أكبر من قدراتهم وطاقاتهم نتيجة الظروف السياسية والاقتصادية السائدة في المنطقة، وكذلك طبيعة التنشئة الاجتماعية من خلال استخدام العدوان اللفظي من قبل الراشدين سواء على الأسرة والمجتمع أو الأقران من نفس الجيل منذ الطفولة فهي أصبحت بمثابة عادة دارجة داخل المجتمع ونظراً لتدني المستوى التعليمي للوالدين وعدم قدرتهم على التعامل بهدوء مع المشاكل اليومية التي تواجه الأسرة سواء للذكور أو الإناث مما يجعلهم أكثر عصبية واستخداماً للسلوك العدواني وأيضاً انشغال الأسرة عامة في تحسين الدخل وهذا يعني تعدد المسؤوليات الملقاة على عاتق الذكور بمنطقة الشمال التي تتطلب منه أن يكون طالباً تارة ومزارعاً وعاملاً تارة وجندياً ومقاوماً تارة مدافعاً عن وطنه تارة أخرى مما يدفعهم إلى الغضب والتفكير السلبي وفي الوقت ذاته الفتاة التي تعاني من نفس الظروف في ظل مستوى

متدني للوالدين ووضع اقتصادي سيئ وتمسك ببعض العادات والتقاليد الخاطئة بالماضي كحرمان الفتاة من التعليم أو الخروج من المنزل والمشاركة بالأنشطة المجتمعية الهادفة وتدريبها على إدارة المنزل والتعامل معها بقسوة على اعتبار أنها أصبحت ناضجة أو تزويجها لأحد الأقارب خوفاً على الميراث وهي قاصرة ودون أخذ وجهة نظرها بعين الاعتبار، كل ذلك يدفع إلى العدوان اللفظي والغضب.

الفرضية الخامسة: ينص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي في درجات المتغيرات النفسية لدى المراهقين في المجموعة التجريبية في برنامج المعرفي السلوكي.

للتحقق من الفرضية الخامسة قام الباحث بإيجاد اختبار ولكوكسون (Wilcoxon on T-statistic) اللامعلمي لأن حجم العينة صغيرة والبيانات غير طبيعية ولدراسة وسطي مجتمعين في حالة العينات المرتبطة، وذلك لكشف الفروق بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي في المتغيرات النفسية لدى المراهقين في المجموعة التجريبية التي تم إخضاعها لبرنامج المعرفي السلوكي، وذلك حسب نوع الجنس (ذكور - إناث)، والنتائج الخاصة بذلك موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (5-15)

يوضح المتوسط الحسابي لدرجات القياس البعدي والقياس التتبعي في المتغيرات النفسية، وقيمة اختبار ولكوكسون (Wilcoxon on T-statistic) المراهقين في المجموعة التجريبية - برنامج المعرفي السلوكي

المتغيرات	العينة الكلية (برنامج العلاج المعرفي السلوكي)			الذكور			الإناث		
	المتوسط البعدي	المتوسط التتبعي	قيمة (z)	المتوسط البعدي	المتوسط التتبعي	قيمة (z)	المتوسط البعدي	المتوسط التتبعي	قيمة (z)
كرب ما بعد الصدمة	19.6	26.6	** -3.51	22.9	32.3	** -2.81	16.3	20.9	* -2.10
استعادة الخبرة الصادمة	7.4	10.9	** -2.59	9.5	11.9	// -1.72	5.3	9.8	// -1.90
تجنب الخبرة الصادمة	4.6	6.4	// -1.75	5.5	8.7	// -1.76	3.7	4.0	// -0.59
الاستشارة	6.6	8.6	// -1.72	7.2	10.4	// -1.38	6.0	6.8	// -0.90
معارف سلبية عن الذات	32.5	45.7	* -3.15	38.7	46.7	// -1.79	26.2	44.6	** -2.70
معارف سلبية عن العالم	21.0	26.5	** -2.74	22.9	28.8	* -2.00	19.0	24.2	// -1.78
لوم الذات	7.7	10.4	* -2.29	8.7	10.8	// -1.07	6.6	9.9	* -2.14
المقياس الكلي	61.1	82.5	** -3.42	70.3	86.3	* -2.19	51.8	78.7	** -2.67
القلق - حالة	34.9	44.0	** -3.17	39.2	47.0	* -2.09	30.6	40.9	* -2.40
القلق - سمة	32.6	41.1	** -3.41	36.5	46.3	** -2.81	28.7	35.8	// -1.69

// -1.41	11.4	2.4	** -2.81	19.5	11.8	** -3.33	15.5	7.1	الاكتئاب
// -1.37	8.9	4.1	// -1.84	17.6	12.0	* -2.44	13.3	8.1	السلوك العدواني المباشر
// -1.48	8.7	3.1	// -1.42	16.2	12.8	* -2.03	12.5	8.0	السلوك العدوان اللفظي
// -1.90	12.2	5.0	* -2.32	13.8	10.9	** -2.79	13.0	8.0	العداية
* -2.25	21.8	6.7	// -0.48	20.6	19.2	* -2.05	21.2	13.0	الغضب
// -1.89	51.6	18.9	// -1.90	68.2	54.9	** -2.63	59.9	36.9	السلوك العدواني الكلي

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة

النتيجة العامة: ويتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي للمراهقين في المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في أبعاد مقياس كرب ما بعد الصدمة التالية (تجنب الخبرة الصادمة، الاستثارة)، وهذا يدل على استمرارية الأثر الإيجابي لخفض مستوى التغيرات النفسية السلبية في (تجنب الخبرة الصادمة وبعد الاستثارة) لدى المراهقين في المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي، وهذا يعطي مؤشر على أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي بجلساته تعمل على استقرار التحسن لدى المراهقين في المرحلة الثانوية في أبعاد كرب ما بعد الصدمة (تجنب الخبرة الصادمة، الاستثارة).

• في حين لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي للمراهقين في المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في المتغيرات النفسية التالية (الدرجة الكلية لكرب ما بعد الصدمة، بعد استعادة الخبرة الصادمة، معارف كرب ما بعد الصدمة وأبعاده، التقدير الذاتي (قلق حالة - قلق سمة)، الاكتئاب النفسي، السلوك العدواني ومستوياته)، والفروق كانت لصالح القياس التتبعي، حيث زادت درجات المراهقين في هذه المتغيرات، مما يعني بأن درجاتهم على هذه المقاييس زادت في القياس التتبعي، وهذا يدل على عدم استمرارية الأثر الإيجابي لخفض مستوى التغيرات النفسية السلبية لدى المراهقين في المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي، مما يعني بأن التحسن الإيجابي الذي أحدثه برنامج العلاج المعرفي السلوكي كان لحظة تطبيق البرنامج فقط.

نتيجة الذكور: ويتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي للمراهقين الذكور في المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في المتغيرات النفسية التالية (استعادة الخبرة الصادمة، تجنب الخبرة الصادمة، استثارة الخبرة الصادمة، المعارف السلبية عن الذات، لوم الذات، السلوك العدواني المباشر، السلوك العدواني اللفظي، الغضب، السلوك العدواني الكلي)، وهذا يدل على

استمرارية الأثر الإيجابي لخفض مستوى التغيرات النفسية السلبية لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي، وهذا يعطي مؤشر على أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي بجلساته تعمل على استقرار التحسن لدى المراهقين الذكور في المرحلة الثانوية في المتغيرات النفسية السلبية.

• في حين لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي للمراهقين الذكور في المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في المتغيرات النفسية التالية (الدرجة الكلية لكرب ما بعد الصدمة، معارف سلبية عن العالم، الدرجة الكلية لمعارف كرب ما بعد الصدمة، التقدير الذاتي (قلق حالة - قلق سمة)، الاكتئاب النفسي، مستوى العدائية للسلوك العدوانية)، والفروق كانت لصالح القياس التتبعي، حيث زادت درجات المراهقين الذكور في هذه المتغيرات، مما يعني بأن درجاتهم على هذه المقاييس زادت في القياس التتبعي، وهذا يدل على عدم استمرارية الأثر الإيجابي لخفض مستوى التغيرات النفسية السلبية لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي، مما يعني بأن التحسن الإيجابي الذي أحدثه برنامج العلاج المعرفي السلوكي كان لحظة تطبيق البرنامج فقط على المراهقين الذكور.

نتيجة الإناء: ويتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي للمراهقات الإناث في المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في المتغيرات النفسية التالية (استعادة الخبرة الصادمة، تجنب الخبرة الصادمة، استثارة الخبرة الصادمة، المعارف السلبية عن العالم، التقدير الذاتي (قلق سمة)، الاكتئاب النفسي، السلوك العدواني المباشر، السلوك العدواني اللفظي، العدائية، السلوك العدواني الكلي)، وهذا يدل على استمرارية الأثر الإيجابي لخفض مستوى التغيرات النفسية السلبية لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي، وهذا يعطي مؤشر على أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي بجلساته تعمل على استقرار التحسن لدى المراهقات الإناث في المرحلة الثانوية في المتغيرات النفسية السلبية.

• في حين لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي للمراهقات الإناث في المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في المتغيرات النفسية التالية (الدرجة الكلية لكرب ما بعد الصدمة، معارف سلبية عن الذات، لوم الذات، الدرجة الكلية لمعارف كرب ما بعد الصدمة، التقدير الذاتي (قلق حالة)، مستوى الغضب للسلوك العدواني)، والفروق كانت لصالح القياس التتبعي، حيث زادت درجات المراهقات

الإناث في هذه المتغيرات، مما يعني بأن درجاتهم على هذه المقاييس زادت في القياس التتبعي، وهذا يدل على عدم استمرارية الأثر الإيجابي لخفض مستوى التغيرات النفسية السلبية لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي، مما يعني بأن التحسن الإيجابي الذي أحدثه برنامج العلاج المعرفي السلوكي كان لحظة تطبيق البرنامج فقط على المراهقات الإناث.

ويرى الباحث أن النتيجة التي توصل إليها في الفرض الرابع من خلال: عدم وجود فاعلية للبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في الجانب التتبعي، وقد اتضحت فاعلية البرنامج العلاجي من خلال عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي للمراهقين في المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في أبعاد مقياس كرب ما بعد الصدمة التالية (تجنب الخبرة الصادمة، الاستثارة) ولوحظ وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتتبعي في (استعادة الخبرة الصادمة، تجنب الخبرة الصادمة، استثارة الخبرة الصادمة، المعارف السلبية عن الذات، لوم الذات، السلوك العدواني المباشر، السلوك العدواني اللفظي، الغضب، السلوك العدواني الكلي) عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي للمراهقين الإناث في المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في المتغيرات النفسية التالية (استعادة الخبرة الصادمة، تجنب الخبرة الصادمة، استثارة الخبرة الصادمة، المعارف السلبية عن العالم، التقدير الذاتي (قلق سمة)، الاكتئاب النفسي، السلوك العدواني المباشر، السلوك العدواني اللفظي، العدائية، السلوك العدواني الكلي)، في حين لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي للمراهقين الإناث في المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في المتغيرات النفسية التالية (الدرجة الكلية لكرب ما بعد الصدمة، معارف سلبية عن الذات، لوم الذات، الدرجة الكلية لمعارف كرب ما بعد الصدمة، التقدير الذاتي (قلق حالة)، مستوى الغضب للسلوك العدواني) وهذا يدل على عدم استمرارية الأثر الإيجابي لخفض مستوى التغيرات النفسية السلبية لدى المراهقين الإناث في المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي ومما سبق تشير هذه النتائج إلى عدم فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي المستخدم في خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة لدى عينة الدراسة بمحافظة الشمال.

وعند الموازنة نجد أن الدراسة الحالية اختلفت مع نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة: (ضمرة وآخرون، 2013) دراسة: (عيطة، 2013) دراسة: (محمد، 2011) دراسة: (بدران،

(2010) دراسة: (السنباتي، 2005) ومن الدراسات الأجنبية دراسة (Wild , Ehlers, 2010) دراسة (Cohen et al , 2001) دراسة كنج (King, 2000)

ويمكن تفسير النتيجة التي توصل إليها الباحث في دراسته إلى عدم استمرارية الأثر الإيجابي لخفض مستوى التغيرات النفسية السلبية لدى الجنسين في المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي، على الرغم من عدم وجود فروق في بعض المقاييس أو الأبعاد إلا أن الفروق التي كانت لصالح القياس التتبعي عملت على عدم استقرار التحسن الإيجابي للجنسين في المجموعة التجريبية، ويشير الباحث إلى أن صغر عينة الدراسة وعدم تفهم بعض أسر المراهقين لثقافة العلاج النفسي واعتباره وصمة، ولعدم تجاوب بعض أولياء الأمور في التعاون مع أبنائهم من أجل مساعدتهم على التعافي، كما أن الدلالة الإحصائية تشير إلى عدم وجود فروق في جوانب وهذا يشير إلى أهمية الدلالة الإكلينيكية والتي تقول أن التعافي والشفاء يحدث بتفاوت بين أفراد المجموعة نفسها وتفاوت درجات التعافي من ناحية إكلينيكية بين أفراد المجموعة إضافة إلى المنهج العلاجي المعرفي السلوكي المستخدم بالدراسة وهو عبارة عن عملية تشاركية تنص على أن يقوم المشاركين بممارسة ما قاموا بتعلمه بعد الانتهاء من تنفيذ جلسات البرنامج في حياتهم اليومية ولكن نظراً لانشغالهم بمثيرات أخرى كالدراسة والعمل لتحسين الدخل الاقتصادي والتفاعل مع الجماعة كما أن مستوى الدراسة يلعب دوراً في مدى الاستفادة إضافة إلى أن تعليمات وشروط العلاج المعرفي السلوكي كانت واضحة وفعالة في القياس البعدي نظراً لمتابعة الباحث معهم ولكنها اختلفت في ظل القياس التتبعي وكان هناك عدم استقرار نظراً لانشغال المراهقين بواقعهم إضافة إلى أن الفنيات المستخدمة بالعلاج المعرفي السلوكي مجهدة وتحتاج إلى وقت وتركيز ومراقبة ذاتية للأفكار وممارسة لتمرارين الاسترخاء والتخيل والتي تعمل على التحكم بالأعراض الجسدية والعاطفية وفي ظل عدم قدرة المراهقين على التعبير عن أنفسهم ونظراً لعدم تشجيع والديهم لهم لكثرة المتطلبات جعلهم أكثر تقاعساً من استخدام هذه التمارين، كما أن المراهق مكلف ببذل جهد لتجاوز المرحلة الثانوية وهذا يتطلب التحضير وحل الواجبات والمراجعة إضافة إلى ممارسة دور المعيل للأسرة ومما سبق يتضح أن العلاج المعرفي السلوكي يحتاج إلى ممارسة ومتابعة من قبل المراهق للوقاية من الانتكاس دون أن يترك نفسه مع أفكاره وإدراكاته المشوهة عن الواقع.

ومن خلال مراجعة التراث الأدبي السيكلوجي وآراء رواد العلاج المعرفي في العلاج النفسي (بيك Beck، اليس Ellis) إلى أن الأفكار السلبية نحو المواقف والأحداث تزيد من التشويه المعرفي الإدراكي وتؤدي إلى أن يتفاعل الفرد مع تلك المواقف والأحداث بطرق غير تكيفية، وهذا الغلاف يشوه إدراك الأحداث ما هو الا سلسلة من الاعتقادات السلبية تتعلق بالعديد من المجالات

مثل النجاح والفشل القبول الرفض من الآخرين، الصحة المرض المكسب أو الخسارة وحين يصبح الفرد مضطرباً انفعالياً فعادة ما يشوه جميع خبراته وإدراكاته في اتجاه سلبي، ثم يصل إلى استنتاجات خاطئة من مقدمات محرفة الامر الذي يدعم بدوره تقديره السلبي لذاته. (عبد الله، 1991: 3)

وكما يرى الباحث أن العينة هي بطبيعتها من المراهقين من المرحلة الثانوية وهذه المرحلة تتميز في البحث عن الهوية التي تمنحه الشعور بالإنجاز وبالقيمة والمعنى الحقيقي للحياة، وما تتميز به هذه المرحلة في ظل واقع المجتمع الفلسطيني هو التمرد والرفض وأحياناً التطرف للتعبير عن مقاومته للمعايير الاجتماعية والتوجهات التي تمارسها السلطة الوالدية والاجتماعية وهذا يزيد إحساساً بالاغتراب عن الذات وعن الأسرة وواقعه، وفي النهاية ينفصل عن ذاته مما يؤثر على افكاره ومشاعره وسلوكه قد ساهم بشكل أو بآخر في تعميق أزمة الهوية عند المراهق، فغياب القدوة الصالحة التي تساعد على تكوين صورة حقيقية عن هويته بالإضافة لعدم منحه الإحساس بقيمته الاجتماعية ويتأثر المراهق تأثراً سريعاً بالمثيرات الانفعالية المختلفة نتيجة لاختلال اتزانه الغدي الداخلي، ولتغير الطبيعة الادراكية لبيئته المحيطة به. فهو مرهف الحس تسيل مدامعه سراً وجهرًا، ويذوب أسى وحزناً حينما يمسه الناس بنقد هادئ، كما يشعر بالضيق والحرص حينما يتلو نصاً على جماعة قسمه أو يلقي حديثاً أمام مدرسته أن أهم ما يشغل بال المراهق هو مظهره وسلوكه، وهو أمر طبيعي في هذه المرحلة التي يخشى المراهق فيها على ما سيكون عليه تكوينه الجسمي ومستقبله ومركزه الاجتماعي وكفاءته وجاذبيته بالنسبة للجنس الآخر. ولهذا يكون حساساً بشكل واضح لفكرة الآخرين عنه فيما يشغل باله هو وتصل الحساسية نحو الذات بالمراهق إلى الحد الذي يتوهم معه باستمرار وكأن هناك شخصاً يشاهده في حركاته وسكناته، وفي مظهره وفي كلامه وتصرفه، سواء كان وحده أو وسط جماعة. والمراهق يتوهم وجود ذلك الشخص لأنه يعتقد أنه في مركز اهتمام الآخرين أو في بؤرة انتباههم. وعلي ذلك فهو يراجع نفسه في كل تصرف قبل أن يقدم عليه، وفي كل مظهر قبل أن يواجه الناس به

ويعزو الباحث عدم استمرارية فاعلية برنامج العلاج السلوكي المعرفي إلى: طبيعة التنشئة الاسرية والبيئة المحيطة، حيث أن التفكير ينمو ويتطور ويتأثر بواقع التربية الأسرية والاجتماعية التي يتعرض لها المراهقين وهذا الاستنتاج يتفق مع التراث الادبي السيكولوجي على أن التفكير اللاعقلاني وزيادة تفاقم الاضطراب يرجع في نشأته إلى التعلم المبكر من والديه ومن الثقافة التي يعيش فيها وان ما يتعرض له المراهقين من كلا الجنسين سواء من تكيل أو تهديد لأمنهم ومستقبلهم وعدم الاستقرار الناتج عن التهديد والصراخ والعصبية والقسوة الزائدة والتمسك ببعض

العادات والتقاليد كالتأثر والخلافات على الميراث والعنف المستخدم من قبل الوالدين أو ما يسموه المراهقين من قصص وروايات غير منطقية وفاقة للدليل كالجن والشعوذة وتضخيم هذه الروايات مع التهديد بالعقاب أو المتمثلة في القلق من حدوث الكوارث ومخاطر من تجدد الحرب الناتجة عن الاحتلال الاسرائيلي وخاصة انها منطقة حدودية ساخنة تؤدي إلى تشويش أفكارهم مما يؤدي إلى تشوهات معرفية تغلب على سلوكهم وتجعلهم أكثر قلقا.

الفرضية السادسة: ينص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي في درجات المتغيرات النفسية لدى المراهقين المجموعة التجريبية في برنامج العقل والجسم.

للتحقق من الفرضية الخامسة قام الباحث بإيجاد اختبار ولكوكسون (Wilcox on T-statistic) اللامعلمي؛ لأن حجم العينة صغيرة والبيانات غير طبيعية ولدراسة وسطي مجتمعين في حالة العينات المرتبطة، وذلك لكشف الفروق بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي في المتغيرات النفسية لدى المراهقين المجموعة التجريبية التي تم إخضاعها لبرنامج علاج العقل والجسم، وذلك حسب نوع الجنس (ذكور - إناث)، والنتائج الخاصة بذلك موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (5-16)

يوضح المتوسط الحسابي لدرجات القياس البعدي والقياس التتبعي في المتغيرات النفسية، وقيمة اختبار ولكوكسون (Wilcox on T-statistic) للمراهقين في المجموعة التجريبية - برنامج العقل والجسم

المتغيرات	العينة الكلية (برنامج العقل والجسم)			الذكور			الإناث		
	المتوسط البعدي	المتوسط التتبعي	قيمة (z)	المتوسط البعدي	المتوسط التتبعي	قيمة (z)	المتوسط البعدي	المتوسط التتبعي	قيمة (z)
كرب ما بعد الصدمة	25.4	26.5	//-0.019	25.8	27.4	//-0.20	24.9	25.5	//-0.31
استعادة الخبرة الصادمة	9.8	10.0	//-0.04	9.7	10.6	//-0.48	9.9	9.3	//-0.41
تجنب الخبرة الصادمة	6.6	7.1	//-0.525	7.2	7.9	//-0.70	5.9	6.3	//0.01
الاستئثار	8.1	8.3	//-0.243	8.3	7.9	//-0.16	7.9	8.7	//-0.71
معارف سلبية عن الذات	38.9	38.5	//-0.196	39.5	41.2	//-0.42	38.2	35.8	//-0.61
معارف سلبية عن العالم	27.1	25.9	//-0.673	26.6	28.1	//0.01	27.5	23.7	//-1.12
لوم الذات	8.9	10.4	//-1.31	7.3	11.6	*-2.40	10.5	9.2	//-0.56
المقياس الكلي	74.8	74.8	//-0.037	73.4	80.9	//-0.92	76.2	68.7	//-0.82

// -0.20	36.8	37.5	// -0.15	40.5	40.6	// -0.149	38.7	39.1	القلق - حالة
// -0.10	32.9	33.7	// -1.17	38.9	35.7	// -0.654	35.9	34.7	القلق - سمة
// -0.72	12.2	14.6	// -0.95	13.0	10.7	// -0.101	12.6	12.7	الاكتئاب
// -0.87	8.7	10.3	// -0.30	12.7	11.9	// -0.302	10.7	11.1	السلوك العدواني المباشر
// -0.18	11.8	12.3	// -0.41	14.1	14.6	// -0.424	13.0	13.5	السلوك العدواني اللفظي
// -0.56	10.1	11.8	// -1.48	17.9	13	// -0.579	14.0	12.4	العدائية
// -1.12	15.9	20.7	// -0.87	19.1	16	// -0.243	17.5	18.4	الغضب
// -1.07	46.5	55.1	// -0.76	63.8	55.5	// -0.037	55.2	55.3	السلوك العدواني الكلي

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة

النتيجة العامة: ويتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي للمراهقين في المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج العقل والجسم في المتغيرات النفسية التالية (كرب ما بعد الصدمة، معارف كرب ما بعد الصدمة، التقدير الذاتي (قلق حالة - قلق سمة)، الاكتئاب النفسي، السلوك العدواني ومستوياته)، وهذا يدل على استمرارية الأثر الإيجابي لخفض مستوى التغيرات النفسية السلبية لدى طلبة المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج علاج العقل والجسم، وهذا يعطي مؤشر على أن برنامج علاج العقل والجسم بجلساته تعمل على استقرار التحسن لدى المراهقين في المرحلة الثانوية في المتغيرات النفسية السلبية، وهو ما يحقق صحة الفرض.

نتيجة الذكور: ويتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي للمراهقين الذكور في المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج علاج العقل والجسم في المتغيرات النفسية التالية (كرب ما بعد الصدمة، معارف كرب ما بعد الصدمة، التقدير الذاتي (قلق حالة - قلق سمة)، الاكتئاب النفسي، السلوك العدواني ومستوياته)، وهذا يدل على استمرارية الأثر الإيجابي لخفض مستوى التغيرات النفسية السلبية لدى المراهقين الذكور في المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج علاج العقل والجسم، وهذا يعطي مؤشر على أن برنامج علاج العقل والجسم بجلساته تعمل على استقرار التحسن لدى المراهقين الذكور في المرحلة الثانوية في المتغيرات النفسية السلبية.

نتيجة الإناث: ويتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي للمراهقات الإناث في المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج علاج العقل والجسم في المتغيرات النفسية التالية (كرب ما بعد الصدمة، معارف

كرب ما بعد الصدمة، التقدير الذاتي (قلق حالة - قلق سمة)، الاكتئاب النفسي، السلوك العدواني ومستوياته)، وهذا يدل على استمرارية الأثر الإيجابي لخفض مستوى التغيرات النفسية السلبية لدى المراهقات الإناث في المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج علاج العقل والجسم، وهذا يعطي مؤشر على أن برنامج علاج العقل والجسم بجلساته تعمل على استقرار التحسن لدى المراهقات الإناث في المرحلة الثانوية في المتغيرات النفسية السلبية..

وتؤكد نتائج الدراسة الحالية التي توصل إليها الباحث في الفرض السادس اختلفت من خلال: وجود فاعلية للبرنامج علاج العقل والجسم في الجانب التنبعي، وقد اتضحت فاعلية البرنامج العلاجي من خلال عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التنبعي للمراهقين في المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج علاج العقل والجسم في المتغيرات النفسية التالية (كرب ما بعد الصدمة، معارف كرب ما بعد الصدمة، التقدير الذاتي (قلق حالة - قلق سمة)، الاكتئاب النفسي، السلوك العدواني ومستوياته) ومما سبق تشير هذه النتائج إلى جدوي وفاعلية برنامج علاج العقل والجسم المستخدم في خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة لدى عينة الدراسة بمحافظة الشمال.

وعند الموازنة نجد أن الدراسة الحالية اتفقت مع نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة: (Catani et al.2009) دراسة: (Staples et. Al, 2011) دراسة: (CMPM,2008) دراسة: (Gordon et al.2006) دراسة: (CMHP,2005) دراسة: (Gordon et al.2004) في حين وجد الباحث بعض الدراسات السابقة التي تناولت بعض مهارات العقل والجسم في تخفيف حدة كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة للقلق والاكتئاب ومنها دراسة: (Gorev,2004).

وكما يرى الباحث أن النتيجة التي توصل إليها في اتجاه التحسن لصالح المجموعة التجريبية لأنها عملت على زيادة مهارات التأقلم وبالتالي خفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة وزيادة ايجابية تقويم العلاج بانخراط الجماعة العلاجية في البرنامج وتتبع أهميتها وفعاليتها في مدى جدواها واستمراريتها في خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة التي توصل إليها الباحث في الدراسة الحالية إلى: سهولة ممارستها وتعلمها وتلقينها للآخرين، سرعة الحصول على تغذية راجعة من الجسم للفرد فهو يلامس التغير بشكل مباشر بعد ممارستها، سهولة تطبيقها في كل مكان، تجعل الفرد أكثر قدرة على التحكم بالجسد والأعراض العاطفية تجعل المراهق أكثر إدراكاً لطبيعة العلاقة بين العقل والجسم اثناء الانفعال وصولاً إلى الوعي بالمشاعر والأفكار، لتحقيق الوعي الذاتي ومبدأ الرعاية الذاتية.

ويعزو الباحث الاستمرارية في فاعلية برنامج علاج العقل والجسم إلى: مناسبته لجميع المستويات إضافة إلى أنه يتعامل مع مستويات مختلفة من الذكاء كما أن البرنامج المستخدم ومناسبة فنياته وخاصة فنية الحوار المتبادل والتي تتيح فرصة التعبير اللفظي والاستماع والإخراج الانفعالي والتنفيس الانفعالي، والفضفضة والمشاركة التعبيرية بين أفراد المجموعة والباحث خلق وسطاً من الإقناع والقناعة وتجانس الشكاوي وتشابه مواطن الألم والوجع النفسي مما ساعد على التحام الجماعة وزاد من تماسكها، وزاد من ظهور الذات الجماعية وجاءت فنية المشاركة المتبادلة والتشجيع والتدعيم لتبلم الجرح النفسي غير المندمل لدى أفراد الجماعة والتي تراوحت بين التدعيم الذاتي والتدعيم الغيري على مستويات وأنماط عدة وما تخلقه هذه المهارات من روح مرحة ودعابة ساعد على خلق وسطا من التأمين، وساعد على تحفيز أفراد الأسرة لكل فرد من أفراد المجموعة على ممارستها للتخلص من التعب والإرهاق والشعور بالراحة وساعد على استثمار المشاعر الايجابية والناجمة عن الوعي بالمشاعر والأفكار فضل على هذه الفنيات ساعدت افراد المجموعة على الانتباه إلى طبيعة العلاقة بين الغذاء والتأمل وأثرها على العقل والجسم مع الوعي بمشاعرهم حول طبيعة العلاقات بالعائلة والنقاط إلى تحتاج إلى ترميم وذلك من خلال الاستماع إلى الصوت الداخلي والناجم عن التخيل التصوري وزيادة الاستبصار الراهن والمستقبلي والعمل على شحذ فنية التصور والتخيل الايجابي باستخدام فنية تخيل المكان الأمن والتغذية الحيوية المرتردة وتدرجات الحركة والاسترخاء التي ساعدت على إزالة التوترات والتركيز، والتعرف إلى مسح الجسم والتوجه الذاتي الإيجابي والتي أغلبها مهارات يمكن تنفيذها بكل.

كما أن الباحث يرى إلى أن ممارسة هذه المهارات لا يحتاج توقيت معين ومن خلال خبرة الباحث الميدانية فإن هذه المهارات تصلح لجميع الفئات، ولكن طريقة التطبيق تختلف من فئة لفئة وجميع من يمارسها يعتبرها جزء من حياته بل وقد يكون يستخدمها وهو غير واعياً لها على سبيل المثال عندما يقوم بالتسبيح والصلاة أو المشي على البحر والتأمل فيه أو ممارسة الرياضة كل هذه التمارين تعتبر جزء من برنامج العقل والجسم، والذي يساهم في خفض حدة اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة.

أولاً: القياسات المتكررة:

أولاً: كرب ما بعد الصدمة: لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في القياسات المتكررة (القبلي - البعدي - التتبعي) لدرجات مقياس كرب ما بعد الصدمة بالنسبة لنوع البرنامج العلاجي ونوع الجنس والتفاعل بينهما.

للتحقق من ذلك قام الباحث بإيجاد تحليل التباين الثلاثي بالقياسات المتكررة (مجموعات مترابطة) Three-Factor Experiment with Repeated Measurement (ANOVA)، وذلك لكشف الفروق بين فترات القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) وكذلك معرفة أثر نوع البرنامج

والفروق بينهما وكذلك التعرف إلى أثر نوع الجنس والفروق بينهما، من ثم التعرف إلى أثر التفاعل بين متغيرَات الدراسة، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (5-17)

نتائج تحليل تباين القياسات المتكررة الثلاثي (نوع البرنامج × الجنس × الفترات) لدرجات أعراض كرب ما بعد الصدمة وأبعاده

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
كرب ما بعد الصدمة	فترات القياس	8040.05	1	8040.05	97.511	**0.001
	فترات القياس * نوع البرنامج	3.2	1	3.2	0.039	//0.845
	فترات القياس * نوع الجنس	245	1	245	2.971	//0.93
	الخطأ الأول	3050.75	37	82.453		
	نوع البرنامج	130.2	1	130.2	1.3	//0.3
	نوع الجنس	336.7	1	336.7	3.2	//0.1
	الخطأ الثاني	3850.4	37	104.1		
استعادة الخبرة الصادمة	فترات القياس	1805.0	1	1805.0	69.98	**0.001
	فترات القياس * نوع البرنامج	2.5	1	2.5	0.09	//0.76
	فترات القياس * نوع الجنس	11.3	1	11.3	0.44	//0.51
	الخطأ الأول	954.3	37	25.8		
	نوع البرنامج	5.6	1	5.6	.25	//.62
	نوع الجنس	50.7	1	50.7	2.23	//.14
	الخطأ الثاني	840.2	37	22.7		
تجنب الخبرة الصادمة	فترات القياس	418.6	1	418.6	54.2	**0.001
	فترات القياس * نوع البرنامج	0.6	1	0.6	0.1	//.78
	فترات القياس * نوع الجنس	49.6	1	49.6	3.4	//0.08
	الخطأ الأول	285.7	37	7.7		
	نوع البرنامج	48.1	1	48.1	3.8	//.06
	نوع الجنس	73.6	1	73.6	3.2	*.02
	الخطأ الثاني	468.1	37	12.7		
الاستثارة	فترات القياس	441.8	1	441.8	39.6	**0.001
	فترات القياس * نوع البرنامج	0.0	1	0.0	0.0	//.95
	فترات القياس * نوع الجنس	24.2	1	24.2	2.2	//.15
	الخطأ الأول	413.0	37	11.2		
	نوع البرنامج	3.3	1	3.3	0.2	//.66
	نوع الجنس	6.5	1	6.5	0.4	//.54
	الخطأ الثاني	642.1	37	17.4		

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة

تبيين من خلال الجدول السابق مايلي:

- أظهرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المراهقين الذكور والمراهقات الإناث، في القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) بعد عزل أثر القياس القبلي في درجات كرب ما بعد الصدمة والأبعاد التالية (استعادة الخبرة الصادة، واستثارة الخبرة الصادمة)، حيث كانت قيمة "ف" المحسوبة غير دالة إحصائياً، وهذا يدل على عدم وجود أثر لنوع الجنس في فترات القياس في درجات كرب ما بعد الصدمة والأبعاد التالية (استعادة الخبرة الصادة، واستثارة الخبرة الصادمة).
- أظهرت النتائج وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المراهقين الذكور والمراهقات الإناث، في القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) بعد عزل أثر القياس القبلي في درجات بعد تجنب الخبرة الصادمة، حيث كانت قيمة "ف" المحسوبة دالة إحصائياً، والفروق كانت لصالح الإناث، حيث بلغ متوسط الذكور 8.6 درجة، ومتوسط الإناث 7.0 درجة وهذا يدل على أن الإناث استفادت من البرامج في تجنب الخبرة الصادمة أكثر من الذكور.
- ظهر عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المراهقين الذين خضعوا لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي والمراهقين الذين خضعوا لبرنامج علاج العقل والجسم في القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) بعد عزل أثر القياس القبلي في درجات كرب ما بعد الصدمة والأبعاد التالية (استعادة الخبرة الصادمة، تجنب الخبرة الصادمة، والاستثارة)، حيث كانت قيمة "ف" المحسوبة غير دالة إحصائياً، وهذا يدل على عدم وجود أثر لنوع البرنامج في فترات القياس في درجات كرب ما بعد الصدمة وأبعادها التالية (استعادة الخبرة الصادة، تجنب الخبرة الصادمة، الاستثارة).
- ظهر عدم وجود أثر للتفاعل بين نوع الجنس مع فترات القياس وكذلك للتفاعل بين نوع البرنامج مع فترات القياس في درجات كرب ما بعد الصدمة والأبعاد التالية (استعادة الخبرة الصادة، تجنب الخبرة الصادمة، والاستثارة)، حيث أن قيمة ف المحسوبة، غير دالة إحصائياً.
- ظهر وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في فترات القياس (القبلي - البعدي - التتبعي).

بعد عزل أثر القياس القبلي في درجات كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة، حيث كانت قيمة "ف" المحسوبة دالة إحصائياً ($F=97.5, P<0.01$)، وكذلك للأبعاد الثلاثة، ولكشف الفروق تم إيجاد اختبار شيفيه للمقارنات المتعددة لمعرفة اتجاه الفروق (القبلي - البعدي - التتبعي)، فقد لوحظ بأن درجات المراهقين في القياس البعدي والتتبعي انخفضت مقارنة بالقياس القبلي في درجات كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة، كما لوحظ بأن درجات القياس التتبعي ارتفعت مقارنة بالقياس البعدي في درجات أعراض كرب ما بعد الصدمة الكلية، وهذا يدل على عدم استمرارية البرامج في خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة، وهذا ناتج عن عدم استمرارية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة، أما في أبعاد كرب ما بعد الصدمة لوحظ وجود استمرارية لأثر البرامج في خفض الأبعاد الثلاثة لكرب ما بعد الصدمة وهي (الاستعادة، التجنب، الاستثارة) ولمعرفة حجم أثر البرامج العامة في خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة، فقد بلغت قيمة مربع ايتا 0.72، وهذا يدل أن حجم تأثير البرامج كانت بنسبة 72.0% على كرب ما بعد الصدمة، ولبعد الاستعادة 65.4%، ولبعد التجنب 59.4%، ولبعد الاستثارة 51.7%، والنسبة المتبقية ترجع إلى عوامل أخرى.

جدول رقم (5-18)

اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لفترات القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) لمقياس كرب ما بعد الصدمة

المتغيرات	القياس	المتوسط	1	2	3
كرب ما بعد الصدمة	1- القبلي	46.6	1	**0.001	**0.001
	2- البعدي	22.5		1	*0.04
	3- التتبعي	26.5			1
استعادة الخبرة الصادمة	1- القبلي	19.9	1	**0.001	**0.001
	2- البعدي	8.6		1	0.10
	3- التتبعي	10.4			1
تجنب الخبرة الصادمة	1- القبلي	11.3	1	**0.001	**0.001
	2- البعدي	5.6		1	0.07
	3- التتبعي	6.7			1
الاستثارة	1- القبلي	13.1	1	**0.001	**0.001
	2- البعدي	7.3		1	0.18
	3- التتبعي	8.4			1

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة

ويرى الباحث أن النتيجة التي توصل إليها في الفرض الأول لقياسات المتكررة تشير إلى: أن فاعلية البرنامجين في خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة على المقياس البعدي والتتبعي يشير إلى تأثير المتغير المستقل (البرنامجين بقياساتهم المتعددة) في المتغير التابع (مقياس كرب ما بعد الصدمة وأبعاده) فقد لوحظ بأن درجات المراهقين في المقياس البعدي والتتبعي انخفضت مقارنة بالمقياس القبلي في درجات كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة، كما لوحظ بأن درجات المقياس التتبعي ارتفعت مقارنة بالمقياس البعدي في درجات أعراض كرب ما بعد الصدمة الكلية، وهذا يدل على عدم استمرارية البرامج في خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة، وهذا ناتج عن عدم استمرارية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة، أما في أبعاد كرب ما بعد الصدمة لوحظ وجود استمرارية لأثر البرامج في خفض الأبعاد الثلاثة لكرب ما بعد الصدمة وهي (الاستعادة، التجنب، الاستثارة) ولمعرفة حجم أثر البرامج العامة في خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة، فقد بلغت قيمة مربع إيتا 0.72، وهذا يدل أن حجم تأثير البرامج كانت بنسبة 72.0% على كرب ما بعد الصدمة، ولبعد الاستعادة 65.4%، ولبعد التجنب 59.4%، ولبعد الاستثارة 51.7% ولكن استمرارية الاستقرار الإيجابي في التحسن لم تظهر في المقياس التتبعي في العلاج المعرفي السلوكي وإنما ظهرت في برنامج العقل والجسم الذي حافظ على استمراريته وهذا يدل على قوة وفعالية حيث يؤكد أن التغيرات الناتجة عن البرنامج جوهرية وليست ظاهرية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة التي توصل إليها الباحث في الدراسة الحالية من خلال: أن أهم ما يميز برنامجه العلاجي هو الأسلوب المستخدم في تدريب المراهقين على كيفية السيطرة على الجسم من خلال استخدام التأمل المعرفي في التأثير على الجسم والتحكم بالأعراض الجسدية والعاطفية وصولاً إلى الوعي الذاتي والذي بدوره يجعل المراهقين يهتمون بالرعاية الذاتية التي تجعلهم أكثر تكيفاً مع الواقع وتحكم وسيطرة على مشاعرهم كما ويعزو الباحث ذلك إلى مدى تأثير المهارات المستخدمة في برنامج علاج العقل والجسم في خفض الأعراض الجسدية والعاطفية لسرعة تأثيرها وتفاعلها مع الجسم مثل التغذية الحيوية الراجعة ومسح الجسم والاسترخاء التنفسي والحركة والتأمل بالمغفرة والتأمل بالخسارة والفقدان وشجرة العائلة والموجه الحكيم والمكان الآمن والحوار مع الأعراض، والرسومات والتي تجعل المراهقين أكثر إدارة لضغوطهم التي تواجههم في ظل الظروف الصعبة التي تواجههم في القطاع.

كما وتتفق النتيجة مع التراث الأدبي السيكولوجي عندما: "العقل هو أخطر جزء في جسم الإنسان فهو مركز الفكر و مركز التحكم بالجسد و ما حركتنا و أقوالنا إلا ترجمة لاوامره بدأ في

الأربعينات من القرن الماضي تطوير إجراءات معملية في الولايات المتحدة الأمريكية تم فيها تدريب الأشخاص الذين شملهم البحث عن تغيير بعض وظائف الجسم اللاإرادية مثل نشاط المخ، وضغط الدم، وتوتر العضلات، ومعدل ضربات القلب. وفي نهاية الستينات تمت صياغة مصطلح جديد هو "التغذية الاسترجاعية الحيوية" لوصف هذا الأسلوب التدريبي الذي أمكن من خلاله تعليم الأشخاص كيف يحسنون صحتهم وأدائهم باستخدام إشارات تصدر عن أجسامهم. (بوزان، 2006: 194)

كما أن النتيجة التي توصل إليها الباحث في دراسته خلال فترة المتابعة لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي وتوقفها عن التقدم كانت عكس توقعات الباحث وما جاء ببعض الدراسات السابقة، ويفسر الباحث إلى أن تأثير الواقع المحيط على الرغم من تثقيف الوالدين إلى أن ذلك يحتاج فترة زمنية لفهم ثقافة العلاج النفسي والبحث العلمي حيث عدم التشجيع والتعزيز من الوالدين يثبط طموحات المراهق ويرى الباحث أن سبب ذلك يعود إلى عدة عوامل مؤثرة ومنها التفاعلات القائمة بين الوالدين والمراهقين وما يشوبها من استخدام أساليب تنشئة اجتماعية خاطئة في تربية المراهق كالأهمال والقسوة الزائدة والعدوان اللفظي والحرمان العاطفي والتوبيخ والاستهزاء واستخدام العقاب البدني وغير وربما يرجع السبب إلى ظروف أخرى ترجع إلى انشغال الوالدين عن المراهق فالوالدين العاملين فقد لا يجدون وقت في قضائه مع ابنهم المراهق لتوجيهه ومساعدته إضافة إلى طبيعة الأحداث المحيطة بالقطاع وخاصة المنطقة الشمالية؛ لأنها منطقة ريفية من وضع سياسي ناتج عن توقع مخاطر الحرب والقلق والتفكير بالمخاطر ومن ضعف الدخل الاقتصادي الذي يجعل الوالدين ينظرون إلى المراهق بأنه أصبح قادراً على إعالة البيت والعمل مع والده لتحسين الدخل وهذا يجعل المراهق يتأثر تأثيراً سريعاً بالمثيرات الانفعالية المختلفة إضافة إلى اختلال اتزانه الغذائي الداخلي بسبب النمو الجسدي والانفعالي والاجتماعي، ولتغير الطبيعة الإدراكية لبيئته المحيطة به وشعوره بقلق المستقبل كل ذلك يساعد على تشويش تفكيره ويجعله يفكر بطريقة سلبية مما يجعل المراهق يرجع إلى الانتكاسة.

ويرجع الباحث إلى ما أثبتته الدراسة من جدوى وفعالية البرنامجين في استفادة الإناث في بعد تجنب الخبرة الصادمة أكثر من الذكور إلى التباين الموجود في النظام الاجتماعي السائد بالمنطقة الشمالية حيث يعطي ميزة للإناث أكثر من الرجال في الحصول على دعم اجتماعي أوفر عند اضطرابها وهذا يشكل سياجا يحمي المراهقة ويشجعها على تجاوز مخاوفها ويمنع بعض التأزم المرتبط بكرب بعد الصدمة وينتج للمراهقة الفرصة لتخطي الأزمة ولكن في اتساع شبكة المخاطر

وعجز الأسرة عن مسايرة المتطلبات الاجتماعية الناشئة وصراع الدور وإلقاء أعباء كبيرة على الإناث لتأهيلها للمستقبل يجعل قدرتها على المواجهة وعدم التجنب أفضل ولكن مستوى الانتكاسة يكون لديها وارد في ظل المخاطر التي يتعرض لها المجتمع ولأن الإناث هن اوفر حظا في تلقي ذلك الدعم فمن المعقول افتراض أثره المخفف أو ازدياد الأثر عند غيابه حال توقعه.

ويعزو الباحث أيضاً إلى أنه من العوامل الهامة في عدم الحصول على دلالة للاستمرارية داخل المجموعات التجريبية للعلاج المعرفي السلوكي تعود إلى صغر حجم العينة الإكلينيكية مما يسمح بتركيز أكبر للعلاج نحو كل فرد بالمجموعة، فضلاً عما سبق من تجانس درجاتهم قبل بداية العلاج وتحسنهم بالبعدي.

وهنا يرى الباحث أن برنامج علاج العقل والجسم تتميز فاعليته وأفضليته بأنه حافظ على درجة مرتفعة من التحسن والاستمرارية في الاستقرار الايجابي وحقق دلالاته الإكلينيكية في تحسن المتأثرين في المجموعة التجريبية وهذا يدل على أن المهارات المستخدمة فيه سهلة التعلم والممارسة ولا يتقيد بمتغيرات محددة في خفض أعراض كرب ما بعد الصدمة وأبعاده على المقياس.

ثانياً: معارف كرب ما بعد الصدمة: لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في القياسات المتكررة (القبلي - البعدي - التتبعي) لدرجات مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة بالنسبة لنوع البرنامج العلاجي ونوع الجنس والتفاعل بينهما.

للتحقق من ذلك قام الباحث بإيجاد تحليل التباين الثلاثي بالقياسات المتكررة (مجموعات مترابطة) Three-Factor Experiment with Repeated Measurement (ANOVA)، وذلك لكشف الفروق بين فترات القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) وكذلك معرفة أثر نوع البرنامج والفروق بينهما وكذلك التعرف على أثر نوع الجنس والفروق بينهما، من ثم التعرف إلى أثر التفاعل بين متغيرات الدراسة، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (5-19)

نتائج تحليل تباين القياسات المتكررة الثلاثي (نوع البرنامج × الجنس × الفترات) لدرجات معارف كرب ما بعد الصدمة وأبعاده

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
معارف كرب ما بعد الصدمة	فترات القياس	12954.1	1	12954.1	18.8	**0.001
	فترات القياس * نوع البرنامج	1080.5	1	1080.5	1.6	//0.22
	فترات القياس * نوع الجنس	42.1	1	42.1	0.1	//0.81
	الخطأ الأول	25488.5	37	688.9		
	نوع البرنامج	567.7	1	567.7	0.9	//0.4
	نوع الجنس	3111.0	1	3111.0	4.7	**0.01
	الخطأ الثاني	24518.2	37	662.7		
	فترات القياس	5379.2	1	5379.2	19.4	**0.001
معارف سلبية عن الذات	فترات القياس * نوع البرنامج	616.1	1	616.1	2.2	//0.14
	فترات القياس * نوع الجنس	174.1	1	174.1	0.6	//0.43
	الخطأ الأول	10257.7	37	277.2		
	نوع البرنامج	34.1	1	34.1	0.1	//0.74
	نوع الجنس	1373.6	1	1373.6	4.6	*0.04
	الخطأ الثاني	10951.0	37	296.0		
	فترات القياس	768.8	1	768.8	8.59	**0.01
	فترات القياس * نوع البرنامج	16.2	1	16.2	0.18	//0.67
معارف سلبية عن العالم	فترات القياس * نوع الجنس	115.2	1	115.2	1.29	//0.26
	الخطأ الأول	3309.8	37	89.45		
	نوع البرنامج	149.6	1	149.6	2.09	//0.16
	نوع الجنس	108.3	1	108.3	1.51	//0.23
	الخطأ الثاني	2646.6	37	71.53		
	فترات القياس	162.5	1	162.5	6.53	**0.01
	فترات القياس * نوع البرنامج	16.2	1	16.2	0.65	//0.42
	فترات القياس * نوع الجنس	16.2	1	16.2	0.65	//0.42
لوم الذات	الخطأ الأول	920.2	37	24.9		
	نوع البرنامج	33.1	1	33.08	1.03	//0.32
	نوع الجنس	69.0	1	69.01	2.14	//0.15
	الخطأ الثاني	1193.4	37	32.25		

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة

تبيين من خلال الجدول السابق مايلي:

- أظهرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المراهقين الذكور والمراهقين الإناث، في القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) بعد عزل أثر القياس القبلي في معارف سلبية عن العالم، لوم الذات، حيث كانت قيمة "ف" المحسوبة غير دالة إحصائياً، وهذا يدل على عدم وجود أثر لنوع الجنس في فترات القياس في درجات المعارف سلبية عن العالم، لوم الذات.
- أظهرت النتائج وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المراهقين الذكور والمراهقات الإناث، في القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) بعد عزل أثر القياس القبلي في درجات معارف كرب ما بعد الصدمة، والمعارف السلبية عن الذات، حيث كانت قيمة "ف" المحسوبة دالة إحصائياً، والفروق كانت لصالح الإناث، حيث بلغ متوسط الذكور 88.6 درجة للمعارف الكلية، 48.7 للمعارف السلبية عن الذات، ومتوسط الإناث 78.4 درجة للمعارف الكلية، 42.1 للمعارف السلبية عن الذات وهذا يدل على أن الإناث استفادت من البرامج في خفض معارف كرب ما بعد الصدمة والمعارف السلبية عن الذات أكثر من الذكور.
- ظهر عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المراهقين الذين خضعوا لبرنامج المعرفي السلوكي والمراهقين الذين خضعوا لبرنامج العقل والجسم في القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) بعد عزل أثر القياس القبلي في درجات معارف كرب ما بعد الصدمة والأبعاد التالية (معارف سلبية عن الذات، معارف سلبية عن العالم، لوم الذات)، حيث كانت قيمة "ف" المحسوبة غير دالة إحصائياً، وهذا يدل على عدم وجود أثر لنوع البرنامج في فترات القياس في درجات معارف كرب ما بعد الصدمة وأبعادها التالية (معارف سلبية عن الذات، معارف سلبية عن العالم، لوم الذات).
- ظهر عدم وجود أثر للتفاعل بين نوع الجنس مع فترات القياس وكذلك للتفاعل بين نوع البرنامج مع فترات القياس في درجات معارف كرب ما بعد الصدمة والأبعاد التالية (معارف سلبية عن الذات، معارف سلبية عن العالم، لوم الذات)، حيث أن قيمة "ف" المحسوبة، غير دالة إحصائياً.
- ظهر وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في فترات القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) بعد عزل أثر القياس القبلي في درجات معارف كرب ما بعد الصدمة أبعاده الثلاثة، حيث كانت قيمة "ف" المحسوبة دالة إحصائياً ($F=18.8, P<0.01$)، وكذلك للأبعاد الثلاثة (معارف سلبية عن الذات، معارف سلبية عن العالم، لوم الذات)، ولتكشف

الفروق تم إيجاد اختبار شيفيه للمقارنات المتعددة لمعرفة اتجاه الفروق (القبلي - البعدي - التتبعي)، فقد لوحظ بأن درجات المراهقين في القياس البعدي والتتبعي انخفضت مقارنة بالقياس القبلي في درجات معارف كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة، كما لوحظ بأن درجات القياس التتبعي ارتفعت مقارنة بالقياس البعدي في درجات معارف كرب ما بعد الصدمة وبعد المعارف السلبية عن الذات، بعد لوم الذات، وهذا يدل على عدم استمرارية البرامج في خفض حدة معارف كرب ما بعد الصدمة وكذلك في بعدي المعارف السلبية عن الذات وبعد لوم الذات، وهذا ناتج عن عدم استمرارية برنامج المعرفي السلوكي في خفض حدة معارف كرب ما بعد الصدمة وأبعاده السابقة، أما في بعد المعارف السلبية عن العالم فقد لوحظ وجود استمرارية لأثر البرامج في خفضها، ولمعرفة حجم أثر البرامج العامة في خفض حدة معارف كرب ما بعد الصدمة وأبعاده، فقد بلغت قيمة مربع ايتا 0.337، وهذا يدل أن حجم تأثير البرامج كانت بنسبة 33.7% على معارف كرب ما بعد الصدمة، ولبعد المعارف السلبية عن الذات 34.4%، ولبعد المعارف السلبية عن العالم 18.8%، ولبعد لوم الذات 15.0%، والنسبة المتبقية ترجع إلى عوامل أخرى.

جدول رقم (5-20)

اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لفترات القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) لمقاييس معارف كرب ما بعد الصدمة

المتغيرات	القياس	المتوسط	1	2	3
معارف كرب ما بعد الصدمة	1- القبلي	104.1	1	**0.001	**0.001
	2- البعدي	67.9		1	*0.01
	3- التتبعي	78.6			1
معارف سلبية عن الذات	1- القبلي	58.4	1	**0.001	**0.001
	2- البعدي	35.6		1	*0.02
	3- التتبعي	42.1			1
معارف سلبية عن العالم	1- القبلي	32.4	1	**0.001	**0.001
	2- البعدي	24.0		1	0.16
	3- التتبعي	26.2			1
لوم الذات	1- القبلي	13.2	1	**0.001	*0.02
	2- البعدي	8.2		1	*0.02
	3- التتبعي	10.3			1

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة

ويرى الباحث أن النتيجة التي توصل إليها الباحث في الفرض الأول لقياسات المتكررة تشير إلى: أن فاعلية البرنامجين في خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة على المقياس البعدي والتتبعي يشير إلى تأثير المتغير المستقل (البرنامجين بقياساتهم المتعددة) في المتغير التابع (مقياس معارف كرب ما بعد الصدمة وأبعاده) فقد لوحظ بأن درجات المراهقين في القياس البعدي والتتبعي انخفضت مقارنة بالقياس القبلي في درجات كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الثلاثة كما لوحظ بأن درجات القياس التتبعي ارتفعت مقارنة بالقياس البعدي في درجات معارف كرب ما بعد الصدمة الكلية وأبعاده (معارف سلبية نحو الذات، -، ومعارف لوم الذات)، وهذا يدل على عدم استمرارية البرامج في خفض معارف كرب ما بعد الصدمة والمعارف السلبية للذات ومعارف لوم الذات، وهذا ناتج عن عدم استمرارية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض معارف كرب ما بعد الصدمة، وبعيد معارف الذات ولوم الذات أما في بعد المعارف السلبية عن العالم فقد لوحظ وجود استمرارية لأثر البرامج في خفضها ولكن استمرارية الاستقرار الايجابي في التحسن لم تظهر في القياس التتبعي في العلاج المعرفي السلوكي وإنما ظهرت في برنامج العقل والجسم الذي حافظ على استمراريته حيث يؤكد أن التغيرات الناتجة عن البرنامج جوهرية ويرجع الباحث إلى ما اثبتته الدراسة من جدوى وفاعلية البرنامجين وهذا يدل على قوة وفعالية البرنامجين وليست ظاهرية فقد بلغت قيمة مربع ايتا 0.337، وهذا يدل أن حجم تأثير البرامج كانت بنسبة 33.7% على معارف كرب ما بعد الصدمة، ولبعد المعارف السلبية عن الذات 34.4%، ولبعد المعارف السلبية عن العالم 18.8%، ولبعد لوم الذات 15.0%، والنسبة المتبقية ترجع إلى عوامل أخرى.

كما ويرى الباحث أن النتيجة التي توصلت إليها الدراسة بعدم استمرار فاعلية العلاج المعرفي السلوكي تعود إلى ما تم ذكره سابقاً في الفرضيات الأولى كما أن وجود علاقة بين تكرار وشدة الخبرات الصادمة وبين المعاناة النفسية وتشوش الأفكار من خلال النظرة للذات ولومها بصورة سلبية كما أن التوظيف المعرفي لعمل العقل ومتلازماته الانفعالية قد يشير إلى أن هؤلاء المراهقين لم يصلو بخبرة الصدمة إلى مرحلة استعادة الحالة الطبيعية واستعادة التوازن بسبب طبيعة توقع الخطر الامر الذي يتطلب خطة طويلة الاجل لمتابعتهم ووقايتهم من الآثار بعيدة المدى وفي ظل هذه الأحداث فهناك مسببات عديدة للتشويش والتفكير السلبي ومنها البرمجة السابقة ووسائل الاعلام وعدم وجود هدف والمؤثرات الداخلية التركيز السلبي رفاق السوء حالة المزاج المنخفض المرتبط بالواقع العيش في الماضي المرتبط بالحاضر و مخاطرة تقليص الأنشطة الروتينية إضافة إلى صغر حجم العينة الإكلينيكية مما يسمح بتركيز أكبر للعلاج نحو كل فرد بالمجموعة، فضلاً عما سبق من تجانس درجاتهم قبل بداية العلاج وتحسنهم بالبعدي.

كما تتفق هذه النتيجة مع ما أورده علماء المدرسة المعرفية " إلى أن الضغوط والسلوكيات المرتبطة بها تنتج عن الإدراك والتفسير الهازم للذات. (Rice,1999,P11)

وتتفق مع التراث الأدبي السيكولوجي في " أن التعرض إلى الاحباط المستمر والزائد يؤدي إلى تشويش الأفكار ويؤثر على النظرة إلى الذات والمراهق يصبح أكثر لوم لذاته ويكون الإحباط مؤثراً على مستوى التقييم الذاتي ويؤدي إلى الشعور المستمر بضعف الأداء إلى درجة عالية من القلق والتشوهات المعرفية. (شيفر وميلمان، 1989: 116).

ونظراً لإقبال المراهقين على مرحلة تعتبر حاسمة في انتقالهم من الحياة الثانوية إلى الحياة الجامعية ولما يسمعه من روايات وقصص ومن توقعات أولياء الأمور المبالغ بها اتجاه قدرات أبنائهم كل ذلك يؤثر على نظرته إلى الذات ولومها.

ويمكن تفسير هذه النتيجة التي توصل إليها الباحث في الدراسة الحالية من خلال: المناقشة الجماعية والتجارب المتبادلة والحوار المتبادل بالمشاعر بين الباحث والمراهقين بالمجموعة التجريبية والذي تعمل على بناء الدفاعات كأساليب توافقية للتعامل مع القلق وهذا تأكيد على مدى فاعلية علاج العقل والجسم المعتمد على الاتجاه الشمولي والمستخدم للتأمل والتخيل الموجه والاسترخاء التنفسي والحركة (اليوغا - الاهتزاز) والتسامح والمغفرة والرسم والتي من خلال ممارستها تعمل زيادة الانفعالية الايجابية وزيادة السلوك الاجتماعي وتنفيس بعض انفعالاته والتقليل من مشاعر القلق والتمركز حول الذات والدفع نحو البحث عن وسائل تجعله يعدل من أفكاره نحو العالم والذات كما أن هذا البرنامج يعكس أهميته بمدى تطبيع المراهق ومشكلته بأنها تتشابه مع مشكلات المراهقين الآخرين وتخفيف حدة الضغوط التي يتعرض لها المراهقون كانشغالهم بالمواقف المؤلمة التي حدثت له وتسلب بعض الأفكار المشوهة فكان تطبيق فنية الحوار مع الأعراض والمتضمنة تخيل المراهق لمواقف متنوعة وطبيعة أفكاره حولها وتعبيره عن مشاعره وأفكاره في المواقف المختلفة، حيث اتبع الباحث تدريب المشاركين على فنيات التأمل والتخيل وربطها بالعلاقة بين العقل والجسم، ودعوة المجموعة التجريبية إلى التدرج في عرض مشاعرها وأفكارها كيفما تريد حيث تم مناقشة الأفكار والمشاعر والأعراض الجسدية والسلوكية وخاصة المسببة للقلق وذلك تساعد هذه الأساليب المراهقين إلى التحدث إلى أنفسهم بصورة إيجابية تساعد في خفض حدة القلق لديهم كما يرجع أيضاً تحسن المراهقين بالعقل والجسم نظراً إلى استخدام التخيل (الموجه الحكيم - المكان الأمن) - التأمل (بالأكل الواعي - المغفرة - الخسارة والفقدان) وذلك بتدريبهم عليها وطلب منهم وصفاً دقيقاً كما لو كانوا يعيشونها بما تتضمن من حركات وأصوات وما تحتويه من مشاعر وانفعالات وأفكار وهذه المواقف تتضمن كل التفاصيل الانفعالية والبيئية التي تجعل المشهد واقعياً

وواضحاً وصولاً إلى الوعي بالأفكار والمشاعر ليصبح المراهقين أكثر وعياً بذواتهم وهذا ما دفع إلى الاستمرارية في الرعاية الذاتية.

كما يرى الباحث أن السبب الرئيسي في استفادة الإناث في إعادة بناء معارفهم حول الذات هو بحثها عن النجاح واعتمادها على ذاتها في ظل الظروف الضاغطة والمحيطية وبما أن النظام الاجتماعي السائد يوفر الدعم والمساندة لها وقت الخطر، حيث يكون لها الوقت في تلقي التوجيه والرعاية من قبل الأم وذلك من أجل إثبات الذات أو التباهي بها أمام الآخرين وذلك عكس الذكور الذي يكون التوقع منهم كبيراً بالنجاح فيكون انشغالهم أكثر بأمر الحياة الضاغطة بالإضافة عامل التنشئة الاجتماعية واستخدام المقارنة بين المراهق وأقاربه أو الآخرين يجعله ينظر إلى ذاته ويلومها بصورة مستمرة.

وهنا يرى الباحث أن برنامج علاج العقل والجسم تتميز فاعليته وأفضليته بأنه استخدم فنيات تقوم أساساً على توضيح مدى تأثير التفكير على الجسد من خلال فهم العلاقة بين العقل والجسم حيث حافظ على درجة مرتفعة من التحسن والاستمرارية في الاستقرار الإيجابي وحقق دلالاته الإكلينيكية في تحسن المتأثرين في المجموعة التجريبية وهذا يدل على أن العقل والجسم لا يؤثر فقط في التحكم بالأعراض الجسدية والعاطفية بل أيضاً يؤثر في تعديل الأفكار وتعزيز التوجه الإيجابي نحو الذات وأيضاً ما أثبتته الدراسات السابقة والسابق ذكرها في استمرارية فاعلية العقل والجسم في القياس التتبعي.

ثالثاً: التقدير الذاتي: لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في القياسات المتكررة (القبلي - البعدي - التتبعي) لدرجات مقياس التقدير الذاتي بالنسبة لنوع البرنامج العلاجي ونوع الجنس والتفاعل بينهما.

للتحقق من ذلك قام الباحث بإيجاد تحليل التباين الثلاثي بالقياسات المتكررة (مجموعات مترابطة) Three-Factor Experiment with Repeated Measurement (ANOVA)، وذلك لكشف الفروق بين فترات القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) وكذلك معرفة أثر نوع البرنامج والفروق بينهما وكذلك التعرف إلى أثر نوع الجنس والفروق بينهما، من ثم التعرف إلى أثر التفاعل بين متغيرات الدراسة، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (5-21)

نتائج تحليل تباين القياسات المتكررة الثلاثي (نوع البرنامج × الجنس × الفترات) لدرجات التقدير الذاتي وأبعاده

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
حالة القلق	فترات القياس	2773.0	1	2773.01	29.96	10.00**
	فترات القياس * نوع البرنامج	82.0	1	82.01	0.89	0.35//
	فترات القياس * نوع الجنس	112.8	1	112.81	1.22	0.28//
	الخطأ الأول	3424.7	37	92.56		
	نوع البرنامج	19.2	1	19.20	0.17	0.68//
	نوع الجنس	396.0	1	396.03	3.53	0.07//
	الخطأ الثاني	4151.1	37	112.19		
	فترات القياس	1436.5	1	1436.5	20.2	10.0**
سمة القلق	فترات القياس * نوع البرنامج	195.3	1	195.3	2.7	0.1//
	فترات القياس * نوع الجنس	535.6	1	535.6	7.5	0.01**
	الخطأ الأول	2628.1	37	71.0		
	نوع البرنامج	12.7	1	12.7	0.1	0.7//
	نوع الجنس	407.0	1	407.0	3.7	0.1//
	الخطأ الثاني	4089.2	37	110.5		

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة

تبيين من خلال الجدول السابق مايلي:

- أظهرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المراهقين الذكور والمراهقات الإناث، في القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) بعد عزل أثر القياس القبلي في درجات التقدير الذاتي (كحالة وكسمة)، حيث كانت قيمة "ف" المحسوبة غير دالة إحصائياً، وهذا يدل على عدم وجود أثر لنوع الجنس في فترات القياس في درجات التقدير الذاتي (كحالة وكسمة).
- ظهر عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المراهقين الذين خضعوا لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي والمراهقين الذين خضعوا لبرنامج علاج العقل والجسم في القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) بعد عزل أثر القياس القبلي في درجات التقدير الذاتي (كحالة وكسمة)، حيث كانت قيمة "ف" المحسوبة غير دالة إحصائياً، وهذا يدل على عدم وجود أثر لنوع البرنامج في فترات القياس في درجات التقدير الذاتي (كحالة وكسمة).

- ظهر عدم وجود أثر للتفاعل بين نوع البرنامج مع فترات القياس في درجات التقدير الذاتي (كحالة وكسمة)، حيث أن قيمة ف المحسوبة، غير دالة إحصائياً.
- ظهر وجود أثر للتفاعل بين نوع الجنس مع فترات القياس و في درجات التقدير الذاتي (كسمة القلق)، حيث أن قيمة ف المحسوبة، دالة إحصائياً. فقد بلغ متوسط الذكور في القياس البعدي 36.1 وللاإناث 31.2، ومتوسط الذكور في التتبعي 42.6 وللاإناث 34.4 درجة.
- ظهر وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في فترات القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) بعد عزل أثر القياس القبلي في درجات التقدير الذاتي (كحالة وكسمة)، حيث كانت قيمة "ف" المحسوبة دالة إحصائياً ($P < 0.01$)، ولكشف الفروق تم إيجاد اختبار شيفيه للمقارنات المتعددة لمعرفة اتجاه الفروق (القبلي - البعدي - التتبعي)، فقد لوحظ بأن درجات المراقبين في القياس البعدي والتتبعي انخفضت مقارنة بالقياس القبلي في درجات حالة القلق وسمة القلق، كما لوحظ بأن درجات القياس التتبعي ارتفعت مقارنة بالقياس البعدي في درجات حالة القلق وسمة القلق، وهذا يدل على عدم استمرارية البرامج في خفض حالة القلق وسمة القلق، وهذا ناتج عن عدم استمرارية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض حالة القلق وسمة القلق، ولمعرفة حجم أثر البرامج العامة في خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة، فقد بلغت قيمة مربع ايتا 0.447 وكحالة 0.353 وكسمة، وهذا يدل أن حجم تأثير البرامج كانت بنسبة 44.7% على القلق كحالة، لبعده القلق كسمة 35.3%، والنسبة المتبقية ترجع إلى عوامل أخرى.

جدول رقم (5-22)

اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لفترات القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) لمقياس التقدير الذاتي

المتغيرات	القياس	المتوسط	1	2	3
القلق كحالة	1- القبلي	53.1	1	**0.001	**0.001
	2- البعدي	36.9		1	*0.02
	3- التتبعي	41.3			1
القلق كسمة	1- القبلي	46.9	1	**0.001	**0.001
	2- البعدي	33.6		1	**0.003
	3- التتبعي	38.4			1

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة

ويرى الباحث أن النتيجة التي توصل إليها الباحث في الفرض الأول لقياسات المتكررة تشير إلى: أن فاعلية البرنامجين في خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة على المقياس البعدي والتنبعي يشير إلى تأثير المتغير المستقل (البرنامجين بقياساتهم المتعددة) في المتغير التابع (مقياس حالة وسمة القلق) فقد لوحظ بأن درجات المراهقين في القياس البعدي والتنبعي انخفضت مقارنة بالقياس القبلي في درجات مقياس القلق حالة وسمة كما لوحظ بأن درجات القياس البعدي والتنبعي ارتفعت مقارنة بالقياس البعدي في درجات مقياس القلق حالة وسمة، وهذا يدل على عدم استمرارية البرامج في خفض القلق حالة وسمة، وهذا ناتج عن عدم استمرارية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض القلق حالة وسمة كما لوحظ وجود أثر للتفاعل بين نوع الجنس مع فترات القياس و في درجات التقدير الذاتي (كسمة القلق) لصالح الاناث، وقد لوحظ وجود استمرارية لأثر البرامج في خفضها ولكن استمرارية الاستقرار الايجابي في التحسن لم تظهر في القياس التنبعي في العلاج المعرفي السلوكي وإنما ظهرت في برنامج العقل والجسم الذي حافظ على استمراريته وهذا يدل على قوة وفعالية حيث يؤكد أن التغيرات الناتجة عن البرنامجين جوهريّة وليست ظاهرية فقد بلغت قيمة مربع ايتا 0.447 كحالة و 0.353 كسمة، وهذا يدل أن حجم تأثير البرامج كانت بنسبة 44.7% على القلق كحالة، لبعد القلق كسمة 35.3%، والنسبة المتبقية ترجع إلى عوامل أخرى..

كما ويرى الباحث أن النتيجة التي توصلت إليها الدراسة بعدم استمرار فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في مقياس القلق حالة ناتج إلى طبيعة المواقف التي يمر بها المراهقين في ظل التغيرات الداخلية التي تحدث معه والناتجة عن النمو الجسدي والانفعالي والجنسي كما يضيف إلى أن المراهقين أكثر تفاعلا مع الأحداث الصادمة والتي تجعلهم أكثر استعدادا للتأثر بتلك الأحداث.

كما وتتفق النتيجة مع ما ذكره التراث الأدبي السيكولوجي: حيث أشار أريكسون " للأزمة المحتملة عند المراهقين وعلي ذلك فإن الأخطار والتجارب الصدمية التي تعرض لها المراهقين قد تجعل بعضهم من ذوي حالات " المراهقين المعرضين للخطر " والمراهقين ذوي الخطر العالي وتلك حالات توجد بدرجات مختلفة في الظروف العادية من حياة المجتمعات ولكن تزداد في الظروف الغير عادية مثل الحروب والأزمات. (فيولا البيلوي، 1993:ص11)

ويعزو الباحث فاعلية برنامج العقل والجسم في القياس التنبعي إلى: سهولة تطبيق وممارسة تمارين العقل والجسم حيث أصبح أفراد المجموعات التجريبية أكثر خبرة في ممارستها لما تضيفه من شعور بالراحة وقدرة على التحكم بالأعراض الجسدية والعاطفية الناتجة عن المواقف الضاغطة بالإضافة إلى تأثيرها على مشاعر الفرد ونشاطه من خلال الحركة وممارسة تمارين

الاسترخاء التنفسي والاهتزاز وتمارين التأمل بالأكل الواعي والتخيل والحوار مع الأعراض كما وتتفق النتيجة مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة في الفرضية المتعلقة بالقياس التتبعي.

رابعاً: الاكتئاب النفسي: لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في القياسات المتكررة (القبلي - البعدي - التتبعي) لدرجات مقياس الاكتئاب النفسي بالنسبة لنوع البرنامج العلاجي ونوع الجنس والتفاعل بينهما.

للتحقق من ذلك قام الباحث بإيجاد تحليل التباين الثلاثي بالقياسات المتكررة (مجموعات مترابطة) Three-Factor Experiment with Repeated Measurement (ANOVA)، وذلك لكشف الفروق بين فترات القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) وكذلك معرفة أثر نوع البرنامج والفروق بينهما وكذلك التعرف إلى أثر نوع الجنس والفروق بينهما، من ثم التعرف إلى أثر التفاعل بين متغيرات الدراسة، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (5-23)

نتائج تحليل تباين القياسات المتكررة الثلاثي (نوع البرنامج × الجنس × الفترات) لدرجات الاكتئاب النفسي

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
الاكتئاب النفسي	فترات القياس	2691.2	1	2691.2	21.5	0.01**
	فترات القياس * نوع البرنامج	39.2	1	39.2	0.3	0.6//
	فترات القياس * نوع الجنس	224.5	1	224.5	1.8	0.2//
	الخطأ الأول	4642.2	37	125.5		
	نوع البرنامج	23.4	1	23.41	0.17	0.68//
	نوع الجنس	81.7	1	81.68	0.59	0.45//
	الخطأ الثاني	5124.2	37	138.49		

تبيين من خلال الجدول السابق مايلي:

- أظهرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المراهقين الذكور والمراهقات الإناث، في القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) بعد عزل أثر القياس القبلي في درجات الاكتئاب النفسي، حيث كانت قيمة "ف" المحسوبة غير دالة إحصائياً، وهذا يدل على عدم وجود أثر لنوع الجنس في فترات القياس في درجات الاكتئاب النفسي.

- أظهرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المراهقين الذكور والمراهقين الإناث، في القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) بعد عزل أثر

القياس القبلي في درجات الاكتئاب النفسي، حيث كانت قيمة "ف" المحسوبة غير دالة إحصائياً.

- ظهر عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المراهقين الذين خضعوا لبرنامج المعرفي والسلوكي والمراهقين الذين خضعوا لبرنامج العقل والجسم في القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) بعد عزل أثر القياس القبلي في درجات الاكتئاب النفسي، حيث كانت قيمة "ف" المحسوبة غير دالة إحصائياً، وهذا يدل على عدم وجود أثر لنوع البرنامج في فترات القياس في درجات الاكتئاب النفسي.
- ظهر عدم وجود أثر للتفاعل بين نوع الجنس مع فترات القياس وكذلك للتفاعل بين نوع البرنامج مع فترات القياس في درجات الاكتئاب النفسي، حيث أن قيمة ف المحسوبة، غير دالة إحصائياً.
- ظهر وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في فترات القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) بعد عزل أثر القياس القبلي في درجات الاكتئاب النفسي، حيث كانت قيمة "ف" المحسوبة دالة إحصائياً ($F=21.5, P<0.01$)، ولكشف الفروق تم إيجاد اختبار شيفيه للمقارنات المتعددة لمعرفة اتجاه الفروق (القبلي - البعدي - التتبعي)، فقد لوحظ بأن درجات المراهقين في القياس البعدي والتتبعي انخفضت مقارنة بالقياس القبلي في درجات الاكتئاب النفسي، كما لوحظ بأن درجات القياس التتبعي ارتفعت مقارنة بالقياس البعدي في درجات الاكتئاب النفسي، وهذا يدل على عدم استمرارية البرامج في خفض الاكتئاب النفسي، وهذا ناتج عن عدم استمرارية برنامج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب النفسي، ولمعرفة حجم أثر البرامج العامة في خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة، فقد بلغت قيمة مربع ايتا 0.367، وهذا يدل أن حجم تأثير البرامج كانت بنسبة 36.7% على الاكتئاب، والنسبة المتبقية ترجع إلى عوامل أخرى.

جدول رقم (5-24)

اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لفترات القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) لمقياس الاكتئاب النفسي

المتغيرات	القياس	المتوسط	1	2	3
الاكتئاب النفسي	1- القبلي	25.6	1	**0.001	**0.001
	2- البعدي	9.8		1	*0.02
	3- التتبعي	14.0			1

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة

ويرى الباحث أن النتيجة التي توصل إليها الباحث في الفرض الرابع للقياسات المتكررة تشير إلى: أن فاعلية البرنامجين في خفض الاكتئاب النفسي على المقياس البعدي والتتبعي يشير إلى تأثير المتغير المستقل (البرنامجين بقياساتهم المتعددة) في المتغير التابع (مقياس الاكتئاب النفسي) فقد لوحظ بأن درجات المراهقين في القياس البعدي والتتبعي انخفضت مقارنة بالقياس القبلي في درجات مقياس الاكتئاب النفسي كما لوحظ بأن درجات القياس التتبعي ارتفعت مقارنة بالقياس البعدي في درجات مقياس الاكتئاب النفسي، وهذا يدل على عدم استمرارية البرامج في الاكتئاب النفسي، وهذا ناتج عن عدم استمرارية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب النفسي، وقد لوحظ وجود استمرارية لأثر البرامج في خفضها ولكن استمرارية الاستقرار الايجابي في التحسن لم تظهر في القياس التتبعي في العلاج المعرفي السلوكي وإنما ظهرت في برنامج العقل والجسم الذي حافظ على استمراريته وهذا يدل على قوته وفعاليتها، حيث يؤكد أن التغيرات الناتجة عن البرنامجين جوهرية وليست ظاهرية فقد بلغت قيمة مربع إيتا 0.367، وهذا يدل أن حجم تأثير البرامج كانت بنسبة 36.7% على الاكتئاب، والنسبة المتبقية ترجع إلى عوامل أخرى.

كما ويرى الباحث أن النتيجة التي توصلت إليها الدراسة بعدم استمرار فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في مقياس الاكتئاب النفسي ناتج إلى طبيعة المواقف التي يمر بها المراهقين في ظل التغيرات الداخلية وأساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة وازدواج الدور والواقع السياسي والاقتصادي والاجتماعي الباعث على التشاؤم واليأس من الواقع والمعزز للقلق من المستقبل كما يضيف إلى أن المراهقين أكثر تفاعلاً مع الأحداث الصادمة والتي تجعلهم أكثر استعداداً للتأثر بتلك الأحداث.

كما يتفق قول الباحث مع ما أورده المعرفيون في نموذج شبكة الذاكرة القائمة على بنية الخوف "إن الاضطراب ينشأ عندما تصبح الحدود بين الأمان والخطر غير واضحة فيقود هذا إلى تكوين بنية كبيرة للخوف في الذاكرة بعيدة المدى، كما أن الأفراد الذين تكون لديهم بنية الخوف هذه سوف يكون لديهم نقص في القدرة على التنبؤ وضعف التحكم بحياتهم وهذا ما يسبب مستويات عالية من القلق والاكتئاب. (Foa, et al, 1989: P121)

ويعزو الباحث فاعلية برنامج العقل والجسم في القياس التتبعي إلى: أن تمارين العقل والجسم بطبيعتها تعمل على تجديد طاقة الفرد، وتغير من مشاعر الضيق والحزن والتوتر من خلال زيادة قدرة المراهق في استخدام مهارات تأقلم تساعد على التكيف مع ضغوطات الحياة ومواجهتها

وما يميز هذا البرنامج أنه يرتبط بتمارين سلوكية تعتمد على الحركة، مثل الاهتزاز واليوغا والمشي وبما أن الأنشطة الحركية تعمل على تحسين الحالة الصحية والوظيفية للفرد، فإن ذلك يعكس أثر إيجابي على مزاج الفرد ولياقته البدنية مما يؤدي إلى تغير في فسيولوجية الجسم وتحفيز نشاط البارسمبثاوي لخلق توازن مع السمبثاوي وينعكس ذلك بنشاط وحيوية من خلال التركيز وهذا يلتقي مع الجانب المعرفي السلوكي بما يسمى جدول الأنشطة السلوكية، أو جدول الأنشطة السارة أيضاً إلى أن تمارين التخيل والتأمل الموجهة تساعد المراهقين على التحكم بالأعراض الجسدية والعاطفية والانتباه إلى طبيعة الأفكار وأسبابها من خلال استخدام مهارة الحوار مع الأعراض وبالتالي يصبح المراهق أكثر وعياً بذاته وأكثر رعاية لها.

وهنا يري الباحث أن برنامج علاج العقل والجسم تتميز فاعليته وأفضليته بأنه استخدم فنيات تقوم أساساً على توضيح مدى تأثير التفكير على الجسد من خلال فهم العلاقة بين العقل والجسم، حيث حافظ على درجة مرتفعة من التحسن والاستمرارية في الاستقرار الإيجابي وحقق دلالاته الإكلينيكية في تحسن المتأثرين في المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن العقل والجسم لا يؤثر فقط في التحكم بالأعراض الجسدية والعاطفية بل أيضاً يؤثر في تعديل الأفكار وتعزيز التوجه الإيجابي نحو الذات وإيضاً ما أثبتته الدراسات السابقة والسابق ذكرها في استمرارية فاعلية العقل والجسم في القياس التتبعي.

خامساً: السلوك العدواني: لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في القياسات المتكررة (القبلي - البعدي - التتبعي) لدرجات مقياس السلوك العدواني بالنسبة لنوع البرنامج العلاجي ونوع الجنس والتفاعل بينهما.

للتحقق من ذلك قام الباحث بإيجاد تحليل التباين الثلاثي بالقياسات المتكررة (مجموعات مترابطة) Three-Factor Experiment with Repeated Measurement (ANOVA)، وذلك لكشف الفروق بين فترات القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) وكذلك معرفة أثر نوع البرنامج والفروق بينهما وكذلك التعرف إلى أثر نوع الجنس والفروق بينهما، من ثم التعرف إلى أثر التفاعل بين متغيرات الدراسة، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (5-25)

نتائج تحليل تباين القياسات المتكررة الثلاثي (نوع البرنامج × الجنس × الفترات) لدرجات السلوك العدواني وأبعاده

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
السلوك العدواني المباشر	فترات القياس	1386.1	1	1386.11	25.20	**0.001
	فترات القياس * نوع البرنامج	324.0	1	324.01	5.89	*0.02
	فترات القياس * نوع الجنس	0.3	1	0.31	0.01	//0.94
	الخطأ الأول	2035.1	37	55.00		
	نوع البرنامج	120.0	1	120.00	0.92	//0.34
	نوع الجنس	986.1	1	986.13	7.56	**0.01
	الخطأ الثاني	4828.9	37	130.51		
	فترات القياس	1022.5	1	1022.5	24.1	.001**
السلوك العدواني اللفظي	فترات القياس * نوع البرنامج	180.0	1	180.0	4.2	*.05
	فترات القياس * نوع الجنس	72.2	1	72.2	1.7	//.20
	الخطأ الأول	1567.4	37	42.4		
	نوع البرنامج	520.8	1	520.8	3.2	//.08
	نوع الجنس	1280.5	1	1280.5	7.9	**0.01
	الخطأ الثاني	6003.8	37	162.3		
	فترات القياس	1940.5	1	1940.45	28.45	0.001**
	فترات القياس * نوع البرنامج	22.1	1	22.05	0.32	//0.57
العدائية	فترات القياس * نوع الجنس	101.3	1	101.25	1.48	//0.23
	الخطأ الأول	2523.3	37	68.20		
	نوع البرنامج	243.7	1	243.68	2.20	//0.15
	نوع الجنس	1015.0	1	1015.01	9.15	1**0.00
	الخطأ الثاني	4103.0	37	110.89		
	فترات القياس	1369.5	1	1369.51	9.36	**0.001
	فترات القياس * نوع البرنامج	127.5	1	127.51	0.87	//0.36
	فترات القياس * نوع الجنس	43.5	1	43.51	0.30	//0.59
الغضب	الخطأ الأول	5412.0	37	146.27		
	نوع البرنامج	31.0	1	31.01	0.17	//0.68
	نوع الجنس	261.1	1	261.08	1.46	//0.23
	الخطأ الثاني	6618.4	37	178.88		
	فترات القياس	22579.2	1	22579.20	30.18	**0.001
السلوك	فترات القياس	22579.2	1	22579.20	30.18	**0.001
	فترات القياس	22579.2	1	22579.20	30.18	**0.001
	فترات القياس	22579.2	1	22579.20	30.18	**0.001
	فترات القياس	22579.2	1	22579.20	30.18	**0.001
	فترات القياس	22579.2	1	22579.20	30.18	**0.001
	فترات القياس	22579.2	1	22579.20	30.18	**0.001
	فترات القياس	22579.2	1	22579.20	30.18	**0.001
	فترات القياس	22579.2	1	22579.20	30.18	**0.001

العدواني الكلي	فترات القياس * نوع البرنامج	2247.2	1	2247.20	3.00	//0.09
	فترات القياس * نوع الجنس	605.0	1	605.00	0.81	//0.37
	الخطأ الاول	27682.6	37	748.18		
	نوع البرنامج	3020.0	1	3020.03	1.71	//0.20
	نوع الجنس	13272.0	1	13272.03	7.51	**0.01
	الخطأ الثاني	65409.1	37	1767.81		

تبيين من خلال الجدول السابق مايلي:

- أظهرت النتائج وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المراهقين الذكور والمراهقات الإناث، في القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) بعد عزل أثر القياس القبلي في درجات السلوك العدواني ومستوياته التالية (السلوك المباشر، اللفظي، العدائية)، حيث كانت قيمة "ف" المحسوبة دالة إحصائياً، والفروق كانت لصالح الإناث. وهذا يدل على أن الإناث استفادت من البرامج في خفض مستوى السلوك العدواني أكثر من الذكور
- أظهرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المراهقين الذكور والمراهقات الإناث، في القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) بعد عزل أثر القياس القبلي في درجات بعد الغضب، حيث كانت قيمة "ف" المحسوبة غير دالة إحصائياً.
- ظهر عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المراهقين الذين خضعوا لبرنامج المعرفي السلوكي والمراهقات الذين خضعوا لبرنامج العقل والجسم في القياس (القبلي - البعدي - التتبعي) بعد عزل أثر القياس القبلي في درجات السلوك العدواني ومستوياته، حيث كانت قيمة "ف" المحسوبة غير دالة إحصائياً، وهذا يدل على عدم وجود أثر لنوع البرنامج في فترات القياس في درجات السلوك العدواني ومستوياته.
- ظهر عدم وجود أثر للتفاعل بين نوع الجنس مع فترات القياس وكذلك للتفاعل بين نوع البرنامج مع فترات القياس في درجات السلوك العدواني ومستوياته، حيث أن قيمة ف المحسوبة، غير دالة إحصائياً.
- ظهر وجود أثر للتفاعل بين نوع البرنامج مع فترات القياس في مستوى السلوك العدواني المباشر ومستوى السلوك العدواني اللفظي، حيث أن قيمة ف المحسوبة، دالة إحصائياً. فقد بلغ متوسط المراهقين الذين خضعوا لبرنامج المعرفي السلوكي في القياس البعدي للسلوك

العدواني المباشر 8.1 والعقل والجسم 11.1، في القياس التنبعي للمعرفي السلوكي 13.3 وللعقل والجسم 10.7. أما السلوك العدواني اللفظي 8.0 والعقل والجسم 13.5، في القياس التنبعي للمعرفي السلوكي 12.5 وللعقل والجسم 13.0.

- ظهر وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في فترات القياس (القبلي - البعدي - التنبعي) بعد عزل أثر القياس القبلي في درجات السلوك العدواني ومستوياته الأربعة، حيث كانت قيمة "ف" المحسوبة دالة إحصائية ($P < 0.01$)، وكشف الفروق تم إيجاد اختبار شيفيه للمقارنات المتعددة لمعرفة اتجاه الفروق (القبلي - البعدي - التنبعي)، فقد لوحظ بأن درجات المراهقين في القياس البعدي والتنبعي انخفضت مقارنة بالقياس القبلي في درجات السلوك العدواني ومستوياته، كما لوحظ بأن درجات القياس التنبعي لم ترتفع مقارنة بالقياس البعدي في درجات السلوك العدواني ومستوياته، وهذا يدل على استمرارية البرامج في خفض مستوى السلوك العدواني، ما عدا مستوى العدائية فقد لوحظ عدم وجود استمرارية لأثر البرامج في خفض مستوى العدائية عند المراهقين، ولمعرفة حجم أثر البرامج العامة في خفض مستوى السلوك العدواني، فقد بلغت قيمة مربع ايتا التي تدل على أن حجم تأثير البرامج كانت بنسبة 44.9% على السلوك العدواني الكلي، ولبعد السلوك العدواني المباشر 40.5%، ولبعد السلوك العدواني اللفظي 39.5%، ولبعد العدائية 43.5%، ولبعد الغضب 20.2%، والنسبة المتبقية ترجع إلى عوامل أخرى.

جدول رقم (5-26)

اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لفترات القياس (القبلي - البعدي - التنبعي) لمقياس السلوك العدواني ومستوياته

المتغيرات	القياس	المتوسط	1	2	3
السلوك العدواني المباشر	1 القبلي	20.3	1	**0.001	**0.001
	البعدي	9.6		1	0.15
	التنبعي	12.0			1
السلوك العدواني اللفظي	القبلي	19.9	1	**0.001	**0.001
	البعدي	10.7		1	0.27
	التنبعي	12.7			1
العدائية	القبلي	23.4	1	**0.001	**0.001
	البعدي	10.2		1	*0.045
	التنبعي	13.5			1

الغضب	القبلي	27.6	1	**0.001	**0.001
	البعدي	15.7	1	0.10	
	التتبعي	19.4		1	
السلوك العدواني الكلي	القبلي	91.1	1	**0.001	**0.001
	البعدي	46.1	1	0.07	
	التتبعي	57.5		1	

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة

ويرى الباحث أن النتيجة التي توصل إليها الباحث في الفرض الرابع للقياسات المتكررة تشير إلى: أن فاعلية البرنامجين في خفض السلوك العدواني ومستوياته على المقياس البعدي والتتبعي يشير إلى تأثير المتغير المستقل (البرنامجين بقياساتهم المتعددة) في المتغير التابع (مقياس السلوك العدواني ومستوياته) فقد لوحظ بأن درجات المراهقين في القياس البعدي والتتبعي انخفضت مقارنة بالقياس القبلي في درجات مقياس السلوك العدواني، كما لوحظ بأن درجات القياس التتبعي لم ترتفع مقارنة بالقياس البعدي في درجات مقياس السلوك العدواني ومستوياته، وهذا يدل على استمرارية البرامج في خفض السلوك العدواني ومستوياته، وقد لوحظ وجود استمرارية لأثر البرامج في خفضها، ولوحظ عدم وجود استمرارية لأثر البرامج في خفض مستوى العدائية عند المراهقين ولكن استمرارية الاستقرار الايجابي في التحسن ظهرت في القياس التتبعي في العلاج المعرفي السلوكي و برنامج علاج العقل والجسم الذي حافظ على استمراريته، وهذا يدل على قوة وفعالية حيث يؤكد أن التغيرات الناتجة عن البرنامجين جوهرية وليست ظاهرية فقد بلغت قيمة مربع ايتا التي تدل على أن حجم تأثير البرامج كانت بنسبة 44.9% على السلوك العدواني الكلي، ولبعد السلوك العدواني المباشر 40.5%، ولبعد السلوك العدواني اللفظي 39.5%، ولبعد العدائية 43.5%، ولبعد الغضب 20.2%، والنسبة المتبقية ترجع إلى عوامل أخرى.

ويعزو الباحث أن النتيجة التي توصلت إليها الدراسة في استمرار فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في مقياس السلوك العدواني ومستوياته في ضوء الأثر الايجابي التي تحدثه التدخلات المعالجة المنتظمة تخطيطاً وتنفيذاً لفهم ذواتهم كما أن الاستمرارية ناتجة عن تركيز العلاج على الأخطاء والتشوهات المعرفية ومدى تأثيرها على أفكارهم ومشاعرهم وجسدهم وسلوكهم وكيف أنها أثرت على حكم على ذواتهم ونظرتهم للأحداث والمواقف التي يمرون بها كلا الجنسين، في حين أن العدوان والعدائية وفقاً للنظرية المعرفية ينتج عن كيفية إدراك المراهق وتفسيره للموقف والأحداث

من حوله، ف وراء كل تصرف انفعالي غضباً كان أو عدواناً بناءً ونمطاً من التصورات والمعتقدات الخاطئة التي يتبناها الفرد في الحياة نتيجة لما تحمله من أخطاء وتشوهات معرفية اكتسبها خلال مراحل نموه وبما أن البرنامج يركز على الأفكار والتشوهات المعرفية من خلال استخدام فنيات المراقبة الذاتية وطرق إعادة البناء المعرفي، وفحص الدليل والاستكشاف الموجه والتحصين ضد الضغوط الغضب وإدارة القلق والتحكم بالأعراض الجسدية والعاطفية من خلال الاسترخاء التنفسي، ذلك يعني قدرة المراهقين على ممارسة بعض الفنيات في خفض مستوى السلوك العدواني المباشر والغضب.

كما وتتفق النتيجة مع التراث الأدبي السيكولوجي إلى ما أشار (اليس) إلى أن انفعالات الفرد غير المرغوبة مثل (الغضب، العدوانية، القلق، الاكتئاب) سببها نظام الفرد العقائدي وما يتضمنه من معتقدات غير عقلانية ويشترك مع اليس في ذلك أصحاب التوجه المعرفي مثل (بيك Beak، كيلي Kelly، سيجلمان seligman، رايمي Raimy، ولازاروس Lazarus، وآخرون) (سلامة، 1994: 4)

كما ويعزو الباحث عدم فعالية البرنامجين في العدائية إلى: طبيعة التنشئة الاجتماعية في المجتمع الفلسطيني وخاصة منطقة الشمال فليس من المقبول أن يعبر المراهق عن مشاعره السلبية اتجاه ذاته أو الآخرين وهذا ما يجعل اتجاه المراهقين سلبي اتجاه الوالدين أو المحيط فالعدائية تتوقف على تفسير الموقف وسلوك الشخص الآخر على أنه عدوان مقصود موجه اتجاهنا أم أنه مجرد خطأ غير مقصود، كما أن المراهقات في مجتمعنا تربو على خفض الصوت والسيطرة على انفعالاتهم فليس من المقبول اجتماعياً للمرأة أن تصرخ بعلو صوتها، كما أن المساندة والدعم الاجتماعي الذي يحصلون عليه المراهقات من قبل المحيطين يجعلهم يشعرون بالرضا عن هذه المساندة ويقلل من ممارستهم لسلوكهم العدواني، وبما أن المراهقات يلعبون دون زوجات المستقبل فانهم يتدربون خلال حياتهم على ممارسة ضبط انفعالاتهم اتجاه الاحباطات الناتجة عن عدم اشباع الدوافع يزيد من درجة العدائية لديهم، ومن هنا اختلاف المراهقين من كلا الجنسين في تحمل الاحباط والضغوطات يجعلهم أكثر عدائية مما يؤثر على افكارهم.

ويرجع الباحث هذه النتيجة إلى ما يتعرض له المراهقين في مجتمعنا من إحباطات متنوعة تتكون وتحدث نتيجة لكثرة وجود العوائق التي تحول دون اشباع حاجات المراهقين وتتفق هذه الرؤية مع ما ذهب اليه دولار وملير في نظرية الاحباط - العدوان حيث يؤكد " أن تدخل عائق يعترض السلوك المتجه إلى الهدف هو الإحباط، والإحباط يؤدي إلى استجابة بديلة أو إلى العدوان

فإذا ما انسد الطريق أمام العدوانية، فمن الممكن أن تتجه العدائية إلى الداخل لتصبح عدوانية ضد الذات.

كما يرى الباحث أن هذه النتيجة منطقية من حيث أن عدم فعالية البرنامجين في مستوى العدائية يدل على أن المراهقين يتعرضون إلى ضغوط شديدة وإحباطات متكررة تجعلهم عرضة للانتكاسة مرة أخرى في ظل هذه الظروف الضاغطة والأحداث الصعبة، فتأثير أساليب المعاملة الوالدية والخبرات الصادمة التي ما زالوا يعاصرونها يؤثر على بناء مخطوطاتهم المعرفية مما يجعلهم ينظرون إلى ذواتهم بطرق مختلفة، فأسلوب التسلط والزجر والتهديد والصراخ والتوبيخ من الأساليب الشائعة بمنطقة الشمال، والتي بطبيعتها تجعل المراهقين ينظرون إليها بطريقة متدنية مما يزيد مستوى العدائية والقلق والخوف والرغبة، ويترك تشوهات معرفية مؤثرة على سلوكهم وما يدل ذلك هو نتيجة الدراسة بارتفاع معدل العدائية لديهم سواء بنوعه المعلن أو الكامن.

التوصيات والمقترحات

التوصيات المقترحة:

- إجراء مزيد من الدراسات على العلاج المعرفي السلوكي للتعرف إلى أثر العلاج المركز على اضطراب كرب ما بعد الصدمة، والأعراض النفسية المرضية الأخرى للأطفال والمراهقين المتعرضين للخبرات الصادمة الناتجة عن الحروب التي تعرض لها قطاع غزة.
- الاستفادة من أدوات التقييم والبرامج العلاجية الموظفة في الدراسة الحالية سواء أكانت منفردة أم تكاملية في التعامل مع مشكلات المراهقين المتعرضين للصدمة النفسية، وخاصة مراكز تقديم الخدمات الداعمة للمراهقين اللاجئين.
- محاولة تطبيق وتعميم العلاج المعرفي السلوكي المركز على كرب ما بعد الصدمة بعد إحداث التعديلات المناسبة على الفنيات بما يناسب فئة الأطفال والمراهقين، وخاصة المتعرضين منهم للعنف الناتج عن الحروب.
- تقديم التدريب المتخصص بعلاج العقل والجسم للعاملين وبناء القدرات في محاولات تقديم الخدمات النفسية والعلاجية في مؤسسات تقديم الخدمات والارشاد للتدخل في التقليل، وعلاج الآثار السلبية لكرب ما بعد الصدمة للأطفال والمراهقين.
- تعميم استخدام برنامج علاج العقل والجسم على مؤسسات تقديم الخدمات ومراكز الارشاد النفسي للأطفال والمراهقين وتعميم استخدامه في المؤسسات التعليمية من قبل المرشدين التربويين.
- تطبيق البرنامجين على عينة من المراهقين المتأثرين من الحروب اللاجئين كلا على حدة في ضوء اختلاف جنس الفئة المستهدفة.

البحوث المقترحة:

- تقييم الأثر النوعي للبرامج العلاجية بتطبيقها مع مجموعات أخرى ممن يعانون من قلق ما بعد الصدمة.
- إجراء دراسات ذات برامج علاجية طويلة الأمد وبالتعاون مع اختصاص الطب النفسي في علاج الأعراض النفسية الأخرى التي توضح نتائج الدراسة عدم استفادتها بدرجة دالة احصائياً من برامج الدراسة الحالية.
- إجراء مزيد من دراسات المقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقل والجسم في خفض أعراض كرب ما بعد الصدمة على فئات متعددة من الأطفال والمراهقين والراشدين.
- إجراء دراسات تتعلق بفاعلية علاج العقل والجسم في التخفيف من أعراض القلق، واضطراب كرب ما بعد الصدمة والاضطرابات النفسية المصاحبة الناتجة عن الحروب.

قائمة المصادر والمراجع

المراجع العربية:

1. إبراهيم ، علاء عبد الباقي (2009). الاكتئاب أعراضه وأسبابه وطرق علاجه ، الطبعة الأولى ، القاهرة، عالم الكتب .
2. إبراهيم، عبد الستار(1994). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، دار الفجر، للنشر والتوزيع ، القاهرة ، مصر.
3. أبو العلا ، أحمد محمد (1979) . علم النفس الاجتماعي، الطبعة الثانية، مكتبة عين شمس: القاهرة.
4. أبو زيد ، مدحت عبد الحميد (2002). العلاج النفسي وتطبيقاته الجامعية، الجزء الثالث: المجتمعات العلاجية، والمحيط العلاجي، والعلاج التدعيمي، وتحليل التعامل، والتأمل الارتقائي، والعلاج الديني (القرآن)، والمساعدة الذاتية العلاجية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
5. أبو زيد ، مدحت عبد الحميد (2002). العلاج النفسي وتطبيقاته الجامعية، الجزء الثاني: بروتوكولات تحليلية، وسلوكية، ومعرفية سلوكية، ولعبيه، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
6. أبو زيد ، مدحت عبد الحميد (2002). العلاج النفسي وتطبيقاته الجامعية، الجزء الأول: الأسس، والديناميات، والتصنيف، والمشكلات، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
7. أبو زيد ، مدحت عبد الحميد (2007). العلاج النفسي وتطبيقاته الجامعية، الجزء الخامس، العلاج بضبط الذات، والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، دراسات تدخلية وبروتوكولات علاجية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
8. أبو زيد ، مدحت عبد الحميد (2009). العلاج النفسي وتطبيقاته الجامعية ، الجزء السادس : التدريبات العلاجية للمهارات الاجتماعية : دراسة تدخلية . الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
9. أبو زيد ، مدحت عبد الحميد (2009). العلاج النفسي وتطبيقاته الجامعية، الجزء السابع، العلاج المعرفي، بروتوكولات علاجية ودراسة تدخلية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
10. أبو زيد ، مدحت عبد الحميد (2009). العلاج النفسي وتطبيقاته الجامعية، الجزء السادس: التدريبات العلاجية للمهارات الاجتماعية، دراسات تدخلية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
11. أبو زيد ، مدحت عبد الحميد (2012). قائمة معارف اضطراب الضغط اللاحق لصدمة. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، (ب).
12. أبو زيد ، مدحت عبد الحميد (2005). العلاج النفسي وتطبيقاته الجامعية، الجزء الرابع: بروتوكولات علاجية ودراسات تدخلية في: العلاج التعليمي، وجماعات النمو الخبري، والعلاج

- بالتفاعل بين الشخصي الجشطالتي (هنا والآن)، والعلاج بشدذ الدافعية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
13. أبو زيد ،مدحت عبد الحميد (2012). المقياس التشخيصي لاضطراب الضغط اللاحق لصدمة، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، (أ).
14. أبو زيد ،مدحت عبد الحميد (2012). قائمة تقويم العلاج النفسي بإعادة الأعمال التصويري المجسد الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، (ج).
15. أبو هين ، فضل و البنا ، أنور و عبد العاطي،جميل (2006) . فاعلية استخدام تكنيك العقل والجسم كنموذج مهني في علاج حالات القلق والتوتر النفسي الناتج عن الصدمات النفسية ممارسة الاسترخاء وعلاقته في تخفيف حدة القلق، كلية التربية، بحث منشور، غزة.
16. أبو هين، فضل والبنا، أنور (2006). تقنيات العقل والجسم للمدربين، مركز التدريب المجتمعي وإدارة الأزمات، غزة.
17. أحمد ،محمود، إقبال (2006) . المراهقة، الطبعة الأولى، مكتبة المجتمع العربي للنشر، عمان الأردن.
18. اسعد ، يوسف ميخائيل ،(د،ت) . التفاؤل والتشاؤم ، القاهرة، دار النهضة .
19. إسماعيل ، عزت إسماعيل ،(د،ت) . اكتئاب النفس أعراضه وأنماطه وأسبابه وعلاجه، الكويت، وكالة المطبوعات .
20. بارلو ، ديفيد(2002) .مرجع اكلينيكي في الاضطرابات النفسية :دليل علاجي تفصيلي. ترجمه :صفوت فرج وآخرين ، مكتبة الانجلو الأمريكية.
21. باظة، آمال عبد السميع مليحي(2001) . الشخصية والاضطرابات السلوكية والوجدانية ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية.
22. بدران، سعاد (2010). اثر برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدي عينه من النساء المعنفات في مدينه غمان، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية.
23. بدوي ،احمد زكي (1982) . معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية : بيروت .
24. بدير، كريمان (2007) .الأسس النفسية لنمو الطفل، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
25. البنا ، أنور ،عسليية، محمد (2004) . اضطراب ما بعد صدمة الاجتياح الصهيوني لدي أطفال منطقة حي الزيتون بمحافظة غزة، مجلة جامعه الاقصي، غزة.

26. البهي، السيد فؤاد (1975) . الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلي الشيخوخة، الطبعة الثانية: دار الفكر العربي، القاهرة.
27. بوزان، توني (2006). العقل القوي، مكتبة جرير، المملكة العربية السعودية
28. بيفر، فيرا (2006). السعادة الداخلية. خطوات إيجابية نحو الإحساس بالسعادة والرضا، مكتبة جرير، المملكة العربية السعودية
29. بيفر، فيرا (2006) . المزيد من التفكير الايجابي، مكتبة جرير .
30. بيك ،أرون (2000) .العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية ترجمة : عادل مصطفى ، القاهرة :دار الآفاق العربية.
31. ثابت ، عبد العزيز و البحيصي، عمر وفوستانس، بانس(2014) الصدمات النفسية الناتجة عن الحرب علي غزة وعلاقتها بالقلق وكرب ما بعد الصدمة وطرق التأقلم لدي المراهقين الفلسطينيين ، المجلة العربية للطب النفسي ج25، العدد 1 ص 71-82.
32. ثابت ، عبد العزيز، أبو طواحينه ، السراج ، إياد (2013) . استراتيجيات المواجهة لدي الأطفال والبالغين المتعرضين لنزاع وصراع الحرب، المجلة العربية للعلوم النفسية.
33. ثابت ، عبد العزيز، عبد الله ، تيسير ، وفوستانس، بانس (2013) . اضطراب كرب ما بعد الصدمة واضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد في الأطفال الفلسطينيين المتأثرين بالحرب علي غزة، المجلة العربية للعلوم النفسية.
34. ثابت، عبد العزيز(2004) .متلازمة PTSD والاكتئاب عند الأطفال اللاجئين في أثناء صراع الحرب ، دراسات في الصحة النفسية في قطاع غزة، الطبعة الأولى.
35. جلال، اسعد (1986). في الصحة العقلية، الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، القاهرة، دار الفكر العربي.
36. الحجار، بشير(2002) . الأمراض النفسية بين النظرية والتطبيق، الجامعة الإسلامية، غزة.
37. الحسيني ، أيمن (2009) . موسوعة العلاج بالطب البديل : مكتبة الساعي للنشر والتوزيع، مصر ، القاهرة.
38. حقي ،ألفت (1995) . الاضطراب النفسي، الجزء الأول التشخيص والعلاج والوقاية، الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
39. الحويلة ، هادي أمثال و عبد الخالق، أحمد(2009) . القلق والاسترخاء العضلي المفاهيم والنظريات والعلاج ، دار ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، مصر ، القاهرة.

40. الخز ندار ، ابتسام (2004) . اثر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض اثر الخبرات الصادمة لدى الأطفال الفلسطينيين في محافظات غزة، رسالة دكتوراه، جامعه عين شمس.
41. الداهري، صالح حسن (2005) . مبادئ الصحة النفسية، الطبعة الأولى، دار وائل، عمان، الأردن.
42. الدحادحة، بسام محمد (2010). الدليل العملي في الإرشاد والعلاج النفسي ، مكتبة الإفلاح ، الطبعة الأولى ، الكويت.
43. ديلاني ، ستيفاني (2006) . " حماية الأطفال ضد الاستغلال الجنسي والانتهاكات القمعية في أوضاع الكوارث والإحداث الطارئة " ، ترجمة : مؤسسة المكتبات الدولية ، الملكية الفكرية ، استراليا .
44. الريماوى ، محمد عودة (2003) . علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة) ، الطبعة الأولى: دار المسيرة للنشر، عمان، الأردن.
45. زهران، حامد عبد السلام (1977) . علم نفس النمو والمراهقة، الطبعة الرابعة، عالم الكتب: القاهرة.
46. زهران، حامد عبد السلام (1980) . التوجيه والإرشاد النفسي، الطبعة الثانية: عالم الكتب، القاهرة، مصر.
47. زهران، حامد عبد السلام (2001) . الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الثالثة: عالم الكتب، القاهرة، مصر.
48. سفيان أبو نجيله (2001). مقالات في الشخصية والصحة النفسية. غزة: مركز البحوث الإنسانية والتنمية الاجتماعية.
49. سلامة ، ممدوحة (1991) . الإرشاد النفسي منظور نمائي ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية والاكتتاب لدى طلبة جامعة الأقصى بغزة فلسطين ، مؤتمر كلية التربية ، جامعة الاقصى ، غزة .
50. سلامة، ممدوحة (1994) . الإرشاد النفسي منظور نمائي ، القاهرة، مكتبة لنقر المصرية.
51. السنباتي ، إيمان صالح (2005) . فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء إليهم ، رسالة ماجستير ، الجامعة الأردنية، عمان.
52. سيفر ويلمان (1989). أيقظ قوة عقلك الخارقة بيروت، الدر للنشر والتوزيع.

53. الشربيني، لطفي عبد العزيز (1998) . كيف تتغلب علي القلق - المشكلة والحل، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
54. الشناوي ، محمد محروس(1991). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة.
55. الشناوي ،محمد محروس (1997) .التخلف العقلي : الأسباب- التشخيص - البرنامج، القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر .
56. الشناوي ،محمد محروس و عبد الرحمن ، محمد السيد (1998) . العلاج السلوكي الحديث : أسسه وتطبيقاته ، القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر .
57. شوقي ، أسماء أحمد (2012) . اكتشف عالمك ، الطبعة الأولى، ايتراك، القاهرة.
58. صبحي، سيد محمد(2000) .محاضرات الدورة التدريبية في الإرشاد المعرفي السلوكي، مركز الإرشاد النفسي ، كلية التربية، جامعه عين شمس.
59. الصبوة ، محمد نجيب (2000).مراجعة نظرية نقدية لأثر اضطرابات ما بعد الصدمة والعوامل المرتبطة علي كفاءة بعض الوظائف النفسية لدي عينات عربية وعالمية من المصدومين، دراسة وبائية كنيكية : الثقافة النفسية ، 11(44) ، 79-117.
60. صبوة، محمد (1995) .القلق لدى الكويتيين بعد العدوان العراقي ، دوله الكويت، الديوان الأميري، مكتب الإنماء الاجتماعي، إدارة البحوث والدراسات.
61. صبوة، محمد نجيب(2004) . قواعد التشخيص والعلاج النفسي ، أتراك للطباعة ، جامعه القاهرة.
62. صفا ، احمد محمد (2011).مدي فعالية برنامج علاجي نفسي جماعي بإعادة الأعمال التصويري المجسد معتدل الأجل مقترح لخفض حدة الأفكار السالبة لدي عينة من ذوي اضطراب ما بعد الصدمة رسالة ماجستير دراسة تدخلية ، الإسكندرية .
63. صليبا، جميل (1987) . علم النفس العام بين النظرية والتطبيق ، بيروت
64. الضامن، منذر عبد الحميد (2003) . الإرشاد النفسي، الطبعة الأولى، مكتبة الفلاح: الكويت.
65. الضامن، منذر عبد الحميد (2005) . علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة)، الطبعة الأولى، مكتبة الفلاح: الكويت.

66. ضمرة ، جلال ونصار ، يحيي (2013) . أثر نموذج العلاج المعرفي السلوكي المركز علي الصدمة في خفض أعراض الاكتئاب لدي عينة من أطفال الحرب ، مجلة دراسات العلوم التربوية، المجلد 41.
67. الطيب، محمد عبد الظاهر(1996) . مشكلات الأبناء، الطبعة الثانية، المعرفة الجامعية، القاهرة، مصر.
68. عباس فيصل (1990) . أساليب دراسة الشخصية (التكتيكات الاسقاطية)، بيروت، دار الفكر العربي.
69. عبد الخالق ،أحمد (1998). الصدمة النفسية مع إشارة خاصة إلى العدوان العراقي على: دولة الكويت.
70. عبد الخالق، أحمد محمد (2000) . الدراسة التطورية للقلق، الطبعة الثانية، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، مصر.
71. عبد الخالق، أحمد محمد (1987) . قلق الموت، الطبعة الأولى، عالم المعرفة، الكويت.
72. عبد الرحمن، محمد السيد (1998) . دراسات في الصحة النفسية، الجزء الأول، القاهرة دار قباء.
73. عبد الستار إبراهيم و الدخيل ،عبد العزيز، وضوى إبراهيم (1993) .العلاج السلوكي للطفل: أساليبه ونماذج من حالته ، الكويت ، مجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب : عالم المعرفة ، العدد 180
74. عبد العال ،سيد محمد (2002) . ضغوط العمل والأزمات ، مجلة مركز معلومات الطفولة . جامعة الأزهر . ع10.
75. عبد الله ،غسان (2001) . دراسة حول عنف الاحتلال الإسرائيلي ، ومستقبل الطفل الفلسطيني . رام الله : مركز الدراسات والتطبيقات التربوية .
76. عبد الله، مجدي أحمد (1996) . علم النفس المرضي، الطبعة الثانية، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، مصر.
77. عبد الله، محمد قاسم(2011) .نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ، دار الفكر، الطبعة الأولى ، جامعه حلب .
78. عبد الهادي، نبيل(2005) . مداولات النمو ومشكلاته (مرحلة تكوين الجنين وحتى المراهقة)، الطبعة الأولى: الأهلية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

79. عبيدات ، ذوقان وعدس، عبد الرحمن و كايد عبد الحق (2002) . البحث العلمي مفهومه وأدواته وأساليبه، ط7. عمان : دار الفكر .
80. عبيدات ، محمد و أبو نصار ، عقله ،محمد ريفين (1999) . منهجية البحث العلمي ، القواعد والمراحل والتطبيقات ، وائل للنشر والتوزيع : عمان ، 33-91.
81. عريبات ، احمد عبد الحليم . (2001) . بناء برنامج أرشادي للتكيف مع الحياة الجامعية في الجامعات الأردنية ، أطروحة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية ، الجامعة المستنصرية .
82. العزة، سعيد حسني (2004) . تمييز الصحة النفسية، الطبعة الأولى ، دار الثقافة ، عمان ، الأردن.
83. عسكر، عبد الله، (1988) . الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
84. عطوان ، اسعد والسنكري، بدر (2007). الموجز في مناهج البحث العلمي، مكتبة الطالب الجامعي ، غزة ، ط1.
85. عطوي، جودت (2004) . التوجيه المدرسي مفاهيمه النظرية- أساليبه الفنية- تطبيقاته العملية، الطبعة الأولى، مكتبة دار الثقافة للنشر، عمان: الأردن.
86. عفيفي، عبد الحكيم(1989) .الاكتئاب والانتحار، القاهرة، الدار المصرية .
87. عكاشة ،احمد (1998). الطب النفسي المعاصر ، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
88. عكاشة، أحمد (1980) . علم النفس الفسيولوجي، الطبعة الخامسة: دار المعارف، القاهرة.
89. عكاشة، أحمد (2003) . الطب النفسي المعاصر، الطبعة الأخيرة، مكتبة الانجلو، القاهرة، مصر.
90. علي عبد الله (2003) . فاعلية الاقتصاد الرمزي والتعلم الملطف في خفض مستوى إيذاء الذات لدى الاطفال المتخلفين عقليا ، رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.
91. العناني، حنان عبد الحميد (1998) . الصحة النفسية للطفل، الطبعة الرابعة، دار الفكر، عمان، الأردن.
92. عوض، حسني(2008). نظرية العلاج المعرفي السلوكي ، قسم التعليم المستمر وتنمية المجتمع ، جامعه القدس المفتوحة، غزة.

93. العيسوي، عبد الرحمن (2001) . الجديد في الصحة النفسية، الطبعة الأخيرة، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر.
94. العيسوي، عبد الرحمن(1981) . دراسات سيكولوجية، الطبعة الأولى: دار المعارف، القاهرة.
95. عيطه ، سهام و ضمرة ، جلال(2013) . أثر العلاج المعرفي السلوكي المركز علي الصدمة والعلاج بالموسيقى في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدي عينة من أطفال الحروب ، مجلة دراسات العلوم التربوية، المجلد 41.
96. فأيد ،حسين (2001) . الاضطرابات السلوكية تشخيصها . أسبابها . علاجها : القاهرة . طبية للنشر والتوزيع .
97. فرج، طريف شوقي (1997). توكيد الذات مدخل لتنمية الكفاءة الشخصية، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر بيفر، فيرا (2006). السعادة الداخلية. خطوات إيجابية نحو الإحساس بالسعادة والرضا، مكتبة جرير، المملكة العربية السعودية
98. فهمي، مصطفى (1997) . الصحة النفسية دراسات في سيكولوجية التكيف، الطبعة الثانية، مكتبة الخانجي، القاهرة، مصر.
99. قشقوش، إبراهيم (1980) . سيكولوجية المراهق، الطبعة الأولى، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
100. قوته، سمير والسراج، إياد (2004) . انتشار اضطراب ما بعد الصدمة بين الأطفال الفلسطينيين في قطاع غزة ، بحث منشور، برنامج غزة للصحة النفسية.
101. الكبيسي، ناطق فحل(1998) . بناء مقياس ما بعد الضغوط الصدمية ، رسالة ماجستير، غير منشورة، بغداد ، كلية الآداب: الجامعة المستنصرية.
102. الكعبي، موزه عبید (1997) . ممارسة برنامج مع حالات القلق النفسي، الطبعة الأولى، مكتبة فهد الوطنية، الرياض، السعودية.
103. ماجدة محمود (2008). الاضطرابات المصاحبة للصدمة لدى ضحايا العبارة 98 وعلاقتها بأعراض القلق والاكتئاب مجلة دراسات نفسية، العدد (2)، المجلد (18)، ص 259-302.
104. ماهر ، عمر (2008). المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
105. المجدلاوي ،(2004) . اثر الخبرات الصادمة خلال انتفاضة الاقصي علي مستوي التحصيل الدراسي لطلاب المرحلة الإعدادية ، رسالة دكتوراه ، جامعه عين، شمس، مصر.

- 106.محفوظ، محمد جمال الدين (1984) . **تربية المراهق في المدرسة الإسلامية**، الطبعة الثانية، الهيئة المصرية للكتاب: القاهرة.
- 107.محمد ، صفا (2011) . **مدي فعالية برنامج علاجي نفسي جماعي بإعادة الإعمال التصويري مقترح لخفض حدة الأفكار السالبة لدي عينة من ذوي اضطراب الضغط اللاحق لصدمة : دراسة تدخليه ، رسالة ماجستير، جامعه الاسكندرية، مصر .**
- 108.محمد ، عادل (2000) . **العلاج المعرفي السلوكي: أسس وتطبيقات**. القاهرة: دار الرشاد.
- 109.محمود، ماجدة(2009) . **المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والقلق لدي مريضات سرطان الثدي ، مجلة دراسات نفسية ، العدد 2 ، المجلد 19.**
- 110.محيط، احمد وسيف الدين، أميرة(1998) **تقرير الصحة النفسية لأطفال المدارس : ترجمه طارق فحل الكبيسي ومي فاضل الجبوري، منظمه الصحة العالمية، مصر : مكتب الصحة النفسية ، إقليم البحر الأبيض المتوسط**
- 111.مرسي، سيد عبد الحميد (1987) . **الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني**، الطبعة الثانية، دار التوفيق النموذجية، القاهرة، مصر .
- 112.مركز العقل والجسم(2005). **فاعلية برنامج علاج العقل والجسم في خفض أعراض الصدمة النفسية للأطفال في كوسوفو، واشنطن، أمريكا.**
- 113.مركز العقل والجسم(2008). **فاعلية برنامج علاج العقل والجسم في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لطلاب المدارس الإعدادية والثانوية ،في كوسوفو، واشنطن، أمريكا.**
- 114.مركز العقل والجسم(2011). **فاعلية برنامج علاج العقل والجسم في خفض أعراض الصدمة النفسية للأطفال في كوسوفو، مجلة الطب النفسي الاكلينيكي، مجلد3، 246-262.**
- 115.مركز العقل والجسم(2011). **فاعلية برنامج علاج العقل والجسم في خفض أعراض الصدمة النفسية لدي طلبة الثانوية في كوسوفو، مجلة الصدمات والضغوط، مجلد2، 143-143**
- مؤسسة الأطفال والحرب (2000). **الأطفال والحرب تعليم أساليب البقاء ، معهد الطب النفسي، بيريقين، النرويج.**
- 116.مركز علاج العقل والجسم (2011) . **دليل علاج العقل والجسم للأطفال المراهقين ، دار الأرقم للطباعة والنشر .**
- 117.مركز معالجة الصدمات الإسرائيلي (2005) . **دليل الاسترداد والتعافي ، مركز معالجة الصدمات الإسرائيلي، إسرائيل.**

118. مطاوع، إبراهيم وعبود، عبد الغني (1977) . في التربية المعاصرة، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة ، مطبوعات جامعة الكويت
119. معوض، خليل (1983) . سيكولوجية النمو (الطفولة والمراهقة)، الطبعة الثانية، دار الفكر الجامعي، القاهرة، مصر.
120. المعيني ، ميسون كريم(2004) . اضطراب كرب ما بعد الضغوط الصدمية وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى تلاميذ الصف السادس الابتدائي ، المؤتمر العلمي، القطري الرابع والسنوي الثالث عشر في العلوم النفسية ، بغداد: جامعه بغداد: مركز البحوث النفسية.
121. مغاريوس ، صموئيل (1974) . الصحة النفسية والعمل المدرسي ، الطبعة الثانية ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة.
122. ملحم، سامي محمد (2001) . الإرشاد والعلاج النفسي، الطبعة الأولى، دار المسيرة، عمان، الأردن.
123. مليكه ، لويس كامل (1990) . العلاج السلوكي وتعديل لسلوك ، الكويت : دار القلم .
124. منسي، حسن (2001) . الصحة النفسية، الطبعة الثانية، دار الكندي للنشر، عمان، الأردن.
125. موسي ، واثق عمر (1978). بناء مقياس للتوافق النفسي لدي طلبة الجامعة ، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب ، جامعه بغداد.
126. النابلسي، محمد أحمد (1991). الصدمة النفسية علم نفس الحروب والكوارث ، بيروت: دار النهضة العربية.
127. هاريل، كيث (2009) . طريقه تفكيرك هي الأهم : مكتبة جريد، الرياض السعودية.
128. هاملتون، ديفيد(2008). الاستشفاء البدني العقل والروح : دار الفاروق للاستثمارات الثقافية، الجيزة، مصر.
129. هول.ك. لندرزي(1969) . نظريات الشخصية، ترجمه فرج احمد فرج وآخرون، القاهرة، دار الشايع للنشر.
130. الوقفي، راضي(1998). مقدمة في علم النفس، الطبعة الثالثة، دار الشروق للنشر، عمان، الأردن.
131. ويل، اندرو (2012). الصحة والدواء من الطبيعة، مكتبة جرير.
132. ويلسون، بول (2007) . أساليب الهدوء. التأمل بعيدا عن السحر والغموض، مكتبة جرير، المملكة العربية السعودية

133. ياسين، عطوف محمود (1988). أسس الطب النفسي الحديث، بيروت، منشورات ميسون الثقافية.
134. يعقوب، غسان (1999). سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي (اضطراب ما بعد الصدمة ، بيروت : دار الفارابي، بيروت لبنان .
135. يوسف، جمعه سيد و الصبوة ، محمد نجيب :ترجمة : روبرت ليهي (2006). دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية : القاهرة ، ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

المراجع الاجنبية:

1. ABDEL AZIZ THABET, PANOS VOSTANIS, POST TRAUMATIC STRESS DISORDER REACTIONS IN CHILDREN OF WAR: A LONGITUDINAL STUDY , **Child Abuse & Neglect**, vol. 24 , No 2, pp. 291 -298, 2000 .
2. Ader, R., Cohen, N. (1981): **Psychoneuroimmunology**. Academic Press, San Diego.
3. Agaibi, C.E. &Wilson,J.P. (2005). **Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. Trauma, Violence, and abuse**, 6 (3), 195-216.
4. Ahearn, E.P., Juergens, T., Smith, T., Kahn,D.,&Kalin, N. (2007). **Fear, Anxiety, and the neuroimaging of PTSD. Psychopharmacology Bulletin**, 40 (3),88-103.
5. Alex Hossack¹ and Richard p. Bentall, Elimination of posttraumatic symptomatology by Relaxation and visual – Kinesthetic , **Journal of Traumatic Stress** Vol. 9, No. 1, 1996.
6. American Psychiatric Association (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder** washing DC American Psychiatric Press-P :427/429.
7. Amit Etkin, Tor D. Wager ، Functional Neuroimaging of Anxiety : A Meta Analysis of Emotional Processing in PTSD, Social Anxiety Disorder, and Specific Phobia , , **Am j Psychiatry** 164:10, October 2007.
8. Atle Dyregrov, Leila gupta, Rolf gjestad, and Eugenie Mukanoheli, Trauma Exposure And Psychological Reactions To Genocide Among Rwandan Children, **Journal of Traumatic stress**, vol. 13, no. 1,2000.
9. Ballenger, J.C, Davidson, J.R.T, Lecrubier, 4.,Nutt, D. J., Marshall, R.D, Nemeroff, C.B., Shaler, A.Y., & Yehuda, R., (2004). **Consensus Group on Depression and Anxiety. Journal of clinical psychiatry**, 65 (1), 55-62.
- 10.Ballieux, R. ((1994): **The mind and the immune system. Thero Med**, 15(4): 387-395.
- 11.Ballieux, R. (1991): **Impact of mental health on the immune response. J. Clin Periodontol**, 18(6): 427-430.
- 12.Blackledge,J.T.(2004).**Functional contextual processes in posttraumatic stress. International Journal of Psychology and Psychological Therapy**,4(3),43-467.

13. Bolton, D., Hill, J. (2000). **Mind, meaning and mental disorder: The nature of causal explanation in Psychology and psychiatry.** New York: Oxford University Press.
14. Brewin, C.R., & Homes, E.A. (2003). **Psychological theories of posttraumatic stress disorder.** *Clinical Psychology Review*, 23, 339-37.
15. Brewin, C.R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (2000). **A dual representation Theory of posttraumatic stress disorder.** *Psychological Review*, 103(4), 670-686.
16. Broadbent, J.C. & Nixon, R.D.V. (2007). **Maladaptive beliefs and suppression of negative autobiographical memories.** *Behavior Change*, 24(3), 125-143.
17. Bruns, D. (1998): **The problem of somatization.** Available online: <http://www.healthpsych.com>.
18. Clark, D.M. (1999). **Anxiety disorders: why they persist and how to treat them.** *Behavior Research and Therapy*, 37, S5-S27.
19. Coffey, S.F., Saladin, M.E., Drobles, D.J., Brady, K.T., Dansky, B.S., & Kilpatrick, D.G. (2002). **Trauma and substance cue reactivity in individuals with comorbid posttraumatic stress disorder and cocaine or alcohol dependence,** *Drug and Alcohol Dependence*, 65 (2), 115-127.
20. Dalgleish, T., Moradi, A.R., Taghavi, M.R., Neshat-Doost, H.T., Yule, W. (2001). **An experimental investigation of hyper vigilance For threat in children and adolescents with post-traumatic stress disorder.** *Psychological Medicine*, 31, 541-547.
21. Davidow, A. (2006). **From the "here and now" to the there and then: The evaluation of effectiveness of Ehlers and Clark's model for treating PTSD in a rape survivor.** Dissertation Thesis of master, Rhodes University.
22. Davis, C.G., & Asliturk, E. (2011). **Toward a positive psychology of coping with anticipated events.** *Canadian Psychology \Psychologie canadienne*, 52(2), 101-110.
23. Denot-Ledunois S., Vardon, G., Perruchet, P., & Gallego, J. (1998). **Effects of voluntary changes in breathing frequency on respiratory comfort,** *Biological Psychology* 49, 71-82.
24. DePrince, A.P. & Freyd, J.J. (2002). **The harm of trauma: Pathological fear, shattered assumptions, or betrayal?** In: J. Kauffman (ED) *Loss of*

the Assumptive Word: a theory of traumatic loss. (PP71-82) New York: Brunner-Rutledge.

25.Devine, E. (1992): **Psycho educational Care of adult surgical patients: a meta-analysis of 191 studies, Patient Education and Counseling**, 19: 129-142.

26.Dopler, D. (1995): **Mind/Body Medicine.** Available online: <http://www.findarticles.com/galeencyclopedia of alternative medicine>.

27.Dossey, L. (1991): **Healing Words, san Francisco, Harper**, pp. 61-62 .

28.Dunmore,E.,Clark,D.M., &Ehlers,A.(2001).A **prospective investigation of the role of cognitive factors in persistentPosttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. Behavior Research and therapy.**(39), 1063-1084.*Ebert,A. &Dyck. M. J.(2004). The experience of mental death: The core Feature of complex posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 24,617-635.

29. Edward J. Hickling , Gustave F. P. Sison , Jr. Rodney D. Vanderploeg ,

30.Egeren, L. (2000): **Stress, Coping and Behavioral organization. Psychosomatic Medicine**, 62: 451-460.

31.Ehlers,A., &Clarks,D.M.(2000).A **cognitive models of posttraumatic stress disorder. Behavior Research and Therapy**, 38,319-345.

32.Eisenberg, D., Delbanco, T., Berkeley, C. (1993): **Cognitive Behavioral Techniques for Hypertension, Are they affective? Annals of Internal Medicine**, 118: 964-972.

33.Elliot, R., Davis ,K.L., &Slatick,E.(1998).**Process-Experiential therapy for posttraumatic stress difficulties.In: L. S. Greenberg, J.C.Waston, G.lietaer(Eds) and book of experiential psychotherapy.** (pp249-271) New York: The Guilford Press.

34.Elters, A., Hackmann, A, &Micheal,T. (2004). **Intrusive re-experiencing in post-traumatic stress disorder: Phenomenology, theory, and therapy.** *Memory* (12) 4, 403-415.

35. Emmanuelle Espié Valérie Gaboulaud Thierry Bubet , German Casas, Yorm Mouchenik, Oliver yun⁵ , Rebecca F Grai¹ and Marie Rose Moro , Trauma-related psychological disorders among Palestinian children and adults in Gaza and West Bank, 2005-2008, **International Journal of Mental health systems** 2009,3:21

36. Epstien, R., Quill, T., McWhinney, I. (1997): **Somatization reconsideration: Incorporating the patient's experience of illness.** *Arch Intern Med.* 159: 215-222.
37. Falsetti, S.A., Monnier, J., & Resnick, H.S. (2005). Intrusive thoughts in posttraumatic stress disorder. In: D.A. Clark (Ed) **Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, Research, and Treatment.** New York: The Guilford Press.
38. Foa, E.B., Ehlers, A., Clark, D.M., Tolin, D.F., & Orsilli, S.M. (1999). **The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTSD): Development and Validation.** *Psychological Assessment*, 11(3), 303-314.
39. Foster, M.D., Sloto, L., & Ruby, R. (2006). **Responding to discrimination as a function of meritocracy beliefs and personal experiences: Testing the model of shattered assumptions.** *Group Processes & Intergroup Relations*, 9(3), 401-411.
40. Gehrke, A., & Violant, J.M. (2006). **Gender differences and posttraumatic stress disorder: The role of trauma type and frequency of exposure.** *Traumatology*, 12(3), 229-235.
41. Gelder, M., Harrison, P., & Cowen, P. (2007). **Shorter Oxford Textbook of Psychiatry.** New York: Oxford University Press.
42. Geraerts, E., Merckelbach, H., Jelicic, M., & Smeets, E. (2006). Long term consequences of suppression of intrusive anxious thoughts and repressive coping. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1451-1460.
43. Goldfinger, D.A., Amdur, R.L., & Liberzon, I. (1998). **Psychophysiological responses to the Rorschach in PTSD patients, noncombat and combat controls.** *Depression and Anxiety*, (8), 112-120.
44. Gordon, JS, Staples, J, Blyta, A & Bytyqi, M. (2004) Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Postwar Kosovo High School Students Using Mind-Body Skills Groups: a Pilot Study. *Journal of Traumatic Stress*, 17; 143-147.
45. Green, B.L. (2003). **Traumatic Stress and its Consequences.** In: **Green B.L., Friedman, M.J., Jong, J., Solomon, S.D., Keane, T.M., Fairbank, A., Donelan, B., & Wouters, E.F. (Eds) Trauma Interventions on War and Peace: Prevention, Practice, and Policy.** (pp. 17-32). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

46. Guez, J., Naveh-Benjamin, M., Yankovsky Y., Cohen, J., Shiber, A., & Shalev, H. (2011). **Traumatic stress is linked to a deficit in associative episodic memory. Journal of traumatic stress**, 24(3), 206-267.
47. Hageraars, M.A., Minnen, A., & Rooij, M. (2010). **Cognition in prolonged exposure therapy for posttraumatic stress disorder. International Journal of Clinical and Health Psychology**, 10(3), 421-434.
48. Hart, O.V.D., & Horst, R. (1989). **The dissociation theory of Pierre Janet. Journal of traumatic stress**, 2(4), 1-11.
49. Hayward, C.C., Bandura, A. (2004). **Social Cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. Behavior Research and Therapy**, 42, 1129-1148.
50. Hertel, P. (2004). **Habits of thoughts produce memory biases in anxiety and depression** In: J. Yiend (Ed) **Cognition, Emotion and psychopathology**. (pp.109-129). United Kingdom: Cambridge University Press.
51. James S. Gordon, Julie K. Staples, Afrim Blyta, and Murat Bytyqi, **Treatment Of Posttraumatic Stress Disorder In Postwar Kosovo High School Students Using Mind – Body Skills Groups : A Pilot Study, Journal of Traumatic stress**, Vol. 17, No. 2, April 2004, pp. 143-147 2004.
52. Jennifer A. Stapleton Steven Taylor Gordon J. G. Asmundson, **Effects of Three PTSD Treatments on Anger and Guilt: Exposure Therapy, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, and Relaxation Training Journal of traumatic stress**, vol. 19m No 1, February 2006, pp 19-28 (2006).
53. Jennifer wild* and Anke Ehlers, **Self – study assisted cognitive therapy for PTSD: a case study, European Journal of Psychotraumatology** 2010.
54. Johnston, T.S. (2010). **The treatment of posttraumatic stress disorder utilizing Cannabis Sativa as adjunctive pharmacologic agent A comprehensive survey of the literature and critical analysis. Dissertation Thesis of PhD, Argosy University.**
55. Judith A, Cohen, et al (2001) : **Treatment Practices for child hood post traumatic stress disorder, child Abuse and neglect**, N.25, 123-135.

56. Judith A. Cohen Anthony p. Mannarino, Shari Rogal Treatment practices for childhood posttraumatic stress disorder, **Child abuse & neglect** 25 (2001) 123 – 135.
57. Judith, B., (200): **Questions & answers about cognitive therapy Beck institute for cognitive therapy and Research .**
58. K Amone-p'olak, N Garnefski, vkraaij' The impact of War experiences and physical abuse on formerly abducted boys in northern Uganda ,**S Afr psychiatry Rev** 2007;10:76-82.
59. Klimes, V.L., Arden, J.B. (2008). **Conquering post-Traumatic Stress Disorder: The newest techniques For overcoming symptoms, regaining hope, and getting your life back.** Beverly: Fair Winds Press.
60. Lange, J.T. (2000). **Primary care treatment of posttraumatic stress disorder journal of American family physician**, 62(3), 1-9
61. Liberzon, I., Taylor, S.F., Amdur, R., Jung, T.D., Chamberlain, K.R., Minoshima, S., Koeppe, R.A., & Fig, L.M., (1999). **Brain activation in PTSD in response to trauma-related stimuli. Biological Psychiatry**, 45, 817-826 .
62. Lilly, M.M. (2008). **Shattered assumptions, coping and religiosity in intimate partner violence survivors: A partial explanation for variation in PTSD symptoms. Dissertation Thesis of PhD, The University of Michigan.**
63. Linde, F. (2007). **Post trauma, anxious future: A case-based evaluation of the Ehlers and Clark model for PTSD applied in Africa. Dissertation thesis of Master, Rhodes University.**
64. Marit Sijbrandij, Miranda Olff, Johannes B. Reitsma, Ingrid V.E. Carlier, Mirjam H. De Vries, Berthold P.R. Gersons, Treatment Of Acute Posttraumatic Stress Disorder With Brief Cognitive Behavioral Therapy: A randomized Controlled Trial, **Am J Psychiatry** 164:1, January 2007.
65. Masuda, A., Hayes, S.C., Sackett, C.F., & Twohig, M.P. (2004). **Cognitive diffusions and self-relearned negative thoughts: examining the impact of a ninety year old technique. Behavior Research and therapy**, 42, 477-485.
66. Michael S. Scheeringa, Mary Jo Wright, John P. Hunt, Charles H. Zeanah, Factors Affecting the Diagnosis and Prediction of PTSD Symptomatology in Children and Adolescents , **Am j Psychiatry** 163:4, April 2006.

67. Morrison, A.P., From, L., & Larkin, W. (2003). **Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. British Journal of clinical psychology.** (42), 331-35.
68. Najmi, S., & Wegner, D.M. (2009). **Hidden complications of thoughts suppression. International Journal of Cognitive Therapy,** 2(3), 210-223.
69. Nemeroff, C.B., Bremner, J.D., Foa, E.B.; Mayberg, H.S.; North, C.S. & Stein, M.B., (2006). **Posttraumatic Stress disorder: A state-of-the-science review. Journal of psychiatric research.** (40), 1-21.
70. Nixon, R.D.V., Bryant, R.A. (2005). **Are negative cognitions associated with severe acute trauma responses?. Behavior Change,** 22(1), 22-28.
71. Olatunji, B.O., Elwood, L.S., Williams, N.L., & Lohr, J.M. (2008). **Mental pollution and PTSD symptoms in victims of sexual assault: A preliminary examination of the Mediating Role of trauma-relates Cognitions. Journal of cognitive Psychotherapy: An International Quarterly,** 22(1), 37-47 .
72. Osuch, E.A.; Benson, B.; Geraci, M., Podell, D., Herscovitch, P.; McCann, U.D.; & Post, R.M., (2001). **Regional cerebral blood Flow correlated with Flashback intensity in patients with posttraumatic stress disorder. Biological Psychiatry;** 50, 246-253.
73. Philip A. Saigh , Anastasia E. Yasik, Richard oberfield, phill V. Halamandaris ,The self-concept of traumatized children and adolescents with or without PTSD ‘ **Behaviour Research and Therapy** 46 (2008) 1181-1186 .
74. Rauch, S.L.; Shin, L.M.; & Phelps, E.A. (2006). **Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: Human neuroimaging research-past, present and future. Biological Psychiatry,** 60, 376-382.
75. Rebekah Bradley, Jamelle Greene, Eric Russ, Lissa Durta, Drew Westen, A Multidimensional Meta- Analysis of Psychotherapy for PTSD, **Am j Psychiatry** 162:2, February 2005.
76. Rosen, G.M.; Lilienfeld, S.O. (2008). **Posttraumatic stress disorder: An empirical evaluation of core assumptions. Clinical Psychology Review,** 28(5), 837-868.

77. Ruth A. Parslow, Anthony F. Jorm, Pretrauma' and posttrauma Neurocognitive Functioning and PTSD symptoms in a Community Sample of Young Adults , **Am J psychiatry** 164:3, March 2007 .
78. S. Macrodimitis, J.wershlerM. Hatfield a, K. Hamilton e, b. backs-Dermott, K. Mothersill' C. Baxter, S. wiebe, Group cognitive behavioral therapy for patients with epilepsy and comorbid depression and anxiety, **Epilepsy &behavior** 20 (2011) 83-88.
79. SAMIR QUOTA, EYAD EL SARRAJ, PREVALENCE OF PTSD AMONG PALESTINIAN CHILDREN IN GAZA STRIP, **Arabpsynet Journal: N 2 April** – May – June. 2004.
- 80.Schiraldi, G.R. (2009). **The post-traumatic stress disorder: A guide to healing, recovery, and growth.** New York: McGraw-Hill Companies.
81. Sefa Bulut , Comparing the earthquake exposed and non-exposed Turkish children's post Traumatic stress Reactions , **Anales de psicologia** 2006, vol 22,n a.
- 82.Shalev, A.Y(2009)**Posttraumatic stress disorder and stress-related disorders. Psychiatric Clinics of North America**, 32 (3), 687-704.
- 83.Shipherd, J.C. & Beck, J.G. (2005). **The role of thought suppression in posttraumatic stress disorder. Behavior Therapy**, 36, 277-387.
- 84.Slaby, A.E. (1989). **Aftershock: Surviving the delayed effects of trauma, crisis and loss.** New York: Villard Books.
85. Staples , j. k. abdel atti , j. a., & Gordon, j. s. (2011, june 27) . nind – body skills groups for posttraumatic stress disorder and depression symptoms in Palestinian children and adolescents in gaza. **International journal of stress management . advance online publication . doi: 10.1037/a0024015.**
- 86.Stober, J. (2000). **Prospective cognitions in anxiety and depression: Replication and methodological extension. Cognition and Emotion**, 14, 725-729.
- 87.Stockton, H.; Hunt, N., & Joseph, S. (2011). **Cognitive processing, rumination, and posttraumatic growth. Journal of Traumatic Stress**, 24 (1), 85-92 .
- 88.Stoudemire, A. (1998). **Clinical psychiatry for medical students.** New York: Lippincott-Raven.

- 89.Suvak, M.K. & Barrett, L.F. (2011). **Considering PTSD from the perspective of brain processes: A psychological construction approach.** *Journal of Traumatic Stress*, 24 (1), 3-24.
- 90.Tadeschi, R. G.; & Calhoun, L. G. (1996). **The Posttraumatic Growth Inventory:**
91. Tanja Michael , Sarah l. Halligan , David M. clark , and anke Ehlers , **RUMINATION IN POSTTRAUMATIC STRESS Disorder , Depression And Anxitty** 24:307 -317 (2007).
- 92.Taylor, G.J.;Bagby, R.M, & Parker, J.D.A. (1997). **Disorder of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness.** *United Kingdom: Cambridge University Press.*
- 93.Thrasher, S.M.; Dalglish, T.; & Yule, w. (1994). **Information processing in post-traumatic stress disorder.** *Behavior Research and Therapy*, 32,247-254.
94. Tim Dalglish , Ali Moradi , Reza Taghavi , Hamid Neshat- Doost ,
95. Treatment of Posttraumatic Stress Disorder With Relaxation and Biofeedback Training, **Biofeedback and self regulation** , Vol . 11, No. 2, 1986 .
- 96.van der Kolk, B.A. (1989). **The compulsion to repeat the trauma: Re-enactment, revictimization, and masochism.** *Psychiatric Clinics of North America*, 12(2). 389-411.
- 97.van der Kolk, B.A. (2001). **The psychobiologyandpsychopharmacology of PTSD.** *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 16,S49-S64.
- 98.Vazquez, C.;Hervas, G.;& Perez-Sales, P. (2008). **Chronic thought suppression and posttraumatic symptoms: Data from the Madrid March 11,2004 terrorist attack.**
99. Vinadda Piyasil , Panom Ketuman , Ratnotai plubrukarn ,Vajiraporn Jotipanut BSc, Somsong Tanprasert BSc, Sunitra Aowjinda Bsc, Sonchit Thaeromanophap BSc, **Post Traumatic Stress Disorder in Children after Tsunami Disaster in Thailand: 2 Years Follow – up, J Med Assoc Thai** Vol. 90 No. 11 2007
100. Willian Yule ,Rachel Canterbury, **Judgements about emotional events in children and adolescents, J. child psychol. Psychiat.** Vol 41, no, pp. 981 – 988, 2000 .

101. Woodward, C.L. (2001). **Processing trauma: Studies into posttraumatic stress, disorder, eye movement desensitization and reprocessing, and posttraumatic growth. Dissertation Thesis of PhD, University of Warwick.**
102. Yair Bar-Haim, Yael Holshitz, B.s. Sharon Eldar, Tahl i. Frenkel , David Muller, Dennis S. Charney, Daniel S. Pine, Nathan A. Fox, Ilan Wald, Life – Threatening Danger and Supperssion of Attention Bias to Threat , **Am J Psychiatry** 167:6, June2010.
103. Young, A. (1995). **The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder. New Jersey: Princeton University Press** .**Journal of Anxiety Disorders**, 22, 1326-1336. Measuring the positive legacy of traumatic Stress, 9 (3), 455-471

الملاحق

ملحق رقم (1)

أسماء المحكمين

اسم المحكم	الدرجة العلمية والمسمى الوظيفي
أ.د عبد العزيز ثابت	بروفسور في الطب النفسي /منسق برنامج الصحة النفسية المجتمعية جامعة القدس ابو ديس
أ.د جاسم منصور	معالج نفسي متخصص في علاج (صددمات الحروب)مركز بلان للعلاج والارشاد النفسي مدينة لايبزيغ المانيا
أ.د كلثوم بلميهوب	رئيسة قسم الدراسات العليا بالعلاج المعرفي السلوكي / بقسم علم النفس بجامعة الجزائر / و رئيس تحرير دورية دراسات نفسية بمركز البصير
أ.د محمد محمد الحاج يحي	رئيس برنامج الدكتوراه في الجامعة العبرية بالقدس / صحية نفسية
د. بوعلام قاصب	دكتوراه علم النفس / صحة نفسية علاج معرفي سلوكي باحث مشارك بجامعة الجزائر / رئيس خلية الإصغاء ووقاية صحة الشباب بديوان مؤسسات الشباب-وزارة الشباب والرياضة
د. فضل أبو هين	جامعة الأقصى كلية العلوم الانسانية / مدير مركز الاستشارات النفسية للتنمية البشرية
د. محمد ابو السبح	طبيب نفسي ومعالج مدير مركز عيادة الصوراني وزارة الصحة الفلسطينية
د. مصطفى المصري	طبيب نفسي ومعالج / مستشار منظمة الصحة العالمية للطب النفسي
د. لمي ترزي	طبيبة نفسية ومعالجة / مركز القدس للارشاد النفسي والقانوني / ومحاضرة بجامعة بيرزيت
د.جميل عبد العاطي	مدير مركز علاج العقل والجسم - غزة
د. صفوت دياب	دكتوراه جامعة اوسلو / مدير مركز التاهيل الوطني المجتمعي
د. عمر البحيسي	طبيب نفسي ومعالج / مستشفى الطب النفسي
د. أنور العبادسة	دكتور ومحاضر قسم علم النفس الجامعة الاسلامية
أ.يعقوب الاسطل	اخصائي نفسي ومعالج / مستشفى الطب النفسي
أ.ابراهيم يونس	مشرف الصحة النفسية - دائرة الصحة - برنامج الصحة النفسية المجتمعية بوكالة الغوث الدولية لتشغيل اللاجئين الفلسطينيين.
أ.رمضان الحلو	منسق برنامج العقل والجسم - غزة
د. فاطمة صبح	محاضرة جامعة الأقصى - مستشارة العقل والجسم للأطفال والمراهقين

ملحق رقم (2)
تسهيل مهمة باحث

بسم الله الرحمن الرحيم



الجامعة الإسلامية - غزة
The Islamic University - Gaza

هاتف داخلي: 1150

عمادة الدراسات العليا

الرقم.....ج.س.غ/35/Ref

2012/02/15

التاريخ.....Date

حفظه الله،

الأخ الدكتور/ وكيل وزارة التربية والتعليم العالي

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

الموضوع/ تسهيل مهمة طالب ماجستير

تهديكم عمادة الدراسات العليا أعطر تحياتها، وترجو من سيادتكم التكرم بتسهيل مهمة الطالب/ عمر وليد عمر شاهين، برقم جامعي 120080176 المسجل في برنامج الماجستير بكلية التربية تخصص علم النفس - صحة نفسية، وذلك بهدف تطبيق أدوات دارسته وتطبيق البرنامجين على الذكور والإناث والحصول على المعلومات التي تساعد في إعداد دراسته للماجستير والتي بعنوان

فعالية برنامجي "العلاج المعرفي السلوكي، وعلاج العقل والجسم" في خفض حدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة عند المراهقين في غزة (دراسة تجريبية مقارنة)

والله ولي التوفيق،،

عميد الدراسات العليا

أ.د. فؤاد علي العاجز



صورة إلى:-

الملف.

Palestinian National Authority
Ministry of Education & Higher Education
Directorate General of Counseling & Special Education



السلطة الوطنية الفلسطينية
وزارة التربية والتعليم العالي
الإدارة العامة للإرشاد والتربية الخاصة



الرقم: و ش غ / مذكرة داخلية ١٦٧٥
التاريخ: 2013/04/07 م
الموافق: 1434 / 05 / 26 هـ

السيد/ مدير التربية والتعليم — شمال غزة
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،،

الموضوع/ تسهيل مهمة باحث

تهديكم الإدارة العامة للإرشاد والتربية الخاصة أطيب تحياتها، وبخصوص الموضوع أعلاه، يقوم الباحث/ عمر وليد شاهين بإجراء دراسة ماجستير في الصحة النفسية بعنوان "فعالية برنامجي العلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقل والجسم في خفض حدة اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة عند المراهقين في غزة، دراسة تجريبية مقارنة".

وعليه يرجى الإيعاز لجهة الاختصاص بتسهيل مهمة الباحث في تطبيق دراسته.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير،،

د. أحمد محمد الحواجري
مدير عام الإرشاد والتربية الخاصة



نسخة/ ✓
معالى وزير التربية والتعليم العالي ✓
وكيل الوزارة ✓
وكيل الوزارة المساعد للشئون الادارية والمالية ✓
مدير دائرة التربية الخاصة ✓
المحترم
المحترم
المحترم
المحترم

غزة. هاتف (08- 2861409- 2829211) فاكس (08- 2865909) fax (08- 2861409- 2829211)

Palestinian National Authority
Ministry of Education & Higher Education
General Directorate of Educational planning



السلطة الوطنية الفلسطينية
وزارة التربية والتعليم العالي
الإدارة العامة للتخطيط التربوي

الرقم: و.ت.غ. مذكرة داخلية (١٣/٨٦)

التاريخ: 2013/3/25

الموافق: 13 جماد أول، 1434 هـ



المحترم
السيد/ مدير التربية والتعليم - شمال غزة
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،

الموضوع / تسهيل مشروعة بحث

نهنئكم أطيب التهنيات، ونتمنى لكم موفور الصحة والعافية، وبخصوص الموضوع أعلاه،

يرجى تسهيل مهمة الباحث/ عمر وليد عمر شاهين والذي يجري بحثاً بعنوان :

" فعالية برنامجي العلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقل والجسم في خفض حدة أعراض اضطراب كرب ما

بعد الصدمة والأعراض المصاحبة عند المراهقين في غزة، دراسة تجريبية مقارنة"

وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في كلية التربية بالجامعة الإسلامية بغزة تخصص

علم النفس - صحة نفسية، في تطبيق البرنامجين وأدوات الدراسة المسحية والتشخيصية على عينة من طلبة

الصفين العاشر والحادي عشر بمديرتكم الموقرة، وذلك حسب الأصول.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

السادة / مدير المدارس الثانوية ومدير التربية والتعليم

لما نرجو منكم تسهيل مهمته

حسب الأصول

د. علي عبد ربه خليفة
مدير عام التخطيط التربوي



مدير التربية والتعليم
شمال غزة



- نسخة:
- السيد/ معالي وزير التربية والتعليم العالي
 - السيد/ وكيل وزارة التربية والتعليم العالي
 - السيد/ وكيل الوزارة المساعد للشؤون الإدارية والمالية
 - السيد/ مدير عام الإرشاد التربوي
 - السيد/ مدير عام الصحة المدرسية
 - الملف.

Abu Al-Hasan

Gaza (08-2864496 - 2866809 Fax: (08-2865909)

(08-2865000) 08 08 2866000 2866100

بسم الله الرحمن الرحيم



الجامعة الإسلامية - غزة
The Islamic University - Gaza

هاتف داخلي: ١١٥٠

عمادة الدراسات العليا

الرقم ..ج.س.غ/٣٥/..... Ref

التاريخ: ٢٠١٣/٠٥/١٥ Date

الأخ الفاضل/ المدير التنفيذي لجمعية التأهيل المجتمعي للمعاقين حفظه الله،
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

الموضوع/ تسهيل مهمة طالب ماجستير

تهديكم عمادة الدراسات العليا أعطر تحياتها، وترجو من سيادتكم التكرم بتسهيل مهمة الطالب/ عمر وليد عمر شاهين ، برقم جامعي ١٢٠٠٨٠١٧٦ المسجل في برنامج الماجستير بكلية التربية تخصص علم نفس - صحة نفسية، وذلك بهدف تطبيق أدوات دراسته وجلسات البرنامجين للماجستير والحصول على المعلومات التي تساعد في إعدادها والتي بعنوان

فعالية برنامجي "العلاج المعرفي السلوكي، وعلاج العقل والجسم" في
خفض حدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة
عند المراهقين في غزة (دراسة تجريبية مقارنة)

والله ولي التوفيق،،،

عميد الدراسات العليا

٢٠١٣
أ.د. فؤاد علي العاجز



صورة إلى:-

الملك

بسم الله الرحمن الرحيم



الجامعة الإسلامية - غزة
The Islamic University - Gaza

هاتف داخلي: ١١٥٠

عمادة الدراسات العليا

الرقم: ج.س.ع/٣٥/..... Ref

التاريخ: ٢٠١٣/٠٥/١٥ Date

الأخ الفاضل/ المدير التنفيذي لجمعية التوت الأرضي
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

الموضوع/ تسهيل مهمة طالب ماجستير

تهديكم عمادة الدراسات العليا أعطر تحياتها، وترجو من سيادتكم التكرم بتسهيل مهمة الطالب/ عمر وليد عمر شاهين ، برقم جامعي ١٢٠٠٨٠١٧٦ المسجل في برنامج الماجستير بكلية التربية تخصص علم نفس - صحة نفسية، وذلك بهدف تطبيق أدوات دراسته وجلسات البرنامجين للماجستير والحصول على المعلومات التي تساعد في إعدادها والتي بعنوان

فعالية برنامجي "العلاج المعرفي السلوكي، وعلاج العقل والجسم" في
خفض حدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة
عند المراهقين في غزة (دراسة تجريبية مقارنة)

والله ولي التوفيق،،،

عميد الدراسات العليا

أ.د. فؤاد علي العاجز



صورة إلى:-

الرفق

بسم الله الرحمن الرحيم



الجامعة الإسلامية - غزة
The Islamic University - Gaza

هاتف داخلي: ١١٥٠

عمادة الدراسات العليا

الرقم: ج.م.غ/٣٥/..... Ref

التاريخ: ٢٠١٣/٥/١٥ Date

حفظه الله،

الأخ الفاضل/ رئيس بلدية بيت لاهيا

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

الموضوع/ تسهيل مهمة طالب ماجستير

تهديكم عمادة الدراسات العليا أعطر تحياتها، وترجو من سيادتكم التكرم بتسهيل مهمة الطالب/ عمر وليد عمر شاهين ، برقم جامعي ١٢٠٠٨٠١٧٦ المسجل في برنامج الماجستير بكلية التربية تخصص علم نفس - صحة نفسية، وذلك بهدف تطبيق أدوات دراسته وجلسات البرنامجين للماجستير والحصول على المعلومات التي تساعد في إعدادها والتي بعنوان

فعالية برنامجي "العلاج المعرفي السلوكي، وعلاج العقل والجسم" في
خفض حدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة
عند المراهقين في غزة (دراسة تجريبية مقارنة)

والله ولي التوفيق،،،

عميد الدراسات العليا

٢٠١٣
٥/١٦
أ.د. فؤاد علي العاجز



صورة إلى :-

الملك

ملحق رقم (3)

نموذج الموافقة لطلب المشاركة

الموافقة على تعبئة الطلب

- عنوان البرنامج: فعالية برنامجي العلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقل والجسم في تخفيف حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة لدى المراهقين في غزة والناجمة عن حروب غزة المتكررة .
- الباحث الأساسي: عمر وليد شاهين
- العنوان: الجامعة الإسلامية - كلية التربية - قسم علم النفس

Mobile:

Email: shaheen_omer@hotmail.com

الفريق المساعد :

Mobile:

المساعدة:

Mobile:

المساعد :

يمكن أن يتأثر المجتمع عامة والمراهقين خاصة بالأحداث الصادمة والناجمة عن الاجتياحات والحروب خاصة حربي 2012/2008. فالمراهقين الذين مروا بصدمات يجدون مشقة بالتعامل مع أصدقائهم وأسرتهم وهم أكثر حساسية لذلك، وتكون ردود فعلهم أكبر تجاه الأوضاع الصعبة لفترات تدوم طويلاً، حيث تميل المشاعر إلى أن تكون حادة وغير متوقعة أحياناً، وقد تكون القدرة على تحمل الغضب متدنية ومزاج الشخص أقل استقراراً منه أثناء الفترات العادية، ومن المرجح أن تتأثر عمليات التفكير وأنماط السلوك بالصدمات المتتالية ويمكن أن تؤدي إلى أعراض جسدية مثل إسهال في دقات القلب، والتصبب عرقاً، والشعور بالضعف؛ بحيث تصبح العلاقات الشخصية مشحونة بالتوتر، وقد ينشأ ميل نحو المزيد من الجدالات والصراعات بين أفراد العائلة، ويمكن أن ترافق أوضاع الشدة أعراض جسدية كالصداع والدوار والغثيان وآلام الصدر .

نحن بصدد عمل برنامجين تدريبيين يتعلقان بجوهر العقل والجسم أول برنامج : التدريب المعرفي السلوكي لتوضيح أثر الأفكار على المشاعر والجسد والسلوك وكيف يتغير سلوك الشخص وحياته / والثاني برنامج العقل والجسم. ويهدف البرنامجين إلى العمل مع الطلاب لمساعدتهم على التكيف والاندماج مع الواقع بحيث يصبحون قادرين على الوعي الذاتي والرعاية الذاتية لمواجهة الضغوطات الصادمة بممارسة المهارات المتعلمة والتي تساهم بالتعافي والقدرة على التخطيط للمستقبل وحل المشكلات .

عند الموافقة للمشاركة في هذا البرنامج سوف نقوم بتطبيق بعض الاستبيانات على أبنائكم :

1. ستة استبيانات في بداية البرنامج التدريبي. الاستبيان الأول يحتوي على أسئلة تتعلق بالخبرة الصادمة، والاستبيان الثاني يتعلق بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة، والاستبيان الثالث يتعلق بالقلق ودرجة تأثيره،

أما الرابع يتعلق بالاكتمال والنظرة للحياة والمشاعر، والخامس يتعلق بالتفكير تجاه الأحداث والنظرة السالبة للذات ولوم الذات، والسادس يتعلق بالسلوك العدائي والعدواني والغضب الناتج عن الأحداث الصادمة .

2. الاستبيانات من الثاني إلى الخامس ستعطى في نهاية البرنامج و عليك تعبئة تقييم تعليمي مبسط.

السرية (الخصوصية):

إن المعلومات التي يتم الحصول عليها بهذا البرنامج التدريبي سيتم التعامل معها بسرية. وسيستعمل رقم مشفر بدلاً من أسماء أبنائكم في جميع الاستبيانات. وسوف لا يكون هناك شيئاً يدل على هويتهم. وسوف لا يستعمل اسمك في أي تقرير أو يفصح عنه بأي حال من الأحوال.

معلومات إضافية:

☒ الفعاليات :

سيكون بالبرنامج العديد من المهارات التي ستساعد أبنائكم على مواجهة الصعوبات والضغطات :

أولاً : البرنامج التدريبي الأول المعرفي السلوكي يشمل : جدولة الأنشطة السارة و إدارة الغضب والمشاعر ومراقبة الأفكار والحديث والضبط الذاتي والتعريض بالكتابة والرسم والسردي والتخيل والاستكشاف الموجه وإعادة البناء المعرفي وأسلوب حل المشكلات .

ثانياً : البرنامج التدريبي المتعلق بالعقل والجسم ويشمل : الرسومات والتغذية الحيوية الراجعة ومسح الجسم والتنفس والحركة والتأمل بالأكل الواعي وشجرة العائلة وتخيل المكان الآمن والموجه الحكيم والتأمل بالمغفرة والحوار مع الأعراض .

☒ الممارسة المنزلية :

كجزء من التعافي وإعادة البناء واكتساب المهارات يتعين على ابنك أو ابنتك القيام بممارسة المهارات بشكل يومي بالمنزل ليكونوا أكثر قدرة على مواجهة الضغوطات الصادمة والتحكم بردود أفعالهم الجسدية والعاطفية .

☒ المشاركة التطوعية:

ستكون مشاركة ابنك في الدراسة تطوعية. وفي حالة عدم رغبتك ورغبة ابنك أو ابنتك الاشتراك ستبقى علاقتك طيبة مع القائمين على البرنامج .

☒ الحق بالانسحاب:

بإمكان ابنك أو ابنتك الانسحاب من الدراسة في أي وقت يشاء، ولأي سبب كان وبدون أن يلحق به أو بك أي إدانة. و لكن على أية حال يؤمل منك بأن تقدم تشجيعك لابنك أو لابنتك للمشاركة الكاملة والفعالة في البرنامج وحثه على الانضباط .

☒ المجموعة الضابطة :

- هذه المجموعة لم تلتحق بالبرنامج القائم ولكن سيتم تطبيق المقاييس عليها في القبلي والبعدي وسيتم التعامل معها فيما بعد من خلال المدارس .
- يجب على ولي الامر تبليغ الأخصائي أو المساعد في حال مشاركة ابنه خلال هذا الوقت ببرنامج خاص بالدعم النفسي أو التدخل النفسي أو تم عرضه على احد المؤسسات ويفضل أن ينتظر ولي الأمر التحاق ابنه بالبرنامج لمعرفة أثر التحسن .

☒ موافقة ولي الأمر :

- عند توقيعك على الطلب بالمشاركة من المهم أن تبليغ المدرب عن أي وضع صحي أو جسدي مزمن أو أي حالة صحية يتطلب من الباحث وضعها في الحسبان، أو وضع عاطفي يعاني منه

ابنك أو ابنتك مثل الخوف من الظلام، صعوبة النوم، الكوابيس، الفزع الليلي، العصبية، النرفزة، والغضب . كذلك مطلوب من ابنك أو ابنتك المشاركة في التوقيع على طلب المشاركة.

- من المهم أن تدرك عند موافقتك على مشاركة ابنك أو ابنتك أن هناك حاجة ماسة لحضور كافة الأنشطة و المشاركة الفعالة في البرنامج التدريبي المتعلق بالجانب المعرفي السلوكي أو البرنامج التدريبي المتعلق بالعقل والجسم. وسيُطلب من ابنك أو ابنتك: الالتزام بجميع الجلسات المتعلقة بالحضور ، السلوك ، الدقة في المواعيد ، والواجبات البيتية. إن ضمان أهلية ابنك أو ابنتك للاستمرار في البرنامجين سيعتمد على نجاحه في إتمام كافة الجلسات المتعلقة بالبرنامج الأول والثاني.

☒ المكافآت :

في نهاية تطبيق البرنامجين سيكون هناك رحلة خاصة بالطالب / أو / الطالبة وولي أمره وسيتم خلال هذه الرحلة عمل حفل ختامي لانتفاء التطبيق وسيتم توزيع جوائز وشهادات شكر وتقدير على الأفراد المشاركين.

ملاحظة :

- عند إبداء الموافقة سيتم الاتصال بكم من طرفنا لتأكيد الموافقة والمشاركة وسيتم تزويدكم بجدول موضح به تواريخ الجلسات والأيام وساعات التدريب والمكان الذي ستنفذ فيه الجلسات، علماً بأنه قريب من مناطق السكن الخاصة بالطلبة.
- سيبدأ تطبيق البرنامجين الهادفين والمكملة لجهودكم في التنشئة والإعداد وفق المبادئ والتعاليم الإسلامية بعد انتهاء الامتحانات النهائية الخاصة بالطلبة وسيكون بمثابة يومين بالأسبوع بمعدل ساعتين ونصف للجلسة وسيتم الجلسات ضيافة للطلبة الحضور .

لقد قمت بقراءة نموذج تعبئة طلب الموافقة على مشاركة ابني أو ابنتي في الدراسة في برنامج تدريب معالجة جروح الحرب الخاص بالبرنامج المعرفي السلوكي وبرنامج العقل والجسم والذي يتعلق بالتعافي والشفاء من آثار الحرب .لقد تحققت وفهمت البرنامج المطبق على ابني أو ابنتي وأوافق بمشاركة ابني/ ابنتي لتقديم طلب والمشاركة في جميع المراحل في البرنامجين الأول والثاني والموافقة على التزام ابني/ ابنتي بجميع الأنشطة المتعلقة بالحضور ، السلوك ،الدقة في المواعيد ، الواجبات البيتية .

أؤكد بأن المعلومات الموجودة في الطلب صحيحة ودقيقة وأنني على علم تام بأن ابني /ابنتي سيتم تدريبه على مهارات تساعد على التكيف والاندماج مع الأحداث الصاغطة ليكون أكثر قدرة على مواجهتها والتحكم بردود أفعاله الجسدية والنفسية ليصبح قادراً على التركيز والانتباه وحل مشكلاته والتخطيط لمستقبله .

موافقة ولي أمر الطالب/ة :

أوافق أنا ولي أمر الطالب الموضحة بياناته على اشتراكه في البرنامج المذكور أعلاه :

عنوان ولي الأمر كاملاً :

جوال ولي الأمر : هاتف المنزل :

جوال الطالب إن وجد /.....

منطقة التجمع للمواصلات :

التاريخ :

التوقيع :

اسم ولي الأمر :

التوقيع :

اسم الطالب /ة :

دعوة خاصة

السيد ولي أمر الطالب /..... الفاضل
تحية طيبة وبعد ،،،

إن الأزمات والأحداث المؤلمة التي مر بها المجتمع الفلسطيني من حروب ودمار وخراب وإرهاب وعنف وتفجيرات أدت إلى معاناة مختلف الشرائح الاجتماعية أطفالاً وشباباً ونساء كباراً وصغاراً؛ من مشاعر الخوف والقلق حيث تظهر علي المراهقين العديد من المظاهر نتيجة صدمات حرب العصف المأكول؛ مثل كوابيس وأحلام مزعجة حول أحداث الحرب، وشعور بأن الحرب سوف تحدث مرة أخرى، واسترجاع الأحداث عن طريق لعبة الحرب، والانطواء والبعد عن الآخرين والشعور بالقهر، وصعوبة وتقطع النوم والحركة الزائدة غير المعتادة، عدم القدرة على القيام بالأعمال اليومية المعتادة، تشتت التفكير وصعوبة التركيز وانخفاض التحصيل الدراسي، الإعياء الشديد، الغثيان، الدوخة، آلام بالصدر، ارتفاع ضغط الدم، صعوبات بالتنفس، اضطكاك الأسنان، ألم بالرقبة، صداع، مشاكل بالمعدة، الخوف من الظلام والترقب والتوجس، قلة الأكل، وفقدان الشهية والصداع المستمر، الالتصاق بالوالدين والبقاء بالمنزل، الإحساس بفقدان الأمل والكآبة بسهولة. هناك الآلاف من الأفراد يعانون من الصدمات النفسية ويحملون معهم ذكريات لا تنسي مما يجعل الشخص غير قادر على ممارسة حياته الطبيعية .

بناء على ما تقدم قامت وزارة التربية والتعليم ومديرية الشمال متمثلة بمدرسة بالموافقة للأخصائي والمدرّب / عمر وليد شاهين من الجامعة الإسلامية - كلية التربية - قسم علم النفس بتطبيق برنامجين تدريبين لمساعدة المراهقين على التكيف والاندماج مع الواقع لتأدية وظائفهم بفعالية في حياتهم من خلال الوعي الذاتي والرعاية الذاتية لعواطفهم، وردود أفعالهم العضوية، وأفكارهم وليكونوا أكثر قدرة على حل مشكلاتهم والتخطيط لمستقبلهم لمواجهة الضغوطات والظروف الصعبة وليكونوا مساعدين وقادرين على تقديم الخدمة لأنفسهم ولأسرهم في أحداث الطوارئ. وبناء عليه قامت المدرسة بترشيح ابنكم / ابنكم / في البرنامجين.

تدعوكم المدرسة إلى حضور اللقاء التحضيري لتطبيق برنامج متعلق بجوهر العقل والجسم والذي يركز على الجانب المعرفي السلوكي وجانب العقل والجسم. ونأمل من طرفكم الحضور لتعبئة نموذج الطلب على المشاركة أو عدم المشاركة للضرورة والأهمية القصوى وبرجاء الالتزام وذلك :

يوم / الاثنين / الموافق / 2013/5/6 الساعة : التاسعة صباحا بالمدرسة .

ملاحظة : نرجو من طرفك الكريم التقيد بالموعد للأهمية وعدم التأخر والغياب وفي حال إرسال من ينوب عنك أن يكون صاحب قرار للتوقيع

مشاركتم تساهم في صنع مستقبل أبنائكم

للاستفسار والمراجعة الرجاء الاتصال ب :

Tel:

Mobile:

Mobile:

Email: shaheen_omer@hotmail.com

إن أحدنا حين يريد بناء منزل أو تصميم مشروع فإنه يقوم باستشارة المختصين. ويسأل أصحاب الخبرة والتجربة. وهكذا في سائر عالمنا المادي. ولكن هل يتناسب هذا الجهد مع الجهد الذي نبذله في التربية والإصلاح لإعداد قادة ناجحين ؟ فهل اعتناؤنا بتربية أولادنا وفلذات أكبادنا يتناسب مع اعتنائنا بحياتنا اليومية؟

ملحق رقم (4)

مقياس الخبرات الصادمة - المراهقين

رقم المفحوص :

عزيزي الطالب/ عزيزتي الطالبة:

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

سيقوم الباحث بتطبيق مجموعة من المقاييس وذلك في إطار دراسة الماجستير بعنوان " فاعلية برنامجي العلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقل والجسم في تخفيف حدة اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة لدى المراهقين في غزة - دراسة تجريبية مقارنة " والمقاييس التي بين يديك تساعدنا في التعرف على مستوى تأثير الشباب بالخبرات الصادمة الناتجة عن الحرب الأخيرة على القطاع ومدى تأثيرها على الأفكار والمشاعر والجسد والسلوك. ونأمل منك أن تأخذ وقتك في الإجابة على الأسئلة، كما نرجو أن تتأكد أن المعلومات ستستخدم فقط من أجل البحث العلمي وسيتم التعامل معها بسرية تامة. في كل اختبار هناك تعليمات بسيطة نرجو أن تقرأها لتساعدك على فهم المطلوب.

نشكرك للوقت الذي خصصته لنا وأنت تقوم بالإجابة على الأسئلة ونشكرك لتعاونك معنا في إنجاز هذه الدراسة. البيانات الجغرافية:

- كم عمرك:
- عنوان السكن كامل:
- اسم المدرسة : مستوى تعلمك : () عاشر () حادي عشر
- محافظة: تعيش (مدينة - قرية - معسكر) - الجنس (ذكر) (أنثى)

مقياس الخبرات الصادمة

عزيزي الطالب/ عزيزتي الطالبة:

أمامك مجموعة من البنود التي تتضمن مجموعة من الأحداث المؤلمة والصادمة التي قد يتعرض لها أي إنسان في الظروف الصعبة مثل الحروب والاحتلال، والتي قد تشمل بعض ما تعرضت له خلال فترة الحرب الأخيرة على قطاع غزة. نرجو أن تضع علامة صح في الخانة الموجودة أمام السؤال:

الرقم	الحدث أو الخبرة الصادمة	نعم	لا
1	سماعك لاستشهاد صديق لك.		
2	سماعك لاستشهاد أب أو أخ أو أخت أو قريب لك.		
3	سماعك للقصف المدفعي للمناطق المختلفة من قطاع غزة.		
4	سماعك لأصوات الطائرات الحربية عند اختراقها لحاجز الصوت.		
5	سماعك لاعتقال أو خطف أحد الأشخاص.		
6	مشاهدة استشهاد صديق لك أمامك.		
7	مشاهدة استشهاد أب أو أخ أو أخت أو قريب لك أمامك.		
8	مشاهدة إصابة صديق لك أمامك بالرصاص.		
9	مشاهدة إصابة أب أو أخ أو أخت أو قريب لك أمامك بالرصاص.		
10	مشاهدة بيتكم وهو يهدم، ويدمر من القصف أو الجرافات.		
11	مشاهدة بيت جيرانكم وهو يهدم، ويدمر من القصف أو الجرافات.		
12	مشاهدة بيوت الجيران وهي تقصف بالمدفعية الثقيلة والرشاشات و الطائرات.		
13	مشاهدة بيتكم وهو يقصف بالمدفعية الثقيلة، والرشاشات، والطائرات.		
14	مشاهدة صور الجرحى و الأشلاء والشهداء في التلفزيون.		
15	مشاهدة عمليات الاغتيالات لرجال المقاومة من قبل الطائرات أو القصف المدفعي.		
16	مشاهدة الآثار الناتجة عن القصف المدفعي على قطاع غزة.		
17	تعرضك للإصابة بشظية قنبلة أو صاروخ أو الرصاص.		
18	تعرضك للإصابة الجسدية نتيجة لقصف منزلك.		
19	تعرضك للاحتجاز في البيت.		
20	تعرضك للضرب والإهانة.		

21	تعرضك للحرمان من الماء والأكل والكهرباء.	
22	تعرضك لإطلاق النار بقصد التخويف.	
23	تعرض أغراضك الشخصية للتدمير والتكسير والنهب.	
24	تعرضك للتهديد شخصياً بالقتل.	
25	تعرضك للتهديد بقتل أحد أفراد الأسرة.	
26	تعرضك للخطر الشديد باستخدام كدع بشري للقبض على جار لكم.	
27	تعرضك للحرمان من استخدام دورة المياه ومنعك من الخروج من الغرفة التي حجزت فيها.	
28	تعرضك للاعتقال من الجيش أثناء الاجتياح.	
29	تعرضك للتهجير مع عائلتك وأقاربك.	

مقياس الضغط النفسي في مرحلة ما بعد الصدمة

عزيزي الطالب/ عزيزتي الطالبة:

أمامك مجموعة من الأسئلة المتعلقة بحدوث المراهقين بعد التعرض لصدمة نفسية مثلما حدث في الفترة الماضية من الحرب على غزة. نرجو الإجابة على كل سؤال ووضع علامة صح أمام الكلمة التي تعبر عن أحاسيسك. ويرجى أن تحدد مدى تأثير هذا الحدث عليك خلال الشهر الماضي وما زال يؤثر عليك حتى الآن من بين الاختيارات أو الدرجات الخمسة بوضع دائرة على الرقم الموجود في الخانة التي تعبر عما تشعر. تذكر أن تضع دائرة في خانة واحدة فقط من بين الاختيارات الخمسة و اعلم أنه لا توجد إجابات صحيحة و أخرى خاطئة فقط نريد معرفة مدى تأثير ذلك عليك.

اكتب باختصار الحدث الصعب الذي مر عليك:

الحدث	لا	قليلاً	بعض الأحيان	كثيراً	معظم الأحيان
1- هل (الحدث/ ماذا حدث في الحرب) شيء يضايق و يقلق كثيراً معظم الذين هم في سنك.					
2- هل تخاف / تصاب بالهلع أو تتضايق عندما تفكر فيما حدث لك.					
3- هل يدور في رأسك ما حدث (هل ترى صوره الحدث في رأسك أو هل تسمع في رأسك أصوات عن الحدث).					
4- هل ترجع إلى رأسك الأفكار عن الحدث رغم أنك لا تحب رجوعها.					
5- هل تتنابك أحلام سعيدة أو سيئة تتعلق بالحدث أو أحلام أخرى.					
6- هل هناك مواقف تحدث لك حالياً تجعلك تفكر بأن من المحتمل حدوث الحدث مرة أخرى.					
7- هل تشعر بالسعادة لعمل أشياء كنت تحب أن تفعلها قبل تعرضك للحدث مثل اللعب مع الأصدقاء، الرياضة، والنشاطات المدرسية.					
8- هل تشعر بوحدة في داخلك، أو بوحدة مع مشاعرك (الناس حوليك) لا يفهمون شعورك للحدث الذي مررت به					
9- هل تشعر بأنك خائف جداً، متضايق أو تعيس لدرجة أنك لا ترغب في معرفة سبب شعورك.					

				10- هل تشعر بالخوف والضييق والتعاسة لدرجة أنك لا تستطيع الكلام أو البكاء.
				11- هل تشعر بأنه من السهل إثارتك وبأنك متهيج و عصبى أكثر من قبل الحدث
				12- هل تنام جيداً.
				13- هل تشعر بالندم لأنك لم تعمل أشياء كنت ترغب في عملها أثناء الحدث (مثل مساعدة الآخرين) ، أو هل عملت أشياء تتمنى بأنك لم تعملها أثناء الحدث (مثل تركك صديق بدون مساعدة)، أو لأنك كنت محظوظ بأن الموقف لم يكن سيئاً لك كما كان للآخرين.
				14- هل الأفكار والمشاعر التي تذكرك فيما حدث تتداخل في طريق تذكرك للأشياء مثل الذي تتعلمه في المدرسة أو البيت.
				15- هل لديك القدرة على الانتباه (التركيز) مثلما كان لديك قبل الحدث.
				16- هل تريد الابتعاد عن المواقف و الأشخاص التي تذكرك بالذي حدث لك.
				17- هل تشعر بالتوتر والانعراج عندما يذكرك شي ما بالحدث.
				18- منذ تعرضك للحدث، هل تفعل أشياء توقفت عن عملها قبل ذلك؟ مثل رغبتك في أن تنام مع شخص آخر أكبر منك أو تمص أصابعك أو تقرض أظافرك أو تتبول في ملابسك؟
				19- منذ تعرضك للحدث، هل تشكو من آلام في المعدة ، وصداع ،أو الشعور بأنك مريض أكثر من الاول.
				20- هل تجد صعوبة في ابتعادك عن الأشياء الخطرة التي كنت تفعلها من قبل الحدث(العراك والمشاجرة ، العناد، ركوب الدراجة في وسط الشارع، التسلق على الأشجار، التسلق على الجدران)

قائمة معارف اضطراب كرب ما بعد الصدمة

عزيزي الطالب/ عزيزتي الطالبة:

نحن مهتمون بنوعية الأفكار التي تراودك بعد الخبرة الصادمة. بالأسفل عدد من العبارات التي قد تمثل أو لا تمثل تفكيرك. من فضلك اقرأ كل عبارة جيداً وأخبرنا إلى أي حد تتفق أو لا تتفق معها. يستجيب الناس للأحداث الصادمة بطرق مختلفة. ليس هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة على هذه العبارات.

معارض تماماً	معارض بشدة	معارض قليلاً	محايد	موافق قليلاً	موافق بشدة	موافق تماماً
1	2	3	4	5	6	7

الرقم	البيان	1	2	3	4	5	6	7
1	لقد وقع الحدث الصادم نتيجة الطريقة التي أتصرف بها.							
2	لست واثقاً من أنني سوف أفعل ما ينبغي فعله.							
3	أنا شخص ضعيف.							
4	لا يمكنني التحكم في غضبي وسوف أفعل شيئاً رهيباً.							
5	لا يمكنني التعامل مع المنغصات البسيطة.							
6	كنت شخصاً سعيداً أما الآن فأنا بائس تماماً.							
7	لا يمكن الثقة في الناس.							
8	ينبغي أن أكون حذراً طوال الوقت.							
9	أشعر بأنه لا يوجد معني لحياتي وأفضل الموت.							
10	أنت لا يمكنك أن تعرف أبداً من الذي سيؤذيك.							
11	ينبغي أن أكون يقطاً خاصة وأنك لا تدري أبداً ما الذي يمكن أن يحدث لاحقاً.							
12	أنا شخص قاصر وضعيف.							
13	لا أتمكن من ضبط انفعالاتي وسأفعل شئ عسبي.							
14	إذا فكرت في الحدث فلن أتمكن من التعامل مع تلك التجربة.							
15	لقد وقع الحدث لي نتيجة طبيعتي الشخصية.							

							ردود أفعالي منذ الحدث تعني أنني أفقد عقلي.	16
							لن أتمكن أبداً من الشعور بانفعالات طبيعية مجدداً.	17
							العالم مكان محفوف بالخطر.	18
							كان يمكن لأي أحد غيري أن يمنع الحدث من الوقوع.	19
							أنا أغير دائماً إلى الأسوأ.	20
							أشعر وكأنني شيء وليس شخص.	21
							لم يكن أحداً غيري في هذا الموقف.	22
							لا يمكنني الاعتماد على الآخرين.	23
							أشعر بالعزلة عن الآخرين.	24
							ليس لدى مستقبل.	25
							لا يمكنني منع الأحداث المؤسفة من أن تحدث لي.	26
							الناس ليسوا كما يبدو.	27
							لقد حطمت الصدمة حياتي.	28

مقياس قلق حالة - سمة (السبيلبرجر)

مقياس (ط1):

التعليمات:

فيما يلي عدد من العبارات التي يستخدمها الأفراد في وصف أنفسهم، أقرأ كل عبارة بعناية وضع علامة (x) في الدائرة المناسبة أمام العبارة التي تشير إلى ما تشعر به.

ليس هناك عبارة ذات إجابة صحيحة أو خاطئة ولا تستغرق وقتا طويلا في عبارة واحدة تذكر أن تختار الإجابة التي تصف ما تشعر به حاليا.

الرقم	العبارة	مطلقا	قليلًا	أحيانا	كثيرا
1	أشعر بالهدوء				
2	أشعر بالأمان (بعيد عن الخطر)				
3	أشعر بالتوتر				
4	أشعر بالأسف				
5	أشعر بالاطمئنان				
6	أشعر بالاضطراب				
7	أشعر بالانزعاج لاحتمال وقوع الكارثة				
8	أشعر بالراحة				
9	أشعر بالقلق				
10	أشعر بالسرور				
11	أشعر بالثقة في النفس				
12	أشعر بالنرفزة				
13	أشعر بالثوران				
14	أشعر بتوتر زائد				
15	أشعر بالاسترخاء				
16	أشعر بالرضا				
17	أشعر بالضيق				
18	أشعر أنني مستثار جدا (الدرجة الغليان)				
19	أشعر بالسعادة العميقة				
20	أشعر بأنني ادخل السرور على الآخرين				

مقياس (ط - 2)

الرقم	العبارة	مطلقا	قليلا	احيانا	كثيرا
1	أشعر بأنني أدخل السرور على الآخرين				
2	أتعب بسرعة				
3	أشعر بالميل إلى البكاء				
4	أشعر لو كنت سعيداً مثلما يبدو الآخرون				
5	أفقد السيطرة على الأشياء لأنني لا أستطيع اتخاذ قراري بسرعة كافية				
6	أشعر بالراحة				
7	أنا هادئ الأعصاب				
8	أشعر أن المصاعب تتراكم لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها				
9	أشعر بأنني قلق بشدة على أمور لا تستحق ذلك				
10	أنا سعيد				
11	أميل إلى تصعيب الأمور				
12	ينقصني الشعور بالثقة في النفس				
13	أشعر بالأمان				
14	أحاول تجنب مواجهة الأزمات والصعوبات				
15	أشعر بالحزن				
16	أشعر بالرضا				
17	تجول في ذهني بعض الأفكار التافهة وتضايقني				
18	تؤثر عليا خيبة الأمل بشدة لدرجة لا أستطيع أبعادها عن ذهني				
19	أنا شخص مستقر				
20	أصبح في حالة من التوتر والاضطراب عندما أفكر كثيراً في اهتماماتي وميولي الحالية.				

مقياس بيك المطول للاكتئاب

عزيزي الطالب/ عزيزتي الطالبة:

يتضمن هذا المقياس (21) مجموعة من العبارات، فالرجاء أن تقرأ كل مجموعة من العبارات بعناية، ثم تختار من كل مجموعة عبارة واحدة تصف بطريقة ما أفضل ما تشعر به خلال الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم. ضع دائرة حول الرقم جوار العبارة التي اخترتها، ولو بدا لك أكثر من عبارة في مجموعة العبارات تنطبق عليك بطريقة متساوية؛ ضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة وتأكد أنك لا تختار أكثر من عبارة في أي مجموعة بما في ذلك المجموعة (16) أو المجموعة (18).

الرقم	البند	الرقم	البند	الحزن (1)
0	لا أشعر بالحزن	0	لم تفتر همتي فيما يتعلق بمستقبلي	
1	أشعر بالحزن اغلب الوقت	1	أشعر بفقر الهمة فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكبر مما اعتدت	
2	أنا حزين طول الوقت	2	لا أتوقع أن تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي	
3	أنا حزين أو غير سعيد لدرجة لا أستطيع تحملها	3	أشعر بأن لي في المستقبل وأنه سوف يزداد سوءاً	
0	لا أشعر بأنني شخص فاشل.	0	أستمتع بالأشياء بنفس قدر استمتاعي بها من قبل	
1	لقد فشلت أكثر مما ينبغي.	1	لا أستمتع بأشياء بنفس القدر الذي اعتدت عليه.	
2	كلما نظرت إلى الوراء أرى الكثير من الفشل.	2	أحصل على قدر قليل جداً من الاستمتاع بالأشياء التي اعتدت أن أستمتع بها.	
3	أشعر بأنني شخص فاشل تماماً.	3	لا أستطيع الحصول على أي استمتاع من الأشياء التي اعتدت الاستمتاع بها.	
0	لا أشعر بالإثم (تأنيب الضمير).	0	لا أشعر بأنه يقع على عقاب.	
1	أشعر بالإثم (تأنيب الضمير) عن العديد من الأشياء التي قمت بها أو أشياء كان يجب أن أقوم بها.	1	أشعر بأنه ربما يقع على عقاب.	
2	أشعر بالإثم (تأنيب الضمير) أغلب الوقت.	2	أتوقع أن يقع على عقاب.	
3	أشعر بالإثم (تأنيب الضمير) طول الوقت.	3	أشعر بأنه يقع على عقاب.	

0	شعوري نحو نفسي كما هو .	0	لا أنقد أو ألوم نفسي أكثر من المعتاد .	
1	فقدت الثقة في نفسي .	1	أنقد نفسي أكثر مما اعتدت .	
2	خاب رجائي في نفسي .	2	أنقد نفسي على كل أخطائي .	
3	لا أحب نفسي .	3	ألوم نفسي على كل ما يحدث من أشياء سيئة .	نقد الذات (15)
0	ليس لدى أي أفكار انتحارية .	0	لا أبكي أكثر مما اعتدت .	
1	لدى أفكار للانتحار ولكن لا يمكنني تنفيذها .	1	أبكي أكثر مما اعتدت .	البكاء (16)
2	أريد أن أنتحر .	2	أبكي كثيراً من أي شيء بسيط .	
3	قد أنتحر لو سحت لي الفرصة .	3	أشعر بالرغبة في البكاء ولكني لا أستطيع .	
0	لست أكثر تهيجاً أو استثارة عن المعتاد .	0	لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة .	
1	أشعر بالتهيج أو الاستثارة أكثر من المعتاد .	1	أهتم بالآخرين أو بالأمور أقل من قبل .	فقدان الاهتمام (17)
2	اهتاج أو أستثار لدرجة أنه من الصعب على البقاء بدون حركة .	2	فقدت أغلب اهتمامي بالآخرين والأمور الأخرى .	
3	اهتاج أو أستثار لدرجة تدفعني للحركة أو فعل شيء ما .	3	من الصعب أن أهتم بأي شيء .	
0	أأخذ القرارات بنفس كفاءة المعتادة .	0	لا أشعر بأنني عديم القيمة .	
1	أجد صعوبة أكثر من المعتاد في اتخاذ القرارات .	1	لا أعتبر نفسي ذو قيمة وذو نفع كما اعتدت أن أكون .	انعدام القيمة (18)
2	لدى صعوبة أكثر بكثير مما اعتدت في اتخاذ القرارات .	2	أشعر بأنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين .	
3	لدى مشكلة اتخاذ أي قرارات .	3	أشعر بأنني عديم القيمة تماماً .	
0	لدى نفس القدر من الطاقة كالمعتاد .	0	لم يحدث لي أي تغير في نمط (نظام) يومي .	
1	لدى قدر من الطاقة أقل مما اعتدت .	1	أ - أنام أكثر من المعتاد إلى حد ما . ب - أنام أقل من المعتاد إلى حد ما .	زيادة أو قلة النوم (19)
2	ليس لدى طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء .	2	أ - أنام أكثر من المعتاد بشكل كبير . ب - أنام أقل من المعتاد بشكل كبير .	
3	ليس لدى طاقة كافية لعمل أي	3	أ - أنام أغلب اليوم .	

ب -استيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتان ولا أستطيع أن أعود للنوم مرة أخرى.			شيء.		
لم يحدث أي تغير في شهيتي.	0	ضعف أو زيادة الشهية (20)	قابليتي للغضب أو الانزعاج لم تتغير عن المعتاد.	0	القابلية للغضب أو الانزعاج (9)
أ -شهيتي أقل من المعتاد إلى حد ما. ب -شهيتي أكبر من المعتاد إلى حد ما.	1		قابليتي للغضب أو الانزعاج أكبر من المعتاد.	1	
أ -شهيتي أقل كثيرا من المعتاد. ب -شهيتي أكبر كثيرا من المعتاد.	2		قابليتي للغضب أو الانزعاج أكبر بكثير من المعتاد.	2	
أ -ليست لي شهية على الأكل ب -لدى رغبة قوية للطعام طول الوقت. طلاق	3		قابليتي للغضب أو الانزعاج طول الوقت.	3	
لست أكثر إرهاقا أو إجهاداً من المعتاد.	0	الإرهاق أو الإجهاد (21)	أستطيع التركيز بكفايتي المعتادة.	0	صعوبة التركيز (10)
أصاب بالإرهاق أو الإجهاد بسهولة أكثر من المعتاد.	1		لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة المعتادة.	1	
يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عملها.	2		من الصعب على أن أركز عقلي على أي شيء مدة طويلة.	2	
أنا مرهق أو مجهد جداً لعمل أغلب الأشياء التي اعتدت عليها.	3		أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء.	3	
			لم ألاحظ أي تغير في اهتمامي بالجنس حديثاً.	0	فقدان الاهتمام بالجنس (11)
			أنا أقل اهتماماً بالجنس مما اعتدت.	1	
			أقل اهتماماً بالجنس الآن بدرجة كبيرة.	2	
			فقدت الاهتمام بالجنس تماماً.	3	

مقياس السلوك العدواني والعدائي في صورته النهائية

عزيزتي:

إليك مجموعة من السلوكيات المعتادة لدى كل فرد، حددي درجة انطباقها عليك من خلال وضع علامة (√) في العمود المحدد لدرجة تكرار السلوك لديك، وليست هناك إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، بل هي تساعدك على فهم أكثر لشخصيتك. جميع المعلومات الخاصة بك سرية ولن تستخدم إلا لأهداف الدراسة. أرجو وضع علامة (√) في أحد الفراغات بعد العبارات التالية:

الرقم	البند	كثيراً جداً	كثيراً	أحياناً	نادراً	إطلاقاً
1.	في بعض المواقف لا أستطيع ضبط اندفاعي لضرب شخص آخر.					
2.	عندما يثيرني شخص آخر أندفع لضربه.					
3.	أحب مشاهدة المصارعة والملاكمة.					
4.	أستخدم العنف لحماية حقوقي.					
5.	عندما أغضب أقوم بتحطيم بعض الأشياء.					
6.	أهدد الأفراد المحيطين بي.					
7.	عندما يعتدي علي شخص يكون ردي عليه بدرجة أكثر عنفاً.					
8.	أتشاجر بدون سبب كافٍ.					
9.	أفكر في إيذاء شخص ما بدون سبب جوهري.					
10.	أؤذي الحيوانات وأعذبها.					
11.	أرغب في إتلاف ممتلكات الآخرين.					
12.	إذا تشاجرت صديقاتي مع أخريات أشاركهن بدون سبب كافٍ.					
13.	أستمتع بإيذاء من أحب.					
14.	لا أشعر براحة نفسية إلا عندما أرد أي إساءة بأكبر منها مباشرة.					
15.	أستخدم ألفاظ سيئة عندما أختلف مع الآخرين.					
16.	أميل للمجادلة والنقاش.					
17.	عندما يضايقني أي فرد أخبره عن رأيي فيه بصراحة.					
18.	إذا أهانني شخص لفظياً أرد عليه بأكثر منها.					
19.	تصفني صديقاتي بأنني مجادلة.					
20.	لا أراعي شعور الآخرين أثناء حديثي معهم.					
21.	أستخدم ألفاظاً تثير من حولي.					
22.	أسخر من آراء الآخرين.					
23.	عندما أختلف مع صديقاتي أخبر الأخريات عن أخطائهن.					
24.	إن مبدئي في الحياة رد الإهانة بالمثل.					
25.	أرد على الإساءة مباشرة لكي لا أظهر ضعيفة.					

الرقم	البند	كثيراً جداً	كثيراً	أحياناً	نادراً	إطلاقاً
26.	أذكر الأفراد بأخطائهم أمام الآخرين.					
27.	أسئ لفظياً للآخرين بدون سبب كافي.					
28.	لا أعطي الفرصة لغيري في الحديث والحوار.					
29.	أشعر أن الآخرين يخططون لإيذائي بدون علمي.					
30.	أشك في الصداقة الزائفة.					
31.	أخطط لأذية المحيطين بي بسرية تامة.					
32.	أثير التوتر والخوف بين صديقاتي بسهولة.					
33.	أفعل عكس ما يُطلب مني.					
34.	أستمتع عند مشاهدة المقاتلة بين الحيوانات.					
35.	أشعر بالفرح إذا اختلفت زميلاتي.					
36.	أنتقد نفسي على كل تصرفاتي.					
37.	أعتقد أن الأفراد يتصادقون للاستفادة من الآخرين.					
38.	أشعر بالقوة عندما أعمل عكس ما يُطلب مني.					
39.	يخطط الناس ضدي لذلك لا أحقق الإنجاز الذي أستطيعه.					
40.	أشعر أنني ارتكبت خطأ ما.					
41.	أشعر أن الناس يغارون من أفكاري.					
42.	أنتقد الآخرين على كل تصرفاتهم.					
43.	أشعر أنني فتاة متقلبة المزاج.					
44.	من الصعب علي ضبط مزاجي.					
45.	أغضب بسرعة إذا ضايقتني أي فرد.					
46.	أشعر بالضيق من عادات المحيطين بي.					
47.	أتضابق عندما ينتقدني الآخرون.					
48.	من الصعب علي التخلص بسهولة مما يؤلمني.					
49.	أشعر فجأة بأنني على وشك الانفجار.					
50.	لا أستطيع تحمل هفوات الآخرين وأخطائهم.					
51.	أتضابق وأحزن إذا أخطأ المحيطون بي وإن كانت أخطاءهم بسيطة.					
52.	تغضبني عادات بعض أفراد أسرتي.					
53.	ينفذ صبري بسهولة عند التعامل مع الآخرين.					
54.	أغضب وأرد على من ينتقدني.					
55.	أغضب بسرعة إذا لم يفهمني الآخرون.					
56.	أشعر بالضيق والحزن فجأة وبدون سبب.					

ملحق رقم (5)
نموذج البرامج العلاجية

بروتوكول العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة

إعداد وتصميم :
عمر وليد شاهين

دراسة ماجستير

مدى فاعلية برنامجي العلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقل والجسم في خفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة لدى المراهقين في غزة - دراسة تجريبية مقارنة

تمهيد :

يوجد في المدارس العلاجية النفسية مبادئ مختلفة لمعالجة الصدمة . وتختلف الطرق وبؤرة تمحور عمل الصدمة باختلاف المدرسة . ولكنها تشترك بأنها تنظر للعلاج الفعلي للصدمة كجزء من علاج كلي ، تكون معالجة الصدمة مغروسة فيه . وتصلح الخطوط الموجهة التي وضعها فلاتن وآخرون (Flattenet.,2004) حول علاج الصدمة لكل المبادئ . ويؤكد ساك (sack,2000) على أن الوليف بين المبادئ الطرائقية المختلفة هو الأكثر فعالية لمعالجة الصدمة .

ويعد العلاج المعرفي السلوكي CBT Cognitive Behavioral Therapy إحدى طرق التدخل الفاعلة جداً . وتشكل الفكرة القائلة أنه يمكن النظر لأعراض اضطراب الإرهاق التالي للصدمة (PTSD) على أنه تعبير عن اضطراب قلق ، يستثار ويصبح مزماً من خلال سلوك التجنب والاستعارات المختلة (المعطوبة) ، أساس معالجة الصدمة بواسطة العلاج المعرفي السلوكي . وعن ذلك ينبثق مبدأين منفصلين من العلاج : أساليب المواجهة وأساليب مواجهة القلق . وتهدف المواجهة المتكررة مع المعاش إلى فصل زوج الارتباط " المثير الصادم " و " استجابة القلق " وتحقيق خفض للحساسية تجاه هذا الزوج من الارتباطات . ومن خلال ذلك يحصل الاعتياد ، إلى أن يتم التمكن في النهاية من تذكر الموقف الصادم من دون استجابة قلق شديدة . وعلى عكس ما يتم إدراكه على أنه عودة الخبرة المدركة على أنها غير قابلة للسيطرة تتم في العادة في المواجهة في الإحساس In Senu استئارة الذكريات وتوجيهها تحت توجيه المعالج عبر الروايات الذاتية، ويمكن إجراء المواجهة في المواقف عبر in vivo ، أي يتم توجيه المعني للدخول في موقف خطير ولكن ليس الموقف بحد ذاته للتغلب على خوفه . إلا أنه ينشأ هنا في كل الأحوال إرهاب شديد للمعني ، الأمر الذي تكون عاقبته أن نسبة كبيرة نسبياً تقطع العلاج (Sack,2000) . ويتعلق نجاح العلاج بالواجهة بمواجهة موقف القلق من ناحية ، ومن ناحية أخرى يلعب ترميم الأنماط الاستعارية المختلة المعطوبة التابعة لذلك دوراً حاسماً .

ويتضمن علاج الصدمة السلوكي المعرفي في العادة؛ توليفة من المواجهة في الإحساس وفي الموقف، وإعادة البناء المعرفي وأساليب مواجهة القلق وتقنيات الاسترخاء . وتؤكد الدراسات الأمبيريقية بأن العلاج المعرفي السلوكي واحد من أشكال العلاج الواعدة الأكثر فاعلية في اضطرابات الإرهاق التالية للصدمة (PTSD) .

(إعادة الصورة) . وتتركز كثير من جهود الباحثين بالغرب على دراسة اضطراب ما بعد الصدمة وتطوير تدخلات علاجية ملائمة لهذا الاضطراب نظراً لتزايد نسب المصابين به ، إلا أن الاهتمام بهذا الاضطراب في عالمنا العربي لا يزال دون المستوي المطلوب خاصة في المجتمع الفلسطيني، لأن جميع الدراسات يكمن تركيزها على الدراسات الوصفية الكمية، والقليل منها يركز على الدراسات التجريبية العلاجية .

وبما أن المراهقين الفلسطينيين يمثلون شريحة هامة وقاعدة أساسية ناشئة ، تستهدفها العديد من مؤسسات المجتمع المدني لتخفيف الآثار الناتجة عن الحروب، ونظراً لتعدد البرامج النفسية المستخدمة في قطاع غزة، جاءت فكرة الدراسة وهي محاولة التأكد من مدى فاعلية بعض أساليب العلاج المعرفي

السلوكي وعلاج العقل والجسم في خفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى المراهقين في محافظة الشمال .

وهنا سيستخدم الباحث العلاج المعرفي السلوكي، وهو علاج تعليمي يقوم على حل المشكلات النفسية على المدى القصير ، وذلك من خلال مهارات متعددة مثل : الاسترخاء العضلي والتنفس العميق وإعادة البناء المعرفي والحديث الإيجابي مع الذات وتصحيح الأفكار المرتبطة بالصدمة والتخيل الموجه والتدريب على تأكيد الذات وإدارة الغضب والمشاعر في سبيل الشفاء والتعافي من الاضطراب .

برنامج العلاج المعرفي السلوكي :

العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy أسلوب علاجي يقوم على أساس الدور النشط لكل من المعالج والعميل في إطار علاقة تعاونية قائمة على الثقة المتبادلة بين الطرفين ، والمناقشة والقبول بالأفكار والتفسيرات الدقيقة ، والموضوعية المقدمة .

العلاج المعرفي السلوكي أسلوب علاجي يحاول تعديل السلوك ، والتحكم بالاضطرابات النفسية من خلال تعديل أسلوب تفكير العميل وإدراكاته لنفسه وبيئته (عبد الستار إبراهيم وآخرون ، 1993: 342) .

قام الباحث ببناء البرنامج العلاجي مستنداً إلى نظرية العلاج المعرفي السلوكي ، ونتاج الرواد الثلاثة لهذه النظرية (بيك- ميكباوم - أليس)

بروتوكول البرنامج العلاجي المقترح

الوصف	البيان	الرقم
برنامج علاج معرفي سلوكي لخفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة	المسمى	1-
مقترح أعده / الباحث	بناؤه	2-
نظرية العلاج المعرفي السلوكي	النظرية	3-
خفض حدة الأعراض ، الأفكار السالبة ، وزيادة التقويم الايجابي للعلاج	غرضه	4-
(15) جلسة	عدد جلساته	5-
(3) جلسات	جلسات أولياء الأمور	6-
المشخصين بإعراض اضطراب ما بعد الصدمة	الفئة الاكلينيكية	7-
مشاركين متطوعين	طبيعة الجماعة العلاجية	8-
مغلقة	طبيعة الجلسات	9-
جلستان أسبوعياً	تواتر الجلسات	10-
مقرر معتدل الأجل (8 أسابيع بواقع شهرين)	مدة المقرر العلاجي	11-
ثلاثة شهور	مدة المتابعة	12-
ستة شهور	إجمالي مدة المقرر	13-
الباحث	قيادة الجلسات	14-
(2) من المساعدين	المساعدين	15-
أربع مؤسسات من المجتمع المدني مهيأة لتطبيق الجلسات العلاجية	مكان إجراء الجلسات	16-

القسم الأول : دائرة البدء			
بناء الألفة والحلف العلاجي			عنوان الجلسة
الجلسة الأولى	الزمن	120 دقيقة	الجلسة
جلسة جماعية			طبيعة الجلسة
- تمارين التعارف وبناء الثقة - فحص المزاج والمشاعر لليوم - قواعد البدء بالعمل مع إدارة المجموعة - التطبيع والتعليم : شرح البرنامج المعرف السلوكي والأهداف وتحديد توقعات المشاركين ودافعيتهم - التعرف على الأدوار العلاجية للمعالج والمجموعة (الواجبات والمسؤوليات) - شرح نموذج الحلف المتعلق بالتعاقد بين المعالج وأفراد المجموعة والتوقيع الكتابي - الإجابة على التساؤلات المطروحة من المجموعة - إنهاء وتقييم الجلسة الأولى			أجندة الجلسة
أهداف الجلسة			محاور التدخل العلاجي
أن تكون المجموعة قادرة على : - الاندماج في العملية العلاجية وبناء الحلف العلاجي - التعرف على الأدوار العلاجية بين المعالج والمجموعة (الواجبات والمسؤوليات) - فهم برنامج العلاج المعرفي السلوكي وبناء التعاقد			- بناء العلاقة والحلف العلاجي - تحديد الأدوار بين المعالج والمجموعة (الواجبات والمسؤوليات) - الاتفاق على الأهداف العامة (التعاقد) - شرح نموذج التدخل المعرفي السلوكي - إعطاء الفرصة للتساؤل والإجابة على التساؤلات
- تمارين التعارف والبناء - التطبيع والتعليم - التعاقد مهارات :- - إعادة الصياغة - عكس المشاعر - التعاطف التلخيص - الشرح والتفسير			استراتيجيات التدخل
العصف الذهني - حوار ونقاش - العمل الجماعي - أسلوب المعرض - العمل الفردي - المحاضرة			الأساليب التدريبية
LCD - شاشة عرض - أقلام فلوما ستر - فلوب شاريت - ورق بروس تل - ورق A4 - ورق ملون صغير - أوراق العمل			المستلزمات التدريبية
التوزيع الزمني للإجراءات الخاصة بالجلسة الأولى			
الوقت	موضوع الجلسة	مدة الإجراء	الزمن الكلي
	تمرين التعارف وبناء الثقة		
	فحص المزاج والمشاعر		
	بناء المبادئ والقواعد لإدارة المجموعة		
	التطبيع والتعليم: شرح البرنامج المعرفي السلوكي		
	شرح الواجبات والمسؤوليات (نموذج التعاقد)		
	حوار ونقاش (الإجابة علي التساؤلات)		
	التغذية الراجعة والمرتدة		
	الإنهاء وتقييم الجلسة		

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء :

يقوم المعالج : بتوزيع نموذج فحص المشاعر رقم () للمشاركين بالجلسة علي ان يتم تعبئته لمعرفة مدي القلق والتوتر

رقم النشاط (1) : اسم النشاط : التعارف - كسر الحواجز (محادثة بين شخصين)

الزمن : (25 دقيقة)

أهداف النشاط :

- تعارف المشاركين على بعضهم البعض لكسر حواجز الجليد
- إفراح المجال للتفاعل الثنائي بين الأشخاص .
- تشجيع الانفتاح والصراحة .

إلية تنفيذ النشاط :

التجمع في أزواج باستخدام إحدى الطريقتين :

- ✍ يطلب المعالج ١ من المشاركين الجلوس إلى جانب شخص لا تربطهم به معرفة سابقة.
- ✍ يطلب المعالج من المشاركين أن يشكلوا دائرتين متساويتين في العدد (داخلية وخارجية) ثم تتحرك الدائرتان 5 مرات (بضع خطوات كل مرة) في اتجاهين متعاكسين وكل مرة تتحرك فيها الدائرتان تتشكل فيها الأزواج .
- ✍ المحادثة بين شخصين في موضوع ما يبدأ أحد أطراف الزوج بالحديث في الموضوع - الشخص الذي يبدأ الحديث هو صاحب الصفة المحددة بين الأقواس ثم تقلب الأدوار - من الممكن أن تكون مواضيع متعددة ومتغيرة (حاول أن تكون مبدع) مواضيع مقترحة للحديث :
- " الإجازة المفضلة - الهوايات - أولويات المشارك - التوقعات من الدورة "
- ✍ يراقب المعالج ١ ويطلب من المشاركين قلب الأدوار عن طريق إشارة غير لفظية متفق عليها مع المشاركين مسبقا وذلك لتجنب مقاطعة المتحدث ١ وبنفس الوقت الحصول علي استجابة منه بالتوقف عن الكلام وقلب الدور .

✍ يقوم المعالج بتغيير الأزواج بعد كل موضوع بتحريك الدائرة الداخلية والخارجية

✍ يؤكد المعالج أن دور المستمع في الزوج هو الاستماع الجيد للمتحدث .

أسئلة استنتاجية :

- ✍ ما الذي حصل في هذا النشاط ؟ ما أصعب شئ في هذا النشاط ؟ ما هي صعوبات الاستماع ؟
- كيف تستمع إلي زملائك خاصة في حال وجود ضوضاء وإزعاج داخل القاعة ؟ ما هو هدف هذا النشاط ؟ لماذا حدد وقت التحدث لمدة دقيقة واحدة ؟ كيف يؤثر هذا النشاط علي ديناميات الجماعة ؟ كيف يمكن توظيف هذا النشاط في غرفة الصف ؟

ملاحظات وإرشادات :

على المعالج ١ لفت انتباه المشاركين ١ إلى ما يلي :

التركيز على مواضيع محادثة يرغب أفراد المجموعة المستهدفة التحدث بها مثل : أحداث الحياة الضاغطة - الهوايات - الميول... الخ.

الترج من نقاش مواضيع عامة إلى مواضيع أكثر خصوصية وذلك لتشجيع الانفتاح والمصارحة مثل التحدث عن

الهوايات، ثم الانتقال إلى أمور خاصة مثل الطموح الشخصي .

نحتاج إلى بعض القواعد التي تجعلنا نشعر بالراحة، لأننا سنتكلم عن أشياء صعبة في بعض

الأحيان، وتذكروا أننا نساند بعضنا البعض وأننا سنعمل كفريق واحد

لماذا نحن هنا ؟

" نحن نجتمع هنا اليوم لأننا جميعا مررنا بأشياء فظيعة أثناء الحرب وأننا نعلم انه من الصعوبة لنا كبالغين ومراهقين أو أطفال العيش مع هذه الذكريات بعد مرورنا بتلك الأشياء الفظيعة ، إن كل شخص يتأثر بالأشياء التي يشاهدها ولكن نوعية التأثير تختلف من شخص لآخر، ولا يوجد هناك طريقة خاطئة أو صحيحة للشعور ، قد يكون من الصعب التحدث عن الحرب، وإن كل منكم هو شجاع وجريء للمشاركة في هذه المجموعة ، سنريكم بعض المهارات والأشياء التي من الممكن أن تعملوها لتساعدكم على التعامل مع ذاكرة ما خبرتموه خلال الحرب . إن الفكرة الأساسية أن كل واحد منا ممكن أن يساعد الآخر على التأقلم بشكل أفضل "

رقم النشاط (2) اسم النشاط : أنظمة وقواعد التعامل في الجلسة

الزمن : (10 دقيقة)

أهداف النشاط :

- الاتفاق على أنظمة التعامل في الجلسة
- مناقشة أهمية وجود أنظمة تعامل لإنجاح التعليم والتدخل

احتياجات النشاط :

- اللوح القلاب - أقلام فلوما ستر - لاصق

آلية تنفيذ النشاط :

- يسأل المعالج ١ المشاركين عن حاجتهم لإنجاح الجلسة وجعل جوها مريحاً .
- يسجل المعالج ١ هذه الحاجات على اللوح القلاب .
- تعلق اللوائح على الجدران لتكون قواعد للتعامل في الجلسة .

ملاحظات وإرشادات :

- إظهار أهمية وجود الأنظمة لتلبية حاجة المشاركين ١ للتعلم في بيئة آمنة .
- يبين المعالج ١ للمشاركين انه يمكن استعمال هذا التمرين في وضع قواعد التعامل مع المجموعة والاتفاق عليها عن طريق طرح الأسئلة الآتية :

1. ما أهمية النظام ؟

2. كيف تسهم الأنظمة في تنظيم العلاقات بين الأفراد ؟

- في حالة معرفة المعالج لبعض النقاط الأساسية في إنجاز البرنامج والتي لم يذكرها المسترشدون يمكن إن يطرح أسئلة تساعد في التوصل إليها .

الحوار والنقاش :

رقم النشاط : (3) اسم النشاط : توقعات المشاركين

الزمن : (20 دقيقة)

أهداف النشاط :

- التعرف على توقعات المشاركين ١ حول أهداف الورشة وكتابتها على اللوح .
- عرض أهداف الجلسة.

احتياجات النشاط :

- اللوح القلاب - فلوما ستر - كرتون مقسم لمربعات - لاصق - رسمه إنسان مع توضيح الأجزاء التالية (الرأس - اليدين - القلب) .

آلية تنفيذ النشاط :

- يقوم المعالج ١ بتوزيع بطاقات ملونة مربعة الشكل علي المشاركين (2 كرت لكل مشارك) ممكن التعبير بالرسم على ورق A4 ملون .
- يقوم المعالج بطرح بعض الأسئلة حول الحرب ومناقشة آثارها الإيجابية والسلبية من وجهة نظر الطلاب كالتالي:
1- من يحدثني عن الحرب وماذا نقصد بها ؟
2- ما الآثار السلبية التي ترونها في أنفسكم اثر الحرب ؟ ما الذي تغير ؟
3- هل تعتقدون أننا في عالم امن ؟ إن كان جوابكم نعم كيف كان ذلك ؟
- يطلب المعالج ١ من كل مشارك كتابة توقعين يأمل بالحصول عليها من الجلسة (كل توقع علي كرت)
- يصعب أحياناً تعريف التوقعات من مفهوم عام ومجرد مثل الجماعة ولكي نبسط تعريف المفاهيم أعطي المشارك بعض البطاقات الإيضاحية التي تجسم عددًا من التوقعات .
- يقوم كل مشارك بذكر توقعاته أمام الجميع وتلصيق الكرتون علي رسم الإنسان وفي احد الأجزاء (الرأس - اليدين - القلب) بناء علي مواصفات التوقع فمثلا يتم وضع توقع إثارة التفكير عند المشاركين في موقع العقل .

دائرة المركز : التطبيع والتعليم

التطبيع والتعليم :

البند الأول : البرنامج المعرفي السلوكي :

انظر ورقة عمل (2)

سيقوم المعالج بتقديم فكرة موجزة عن العلاج المعرفي السلوكي التعلم طرق السيطرة بشكل أفضل على ذكرياتنا المؤلمة وطرق التكيف الأمن من اجل التعافي والشفاء وهنا يقوم المعالج:

- ❏ التعريف بالعلاج المعرفي السلوكي
- ❏ أهداف برنامج العلاج المعرفي السلوكي
- ❏ نموذج العلاقة بين الأفكار والمشاعر والجسد والسلوك
- ❏ كيف تؤثر أفكارنا على مشاعرنا وسلوكنا
- ❏ البرنامج من حيث (المكان - المدة الزمنية - عناوين الجلسات - عدد الجلسات)

التطبيع والتعليم

البند الثاني : الواجبات والمسئوليات :

انظر ورق عمل (3)

سيقوم المعالج بتقديم الواجبات والمسئوليات التي تقع على عاتقه أثناء تطبيق الجلسات العلاجية بالإضافة إلى تعريف أفراد المجموعة الواجبات والمسئوليات التي تقع عليهم وذلك لتعزيز العملية التشاركية والمسئولية .

دائرة الإنهاء :

- ❏ يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة
- ❏ يقوم المعالج بتقييم الجلسة من خلال نموذج التقييم
- ❏ يقوم المعالج بشكر المجموعة وتذكيرهم بأجندة الجلسة القادمة
- ❏ الواجب البيتي : قراءة نشرة العلاج المعرفي السلوكي
- ❏ استخدام سجل الأفكار وعمل موقف واحد يوضح فيه اثر الأفكار علي المشاعر والجسد والسلوك

القسم الأول : دائرة البدء			
عنوان الجلسة		بناء الوعي المعرفي للاضطراب	
الجلسة		الثانية (ترافق جلسة اولياء الامور)	
طبيعة الجلسة		جلسة جماعية	
أجندة الجلسة	● فحص المزاج والمشاعر لليوم		
	● مراجعة الواجب البيتي		
	● التطبيع والتعليم : تعريف اضطراب ما بعد الصدمة والاعراض المصاحبة أسبابه وأعراضه ومآله		
	● التطبيع والتعليم : النموذج المعرفي السلوكي لاضطراب ما بعد الصدمة		
	● الإجابة علي التساؤلات المطروحة من المجموعة		
	● إنهاء وتقييم الجلسة الثانية		
أهداف الجلسة		محاور التدخل العلاجي	
أن تكون المجموعة قادرة على :		● التعرف على اضطراب ما بعد الصدمة من حيث تعريفه وأسبابه وأعراضه ومآله	● تطبيع الخبرة الصادمة
			● تقدير مدى انغماس المجموعة في الذكريات الصدمية وضبط وتيرة التدخل
استراتيجيات التدخل		● التعرف على النموذج المعرفي السلوكي لاضطراب ما بعد الصدمة	● خلق روح التعاون مع المجموعة بهدف تخفيف حدة الأعراض وزيادة التحكم بوتيرة العلاج والتقنيات المستخدمة
			● التعرف على النموذج ألعائقي بين الأفكار والمشاعر والجسد والسلوك
الأساليب التدريبية		● إعادة الصياغة - عكس المشاعر - التعاطف التلخيص - الشرح والتفسير	● التشكيك في ادراكات المجموعة عن الصدمة دون تكذيبها أو التقليل من أهميتها
المســــــتــــلزمات التدريبية		● العصف الذهني - حوار ونقاش - العمل الجماعي - أسلوب المعرض - العمل الفردي - المحاضرة	LCD- شاشة عرض - أقلام فلوما ستر - فلوب شارت - ورق بروس تل - ورق A4- ورق ملون صغير - أوراق العمل
التوزيع الزمني للإجراءات الخاصة بالجلسة الثانية			
الوقت	موضوع الجلسة	مدة الإجراء	الزمن الكلي
	فحص المزاج والمشاعر اليوم		
	مراجعة الواجب البيتي		
	التطبيع والتعليم : لاضطراب ما بعد الصدمة		
	التطبيع والتعليم: شرح النموذج المعرفي PTSD		
	حوار ونقاش الواجب البيتي		
	الإنهاء وتقييم الجلسة		

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء :

نشاط رقم (1) : فحص المشاعر للمشاركين :

يقوم المعالج : بتوزيع نموذج فحص المشاعر رقم () للمشاركين بالجلسة على أن يتم تعبئته لمعرفة مدى القلق والتوتر .

نشاط رقم (2) : مراجعة للواجب البيتي والربط بالجلسة السابقة:

لـ قراءة نشرة العلاج المعرفي السلوكي

لـ استخدام سجل الأفكار وعمل موقف واحد يوضح فيه أثر الأفكار على المشاعر والجسد والسلوك

لـ مناقشة الصعوبات والتحديات

دائرة المركز :

التطبيع والتعليم : الاستجابات لضغوط الحرب

نشاط رقم (3) :

الحرب تؤثر على مشاعرنا وأفكارنا، وبإمكاننا البدء بالحديث عن ذكرياتنا المؤلمة ، وأن نتعلم طرقاً للسيطرة عليها بشكل أفضل ، ولكن قبل أن نفعل ذلك ، أريد أن أخبركم حول شاب من جيلكم عرفته وعرفت ما حدث له . انه شخص لا تعرفونه ، ولكن بعض الأشياء التي قد حدثت له وربما تكون قد حدثت لكم أيضا .

آلية تنفيذ النشاط :

- يوزع المعالج ورقة العمل رقم () ويطلب المعالج من أحد المشاركين سرد القصة بعد توزيعها على المشاركين لمساعدة المراهقين للتحدث حول تجاربهم من خلال التعليقات والأسئلة أثناء السرد، لأن الهدف هو جعل المراهقين يتشبهون بالمراهق الذي نتحدث عنه .
- يقوم المعالج بتوزيع ورقة عمل () على فرد من أفراد المجموعة، ويطلب منهم كتابة قائمة بالأحداث المكربة : ماهي الأشياء التي تسبب الذكريات المؤلمة ؟ ما هي الأشياء التي حدثت لكم وسببت ذكريات مؤلمة ؟ عمل حوار ونقاش
- يقوم المعالج بتوزيع ورقة عمل () وذلك بتقسيم المجموعة إلى ثلاث مجموعات لترتيب قائمة بأعراض ما بعد الشدة من خلال تجربة المجموعة وخبرتها دون الحاجة إلى ذكر تفاصيل أعراض كل مراهق، أسأل اسئله عامه واستخدم قصة أحمد عند الضرورة للحصول على قائمة أساسية بالأعراض مثل : هل يوجد هنا من لديه أعراض تشبه التي عند أحمد ؟ ما هي نوع تلك المشاكل ؟ ما حدث لك بعد مرورك بالحدث (من قائمة الأحداث المكربة) ؟
- يقوم المعالج بتوزيع ورقة عمل () على أفراد المجموعة ويطلب منهم الكتابة عن مذكرات الشدة وذلك من خلال السؤال عن : ما هي الأشياء التي تذكرك بما حدث ؟ ثم يطلب منهم تقسيم أنفسهم ثلاث مجموعات للخروج بأكثر الأشياء التي تذكرهم بما حدث ؟

قاعدة :

- استخدم قصة أحمد لتشجيع المجموعة للحديث حول الأحداث المكربة .
- إذا قاطع احد المراهقين الكلام ليخبرك بأن شيئاً شبيهاً قد حدث له أو لشخص آخر يعرفه (على أن لا يكون ضمن المجموعة) حاول أن تشجعه وتسمح له بالكلام .
- أسأل الآخرين في المجموعة إن كانوا مروا بنفس الظروف، حاول أن تُثني على المراهقين الذين يتطوعون للحديث عن الأشياء الصعبة والشخصية .

كان أحمد بعمر السادسة عشر عندما اندلعت حرب 2008/2012 وكان يعيش مع أمه وإخوانه الثلاثة ، وكان والده وأخوه الأكبر يعملان في الحراسات لإحدى المدارس . وفي احد الأيام وبينما كان ماشيا في الشارع الرئيسي في طريقه إلى المدرسة كانت تصدر العديد من أصوات الانفجار المقاربة لخطوط التماس والقريبة من منزلهم فاضطر إلى العودة إلى المنزل، وقبل وصوله إلى المنزل وصلت دبابات الجيش الإسرائيلي ونزل منها عدد كبير من الجنود وهم يصرخون ويطلقون النار في الهواء

ذهب خمسة جنود إلى رجلين مسنين يجلسان على جانب الطريق . سحبوهما وهم يصرخون عليهما إلى الجيب العسكري . وقد ظن أحمد بأنهم سيدخلونهم إلى إحدى الدبابات . ولكن بينما كان أحمد يشاهد؛ أطلق الجنود النار على الرجلين عدة مرات . سقط بعدها الرجلين إلى الأرض، ورأى أحمد دماء كثيرة وسمع صرخاتهما. بعدها غادرت دبابات الجيش الإسرائيلي بسرعة ليعود أحمد إلى بيتهم راكضا وهو يبكي وقد علم بعدها أن الرجلين قد فارقا الحياة . شعر أحمد بالخوف الشديد في الأيام التي تلت ذلك . لم يكن يرغب في أن يبتعد عن والدته ولم يكن يتحمل أن يذهب إلى المكان الذي وقع فيه الحادث، وتوقف عن الذهاب إلى المدرسة . لم يكن أحمد يرغب في التفكير حول ما شاهده لان ذلك يجعله عصبياً وخائفاً ويبكي بسهولة .

ولم يكن يرغب بالحديث عما حدث لأي شخص لأنه كان مؤلماً جداً . ومع هذا لم يكن يستطيع التخلص من ذاكرة الحدث وكان كلما يسمع صوت إطلاق رصاص ، يبدأ قلبه بالخفقان وتأتي أمامه صورة الرجلين وهما يقتلان أمامه وكأنما كان يعيش الحدث مرة ثانية وكان يتذكر بوضوح منظر الدم وهو ينزف من بطن الرجلين . كان أحمد خائفاً جداً عندما حدث ذلك ، وشعر بأنه سيصاب بالجنون لأنه لم يكن هناك من شيء يمكن أن يفعله لمنع تلك الصور من العودة إلى عقله، وبدأ يعاني من أحلام مزعجة جداً يرى فيها مشهد القتل مجدداً ومنظر الدم وقد دام لعدة أسابيع .

لم يتمكن أحمد من العودة إلى مكان الحادث، وبدأ يكره فكرة الحديث عنه لأنها مزعجة جداً . وقد ظلت الصورة تعود ليلاً ونهاراً . وقد بدا عليه انه أصبح عصبياً وسريع التأثر، ويجفل بسرعة لمجرد سماع صوت إطلاق النار والقصف أو صوت سيارة أو صوت دبابة أو صوت الإسعاف أو أي صوت عالي آخر

تذكير :

- إذا لم يساهم أي عضو من أعضاء المجموعة في الحديث حاول أن تطرح شيئاً كالاتي:
إن الانفعالات التي أظهرها أحمد بعد رؤيته لمنظر القتل قد تحدث لأي منا. وفي الحقيقة أن بعض الأطفال لديهم نفس مشاكل أحمد حدثت لهم بعد مشاهدتهم أشياء فظيعة. وأنه من الطبيعي حدوث مثل تلك الانفعالات ونسميها بانفعال إجهاد ما بعد الشدة، ولكن دعنا نفكر أولاً في الأشياء المسببة لتلك الانفعالات.

نشاط رقم (4)

التطبيع والتعليم : شرح النموذج المعرفي لاضطراب ما بعد الصدمة :

- لـ يقوم المعالج بتوضيح التفسير البيولوجي المعرفي للاضطراب من حيث التقويم الأولي والثانوي
- لـ يقوم المعالج بصياغة حالة القلق واضطراب ما بعد الصدمة حسب الصورة المعرفية
- لـ يقوم المعالج بتوضيح التشوهات المعرفية وعلاقتها بالاضطراب

يقوم المعالج بتناول قصة أحمد بالتحدث حول التالي: انظر ورقة عمل ()

صياغة الحالة عبر النموذج المعرفي السلوكي :

- نموذج استجابة الخوف الفورية (التقييم الأولي - التقييم الثانوي)
 - نموذج الحدث الصادم (التقييم الأولي - التقييم الثانوي)
 - توضيح النموذج من خلال سجل الأفكار والمشاعر والجسد والسلوك
- ثم يقوم المعالج بتقسيم المجموعة إلى ثلاثة أقسام، بحيث تقوم كل مجموعة باختيار موقف وصياغته عبر نموذج استجابة الخوف الفورية ونموذج الحدث الصادم والنموذج المعرفي السلوكي

دائرة الإنهاء :

- ل يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة
- ل يقوم المعالج بتقييم الجلسة من خلال نموذج التقييم
- ل يقوم المعالج بشكر المجموعة وتذكيرهم بأجندة الجلسة القادمة

الواجب البيتي :

- ل قراءة نشرة اضطراب ما بعد الصدمة
- ل استخدام سجل الأفكار وعمل موقف واحد
- ل تحديد السلوكيات الممتعة لكل فرد قبل الحدث

القسم الأول : دائرة البدء			
عنوان الجلسة		استراتيجيات التكيف والتنشيط السلوكي	
الجلسة	الثالثة	الزمن	120 دقيقة
طبيعة الجلسة	جلسة جماعية		
أجندة الجلسة	● فحص المزاج والمشاعر لليوم		
	● مراجعة الواجب البيتي		
	● التطبيع والتعليم : توليد الرغبة بالتحرك		
	● الأفكار وأثرها علي المشاعر والسلوك / إعداد جدول الأنشطة اليومية		
	● الإجابة على التساؤلات المطروحة من المجموعة		
	● إنهاء وتقييم الجلسة الثالثة		
أهداف الجلسة		محاور التدخل العلاجي	
● أن تكون المجموعة قادرة على : ● التعرف على استراتيجيات التكيف الأمن والغير أمن ● ممارسة أنشطتها اليومية من خلال إعداد جدول الأنشطة اليومية ● الوعي بذاتها من خلال نموذج المزاج اليومي لها		-مساعدة المجموعة على فهم العلاقة بين سلوكيات السلامة وحالة التيقظ الدائم واستمرار الشعور بالتهديد	
		-مساعدة المجموعة على رؤية العلاقة بين استمرار الأعراض وسلوكيات الاجترار واستخدام المهدئات والانسحاب الاجتماعي	
		● مساعدة المجموعة على التفريق بين الاجترار والذكريات المقتحمة	
استراتيجيات التدخل		● التطبيع والتعليم - الاستكشاف الموجه - المراقبة الذاتية - بناء الوعي المعرفي ● جدولة الأنشطة السارة - جدولة الأنشطة السلوكية	
الأساليب التدريبية		العصف الذهني - حوار ونقاش - العمل الجماعي - أسلوب المعرض - العمل الفردي - المحاضرة	
المستلزمات التدريبية		LCD- شاشة عرض - أقلام فلوما ستر - فلوب شارت - ورق بروس تل - ورق A4- ورق ملون صغير - أوراق العمل	
التوزيع الزمني للإجراءات الخاصة بالجلسة الثالثة			
الوقت	موضوع الجلسة	مدة الإجراء	الزمن الكلي
	فحص المزاج والمشاعر اليوم		
	مراجعة الواجب البيتي		
	التطبيع والتعليم : توليد الرغبة بالتحرك		
	الأفكار وعلاقتها بالمشاعر والسلوك الأمن والغير امن		
	تصم قائمة الأنشطة الممتعة والسارة		
	حوار ونقاش الواجب البيتي		
	الإنهاء وتقييم الجلسة		

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء :

نشاط رقم (1) : فحص المشاعر للمشاركين :

يقوم المعالج : بتوزيع نموذج فحص المشاعر رقم () للمشاركين بالجلسة على أن يتم تعبئته لمعرفة مدى القلق والتوتر .

نشاط رقم (2) : مراجعة للواجب البيتي والربط بالجلسة السابقة:

لـ قراءة نشرة اضطراب ما بعد الصدمة

لـ استخدام سجل الأفكار وعمل موقف واحد

لـ تحديد السلوكيات الممتعة لكل فرد قبل الحدث

دائرة المركز :

التطبيع والتعليم : توليد الرغبة بالتحرك :

تعتبر جداول الأنشطة السارة احد الفنيات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي بصفة عامة وفي علاج الاكتئاب بصفة خاصة واستخدام الأنشطة في العلاج يكون عن طريق أقرار الفرد بنفسه لمدي ممارسته اليومية للأنشطة وقدرته علي تسجيلها وان جداول الأنشطة تركز حول زيادة أحداث الحياة الايجابية التي يمكن أن تنشأ عن نشاطات وأحداث سارة مثل رؤية أصدقاء تناول الطعام خارج المنزل ممارسة التدريبات البدنية ومن الطرق المستخدمة اليوم طرق جدول الأنشطة السارة والممتعة التي تعمل علي استثارة سعادة الأفراد فيها على أن يسجلوا يوميا ولمدة معينة الأحداث السارة عبر قائمة لاكتشاف أي النشاطات لها اثر على الحالة المزاجية للفرد عبر مكافأة المعالج لكل من يقوم بممارسة النشاط .

إن الأفكار والمشاعر القلقة عادة ما تغطي علي المراهقين عندما يشعرون بالملل أو عندما لا يكون هناك ما يشغلهم من التدريب ، ولعل أحد التأثيرات الخاصة باضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب هو الشعور بفقدان الهمة والجمود ، حيث تجد صعوبة في دفع نفسك للقيام بأنشطتك العادية ، وتغيب كل المتع والمشاعر عن حياتك ، وهذا الشعور ليس فقط عرضا لاضطراب ما بعد الصدمة أو الاكتئاب بل قد يكون سببا لحدوثه ، فكلما قل نشاطك زاد شعورك بالاكتئاب وكلما زاد شعورك بالاكتئاب قل نشاطك أنها حلقة سلبية من شأنها الإبقاء علي الانسحاب من الأنشطة وإطالة الشعور بالاكتئاب .

الاستمرار بالأنشطة المفضلة يثبت للمراهقين أن جوانب الحياة الطبيعية ممكنة حتى في ظروف الحرب وهذا ما يزرع الأمل في المستقبل أن ثقة المراهق بنفسه وإحساسه بالنجاح ممكن تعزيزها من خلال اللعب والنشاطات الرياضية وان النمو العام يتحسن من خلال اللعب وممارسة الأنشطة مع الأصدقاء وانه من المعروف النشاط البدني يقلل التوتر ومن الممكن أن يساعد علي تخفيف الشعور بالاكتئاب وان المراهقين النشيطين خلال النهار سينامون بشكل أفضل ليلاً .

رقم النشاط : (1) : اسم النشاط : تذكر الأوس

التحضير : المجموعة كاملة.

التركيز : على الذاكرة.

الشرح : تجلس المجموعة بشكل مريح في استرخاء تام وأعينهم مغلقة. يبدأ المدرب بتشجيعهم على تذكر كل التفاصيل التي حصلت معهم لحظة ذهبوا للنوم - كل تفصيل يجب أن يكون مصحوبا بإحساس جسدي - طعم

رائحة ، ملمس ، شكل ، لون ، صوت ، نغمة ، لحن ، ضجة الخ. على الممثلين تذكر أحاسيسهم الجسدية وتحريك العضو المرتبط بما تذكره ، فإذا كانوا يفكرون بشيء أكلوه فأنهم يحركون شفاههم ، وإذا كانوا يفكرون بمشوار قاموا به فعليهم أن يحركوا عضلات أرجلهم الخ. بعد ذلك يقوم المدرب بحثهم على تذكر أول الأصوات التي حصلت معهم لحظة استيقاظهم : المنبه ، صوت أحدهم ، صوت العصافير ، الريح ، الباعة ، زامور سيارة الخ وما هي الأنشطة التي كانت مؤلمة ومقلقة وما هي الأنشطة الممتعة والسارة ما هو أكر نشاط تم الاستمتاع به كيف شعرت ؟ كيف فكرت ؟ كيف كان جسدك وانت تمارسه ؟ .

التوجيه : تذكر لحظة متعتك بالنوم ليلة أمس : ما هو آخر شيء تذكرته؟ ما هو آخر شيء فكرت به؟ ما هو آخر شيء لمست؟ ما هو آخر شيء أكلته؟ ما هو آخر شيء شممت؟ ما هو آخر شيء سمعته؟ وما هو آخر شيء رأيته؟ (بعد فترة) تذكر الآن أول شيء سمعته عند استيقاظك من النوم ، أو شيء لمست ، رأيته ، تذوقته ، شربته ، شممت ، فعلته ؟ (بعد فترة) تذكر كل ما رأيته في طريقة للمسرح: الناس ، الشوارع ، السيارات ، المحلات الخ.

أسئلة : ما هي السلوكيات الإيجابية لتخفيف القلق ؟ ما هي السلوكيات السلبية الغير آمنة وقت القلق ؟ ما هي الطريقة التي تتصرف بها لتخفيف قلقك ؟ تحدث عن موقف شعرت به بالقلق وكيف تصرفت ؟

نشاط رقم (2) : قائمة الأنشطة الممتعة :

التحضير : تقسيم ثلاث مجموعات

التركيز : الأنشطة الممتعة والسارة

الشرح :

يقوم المعالج بتقسيم المجموعة إلى ثلاث مجموعات ويطلب من كل مجموعة :

- تسجيل قائمة بالأشياء الممتعة والتي تسبب المرح والسعادة .
- تسجيل قائمة بالأنشطة التي تقوم بها المؤسسات بمنطقتهم مثل العاب رياضية، دبكة شعبية، فن تشكيلي، مسرح .

قاعدة :

◀ إذا برز موضوع الأنشطة الممتعة التي لم يعد المراهقين يمارسونها بسبب ظروف الحرب بسبب عدم وجود مجال آمن بسبب الخوف؛ من الممكن تشجيعهم، والعمل على تذكر عدة فعاليات يقومون بها بنادي المدرسة لاستعادة فعاليتهم بشكل أفضل .

◀ إذا كان هناك عائق استخدم بند اثنين من نشاط رقم (4)

نشاط رقم (3) : التصرف مع القلق

التحضير : فردي لكل فرد بالمجموعة

التركيز : الأنشطة الممتعة لتبديد القلق

الشرح :

يقوم المعالج بتوزيع ورقة العمل رقم () ورقم () ويوضح تعليمات النشاط التالية :

يوضح المعالج دور الأفكار والتشوهات المعرفية في التأثير على المشاعر والجسد والسلوك وكيف تكون هذه المعادلة مؤثرة في تقليص العديد من الأنشطة الممتعة

- أحياناً قد يكون القلق مضايقاً جداً، ويجعلنا في حالة من التردد والشعور بالملل والضيق، عندما يزعجك هم ما، من المهم التكلم عنه مع الأهل أو شخص أنت تثق به وترتاح له، وبمجرد الحديث عن الأمور التي تزعجك فهذا يؤهلك للتعامل معها بشكل أفضل. لاحظ كيف تفكر وكيف تكون مشاعرك وكيف يكون جسدك وسلوكك عندما تكون قلق. والآن اطلب من احد مساعدتك (ورقة عمل رقم ())
- بعدما تكون حددت أصدقاء القلق والذين تود التعامل معهم مع همومك، قم باختيار خمسة هموم واكتب خمسة أنشطة تجعلك تشعر بالمتعة بالتغلب عليها مثلاً : إذا كنت قلقاً نتيجة امتحان، فأنا أستطيع أن أخصص المزيد من الوقت للدراسة. عندما تنتهي اعرض أجوبتك على المعالج واستعملها كبطاقات لمباغثة القلق (انظر ورقة عمل ())

تطبيع وتعليم : جدول الأنشطة الممتعة والسارة :

- يقوم المعالج بشرح نموذج عملي حول كيفية تسجيل الأنشطة الممتعة وقياسها ومدى تأثيرها على حياتنا المزاجية ومشاعرنا بصورة يومية من خلال تنفيذ نشاط ممتع أسبوعي
- تدريب المجموعة على نموذج الأنشطة الأسبوعي: ما هي الأنشطة التي تستمتعون بها بالممارسة؟ ما هي الأنشطة الاجتماعية التي كنتم تقومون بها ؟ ما هي الأنشطة الرياضية التي كنتم تقومون بها ؟ ما هي الدرجة التي تستمتعون بها وأنتم تمارسون هذه الأنشطة لكل نشاط ؟ على مقياس (0-10) .

دائرة الإنهاء :

- لـ يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة
- لـ يقوم المعالج بتقييم الجلسة من خلال نموذج التقييم
- لـ يقوم المعالج بشكر المجموعة وتذكيرهم بأجندة الجلسة القادمة

الواجب البيتي :

- لـ استخدام سجل الأفكار وعمل موقف واحد
- لـ تحديد السلوكيات الممتعة لكل عبر سجل الأنشطة وتنفيذ نشاط ممتع واحد يومياً

القسم الأول : دائرة البدء		
عنوان الجلسة	التشوهات المعرفية الأفكار الاتوماتيكية	
الجلسة	الرابعة	الزمن 120 دقيقة
طبيعة الجلسة	جلسة جماعية	
أجندة الجلسة	• فحص المزاج والمشاعر لليوم • مراجعة الواجب البيتي • التطبيع والتعليم : التشوهات المعرفية - الأفكار الاتوماتيكية • الأفكار وأثرها علي المشاعر والجسد والسلوك (تعليم النقد الذاتي - تغيير الفكرة) • تدريبات عملية علي سجل مراقبة الأفكار وإعادة البناء • إنهاء وتقييم الجلسة الرابعة	
أهداف الجلسة		محاور التدخل العلاجي
أن تكون المجموعة قادرة على : • المراقبة الذاتية لأفكارهم ومشاعرهم وأعراضهم الجسدية والسلوكية عبر سجل الأفكار • التعرف على طبيعة العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك • تعلم وممارسة طريقة النقد الذاتي بين الماضي والحاضر لتحديد التغيير السلبي والإيجابي		• التعرف على التشوهات المعرفية الناتجة عن الاضطراب • التعرف على الأفكار الاتوماتيكية التي تساهم باستمرار الاضطراب • مساعدة المجموعة على استرجاع الخبرة كاملة الأفكار والمشاعر والأحاسيس • مساعدة المجموعة على اكتشاف النقاط الساخنة في الخبرة الصادمة واكتشاف المعنى
استراتيجيات التدخل		• التطبيع والتعليم - الاستكشاف الموجه - المراقبة الذاتية - بناء الوعي المعرفي • جدولة الأنشطة السارة - جدولة الأنشطة السلوكية
الأساليب التدريبية		العصف الذهني - حوار ونقاش - العمل الجماعي - أسلوب المعرض - العمل الفردي - المحاضرة
المسـتـلـزـمـات التدريبية		LCD- شاشة عرض - أقلام فلوما ستر - فلوب شارت - ورق بروس تل - ورق A4- ورق ملون صغير - أوراق العمل
التوزيع الزمني للإجراءات الخاصة بالجلسة الرابعة		
الوقت	موضوع الجلسة	مدة الإجراء الزمن الكلي
	فحص المزاج والمشاعر اليوم	
	مراجعة الواجب البيتي	
	التطبيع والتعليم : التشوهات المعرفية والأفكار الاتوماتيكية	
	الأفكار والمشاعر (تعليم النقد الذاتي - تغيير الفكرة)	
	تدريبات عملية علي سجل مراقبة الأفكار وإعادة البناء	
	حوار ونقاش الواجب البيتي	
	الإنهاء وتقييم الجلسة	

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء :

نشاط رقم (1) : فحص المشاعر للمشاركين :

يقوم المعالج : بتوزيع نموذج فحص المشاعر رقم () للمشاركين بالجلسة على أن يتم تعبئته لمعرفة مدى القلق والتوتر .

نشاط رقم (2) : مراجعة للواجب البيتي والربط بالجلسة السابقة:

لـ استخدام سجل الأفكار وعمل موقف واحد

لـ تحديد السلوكيات الممتعة لكل عبر سجل الأنشطة وتنفيذ نشاط ممتع واحد يومياً

نشاط رقم : (3) : اسم النشاط : توقف لتشاهد

التحضير : أفراد المجموعة

التركيز : على إمساك التعابير الوجهية والجسدية من خلال سلسلة من أين ، من وماذا .

الشرح : أربعة مشاركين: اجعل المشاركين يجلسون في منطقة اللعب واطلب من كل واحد منهم أن يقدم شرحاً قصيراً لوضع / حالة مثل : "لا أحد يحبني" ، "أنا لا أستمتع أبداً" ، "لم أقابل أبداً شخصاً أحببته" ، "أتمنى لو كانت لدي أشياء جميلة" ... الخ. على المشاركين أن يعملوا على التعابير الوجهية والجسدية الكاملة في نصوصهم . عندما ينجزون ذلك وتتم التعابير الجسدية ، وجّه : "أمسكها" . يوجه المشاركين من خلال سلسلة من أين ، من وماذا على المشاركين أن يمسكوا التعابير الجسدية للحالة من خلال جميع التغييرات .

التوجيه : اسمح للحالة بالتأثير على ذقنك ، عينيك ، كتفك ، فمك ، يديك وقدميك .

التقييم : هل تمت المحافظة على التعابير الأساسية (الحالات) في كل حدث (مشهد) ؟ كيف أثرت تلك الحالات على العلاقات ؟ طريقة الكلام؟ كيف أثرت الفكرة على مشاعرك ؟ جسدك ؟ سلوكك ؟

ملاحظة : مثال : وجّه نفس الفريق من المشاركين إلى صف القواعد ، يوم التخرج ، موعد ، حفلة رسمية ، حفلة كروت لعب (شده) ، منزل أصدقاء قدامى ... الخ .

دائرة المركز :

نشاط رقم (4) : التطبيع والتعليم

التطبيع والتعليم : التشوهات المعرفية والأفكار الاتوماتيكية :

لـ يقوم المعالج بشرح الأفكار الخاطئة الشائعة بالقلق عبر نموذج التشوهات المعرفية

لـ يقوم المعالج بشرح طبيعة الأفكار الاتوماتيكية وارتباطها بالحدث والمشاعر والجسد والسلوك

لـ يقوم المعالج بتدريب المجموعة على استخدام الآليات المعرفية :

لـ تسجيل الأفكار

لـ نقاش الأفكار وخلق النقد الذاتي

لـ بناء مقياس سلبية الفكرة

لـ البحث عن معنى الفكرة

نشاط رقم (5) : اسم النشاط : القواطع الانفعالية

رقم النشاط : (2)

التحضير : تقسيم منطقة التمثيل إلى ثلاثة مناطق بواسطة اللاصق ، كل منطقة من المناطق الثلاثة تعبر عن انفعال محدد يقرره المرشد : (توتر ، حزن ، قلق ، سعادة ، خوف ، غضب ، حيرة ، اضطهاد)
التركيز : على التعبير عن انفعالات مختلفة دون أي تحضير مسبق .
الشرح : على كل مرشد أن يمر بالمناطق الثلاث خلال ثوان وعليه أن يعبر بجسده وبصوته عن الانفعال الذي حدده المرشد لتلك المنطقة خلال مروره بها .
التوجيه : تحول إلى الحالة المحددة في كل منطقة حال دخولك إليها .
التقييم : هل كان التحول الفوري صعباً ؟ بماذا تفكر ؟ ما هي مشاعرك؟

رقم النشاط (6) : اسم النشاط : تفحص أفكارك ومشاعرك وسلوكك :

احمد طالب تجاوز عمره السابعة عشر ، وما زال في الصف الحادي عشر ، تحصيله العلمي متدني للغاية ، ويمارس السلوك العدواني تجاه زملائه الطلاب وينظر إلى نفسه على أنه إنسان فاشل، و بشكل عام يواجه صعوبة في مادة الحساب ، لذا هو لا يحب التواجد في الفصل لأنه يشعر بخيبة أمل وفشل ، لأنه لا يستطيع فهم كل ما يقوله المعلم ، وإبراهيم طالب متفوق وهو باستمرار ينظر إلى احمد نظرة استهتار وكأنه يقول له : ماذا تفعل في المدرسة ؟ أليس من الأفضل لك أن تساعد أبيك في المنزل؟ هذا ما يحس به احمد. وفي أحد المرات صرخ معلم الرياضيات بوجه أحمد لأنه لم يعرف أن يحل إحدى المسائل على اللوح ، ارتبك أحمد وبالأخص عندما لاحظ نظرات إبراهيم الخبيثة له . اغتاظ المعلم من أحمد بطئ التحصيل وقال له " أنت تيس " ولا فائدة منك وأمره بالجلوس. مزق أحمد كتاب الرياضيات وألقى به بوجه إبراهيم وقال أنه لن يأتي للمدرسة بعد اليوم ، علماً أن أحمد لا يثق بأحد ولا يشعر بالأمان، ويفترض أن الخيانة عدم وجود محيط آمن يفرض عليه أن يكون قوياً ليدافع عن نفسه حيث والده استشهد في حرب 2008.

استخدم الـ ABC ما قبل السلوك ، السلوك، ما بعد السلوك، ما قبل السلوك ، ماذا حدث قبل السلوك؟

المشاعر كيف كان شعورك؟ كيف كانت مشاعرك اتجاه نفسك ؟ هل كنت متضيقاً من شيء ما؟	الأفكار : • كيف فكرت ؟ • بماذا كنت تفكر عندما سمعت القصة ؟ • ماذا كنت تريد ؟ • ما هي أول فكرة خطرت علي ذهنك عند سماعك القصة ؟
السلوك : • ماذا حدث بالفعل؟ • ماذا قلت أو فعلت؟ • ماذا قال أو فعل الآخرون؟	الجسد : - كيف تغير جسدي ؟ - مناطق القوة والضعف بجسدي - ما علاقة الأعراض بأفكاري ومشاعري؟

دائرة الإنهاء :

- ❏ يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة
- ❏ يقوم المعالج بتقييم الجلسة من خلال نموذج التقييم
- ❏ يقوم المعالج بشكر المجموعة وتذكيرهم بأجندة الجلسة القادمة

الواجب البيتي :

- ❏ قراءة نشرة التشوهات المعرفية والأفكار الخاطئة
- ❏ ممارسة نشاط ممتع واحد من جدول الأنشطة السارة مع الشريك
- ❏ استخدام نموذج سجل الأفكار ونموذج فحص الأدلة

القسم الأول : دائرة البدء		
عنوان الجلسة	التشوهات المعرفية والأفكار الاتوماتيكية	
الجلسة	الخامسة	الزمن 120 دقيقة
طبيعة الجلسة	جلسة جماعية	
أجندة الجلسة	• فحص المزاج والمشاعر لليوم • مراجعة الواجب البيتي • التطبيع والتعليم : الأفكار الاتوماتيكية وإعادة البناء المعرفي • تحدي الأفكار الكارثية • تدريبات عملية على سجل مراقبة الأفكار وإعادة البناء • إنهاء وتقييم الجلسة الخامسة	
أهداف الجلسة		محاور التدخل العلاجي
أن تكون المجموعة قادرة على : - تغيير الأفكار السلبية من خلال تحديد مضار ومنافع التفكير السلبي وفحص الأدلة . - التعرف على معيقات التفكير المنطقي من خلال استخدام الأسئلة السقراطية • تحدي الأفكار الكارثية واستبدال الصورة لتقليل ردود الفعل العاطفية من خلال ممارسة التخيل والاسترخاء		- مساعدة المجموعة على فهم العلاقة بين الأفكار والمشاعر وحالة التيقظ الدائم واستمرار الشعور بالتهديد - مساعدة المجموعة على رؤية العلاقة بين استمرار الأعراض والتشوهات المعرفية والمشاعر وسلوكيات الاجترار واستخدام المهدئات والانسحاب الاجتماعي • مساعدة المجموعة على تحدي الأفكار الكارثية الناتجة عن الصدمة
استراتيجيات التدخل		• التطبيع والتعليم - الاستكشاف الموجه - المراقبة الذاتية - بناء الوعي المعرفي • جدولة الأنشطة السارة - جدولة الأنشطة السلوكية
الأساليب التدريبية		العصف الذهني - حوار ونقاش - العمل الجماعي - أسلوب المعرض - العمل الفردي - المحاضرة
المسـتـلـزـمـات التدريبية		LCD- شاشة عرض - أقلام فلوما ستر - فلوب شارت - ورق بروس تل - ورق A4- ورق ملون صغير - أوراق العمل
التوزيع الزمني للإجراءات الخاصة بالجلسة الخامسة		
الوقت	موضوع الجلسة	مدة الإجراء
	فحص المزاج والمشاعر اليوم	الزمن الكلي
	مراجعة الواجب البيتي	
	التطبيع والتعليم : الأفكار وإعادة البناء المعرفي	
	تحدي الأفكار الكارثية	
	تدريبات عملية علي سجل مراقبة الأفكار	
	حوار ونقاش الواجب البيتي	
	الإنهاء وتقييم الجلسة	

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء :

نشاط رقم (1) : فحص المشاعر للمشاركين :

يقوم المعالج : بتوزيع نموذج فحص المشاعر رقم () للمشاركين بالجلسة على أن يتم تعبئته لمعرفة مدى القلق والتوتر .

نشاط رقم (2) : مراجعة للواجب البيتي والربط بالجلسة السابقة:

لـ قراءة نشرة التشوهات المعرفية والأفكار الخاطئة

لـ ممارسة نشاط ممتع واحد من جدول الأنشطة السارة مع الشريك

لـ استخدام نموذج سجل الأفكار ونموذج فحص الأدلة

دائرة المركز :

نشاط رقم (4) : التطبيق والتعليم :

التطبيق والتعليم : التشوهات المعرفية والأفكار الاتوماتيكية :

لـ يقوم المعالج بشرح معيقات التفكير المنطقي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة

لـ يقوم المعالج بتدريبات عملية عبر لعب الادوار من خلال سجل الافكار ونموذج فحص الادلة

لـ يقوم المعالج بتدريب المجموعة على استخدام الآليات المعرفية :

لـ مناقشة معيقات التفكير

لـ البحث عن معنى

لـ بناء محتوى جديد بأفكار معدلة

لـ تغيير الصورة الذهنية

لـ تحدي الأفكار الكارثية

نشاط رقم (3) : اسم النشاط : التأثير

رقم النشاط : (3)

التحضير : المجموعة "المشاركون يمثلون الجمهور" .

التركيز : لا تركيز ، مشاركون واقفون لا يفعلون شيئاً .

الشرح : مجموعة كاملة مكونة من فريقين ، الفريق الأول يقف في خط واحد مواجه للجمهور الجالس "الفريق

الثاني" ولا يفعل شيئاً .

التوجيه : لا تفعل شيئاً ، سوف ننظر إليك ، هذا كل شيء ، لا تفعل شيئاً ، سوف ننظر إليك . (إذا بدأ أحد

المشاركين بعمل شيء ما لوحده لا تناد ذلك المشارك بالاسم ، بل وجه لكل المشارك : لا تفعل شيئاً، سوف ننظر

إليك .

التقييم : لا تقييم حتى يقوم كلا الفريقين الأول والثاني بلعب الجزئين الأول والثاني .

ملاحظات : (1) الهدف من الجزء الأول هو جعل الممثلين يقفون غير مركزين. ابق مع الجزء الأول حتى يصبح واضحاً أن كل الممثلين الواقفين غير مرتاحين . بعض الأفراد سوف يقهقه وينتقل من قدم لأخرى ، آخرون سوف يثبتون في وضعهم أو يحاولوا أن يظهرُوا اللامبالاة .

(2) إذا بدأ أعضاء فريق الجمهور بالضحك فتجاهل الضحك وشد على : " سوف ننظر إليك " .

الجزء الثاني -

التركيز : على عمل شيء معطى من قبل الموجه (عن عد الكراسي) .

الشرح : عندما تبدأ علامات عدم الارتياح تظهر على مشاركي الفريق الأول، فإن الموجه يعطي المشاركين مهمة أو وظيفة ليتمموها ، كعد بلاط الأرضية أو الكراسي في الغرفة . يتم توجيه المشاركين للاستمرار في العد - أو عمل أي شيء معين - حتى تختفي علامات عدم الارتياح ويظهر المشاركون استرخاءً بدنياً وتحرراً جسدياً .

التوجيه : عد كل (الكراسي) في الغرفة ، أنت تفعل أهم شيء في حياتك ، استمر بالعد ، ابدأ ثانية ، (عندما تختفي علامات عدم الارتياح بدل الفريقين) شكراً لكم ، الفريق الأول بإمكانكم الجلوس . الفريق الثاني ، قفوا بعرض مقدمة الغرفة بمواجهة الفريق الأول ، قفوا هناك فقط ولا تقفوا شيئاً (أكمل توجيه الجزء الأول وانتقل للجزء الثاني مع الفريق الثاني كما سبق قبل التقييم مع المجموعة كاملة).

قاعدة :

- يقوم المعالج بإعطاء تعليمات النشاط بصورة واضحة مع الطلب من المشاركين فقط النظر الي المشاركين الواقفين دون التحدث بشكل مطلق .
- يطلب المعالج من المشاركين الواقفين مراقبة أفكارهم ومشاعرهم وأعراضهم الجسدية والسلوك الذي يتصرفون فيه

التقييم : ماذا شعرت عندما كنت واقفا في البداية أمامنا ؟ كيف شعرت ببيديك ، برجليك ، كيف شعرت بمعدتك ؟ رقبته ؟ الجمهور: كيف كان يبدو الممثلون وهم واقفون لا يفعلون شيئاً ؟ كم واحد منكم شعر بوجود "فراشات" في المعدة عندما كان واقفا في البداية؟ عندما كنت تعد أو تفعل ما كنت تفعل كيف شعرت ؟ ماذا حدث لبيديك المتعرقين ، رقبته المتشنجة ، أو معدته المريضة ؟

ملاحظات :

(1) جواب المجموعة سوف يكون في الحال : "عدم الراحة الجسمانية اختفى"، لماذا؟ " كان لدي ما أفعله " . وضح وشرح أن هذه التجربة هي فهم للتركيز وأنه في كل ألعاب المسرح سوف يعطى الممثلون تركيزاً - أي : شيء ليفعلوه .

(2) اسمح لكل ممثل بالتجربة الشخصية في اكتشاف قوة التركيز في فعل شيء ما عضوياً .

(3) منذ بدأ الفريق الثاني بمراقبة تحول الفريق الأول عندما أعطي أفراداً شيئاً ليفعلوه، فإن بعضهم قد يبدأ العد لوحده بدون أمر المدرب حتى يتجنب عدم الارتياح . وجه هكذا المشاركين باستمرار إلى " لا تفعل شيئاً " خلال الجزء الأول.

دائرة الإنهاء :

- ❏ يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة
- ❏ يقوم المعالج بتقييم الجلسة من خلال نموذج التقييم
- ❏ يقوم المعالج بشكر المجموعة وتذكيرهم بأجندة الجلسة القادمة

الواجب البيتي :

- ❏ ارسم كل ما تتذكره عن الحدث وراقب أفكارك ومشاعرك من خلال استخدام السجل
- ❏ ممارسة نشاط ممتع واحد من جدول الأنشطة السارة مع الشريك

القسم الأول : دائرة البدء		
عنوان الجلسة	التعامل مع ذكريات الصدمة : التطفل : ماذا يحدث ؟	
الجلسة	السادسة	الزمن 120 دقيقة
طبيعة الجلسة	جلسة جماعية	
أجندة الجلسة	- فحص المزاج والمشاعر لليوم - مراجعة الواجب البيتي - التطبيع والتعليم : التطفل والاختحام وإعادة بناء الذكريات واكتشاف المعني والتشوهات المعرفية - تدريبات عملية لتعلم السيطرة علي الأفكار المتطفلة والخيالات - إنهاء وتقييم الجلسة السادسة	
أهداف الجلسة		محاور التدخل العلاجي
أن تكون المجموعة قادرة على : - التعرف على استجاباتهم الجسدية والعاطفية لتصبح معرفة وقابلة للتعامل معها - مشاركة تجاربهم مع بعضهم البعض لتطبيع انفعالاتهم حتى لا يشعروا أنهم منعزلين - تعلم وممارسة السيطرة على الأفكار المتطفلة والخيالات		- إعادة بناء الذكريات الصادمة من خلال التأكد من استعداد المجموعة - إعطاء المجموعة السيطرة علي مجري العلاج دون الشعور بإرغام - مساعدة المجموعة على استرجاع الخبرة كاملة الأفكار والمشاعر والأحاسيس - مساعدة المجموعة على اكتشاف النقاط الساخنة في الخبرة الصادمة وصياغتها بكلمات وكتابة القصة - اكتشاف المعني الشخصي وما يتضمنه من تشوهات معرفية
استراتيجيات التدخل		- التطبيع والتعليم - المراقبة الذاتية- أنشاء المكان الآمن - أساليب التخيل (الشاشة واليد والمسافة) مهارات :- إعادة الصياغة - عكس المشاعر - التعاطف التلخيص - الشرح والتفسير
الأساليب التدريبية		العصف الذهني - حوار ونقاش - العمل الجماعي - أسلوب المعرض - العمل الفردي - المحاضرة
المســــــتلزمات التدريبية		LCD- شاشة عرض - أقلام فلوما ستر - فلوب شارت - ورق بروس تل - ورق A4- ورق ملون صغير - أوراق العمل
التوزيع الزمني للإجراءات الخاصة بالجلسة السادسة		
الوقت	موضوع الجلسة	مدة الإجراء الزمن الكلي
	فحص المزاج والمشاعر اليوم	
	مراجعة الواجب البيتي	
	التطبيع والتعليم : إعادة بناء الذكريات وإعطاء معني	
	تدريبات عملية للسيطرة علي الأفكار المتطفلة	
	التطبيع والتعليم : المعني الشخصي والتشوهات	
	حوار ونقاش الواجب البيتي	
	الإنهاء وتقييم الجلسة	

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء :

نشاط رقم (1) : فحص المشاعر للمشاركين :

يقوم المعالج : بتوزيع نموذج فحص المشاعر رقم () للمشاركين بالجلسة على أن يتم تعبئته لمعرفة مدى القلق والتوتر .

نشاط رقم (2) : مراجعة للواجب البيتي والربط بالجلسة السابقة:

للـ ارسـم كل ما تتذكره عن الحدث وراقب أفكارك ومشاعرك من خلال استخدام السجل

للـ ممارسة نشاط ممتع واحد من جدول الأنشطة السارة مع الشريك

دائرة المركز :

نشاط رقم (4) : التطبيع والتعليم :

التطبيع والتعليم : ماذا يحدث ؟ :

للـ يقوم المعالج بالشرح عن التطفل والإقحام ودور التشوهات المعرفية لاكتشاف المعني

للـ تعليم وتطبيع الانفعالات الشائعة لدى المراهقين

للـ يقوم المعالج بتدريب المجموعة على كيفية إنشاء المكان الآمن

للـ يقوم المعالج بتدريب المجموعة على أساليب السيطرة على الأفكار المتطفلة والخيالات

نشاط رقم () : اسم النشاط : الجوهرة والقلعة :

التركيز : إنشاء مكان آمن – التعرف على المشاعر الإيجابية والسلبية

أدوات النشاط : كرة صغيرة _ قطعة سجاد .

الشرح :

يضع المنشط جسماً صغيراً في وسط مكان للعب واسع ومفتوح ، يمثل هذا الجسم

الصغير " الجوهرة " ؟ ويمثل قائد المجموعة التتين " وعليه أن يحرس " الجوهرة " بالوقوف إلى جانبها ،

" على بعد قدمين منها حتى يكون في اللعب عدل " وعلى أعضاء المجموعة محاولة الحصول على "

الجوهرة " وإعادتها إلى المنطقة المحددة " في ظرف مكان اللعب " ، تمثل هذه المنطقة " القلعة " إذا تم

لمس احد المشاركين بين الكتف والخاصرة من قبل " التتين " وعلى ذلك المشارك أن يركض باتجاه

القلعة ويجلس بانتظار احد أعضاء فرقة لإنقاذه عن طرق لمسهم بلطف على الكتف . وحالما يحصل

هذا التبادل في الطاقة يبقى كلاً أعضاء الفريق أحرار في العودة إلى اللعب تنتهي اللعبة عندما يعيد

المشاركين " الجوهرة القلعة " . إذا امسك احد المشاركين بالجوهرة ويتقدم بها ومن ثم يلمسها التتين ؟

تبقى الجوهرة في موقعها الجديد وينتظر المشارك ليتم إنقاذه في القلعة وهكذا

التوجيه : يقوم المعالج بسؤال المشاركين : أين شعرتم مكانكم الآمن ؟ كيف كانت مشاعركم وانتم خارج

هذا المكان ؟ كيف شعرت بجسدك عندما كنت قريباً من التتين ؟ كيف كانت مشاعرك وأنت بالقلعة

والتتين قريب منك ؟ هل القلعة تذكرك بمكان امن أنت لجئت إليه سابقاً وشعرت بالهدوء فيه ؟

نشاط رقم () : اسم النشاط : إنشاء المكان الآمن :

قبل بدء العمل الذي يخص الذكريات المتطفلة مباشرة، من المفيد للأطفال ممارسة إنشاء مكان آمن في مخيلتهم، وهذا يعطي للأطفال فرصة ممارسة التلاعب في خيالاتهم واستعمال الخيال الصوري وبشكل ايجابي وبناء، وهي أيضا تخدم كقاعدة أمينة للخيال التي ممكن ان يرجع إليها الأطفال لتخفيض العواطف التي يشعرون بها أثناء ممارستهم الأساليب اللاحقة، انه من الممتع وغير المهدد للبدء بالعمل بالخيال الصوري.

في هذه الفعالية الأولى لن نقوم بالتذكير حول الذكريات السيئة ولكننا سنمارس استعمال مخيلتنا لصنع صور ومشاعر ايجابية (سعيدة - لطيفة) سأقوم بالطلب منكم بتخيل مكان او منظر ما يجعلك تشعر بالهدوء والأمن والسعادة، قد يكون هذا مكان حقيقي تتذكره من عطلة او مكان سمعت عنه أو ربما قصة أو ربما مكان ما اخترعه من نفسك.

اقتراح الأمثلة المناسبة من مجتمعك فقد تكون علي شاطئ البحر أو في الريف أو أي مكان آخر، بينما تعطي التعليمات الأخرى ركز على المجموعة أن كان أي منهما يعاني من صعوبات، لأن الاسترخاء بهذه الطريقة قد يزيد من نسبة الخيالات السلبية، أعطي التعليمات علي خطوات لكي يأخذ الأطفال الوقت ليستخدموا خيالهم وحور التعليمات بالشكل الذي ترغب فيه ولكن يأخذ الأطفال الوقت ليستحدثوا المنظر الشامل وتذكر أن تشجعهم لاستخدام كل الأشكال الحسية.

نص تمرين : تخيل المكان الآمن :

اجعل جسدك مسترخيا وخذ نفسا عميقا من الأنف واخرج الزفير ببطئ من الفم وأغمض عينيك واستمر بالتنفس شهيق عميق من الأنف وزفير بطئ من الفم لاحظوا التوتر والضغط للذان ينسابان من أجسامكم... تنفسوا مرة أخرى ببطء، ببطء... املئوا رئتيكم كلما كان التنفس عميقا كلما شعرت بالراحة والهدوء دع الأفكار الخارجية تأتي وتذهب المهم ركز علي جسدك عندما تأخذ الشهيق قل بداخلك بطني وعندما تخرج الزفير قل بداخلك مسترخي ، والآن، تخيلوا في أذهانكم مكانا تدون أن تكونوا فيه، ربما ألطف مكان، أو أكثر الأماكن مرحا، أو أجمل الأماكن التي زرتموها في حياتكم... مكان تشعرون بالأمان فيه... وبالراحة.. مكان تودون أن تكونوا فيه... قد يكون مكانا زرتموه من قبل، أو ربما شاهدتموه في صورة أو في فيلم.. أو تخيلتموه. ربما يكون مكانا بالخارج... الشاطئ، أو ربما غابة... أو الجبال، مكان ما في الطبيعة. وربما يكون المكان بالداخل، في بيتك أو في غرفتك تنفس بعمق وحاول أن تتخيل المكان. لاحظوا ما تزونه حولكم... الألوان... والأشكال... الآن تتسموا طيب ريح المكان.. خذوا نفسا عميقا ولاحظوا الروائح... لاحظوا المشاعر التي تستحوذ عليكم بهذا المكان... لاحظوا وابقوا هناك بضع لحظات... واستمتعوا بهذا المكان الرائع... المناظر، والروائح... المشاعر... افحصوا أجسامكم ولاحظوا المكان الذي يستحوذ عليه أفضل الأحاسيس بأجسامكم... ركزوا على الشعور السار... حاولوا تقويته وأن يدوم مدة أطول... تخيل أن رجلك الحافية هي علي الأرض ماذا تشبه الأرض حاول ان تمشي بهدوء وتلاحظ الأشياء هناك، حاول أن ترى تلك الأشياء ما هو

لملمسها، ماذا تسمع؟ ربما الأصوات الناعمة للريح أو صوت الطيور أو صوت البحر، هل تشعر بدفع الشمس علي وجهك؟ ماذا تشم ربما هو رائحة البحر أو رائحة الزهور أو رائحة طبختك المفضلة؟ في مكانك الخاص هذا يمكنك أن ترى الأشياء التي ترغب بها وتتخيل شمها ولمسها وسماع أصوات لطيفة أنك تشعر بالسعادة والهدوء.

الآن، التقطوا صورة لهذا المكان لكي تتمكنوا من العودة إليه كلما شئتم .. هذه لقطتكم الخصوصية التي تحتفظون بها معكم... هذه بقعتكم الخصوصية التي يمكنكم العودة إليها كلما شعرتكم برغبة في ذلك. كل ما تحتاجون عمله هو أن تأخذوا نفساً عميقاً، وتغمضوا أعينكم، وتستحضروا اللقطة... واصلوا الشهيق بعمق... وببطء، وببطء حاول إن تنظر حواليك مرة ثانية (في مخيلتك) انظر جيداً تذكر أن ذلك هو مكانك المفضل وأنه موجود دائماً وانك تتمكن أن تتخيل أنك هناك كلما احتجت أن تشعر بالسعادة والأمان والهدوء.

عندما تكونوا جاهزين، ابدأوا بمغادرة هذا المكان وابدأوا ببطء، ببطء في تحريك جفونكم... وأصابعكم... وأصابع أرجلكم... عودوا إلى الغرفة ببطء، ببطء، وإلى مقعدكم... وإلى كرسيكم... وافتحوا أعينكم ببطء.

التوجيه : اسأل المجموعة عما تخيلوه واسألهم كيف يشعرون، اشر إلي الارتباط ما بين التخيل والمشاعر والتي أنهم ستكون لديهم السيطرة علي ما يروه في عقولهم وبالمحصلة علي مشاعرهم، وأكد لهم أن عمل ذلك ممتع لهم وأنه من الممكن أن يتخيلوا أنهم هناك في ذلك المكان الآمن كلما شعروا بالتعب أو الخوف مما يجعلهم يشعرون بأنهم أحسن وقل لهم أن المكان الخاص ممكن تخيله بسهولة كلما مارسنا ذلك أكثر.

الجزء الثاني :

بعد أن يكون الجميع قد فتحوا أعينهم، قسم المجموعة إلى أزواج وأطلب منهم أن يتقاسموا كل منهم ما خبره وما أحس به مع شريكه أو كمجموعة.

نشاط رقم () : اسم النشاط : أساليب الشاشة:

هنا نطلب من المراهقين تخيل صورههم كأنما على التلفزيون أو على شاشة السينما بحيث يصبح بالإمكان تغيير تلك الصور.

لاحقاً سنقوم بعمل تمرين لنريكم كيفية تغيير صور الحدث المكرب التي تدخل عقلك مع أنك لا تريد ذلك، ولعمل هذا لا بد أن تحضر الصورة عمداً كي تتمكن أن تراها، تذكر أنك أنت المسيطر علي ذكرياتك وأنه من الممكن أن تذهب إلي مكانك الخاص بعد الانتهاء من ذلك إذا رغبت بذلك لكي تشعر بالهدوء

نص تمرين : أسلوب الشاشة :

اجعل جسدك مسترخياً وخذ نفساً عميقاً من الأنف واخرج الزفير ببطئ من الفم وأغمض عينيك واستمر بالتنفس شهيق عميق من الأنف وزفير ببطئ من الفم كلما كان التنفس عميقاً كلما شعرت بالراحة والهدوء دع الأفكار الخارجية تأتي وتذهب المهم ركز علي جسدك عندما تأخذ الشهيق قل بداخلك بطني

وعندما تخرج الزفير قل بداخلك مسترخي استمر بالشهيق والزفير والآن افتح عينيك وتخيل أنك ترى شاشة تلفاز على الحائط المقابل لك، انظر إليها جيدا وحاول أن ترى علي الشاشة صور الحدث المؤلم، هل تتمكن من ذلك؟ هل ترى الصور بالأبيض والأسود أو بالألوان؟ هل تتمكن من تغيير الألوان إلي الأبيض والأسود؟ حاول ذلك وانظر ماذا سيحصل، جيد هل ترى صورة متحركة كما في الأفلام؟ تخيل أنك تستعمل جهاز التحكم عن بعد (الريموت كونترول) وأوقف الصورة، أوقف الحركة وأبدأها مجددا، حاول إعادتها ثانية وأبدأها مجددا ولكن بشكل عكسي.

هل تتمكن من ذلك؟ طيب شغل الفلم بالشكل الاعتيادي ولكن بشكل بطيء جدا وحاول تسريع الحركة، حاول تغيير الألوان مجددا، وراقب كيف يحصل تشوش بالصورة وكأن الاستقبال ضعيف حاول أن تجعل الصورة تبدو غير واضحة بتغيير الضوء الآن تخيل أنك أطفأت الجهاز، ماذا حصل؟

التوجيه : استمر علي هذا المنوال لعدة دقائق كي يتمكن المراهقون من ممارسة خبرة التلاعب بجوانب عديدة للصورة، ويسال الأطفال بعدها لتخيل تسجيل الحدث المكرب على جهاز فيديو واخذ الشريط ووضعه جانبا في أحد الدواليب كي يحتفظوا به، وفي النهاية اسألهم ما الذي حدث؟ ما الذي فكرت به ؟ كيف كانت مشاعرك ؟ كيف شعرت جسديك ؟

تنويه : توقع أن يخبرك المراهقون إذا كان أي من المراهقين لا يشعر بأي من التغييرات إطلاقا: كمعالج : قل لهم ذلك ليس خطأهم ولكنهم فعلوا حسنا لمحاولتهم وأن الأساليب الأخرى قد تفيدهم.

دائرة الإنهاء :

- ✍ يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة
- ✍ يقوم المعالج بتقييم الجلسة من خلال نموذج التقييم
- ✍ يقوم المعالج بشكر المجموعة وتذكيرهم بأجندة الجلسة القادمة

الواجب البيتي :

- ✍ ممارسة نشاط ممتع واحد من جدول الأنشطة السارة مع الشريك
- ✍ كتابة ما يتذكره عن الصور في دفتر المذكرات - ممارسة الأساليب كواجب بيتي

القسم الأول : دائرة البدء			
عنوان الجلسة		التعامل مع ذكريات الصدمة : التطفل : ماذا يحدث ؟	
الجلسة	السابعة	الزمن	120 دقيقة
طبيعة الجلسة	جلسة جماعية		
أجندة الجلسة	• فحص المزاج والمشاعر لليوم		
	• مراجعة الواجب البيتي		
	• التطبيع والتعليم : التطفل والاقترحام وإعادة بناء الذكريات واكتشاف المعني والتشوهات المعرفية		
	• تدريبات عملية لتعلم السيطرة علي الأفكار المتطفلة السمعية والشمية		
	• إنهاء وتقييم الجلسة السابعة		
أهداف الجلسة		محاور التدخل العلاجي	
أن تكون المجموعة قادرة على :		-مساعدة المجموعة على استكمال وتعديل أسوأ اللحظات في الذكريات الصادمة بالتعديل المعرفي	
- تعلم وممارسة السيطرة على خبرة التطفل البصرية لتغير المعنى بالسيطرة التخيلية		-مساعدة المجموعة على تعديل المعنى الشخصي الذي أعطاه وقت الحدث	
- تعلم وممارسة السيطرة على خبرة التطفل السمعية لتغير المعنى بالسيطرة التخيلية		• مساعدة المجموعة على استرجاع أسوأ اللحظات في الحدث ومعناها باستحضار المعلومات الصحيحة والمعدلة من خلال السرد والتخيل	
• تعلم وممارسة السيطرة على خبرة التطفل الشمية لتغير المعنى بالسيطرة التخيلية			
استراتيجيات التدخل	• التطبيع والتعليم- الأساليب السمعية بالتخيل - تشتيت الانتباه - الأساليب الشمية بالتخيل السرد		
مهارات :- إعادة الصياغة - عكس المشاعر - التعاطف للتخيلص - الشرح والتفسير			
الأساليب التدريبية	العصف الذهني - حوار ونقاش - العمل الجماعي - أسلوب المعرض - العمل الفردي - المحاضرة		
المستلزمات التدريبية	LCD- شاشة عرض - أقلام فلوما ستر - قلوب شارت - ورق بروس تل - ورق A4- ورق ملون صغير - أوراق العمل		
الوقت	التوزيع الزمني للإجراءات الخاصة بالجلسة السابعة		
	موضوع الجلسة	مدة الإجراء	الزمن الكلي
	فحص المزاج والمشاعر اليوم		
	مراجعة الواجب البيتي		
	التطبيع والتعليم : إعادة بناء الذكريات وإعطاء معني		
	تدريبات عملية للسيطرة علي الأفكار المتطفلة للحواس		
	التطبيع والتعليم : المعني الشخصي والتشوهات		
	حوار ونقاش الواجب البيتي		
	الإنهاء وتقييم الجلسة		

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء :

نشاط رقم (1) : فحص المشاعر للمشاركين :

يقوم المعالج : بتوزيع نموذج فحص المشاعر رقم () للمشاركين بالجلسة على أن يتم تعبئته لمعرفة مدى القلق والتوتر .

نشاط رقم (2) : مراجعة للواجب البيتي والربط بالجلسة السابقة:

لـ ممارسة نشاط ممتع واحد من جدول الأنشطة السارة مع الشريك

لـ كتابة ما يتذكره عن الصور في دفتر المذكرات - ممارسة الأساليب كواجب بيتي

دائرة المركز :

نشاط رقم (4) : التطبيع والتعليم :

التطبيع والتعليم : التطفل : ماذا يحدث ؟ :

لـ يقوم المعالج بالشرح عن التطفل والإقحام ودور التشوهات المعرفية لاكتشاف المعني

لـ تطبيع الانفعالات الشائعة وإعطاء معني لها

لـ يقوم المعالج بشرح العوامل التي تذكر بالأحداث المكربة علي مستوي البصر والشم

لـ يقوم المعالج بتدريب المجموعة على أساليب السيطرة علي التطفل البصري والشمية

لـ يقوم المعالج بتدريب المجموعة على أساليب السيطرة علي الأفكار المتطفلة والخيالات

نشاط رقم () : اسم النشاط : عجلة المشاعر

التركيز علي : إثراء المفردات المستخدمة للتعبير عن العواطف - تشجيع التعبير عن مواضيع صعبة ومناقشتها

الأدوات :

• عجلة مشاعر- جهاز عجلة بثمانية أقسام - اختر ثمانية مشاعر، على سبيل المثال : سعيد،

حزين، غاضب، منفعل، خائف، هادئ، حب، كراهية (قد تختار غيرها بطبيعة الحال).

• صفحة عمل لكل مشاعر ليكتب عليها مشاعره

الوحدة، 2. الغيرة، 3. الحب، 4. الاشتياق، 5. الغضب، 6. الحزن، 7. الخوف، 8.

الكراهية، 9. السعادة.

الشرح :

اعرض عجلة المشاعر على المشاركين وقل :

"إن لكل شخص مدى واسعاً من المشاعر والعواطف التي تؤثر على أمزجتهم وطريقة تفكيرهم وسلوكهم . ونصور

العجلة بعض عواطفنا، ومن المؤكد أن باستطاعتك أن تضيف المزيد. سنتعلم في فعاليتنا اليوم عن عواطفنا المختلفة".

وزع ورقة العمل المرفقة:

أطلب من أحد التلاميذ أن يأخذ عجلة المشاعر ويدير قرص العداد. عندما يقف القرص أطلب من التلميذ أن يصف وضعاً أو حادثة تتعلق بالشعور الذي تم اختياره. ثم يطلب من بقية الطلاب أن يكتبوا على ورقة العمل لديهم أفكارهم عما يثيره ذلك الشعور في نفوسهم.

التوجيه : أثر في النقاش اللاحق حقيقة أن هناك مترادفات كثيرة مع العواطف المنوعة كلمات ذات دلالات مختلفة لنفس العاطفة مثل غضب/ هياج، وهناك أيضاً كلمات تعبر عن عواطف متضادة. علاوة على ذلك، تثير كل عاطفة شعوراً مختلفاً في نفس كل طفل وقد تتباين مشاعر الأطفال المختلفين وهم في الوضع ذاته.

اختياري

في نهاية النقاش قد تود أن تضع "قاموس مشاعر" تعلقه فيما بعد على جدار غرفة التدريب.

ملاحظة : ممكن للصفيين 1 - 2 : بدلا من استخدام ورقة عمل، أجراء النقاش شفويا.

نشاط رقم () : اسم النشاط : المسجل والتحكم بالصوت :

تذكير : في هذا الجزء أريد منكم تستعيدوا عمدا الذكريات الصوتية التي تزعجكم وإذا لم يكن أي منها ممكن أن تماس هذا التمرين مع صوت تتذكره، لابد أن تحاول أن تمارس حتى لو لم تكن لديك مشكلة بهذا الخصوص لأن هذا قد يكون مفيدا لك في المستقبل.

نص النشاط : التحكم بأصواتي :

"أغمضوا أعينكم واستمعوا إلى إيقاع تنفسكم...الآن، دعونا نحرر جميع عضلات أجسامنا ونسمح لها بالاسترخاء... أرح قدميك.. ورجليك، وراحة يديك، وكتفيك وعنقك... ووجهك. تنفس ببطء شديد... ويمكنك إذا شئت أن تشد جميع عضلاتك ثم ترخها. أشدد جميع عضلاتك، اقبط كفي يديك، قطب وجهك، واحكم كتفيك، ثم رجلك. توقف. توقف. والآن أرخها. وخذ نفسا بطيئا وعميقا.

أولا حاول أن تستمع إلي هذا الصوت في عقلك، لاحظ هل هو عالي؟ هل هو واضح أو مشوش؟ هل الصوت حاد قوي أم غامض؟ هل هو صوت شخص ما يتحدث؟ هل هو صوت رجل أو امرأة؟ ما هي لهجته؟.

الآن أريد منك أن تستعيد ذلك الصوت مجددا ولكن هذه المرة تخيل أن الصوت يأتي من مسجل صوت (أو راديو أو تلفاز بدون صورة....الخ) هل تسمعه الآن؟ تخيل أنك تخفض مستوى الصوت بواسطة المفتاح المخصص لذلك، ماذا حدث؟ حاول تخفيض الصوت أكثر فأكثر ويبدأ الصوت بالخفوت والآن حاول العكس وارفح الصوت ثانية هل أن الذاكرة تصبح عالية؟ والآن أنت تستمع لأكثر من صوت كيف تشعر ؟ ما الذي تفكر فيه ؟ كيف تشعر جسديك ؟ عندما تستمع إلي هذه الأصوات والآن هذا الصوت يحدث به تشويش اخفضه مرة ثانية إلي أن يخف الصوت ويختفي تمام عندما تطفئ الجهاز ابقى نفسك بحالة من الاسترخاء استمتع بوقتك فهذا لك لا تفكر بشئ وحافظ علي تحكمك بإطفاء جهاز الصوت الذي كنت تستمع إليه استمع الآن إلي الموسيقى الهادئة وعندما تكون مستعدا ارسم ابتسامة علي وجهك وافتح عينيك . دعنا نحاول ذلك مرة أخرى.

التوجيه : كيف كانت مشاعرك قبل التمرين ؟ كيف تصف مشاعرك أثناء التمرين ؟ ما الذي تفكر فيه ؟ كيف شعرت جسدي ؟ كيف تصف مشاعرك اتجاه التحكم بالصوت ؟ هل يذكرك هذا التمرين بشئ ؟

نشاط رقم () : اسم النشاط : بالونات المشاعر السلبية

أدوات: أقلام فلوماستر - ورق بروسستول -بالونات

الشرح :

يقوم المعالج بالوقوف ويطلب من المشاركين الوقوف ويبدأ بالتوزيع بالونات و يطلب من المشاركين أن ينفخ بالونات ومن ثم يكتب عليها انفعال حدث معه في حياته ويريد التخلص منه أو مشاعر سلبية ،بعد ذلك يطلب المعالج من المشاركين ربط البالونات في القدم ويبدأ كل شخص وجد أي مشاعر مع شخص آخر أن يتخلص منه بفرقة البالونات.

التوجيه : كيف تصف مشاعرك ؟ ما التجربة التي تتذكرها ؟ بماذا تفكر ؟ كيف تشعر جسدي وأنت تنفخ البالون ؟ كيف تصف مشاعرك بعد التخلص من الانفعالات السلبية ؟

دائرة الإنهاء :

لـ يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة

لـ يقوم المعالج بتقييم الجلسة من خلال نموذج التقييم

لـ يقوم المعالج بشكر المجموعة وتذكيرهم بأجندة الجلسة القادمة

الواجب البيتي :

لـ ممارسة نشاط ممتع واحد من جدول الأنشطة السارة مع الشريك

لـ كتابة القصة - ممارسة الأساليب كواجب بيبي

القسم الأول : دائرة البدء			
عنوان الجلسة		التعامل مع ذكريات الصدمة : التطفل : ماذا يحدث ؟	
الجلسة		الثامنة	(ترافق جلسة أولياء الامور)
طبيعة الجلسة		جلسة جماعية	
أجندة الجلسة	• فحص المزاج والمشاعر لليوم		
	• مراجعة الواجب البيتي		
	• التطبيع والتعليم : التطفل والاقتحام وإعادة بناء الذكريات واكتشاف المعني والتشوهات المعرفية		
	• تدريبات عملية لتعلم السيطرة علي الأفكار المتطفلة الحس حركية		
	• إنهاء وتقييم الجلسة الثامنة		
أهداف الجلسة		محاور التدخل العلاجي	
أن تكون المجموعة قادرة على :		- مساعدة المجموعة على اكتشاف الأحوال التي تحدث فيها العوامل القادحة للذكريات المقترحة من خلال المتابعة الذاتية	
		- إبراز أثر الإحساسات الجسمية باعتبارها قادحة للذكريات المقترحة	
• التعرف على استجاباتهم الحس حركية لتصبح معرفة وقابلة للتعامل معها		- التعرف على الأحوال والمواقف التي قد تحدث فيها العوامل القادحة	
		- مساعدة المجموعة على كسر الصلة بين القوادح والذكريات الصدمية بتعلم تقنية تفريق المثير	
• تعلم وممارسة طرق التخلص من الكوابيس بالتحدث والرسم والكتابة		• التركيز على تفاصيل الواقع الحاضر	
استراتيجيات التدخل		- التطبيع والتعليم - المراقبة الذاتية- الأساليب الحس حركية بالتخيل- تشتيت الانتباه - العمل من خلال الأحلام	
الأساليب التدريبية		مهارات :- إعادة الصياغة - عكس المشاعر - التعاطف التلخيص - الشرح والتفسير	
المستلزمات التدريبية		العصف الذهني - حوار ونقاش - العمل الجماعي - أسلوب المعرض - العمل الفردي - المحاضرة	
التعليمات		LCD- شاشة عرض - أقلام فلوما ستر - فلوب شارت - ورق بروس تل - ورق A4- ورق ملون صغير - أوراق العمل	
التوزيع الزمني للإجراءات الخاصة بالجلسة الثامنة			
الوقت	موضوع الجلسة	مدة الإجراء	الزمن الكلي
	فحص المزاج والمشاعر اليوم		
	مراجعة الواجب البيتي		
	التطبيع والتعليم : إعادة بناء الذكريات والإحساسات الجسمية		
	تدريبات عملية للسيطرة على الأفكار المتطفلة الحس حركية		
	العمل مع الأحلام		
	حوار ونقاش الواجب البيتي		
	الإنهاء وتقييم الجلسة		

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء :

نشاط رقم (1) : فحص المشاعر للمشاركين :

يقوم المعالج : بتوزيع نموذج فحص المشاعر رقم () للمشاركين بالجلسة على أن يتم تعبئته لمعرفة مدى القلق والتوتر .

نشاط رقم (2) : مراجعة للواجب البيتي والربط بالجلسة السابقة:

✍ ممارسة نشاط ممتع واحد من جدول الأنشطة السارة مع الشريك

✍ كتابة القصة - ممارسة الأساليب كواجب بيئي

دائرة المركز :

نشاط رقم (4) : التطبيق والتعليم :

التطبيق والتعليم : التطفل : ماذا يحدث ؟ :

- ✍ يقوم المعالج بمراجعة التطفل وإعادة بناء الذكريات واكتشاف المعني واثر التشوهات المعرفية
- ✍ يقوم المعالج بتعليم المشاركين واجبات الانتباه المزدوج للسيطرة علي التطفل الحس حركية
- ✍ يقوم المعالج بتدريب المجموعة على أساليب السيطرة الحس حركية كممارسة منزلية منفردة

نشاط رقم (5) : اسم النشاط : نحت تماثيل من مشاعرنا

التركيز علي : التعبير عن المشاعر بالمواجهة - أن نتعلم كيف نواجه مشاعرنا السلبية الأدوات :

معجون لعب أو طين لصنع التماثيل، ماء، صفائح بلاستيك لحماية المقاعد وأسطح الطاولة.

الشرح :

افتتح الجلسة بما يلي : " اليوم سننحت تماثيل من مشاعرنا"

أعط كل مشارك كتلة طين لصنع التماثيل وبعض الماء. أطلب من المشاركين تقسيم الكتل إلى 5 قطع ... امنحهم وقتا للعب بالطين، و "مصادقته" يتردد بعض المشاركين بالعمل مع الطين، وربما يخشون أن يتسخوا. شجعهم على المشاركة برفق.

أطلب من المشاركين صنع تمثال يعبر عن العواطف التالية (يمكنك اختيار عواطف تريدها أنت إذا شئت) : سعادة، حزن، خوف، أمل.

- اسمح للمشاركين باختيار العاطفة التي يودونها لآخر قطعة من الطين.
- قسم المشاركين إلى أزواج أو إلى مجموعات صغيرة وأطلب منهم اقتسام ما أبدعوا.
- أدهم إلى المكان لإجراء نقاش حول ما جربوه؛ ووجه إليهم الأسئلة التالية :
- ما هو شعورك عندما كنت مع مشاعرك؟ هل تغيرت عندما صنعت منها تماثلاً؟

- ما هو شعورك عند الحديث عن مشاعرك؟
- ماذا عن خوفك؟ حزنك؟ ساعدتك؟ املك؟
- ما الذي تعلمته عن نفسك من هذه الفعالية؟

عند مناقشة الخوف مع المشاركين من المهم أن:

- تذكر بأن هناك طرقاً عدة لمواجهة/ للتغلب على المخاوف.
- توضح بأنه يمكن أن يكون لكل مشارك طريقته الخاصة للتعامل مع الأشياء ولا توجد طريقة صح أو خطأ.
- تميز بين ما لدينا سيطرة عليه وما لا توجد لنا سيطرة عليه ولا يمكننا تغييره.

اختياري

اعرض مشاريع المشاركين لبضعة أيام.

نشاط رقم () : اسم النشاط : واجبات الانتباه المزدوج :

قاعدة : ينفذ المشاركون ثلاثة مجموعات من النقرات كل منها لمدة ثلاثين ثانية أما المجموعة الرابعة من النقرات فيمكن عملها عندما تخبر المجموعة باختفاء الصورة بينما المجموعة الخامسة والأخيرة تجرى عندما يطلب من المشاركين تصور مشهد لطيف وبعد ذلك نسأل المجموعة عن رأيهم ومن الممكن إعادة الطريقة لمرتين آخرين.

تجلس المجموعة في الدائرة الواسعة كالمسابق ومارس النقر فقط مع المجموعة.

تذكير : تجلس المجموعة في الدائرة الواسعة كالمسابق وتمارس النقر فقط مع المجموعة أول شيء أريدكم أن تراقبوني وأنا انقر على ركبتي بإيقاع.

نص النشاط : واجبات الانتباه المزدوج

اجعل جسدك مسترخياً خذ نفساً عميقاً من الأنف وزفيراً بطيئاً من الفم، استنشاق من خلال أنفك وأرسل الزفير عن طريق فمك ... أثناء إرسال الزفير ببطء، أغمض عينيك وكن واعياً لكيفية بدء الاستمتاع بوقتك والتركيز على نفسك. خذ استراحة قصيرة بين عمليات التنفس وواصل التنفس بهذه الطريقة. انتبه لأنفاسك. أنت الآن "هادئ"

بلطف في كل مرة ترسل فيها زفيراً. ابق عينيك مغمضتين وواصل التمرين بضع دقائق والآن افتح عينيك وابدأ بالنقر على ركبتيك اليمنى بيدك اليمنى وركبتك اليسرى بيدك اليسرى وبالتناوب، انقر بشدة متوسطة علي أن تحس بها ولكن بشدة كبيرة تحدث ضوضاء تشتت الانتباه. انقر بسرعة مرة ثانية على أن تكون منتظمة ولكن ليس بسرعة كبيرة لأن المجموعة كلها يجب أن تتبعك.

مبدئياً ولكي تثبت السرعة احسب بصمت في عقلك 1-2-3..... كل رقم عن الثاني بحدود ثانية وكل نصف نقرة بالنصف الثاني انقر بشدة كل نصف ثانية لضبط الإيقاع أو حتى ليقلدك المشاركين، إن سرعة النقر ليست مهمة ولكن المهم انتظام السرعة وقدرة المشاركين على تقليدها ولهذا يمكن تعديل السرعة حسب رغبتك ربما من الأفضل البدء ببطء ثم الإسراع بعدها.

قد يرغب مساعد المعالج في المجموعة التحرك على المجموعة لمساعدة المشاركين الذين يواجهون صعوبات ضبط الإيقاع المتبادل استمر في النقر لمدة كافية حتى يستطيع الجميع من الانضمام وقد ترغب بالتوقف والبدء ثانية بممارسة النقر بدون وجود صورة عمل كبدائية بعدها قل:

أريد منكم استعادة الصور السيئة مرة ثانية ابقى عينيك مفتوحة أو اغلقها حسبما ترغب المهم أنك تستعيد الصورة والآن هل تمكنت من ذلك حسنا والآن مع كون الصورة في مزيلتك وعيناك مفتوحتان سنبدأ بالنقر، إبدأ بالنقر بشكل متناوب كما عملت سابقا وبسرعة ثابتة. انقر على ركبتيك كما فعلت سابقا، راقب الصورة التي في مزيلتك وانظر ماذا سيحصل لها جيد.

استمر في النقر لمدة نصف دقيقة: توقف الآن اجعل الصورة تختفي حسنا؟ هل لاحظ أي منكم ماذا حصل للصورة؟

تذكير : لا تسأل عن تفاصيل التغييرات التي حصلت للصورة فقط أكد للأطفال بقولك حسنا طيب.

حسنا بعضكم لديه حظا أوفر عكس البقية هذا حسن لأنه لا يوجد طريق صائب وآخر عكسه لعملها لا حاول عمل التغييرات على الصورة عمدا فقط راقب الصورة في مزيلتك وأنت تنقر وانظر في ما إذا أي شيء سيحدث؟ حسنا دعنا نحاول ثانية.

نظم الإيقاع مجددا واعد الطريقة، اعملها على شكل وجبتين إضافيتين من نقرات النصف لكي تعطي الفرصة لأني تغييرات تلقائية قد تحصل، وبعد نهاية كل مرحلة أطلب من الأطفال التوقف وجعل الصورة تختفي كما عملنا سابقا وأعطي وقتا كافيا للراحة بدون وجود الصورة في وقت الراحة، إذا أخبرك المشاركون عن حصول تغييرات تلقائية في الصور وبدو متحمسين حول الطريق استمر في الطريقة لثلاث وجبات أخرى، وبعد نهاية كل وجبة اسأل المشاركين فيما إذا شاهدوا أي تغيير.

ملاحظة : قد يذكر المشاركون مجموعة واسعة من التغييرات التلقائية مثال أن مظهر ومحتويات الصورة قد تتغير وقد تبدو مشوشة أو أن يتغير حجمها أو قد تتحرك في الفضاء أو تتباعد كثيرا أو حتى الأصوات المصاحبة لها قد تتغير في المحتوى بالمحتوى أو الحجم، شجع هذه التغييرات بطريقة غير محددة ولكن لا تسأل عن التفاصيل قل شيئا كالتالي: هذا جيد أبقى مع هذه التغييرات وانتظر ماذا سيحدث مستقبلا قبل البدء بوجبة جديدة من النقر المتبادل.

قاعدة : بعد ثلاثة إلى ستة وجبات واعتمادا على ما يخبره المشاركون من تغييرات تلقائية على الصور اعمل على ممارسة مجموعة جديدة من التعليمات لجعل الصورة تخفت وتبتعد.

سوف نعيد الشيء نفسه مجددا مرة أخرى وهذه المرة سنحاول إن نجعل الصورة تختفي تخيل أنك تعمل على تخفيف درجة اللمعان للصورة ولاحظ كيف أن الصور تبدو اخف واخف أثناء ما تمارس النقر حسنا هل أنت جاهز؟ أكمل وجبة أخرى من نقر النصف الدقيقة كالسابق انهي مع التعليمات لجعل الصورة تختفي: اسأل بطريقة غير مباشرة عما حصل من تغييرات ولإكمال هذا القسم حول واجبات الانتباه المزدوج نسأل المشاركين لإنشاء صور ايجابية وهذا يتضمن تخيل منظر لطيف أثناء إكمال وجبة النقر.

وأخيرا أريد منكم أن تتخيلوا منظرا لطيفا أثناء ممارستكم النقر، هذا المنظر سحل محل الصورة السيئة، استدعي الصورة اللطيفة مع إبقاء عيناك مفتوحتان حسنا الآن نبدأ بالنقر ثانية.

أكمل الوجبة الأخيرة من النقرات في النهاية اجعل الصورة تختفي كما في السابق ولكن لا تسأل إن حصلت أي من التغييرات عليها.

الجزء الثاني : العمل مع الأحلام :

نشاط رقم () : اسم النشاط : الرسم

التركيز علي : الاحلام السلبية - تعلم اسلوب السيطرة علي الكوابيس - الاحلام الايجابية

الأدوات : اوراق A4 - ألوان - صلصال

الشرح

الجزء الاول :

يقوم المعالج بالوقوف ويطلب من المشاركين الجلوس بشكل موزع كل مشارك يترك مساحة لزملائه المشاركين ويقوم المساعد بتوزيع اوراق الرسم والالوان والطينة علي المشاركين ويطلب منهم العمل علي رسم احلامهم المزعجة واستخدام لون معبر عن ازعج صورة للحلم الذي يراوده ومن ثم يقوم بتمثيلها علي الصلصال.

التوجيه : ماذا يعني لك الحلم ؟ تعتقد ان الحلم المزعج مرتبط بالواقع المعاش ؟ تعتقد ان مشاعرك السلبية لها علاقة بالصورة الناتجة عن الحلم التي كونتها في السابق ؟ كيف تشعر جسمك ؟

الجزء الثاني :

يقوم المعالج بتدريب المشاركين علي أسلوب من أساليب السيطرة علي الأحلام المزعجة من خلال أسلوب اليد والمسافة .

الجزء الثالث :

يقوم المعالج بالوقوف ويطلب من المشاركين الجلوس بشكل موزع كل مشارك يترك مساحة لزملائه المشاركين ويقوم المساعد بتوزيع أوراق الرسم والألوان والطينة علي المشاركين ويطلب منهم العمل علي رسم أحلامهم الايجابية واستخدام لون معبر للصورة الايجابية .

التوجيه : ماذا يعني الحلم الايجابي ؟ أين تكمن نقاط قوتك بصورتك الايجابية التي كونتها ؟ كيف تصف مشاعرك ؟ كيف تري جسدك ؟ ما هي أكثر فكرة تشعر بها الان حول الحلم ؟

نشاط رقم () : اسم النشاط : بالونات المشاعر الايجابية

التركيز علي : المشاعر الايجابية للصور الايجابية المثبتة بتمرين واجبات الانتباه المزدوج

الأدوات : بالونات ملونه خالية من الزرشة

الشرح

يقوم المعالج بالوقوف ويطلب من المشاركين الوقوف ويبدأ بالتوزيع بالونات و يطلب من المشاركين أن ينفخ بالونات ويكتب على البالون مشاعر ايجابية يود الاحتفاظ بها ويفتخر بوجودها عنده،بعد ذلك يطلب المعالج من المشاركين ربط البالونات في القاعة ليتم الاحتفاظ بالمشاعر الايجابية .

التوجيه : ماذا تعني لك هذه المشاعر الايجابية ؟ هل تذكرك بشئ ؟ تعتقد ان مشاعرك الايجابية لها علاقة بالصورة الايجابية التي كونتها بالتمرين السابق ؟ كيف تشعر جسمك ؟ أين تكمن نقاط قوتك ؟

دائرة الإنهاء :

- ❏ يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة
- ❏ يقوم المعالج بتقييم الجلسة من خلال نموذج التقييم
- ❏ يقوم المعالج بشكر المجموعة وتذكيرهم بأجندة الجلسة القادمة

الواجب البيتي :

- ❏ ممارسة نشاط ممتع واحد من جدول الأنشطة السارة مع الشريك
- ❏ كتابة القصة - ممارسة الأساليب كواجب بيتي

القسم الأول : التيقظ والاستئارة			
عنوان الجلسة		التعامل مع ذكريات الصدمة : التيقظ والاستئارة : ماذا تغير جسمي ؟	
الجلسة	التاسعة	الزمن	120 دقيقة
طبيعة الجلسة	جلسة جماعية		
أجندة الجلسة	• فحص المزاج والمشاعر لليوم		
	• مراجعة الواجب البيتي		
	• التطبيع والتعليم : التيقظ والاستئارة والعوامل القادحة واكتشاف المعني والتشوهات المعرفية		
	• تدريبات عملية لتعلم السيطرة على الاستئارة والتيقظ		
	• إنهاء وتقييم الجلسة التاسعة		
أهداف الجلسة		محاور التدخل العلاجي	
أن تكون المجموعة قادرة على : - تطوير إدراك القلق ومواجهته من خلال تحديد الإشارات الداخلية والخارجية المسببة للقلق - تحديد استجابة أفراد العينة العلاجية مع تفاعلات الحياة اليومية - التحكم بالأعراض الجسدية والعاطفية من خلال ممارسة الاسترخاء التنفسي		-مساعدة المجموعة على اكتشاف الأحوال التي تحدث فيها العوامل القادحة للذكريات المقتحمة من خلال المتابعة الذاتية -تحديد التعبيرات اللفظية اللاتكيفية واستبدالها بعبارات لفظية تكيفيه -اكتساب مهارات التحكم بالتيقظ بممارسة الاسترخاء التنفسي -إبراز أثر الإحساسات الجسمية باعتبارها قادمة للذكريات المقتحمة • التعرف على الأحوال والمواقف التي قد تحدث فيها العوامل القادحة	
استراتيجيات التدخل	- التطبيع والتعليم - المراقبة الذاتية- الأساليب الحس حركية بالتخيل- تشتيت الانتباه - العمل من خلال الأحلام مهارات :- إعادة الصياغة - عكس المشاعر - التعاطف التلخيص - الشرح والتفسير		
الأساليب التدريبية	العصف الذهني - حوار ونقاش - العمل الجماعي - أسلوب المعرض - العمل الفردي - المحاضرة		
المستلزمات التدريبية	LCD- شاشة عرض - أقلام فلوما ستر - فلوب شارت - ورق بروس تل - ورق A4- ورق ملون صغير - أوراق العمل		
التوزيع الزمني للإجراءات الخاصة بالجلسة التاسعة			
الوقت	موضوع الجلسة	مدة الإجراء	الزمن الكلي
	فحص المزاج والمشاعر اليوم		
	مراجعة الواجب البيتي		
	التطبيع والتعليم : التيقظ والاستئارة والعوامل القادحة		
	التعبيرات اللفظية اللاتكيفية واستبدالها بعبارات تكيفيه		
	تدريبات عملية للسيطرة والتحكم بالاستئارة والتيقظ		
	حوار ونقاش الواجب البيتي		
	الإنهاء وتقييم الجلسة		

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء :

نشاط رقم (1) : فحص المشاعر للمشاركين :

يقوم المعالج : بتوزيع نموذج فحص المشاعر رقم () للمشاركين بالجلسة على أن يتم تعبئته لمعرفة مدى القلق والتوتر .

نشاط رقم (2) : مراجعة للواجب البيتي والربط بالجلسة السابقة:

لـ ممارسة نشاط ممتع واحد من جدول الأنشطة السارة مع الشريك

لـ كتابة القصة - ممارسة الأساليب كواجب بيئي

دائرة المركز :

نشاط رقم (4) : التطبيق والتعليم :

التطبيق والتعليم : ماذا يحدث ؟ :

لـ يقوم المعالج بالربط بين الطفل والاستثارة وتوضيح ردود الفعل الناتجة عن PTSD

لـ يقوم المعالج بتوضيح العوامل القادرة وإبراز دور الاستثارة كأحد العوامل القادرة

لـ يقوم المعالج بتدريب المجموعة على أساليب السيطرة الاستثارة والتيقظ

نشاط رقم (3): اسم النشاط : أنا أشعر ، أنا أفكر ، أنا أعمل

التركيز :

تعليم المشاركين تكوين مفاهيم عن مشاعرهم والتعبير عنها بكلمات وتعليمهم كذلك إيجاد الصلة بين أفكارهم ومشاعرهم وأجسادهم وسلوكهم- تشجيع التعبير عن ومناقشة مواضيع متصلة عاطفياً.

الأدوات :

مساحة مكشوفة يمكن استخدامها كمسرح - قصاصات ورق كتب على كل منها سيناريوهات مختلفة مثل: "كيف أبدو عندما..ورقة عمل لكل مشارك (أنظر الملحق)

الشرح :

خطط مسبقا وصف المشاهد التالية :

للمراقبين: "كيف أبدو عندما ... أكون بالبيت وحدي/ أتذكر صديقي الشهيد/ أفوز بكرة القدم/ أنتخب آخر شخص للعبة كرة السلة/ يصرخ ابي بوجهي امام الناس / يتجاهلني صديقي/ اعبّر شارع تكثر فيه الاغتياالات/ أشارك في نزهة مدرسية/ أسمع ضجة مفاجئة"/ اختر مشاهد من حياة المشاركين بالبيت وبالمدرسة إذا أردت ذلك ، حاول أن تجعل المشاهد ذات صلة قدر الإمكان، وقد تدعو المشاركين لإضافة سيناريوهات يختارونها هم. اشرح للمشاركين إنهم سيتعلمون في تمرين اليوم كيف أن مواقف معينة تؤثر على طريقة شعورنا وتفكيرنا وكيف تؤثر أفكارنا ومشاعرنا على أجسادنا و سلوكنا.

أطلب مشاركين لتمثيل السيناريوهات المتنوعة. وبعد كل مشهد تمثيلي أطلب من المشاركين تعبئة ورقة العمل التي تسلموها.

ناقش مع المشاركين ردود فعل المشاركين المتنوعة في نفس الموقف. يمكنك أن تلاحظ بأن الأحداث الصعبة يمكنها حتى أن تثير أحيانا أفكارا ومشاعر، وتصرفات ايجابية تظهر مواجهة ايجابية في وجه وضع صعب. **مثلا:** عندما أقابل كلبا ضخما، أخاف وأفكر في العودة لكنني أقرر الاستمرار في طريقي دون أن اسمح للكلب بأن يضايقني، اشعر بأنني شجاع واشعر بأن جسمي يتغير اتعرق ترتفع درجة حرارة جسمي اشعر بالرجفة ولكن أسيطر عليها.

نشاط رقم (2) : الاسترخاء التنفسي العميق

تذكير : يمكنك، إذا رغبت، أن تضيف موسيقى مهدئة ومريحة بالخلفية. توجد خيارات عدة متوفرة بالسوق. يستمتع معظم الناس بوجود موسيقى في الخلفية، مع أن بعض الناس يجدونها مزعجة.

أبدء بتهيئة المشاركين :

بين أيديكم الآن أوراق وألوان شمعية مطلوب من كل مشارك أن يقوم برسم جسده علي هذه الورقة والعمل علي تعليم المناطق الأكثر توترا وضعفا بجسده ؟ وأكثر المناطق قوة ؟ لا حظ كيف تفكر ؟ وكيف تصف مشاعرك بالمجموعة ؟

"الآن سنؤدي تمرين استرخاء يساعدنا كلنا على الهدوء والشعور بحالة أفضل. أود من كل واحد منكم أن يجلس بهدوء ويستريح على كرسيه. استمعوا لتعليمات؟ اقرأ التعليمات بصوت بطيء وهادئ، مع توقف قصير بين الجمل.

ملاحظة: هذه نصوص مقترحة، للبدء. أنت حر في الابتعاد عنها واستعمال كلماتك الخاصة.

الشرح:

"أغمضوا أعينكم واستمعوا إلى إيقاع تنفسكم...شهيق من الأنف عميق وزفير من الفم بطيء استمر بالشهيق والزفير ... كلما كان التنفس عميقا كلما شعرت بالراحة ... دعونا نحرر جميع عضلات أجسامنا ونسمح لها بالاسترخاء... أرح قدميك.. ورجليك، وراحة يديك، وكتفيك وعنقك... ووجهك. تنفس ببطء شديد... ويمكنك إذا شئت أن تشد جميع عضلاتك ثم ترخها. أشدد جميع عضلاتك، اقبض كفي يديك، قطب وجهك، واحكم كتفيك، ثم رجليك. توقف. توقف. والآن أرخها. وخذ نفسا بطيئا وعميقا...تنفس بعمق، خذ شهيقا من الأنف والزفير من الفم. تخيل بطنك مرتخية، فهذا سيساعدك في تعميق التنفس وتحسين تبادل الأكسجين وفي الوقت ذاته سترتاح عضلاتك...قل عند الشهيق "بطني" وعند الزفير "مسترخية".إذا راودتك الأفكار، اسمح لها بأن تأتي وأن تذهب...بهدهد عد إلى إدراكك مرة أخرى "بطني" (وقفة) "مسترخية" إذا كنت تشعر بالتوتر في أى مكان، تخيل أن الشهيق ذهب هناك وأن الزفير خرج مع التوتر بعيدا. برحيل التوتر، أعد انتباهك مرة أخرى بهدهد إلى بطني...مسترخية.... دقائق من الصمت استمروا بالشهيق والزفير باستخدام تخيل البطن المسترخية.

لإنهاء الاسترخاء التنفسي ، يمكنك القول:

الآن خذ شهيقا عميقا من الأنف وزفير بطيئا من الفم وعندما تكون مستعدا،ارسم ابتسامة علي وجهك وفتح عينيك.

التوجيه : كيف تصف مشاعرك قبل وأثناء وبعد الانتهاء من التمرين ؟

نشاط رقم () : اسم النشاط : التماثيل الشجاعة :

التركيز علي : زيادة الوعي بالمشاعر والأعراض الجسدية

الشرح :

يتم تأدية هذه اللعبة جماعياً في البداية حتى تتضح الفكرة للمشاركين ثم ينقسمون إلى مجموعات اصغر بهدف أن يتاح دور لكل مشارك .

يبدأ القائد بمناقشة المشاركين عن شجاعة . ما هو ؟ العنصر الأساسي هنا هو استعراض المفهوم من حيث أنه من أجل أن تمتلك لا بد أن يكون هناك خوف لأن الشجاعة تعني أو تشير إلى التغلب على الخوف من أجل أن تتصرف .

وعندما يفهم المشاركون ذلك يكونوا مستعدين للبدء . ويقوم أحد المشاركين بطرح نموذج مستخدماً جسده للكيفية التي يبدو فيها القوي ويمكن أن يستخدم كلمة أو عبارة تشير إلى الوضعية .

ثم يطلب من مشارك آخر أن يؤدي دور القوي بحيث يتمكن الأول من تأدية دور أو شكل ما يعنيه الخوف مستخدماً كلمة أو عبارة تلائم الوضعية التي يؤديها . ثم يطلب منه القائد أن يبين ما يمكن عمله للتعامل مع الخوف (مثلاً تحريك الجزء القوي أمام الخوف أو قريباً من الخوف أو منح جزء القوة كلمات أكثر ، جعل القوة يضع يده على ظهر الخوف ... الخ) .

التوجيه : من المهم أن يعرف المشاركون أن الخوف يبقى ولكن يمكن التغلب عليه والنحت الممارس هنا هو طريقة لتجسيد مفهوم المشاعر المتضاربة والتعايش والعمل على تدبر معانيها كيف كانت مشاعرك وأنت تمثل القوة ؟ كيف تصف جسديك وأنت تشعر بالقوة ؟ هل يذكرك هذا الشيء بتجربة حدثت معك ؟ كيف كانت مشاعرك ؟ ممكن أن تصف لي مشاعرك بعد انتهاء النشاط ؟ .

دائرة الإنهاء :

لـ يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة

لـ يقوم المعالج بتقييم الجلسة من خلال نموذج التقييم

لـ يقوم المعالج بشكر المجموعة وتذكيرهم بأجندة الجلسة القادمة

الواجب البيتي :

لـ ممارسة نشاط ممتع واحد من جدول الأنشطة السارة مع الشريك

لـ ممارسة تمرين الاسترخاء التنفسي العميق

لـ كتابة مذكرتي عن حادثتي

القسم الأول : التيقظ والاستئثار			
عنوان الجلسة		التعامل مع ذكريات الصدمة : التيقظ والاستئثار : التحصين ضد الضغوط (الغضب)	
الجلسة		العاشر	
طبيعة الجلسة		جلسة جماعية	
أجندة الجلسة	• فحص المزاج والمشاعر لليوم		
	• مراجعة الواجب البيتي		
	• التطبيع والتعليم : التيقظ والاستئثار الغضب واكتشاف المعني والتشوهات المعرفية		
	• تدريبات عملية لتعلم السيطرة والتحكم بالغضب		
	• إنهاء وتقييم الجلسة العاشر		
أهداف الجلسة		محاور التدخل العلاجي	
أن تكون المجموعة قادرة على :		-مساعدة المجموعة على الوعي بالأفكار وأثارها علي المشاعر في مواقف الغضب -مساعدة المجموعة على التعرف علي الإشارات الجسمية والعاطفية المنبئة بالغضب • مساعدة المجموعة على استرجاع أسوأ اللحظات في الحدث ومعناها باستحضار المعلومات الصحيحة والمعدلة من خلال السرد والتخيل	
استراتيجيات التدخل		• التطبيع والتعليم - مسح الجسم - تكوين المخطط الهرمي للغضب - الاسترخاء وتصور المكان الأمن - لعب الأدوار بتطبيق مهارات التحكم بالغضب مهارات :- إعادة الصياغة - عكس المشاعر - التعاطف التلخيص - الشرح والتفسير	
الأساليب التدريبية		العصف الذهني - حوار ونقاش - العمل الجماعي - أسلوب المعرض - العمل الفردي - المحاضرة	
المستلزمات التدريبية		LCD- شاشة عرض - أقلام فلوما ستر - فلوب شارت - ورق بروس تل - ورق A4- ورق ملون صغير - أوراق العمل	
التوزيع الزمني للإجراءات الخاصة بالجلسة العاشر			
الوقت	موضوع الجلسة	مدة الإجراء	الزمن الكلي
	فحص المزاج والمشاعر اليوم		
	مراجعة الواجب البيتي		
	التطبيع والتعليم : الغضب واكتشاف المعني والتشوش المعرفي		
	تعلم وممارسة المخطط الهرمي وتطبيق مهارات التحكم		
	لعب ادوار لترسيخ مهارة السيطرة والتحكم ضد الضغط		
	حوار ونقاش الواجب البيتي		
	الإنهاء وتقييم الجلسة		

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء :

نشاط رقم (1) : فحص المشاعر للمشاركين :

يقوم المعالج : بتوزيع نموذج فحص المشاعر رقم () للمشاركين بالجلسة على أن يتم تعبئته لمعرفة مدى القلق والتوتر .

نشاط رقم (2) : مراجعة للواجب البيتي والربط بالجلسة السابقة:

للممارسة نشاط ممتع واحد من جدول الأنشطة السارة مع الشريك

للممارسة تمرين الاسترخاء التنفسي العميق

للممارسة كتابة مذكرتي عن حادثتي

دائرة المركز :

نشاط رقم (4) : التطبيع والتعليم :

التطبيع والتعليم : التطفل : ماذا يحدث ؟ :

للممارسة يقوم المعالج بالربط بين التطفل والاستثارة وتوضيح ردود الفعل الناتجة عن PTSD

للممارسة يقوم المعالج بالمناقشة حول الغضب وردود الفعل الناتجة عن التشوهات المعرفية

للممارسة يقوم المعالج بتدريب المجموعة على تكوين المخطط الهرمي للغضب من خلال السيطرة الواقعية

نشاط رقم () : اسم النشاط : مسح الجسم

التركيز علي : - زيادة وعي وإدراك الجسم. - الوعي بمؤشرات التوتر، وزيادة الهدوء و العافية.

الشرح: نص تمرين : مسح الجسم

ملاحظة : ممكن استخدام موسيقى هادئة

خذ دقائق قليلة لتستريح وتبدأ في الاسترخاء... اجلس بشكل مريح علي مقعدك ... اجعل جسدك مسترخيا وكن هادئا ... أغمض عينيك وحافظ علي هدوئك ... شهيق من الأنف عميق وزفير من الفم بطيئ كلما كان التنفس عميقا كلما شعرت بالراحة وقل لنفسك أنا مسترخي أنا هادئ بسهولة وراحة دون أي مجهود، فقط دع نفسك تبدأ بالتحول للداخل، ابدأ بتركيز انتباهك على عالمك الداخلي.. و دون التفكير في العالم الخارجي.

وحيثما تكون جاهزا، سننطلق برحلة داخل أجسامنا ، والآن سنبدأ الرحلة بملاحظة الجسم من مجرى الدم أو في تنفسك إلى الرئتين ومن ثم إلى مجرى الدم أو ربما أنت فقط موجوداً هناك...والآن كما بدأت رحلة في جسمك، ربما في منطقة البطن مع الأمعاء الغليظة والدقيقة، المثانة، الأعضاء التناسلية، الكبد، الطحال، البنكرياس، المعدة، الكلى والكظري (أعضاء مجاورة للكلية) الحجاب الحاجز خذ لحظة لتري إن كان هنالك مكان ما قد شد انتباهك... وربما تجد نفسك أيضاً ذاهباً لجزء آخر من جسمك، كالصدر مع القلب والرئتين.. أو في عنقك أو رأسك، المخ... أو في عضلات رقبتك، الأكتاف،

الظهر... ربما قد ينجذب اهتمامك إلى شيء آخر ليس بالضرورة عضوياً، مثل العلاقة.. العمل.. بعض مشاكل الحياة. تلك المشكلة قد تكون مرتبطة بجزء ما من جسمك... و بإمكانك أن تسمح لانتباهك بالتحرك ما بين المكان في جسمك حيث تستطيع أن تتفاعل مع ذلك الموضوع... ربما أنت ببساطة فضولياً حول ما يحصل في جسمك و ضغطك النفسي. ومهما يحدث، وأينما تكون، تحرك حول ذلك المكان أو ذلك الموضوع... ما هو الإحساس الذي يشعر به؟ ما هو الحجم، قد يشتد انتباهك إلي منطقة تشعر بها بالتوتر قل لنفسك في هذه المنطقة أنا هادئ أنا مسترخي... بينما اهتمامك يتوانى هنا، ماذا ترغب أن يحدث، وما هو الشيء الذي ربما يكون مساعداً؟ في هذه المحادثة بين هذا البدن والذهن بإمكانك البدء بأن تصبح واعياً بالتصورات، الأحاسيس، الشعور، المفاهيم، عاكسة ما قد يكون مساعداً لك ربما يكون أي شيء... وبينما أنت تصغي، من الممكن أن تسمع صوتك الداخلي بطريقة هادئة... اعطي نفسك مهلة من الوقت.. و اسمح لها بالكلام لتقدم لك نصيحة... استمتع بذلك الوقت فهو لنفسك... شهيق عميق من الانف... زفير بطيء من الفم.... استمر في ذلك.... صمت وهدوء لفترة قليلة...والآن استعد لكي تغادر، مع إعطاء نفسك وعداً بالرجوع والاستمرار في طريقة اكتشاف النفس وعلاجها. ارجع بنفسك مرة ثانية لهذا المكان و الزمان وما بدأت به.

نشاط رقم () : اسم النشاط : إدارة الغضب

الجزء الأول : رسم

التركيز علي : معرفة كل مشارك شخصيته إثناء الغضب من خلال الرسم.

الأدوات : ورق واللوان .

الشرح :

- يقوم المشاركون برسم أنفسهم في حالة الغضب ورسم أنفسهم في حالة الشعور بالارتياح.
- ثم يقوم كل مشارك بالنقاش حول رسوماتهم ماذا يشعرون وكيف يعبرون عن الغضب.

3.1.1 الجزء الثاني: الحوار مع الكرسي الفارغ

التركيز علي : إكساب المشاركين آلية للتعامل مع الغضب بالدراما.

الأدوات : كرسي فارغ - ورق بروستر مستعمل - ورق A4 مستعمل

الشرح :

أن يقوم كل مشارك بتخيل الكرسي الشخص الفارغ ويحاول الحوار معه والتعبير عن غضبه بالشكل الذي يريده أما بالحوار أو الشتم أو الصراخ أو ضرب الكرسي الفارغ باستعمال عصا من الورق البروستل الملفوف أو الورق A4 المكرومش .

الجزء الثالث: التعبير عن الغضب بالكتابة

التركيز علي : إكساب المشاركين تقنية للتعبير عن غضبهم بالكتابة وتكوين مخطط الهرم للغضب

الأدوات : ورق - أقلام

الشرح :

أن يقوم كل مشارك بكتابة كل ما يريد قوله للشخص الغاضب منه من كلام وتعبيرات تشعره بالراحة النفسية ومن ثم يقوم الشخص بتخيل الكرسي الفارغ هو الشخص الغاضب منه ويوجه له الرسالة وان شعر بالخجل منه ممكن طي الرسالة ووضعها علي الكرسي له كنوع من التعبير

التوجيه : كيف كانت مشاعرك أثناء الرسم عن غضبك ؟ هل ترغب ان تشاركنا تجربة حدثت معك ؟ كيف شعرت جسمك وأنتا تتحدث عن تجربتك ؟ كيف ساعدك مخطط الغضب علي السيطرة ؟ ما الذي تعلمته ؟

نشاط رقم () : اسم النشاط : الاسترخاء وتصور المكان الآمن :

نص تمرين : تخيل المكان الآمن :

اجعل جسدك مسترخيا وخذ نفسا عميقا من الأنف واخرج الزفير ببطء من الفم وأغمض عينيك واستمر بالتنفس شهيق عميق من الأنف وزفير بطيء من الفم لاحظوا التوتر والضغط اللذان ينسابان من أجسامكم... تنفسوا مرة أخرى ببطء، ببطء... املئوا رئتيكم كلما كان التنفس عميقا كلما شعرت بالراحة والهدوء دع الأفكار الخارجية تأتي وتذهب المهم ركز علي جسدك عندما تأخذ الشهيق قل بداخلك بطني وعندما تخرج الزفير قل بداخلك مسترخي ، والآن، تخيلوا في أذهانكم مكانا تدون أن تكونوا فيه، ربما أطف مكان، أو أكثر الأماكن مرحا، أو أجمل الأماكن التي زرتموها في حياتكم... مكان تشعرون بالأمان فيه... وبالراحة.. مكان تدون أن تكونوا فيه... قد يكون مكانا زرتموه من قبل، أو ربما شاهدتموه في صورة أو في فيلم.. أو تخيلتموه. ربما يكون مكانا بالخارج... الشاطئ، أو ربما غابة... أو الجبال، مكان ما في الطبيعة. وربما يكون المكان بالداخل، في بيتك أو في غرفتك تنفس بعمق وحاول أن تتخيل المكان. لاحظوا ما ترونه حولكم... الألوان... والأشكال... الآن تتسموا طيب ريح المكان.. خذوا نفسا عميقا ولاحظوا الروائح... لاحظوا المشاعر التي تستحوذ عليكم بهذا المكان... لاحظوا وابقوا هناك بضع لحظات... واستمتعوا بهذا المكان الرائع... المناظر، والروائح... المشاعر... افحصوا أجسامكم ولاحظوا المكان الذي يستحوذ عليه أفضل الأحاسيس بأجسامكم... ركزوا على الشعور السار... حاولوا تقويته وأن يدوم مدة أطول... تخيل أن رجلك الحافية هي علي الأرض ماذا تشبه الأرض حاول ان تمشي بهدوء وتلاحظ الأشياء هناك، حاول أن ترى تلك الأشياء ما هو ملمسها، ماذا تسمع؟ ربما الأصوات الناعمة للريح أو صوت الطيور أو صوت البحر، هل تشعر بدفء الشمس علي وجهك؟ ماذا تشم ربما هو رائحة البحر أو رائحة الزهور أو رائحة طبختك المفضلة؟ في مكانك الخاص هذا يمكنك أن ترى الأشياء التي ترغب بها وتختلج شمها ولمسها وسماع أصوات لطيفة انك تشعر بالسعادة والهدوء.

الآن، التقطوا صورة لهذا المكان لكي تتمكنوا من العودة إليه كلما شئتم .. هذه لقطتكم الخصوصية التي تحتفظون بها معكم... هذه بقعتكم الخصوصية التي يمكنكم العودة إليها كلما شعرتكم برغبة في ذلك. كل ما تحتاجون عمله هو أن تأخذوا نفسا عميقا، وتغمضوا أعينكم، وتستحضروا اللحظة... واصلوا الشهيق بعمق... وببطء، ببطء حاول إن تنظر حواليك مرة ثانية (في مخيلتك) انظر جيدا تذكر أن ذلك هو

مكانك المفضل وانه موجود دائما وانك تتمكن أن تتخيل انك هناك كلما احتجت أن تشعر بالسعادة والأمان والهدوء.

عندما تكونوا جاهزين، ابدأوا بمغادرة هذا المكان وابدأوا ببطء، ببطء في تحريك جفونكم... وأصابعكم... وأصابع أرجلكم... عودوا إلى الغرفة ببطء، ببطء، وإلى مقعدكم... وإلى كرسيكم... وافتحوا أعينكم ببطء.

التوجيه : اسأل المجموعة عما تخيلوه واسألهم كيف يشعرون، اشر إلى الارتباط ما بين التخيل والمشاعر والي أنهم ستكون لديهم السيطرة علي ما يروه في عقولهم وبالمحصلة علي مشاعرهم، وأكد لهم أن عمل ذلك ممتع لهم وأنه من الممكن أن يتخيلوا أنهم هناك في ذلك المكان الأمن كلما شعروا بالتعاسة أو الغضب والعصبية مما يجعلهم يشعرون بأنهم أحسن وقل لهم أن المكان الخاص ممكن تخيله بسهولة كلما مارسنا ذلك أكثر.

دائرة الإنهاء :

- ✍ يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة
- ✍ يقوم المعالج بتقييم الجلسة من خلال نموذج التقييم
- ✍ يقوم المعالج بشكر المجموعة وتذكيرهم بأجندة الجلسة القادمة

الواجب البيتي :

- ✍ ممارسة نشاط ممتع واحد من جدول الأنشطة السارة مع الشريك
- ✍ ممارسة تمرين الاسترخاء التنفسي العميق – ومسح الجسم
- ✍ كتابة قصتي في مذكرتي وقتما غضبت

القسم الأول : السيطرة والتحمل بالتعريض			
عنوان الجلسة		التجنب : عندما لا تكون الأمور سهلة	
الجلسة		الحادية عشر	
طبيعة الجلسة		جلسة جماعية	
أجندة الجلسة	• فحص المزاج والمشاعر لليوم		
	• مراجعة الواجب البيتي		
	• التطبيع والتعليم : التجنب وسلوكيات السلامة الآمنة والغير آمنه والمراقبة الذاتية والتجارب السلوكية		
	• تدريبات عملية لتعلم مواجهة الذكريات بالتدرج		
	• إنهاء وتقييم الجلسة الحادية عشر		
أهداف الجلسة		محاور التدخل العلاجي	
أن تكون المجموعة قادرة على :		-مساعدة المجموعة على فهم العلاقة بين سلوكيات السلامة وحالة التيقظ الدائم واستمرار الشعور بالتهديد	
- مواجهة الذكريات المؤلمة عقليا وسلوكيا من خلال تعلم وممارسة أساليب السيطرة		-مساعدة المجموعة على رؤية العلاقة بين استمرار الأعراض وسلوكيات الاجترار والانسحاب الاجتماعي	
- تعلم وممارسة التدرج بالمذكرات التي تسبب الكرب حسب الأماكن والناس والمواقف والأصوات والروائح من خلال مدرج التعرض		• مساعدة المجموعة على تصميم تجارب سلوكية لوقف سلوكيات استمرار الاضطراب	
- خفض شدة وتكرارات استجابة الانزعاج والقلق من خلال ممارسة السيطرة على التنفس			
استراتيجيات التدخل		- التطبيع والتعليم - الاسترخاء التنفسي - بناء مدرج الكرب - الاستكشاف الموجه - المراقبة الذاتية مهارات :- إعادة الصياغة - عكس المشاعر - التعاطف التلخيص - الشرح والتفسير	
الأساليب التدريبية		العصف الذهني - حوار ونقاش - العمل الجماعي - أسلوب المعرض - العمل الفردي - المحاضرة	
المستلزمات التدريبية		LCD- شاشة عرض - أقلام فلوما ستر - فلوب شارت - ورق بروس تل - ورق A4- ورق ملون صغير - أوراق العمل	
التوزيع الزمني للإجراءات الخاصة بالجلسة الحادية عشر			
الوقت	موضوع الجلسة	مدة الإجراء	الزمن الكلي
	فحص المزاج والمشاعر اليوم		
	مراجعة الواجب البيتي		
	التطبيع والتعليم : التجنب وسلوكيات السلامة والمراقبة الذاتية		
	الاعراض الناتجة عن التعرض وممارسة السيطرة		
	تدريب عملي لمواجهة الذكريات بالتدرج		
	حوار ونقاش الواجب البيتي		
	الإنهاء وتقييم الجلسة		

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء :

نشاط رقم (1) : فحص المشاعر للمشاركين :

يقوم المعالج : بتوزيع نموذج فحص المشاعر رقم () للمشاركين بالجلسة على أن يتم تعبئته لمعرفة مدى القلق والتوتر .

نشاط رقم (2) : مراجعة للواجب البيتي والربط بالجلسة السابقة:

للممارسة نشاط ممتع واحد من جدول الأنشطة السارة مع الشريك

للممارسة تمرين الاسترخاء التنفسي العميق - ومسح الجسم

للمكتابة قصتي في مذكرتي وقتما غضبت

دائرة المركز :

نشاط رقم (4) : التطبيق والتعليم :

التطبيق والتعليم : التطفل : ماذا يحدث ؟ :

للمقيام بالمعالج بالربط بين التطفل والاستثارة والتجنب العقلي والسلوكي والانفعالي

للمقيام بالمعالج بالمناقشة حول التجنب والاستثارة الجسدية ومراقبة الأفكار والمشاعر

للمقيام بالمعالج بتدريب المجموعة على مواجهة مخاوفهم من خلال الرسم الكتابة التحدث والتجربة

نشاط رقم () : اسم النشاط : كيف أواجه خوفي

التركيز علي : كيف نواجه الخوف

الأدوات :

مواد إبداعية مثل : أنواع طباشير مختلفة، ورق، آلات موسيقية، طين، معجونة للعب، نتف مواد، قطع بلاستيكية، معدن وخشب، قطن، غراء ومقص.

يمكنك أن تصيف مواد أخرى تتصل بالحركة التعبيرية مثل أشرطة، حبال قفز، شرائح ورق كريب بحسب المساحة المتوفرة لك في غرفة الصف.

الشرح :

قل للمشاركين :

"اليوم سنتحدث عن المخاوف، كل منا لديه مخاوف، ونحن عادة لا نحب التحدث عن مخاوفنا، بل نفضل أن نتكتم عليها. غير أننا سنرى، اليوم، ما الذي يحدث عندما نتحدث نحن ونعمل مع مخاوفنا. إن ما اكتشفناه هو أننا عندما نجابه خوفنا وجها لوجه فإنه يصبح في الغالب أقل خوفا. وإذا بقينا معه مدة كافية ولم نهرب منه، فإنه يتغير. يحدث شيء ما. دعونا نرى ما هو ذلك الشيء.

لنبدأ الفعالية بتمرين تنفس : ليجلس كل منكم على كرسي براحة ... استنشقوا ببطء، واحبسوا الهواء بداخلكم ثم أخرجوه ببطء، جيد. لنكرر ذلك مرة أخرى، ببطء ورقة... شهيق، زفير.. لا بأس... ومرة أخرى...

الآن، سأطلب من كل واحد منكم أن يتخيل "خوفا" يمكنكم أن تغمضوا أعينكم إذا شئتم ليساعدكم ذلك على التخيل بصورة أفضل، لا داعي لأن يكون ما تتخيله هو الشيء الذي تخافه أكثر من غيره. أنظر إلى هذا الخوف في

مخيلتك. ما لونه؟ وما شكله؟ وكيف يتحرك؟ وبأي سرعة يتحرك؟ استمع إلى الخوف. ما الصوت الذي يصدر عنه؟ لو كان له صوت يتكلم به فماذا كان سيقول؟ المس الخوف بمخيلتك ... ماذا يشبه ملمسه؟ وما هي رائحته؟ الآن، اختر من المواد المتوفرة وابدأ بالتعبير عن خوفك بأية طريقة تختارها (أعط المشاركين وقتاً لاستخدام المواد). يمكنك أن تقسم المشاركين إلى أزواج أو إلى مجموعات صغيرة إما قبل أو بعد الفعالية من أجل نقاش المتابعة. أطلب من المشاركين إما أزواجاً أو في مجموعات صغيرة أن يتقاسموا ما أبدعوه... وبعد مشاطرة ما أبدعوه، أدهم للعودة إلى غرفة الصف لإجراء نقاش.

وجه إليهم الأسئلة التالية :

◀ كيف تصف مشاعرك وأنت تعبر عن خوفك ؟ هل تغير خوفك أثناء التمرين الخيالي ؟ كيف شعرت جسديك ما الذي تغير ؟ ماذا تعلمت عن الخوف؟ ماذا تعلمت عن نفسك من هذه الفعالية؟ لماذا نتجنب الحديث عن مخاوفنا ؟

تذكير :

لقد تعلمت جميعاً ما يمكن تعلمه، وقد تحدثنا للتو عن كيفية أن يكون لديك خزين من الحيل والأشياء الخاصة لتتمكن من السيطرة أكثر على تفكيرك وشعورك أنك الآن مستعد لمقاومة إجهاد ما بعد الشدة، واليوم سنعلمك أفضل الطرق لذلك وذلك بمواجهتها.

دعنا نتحدث الآن عن الأشياء التي يشعر الناس بالخوف منها في بعض الأحيان والتي ليس لها علاقة بالحرب، عندما نكون خائفين من شيء سنشعر بالخوف داخلنا وسنشعر بالعصبية وربما يرتجف جسدنا وعادة نحاول أن نبتعد عن الشيء الذي نخافه. وهذا ما نسميه بالتجنب لذا فإن الناس الذين يخافون من العناكب أو الكلاب أو الأماكن العالية كمثال سيحاولون الابتعاد عن هذه الأشياء، هل حصل لأي منكم شيء مشابه لهذا أو إنكم تعرفون شخصاً آخر (ليس من المجموعة) قد حصل له هذا الشيء؟

يعرف المراهقين غالباً بأن أحد طرق التغلب على الخوف والتجنب هو بمواجهة الموقف أو المكان بأسرع وقت ممكن دع المراهقين يقولون ذلك من البدء.

مثال : عرفت مرة أن شاباً كان يخاف من المرتفعات وعندما كان يذهب إلى أماكن مرتفعة كسطح البيت مثلاً أو شجرة أو حتى عند تسلقها كانت يشعر بالخوف ولتجنب ذلك الخوف كانت يتجنب تلك الأماكن العالية وكان هذا يجعله يشعر بالتحسن، ولكن هذا منعه عملياً من أن يعمل بعض الأشياء التي كان يرغب بها مثل تسلق الأشجار مع أصدقائه وفي النهاية قرر التغلب على خوفه من الأماكن العالية، برأيكم كيف تمكن من ذلك؟

الآن دع المجموعة تتبنى فكرة التعرض لقد اجبر ذلك الشاب نفسه أن يذهب إلى أماكن عالية إلى أن أصبح لا يخافها أبداً المهم ذلك أنه قام بذلك بشكل تدريجي خطوة بخطوة، أولاً: صعد عدة خطوات على سلم البيت ورغم أنه خاف في البداية إلا أنه صمد وبعدها اختفى ذلك الخوف.

وصعد خطوات أخرى على السلم نفسه وعندما وصل إلى منتصف السلم هاجمه الخوف ثانية لكنه أيضاً نجح في البقاء في مكانه وتحمل ذلك الشعور والذي بدأ يخف تدريجياً وفي النهاية تمكن من صعود السلم بدون أن خوف يذكر، لقد كان فرح ومقتنع جداً لتغلبه على ذلك الخوف وهذا يعني أنه استعمل الأشياء التي يريدها بالاشتراك مع أصدقائه .

نشاط رقم () : اسم النشاط : بناء مدرج مذكرات :

حاول أن تستعمل السبورة لتثبيت ما تقوله المجموعة :

- أسألهم ما هي مذكراتهم المؤلمة وتذكر القائمة التي عملناها كمقدمة للجلسة الأولى ويفضل أن تكون تلك القائمة موجودة، إن المذكرات قد تكون من الناس الأماكن والروائح والمواقف حاول أن تجمع أكبر عدد ممكن المذكرات (اكتب قائمة من الأسماء وليس من الضروري أن تكون مبنوية _ ممكن ترتيب ذلك لاحقاً) لا تهمل أية مقترحات تذكر أن مناقشة المذكرات هو نوع من التعرض ويجب التعامل معه .
- حاول أن تدفع باتجاه معرفة أكثر المذكرات أشكالاً (مثلاً المكان الذي وقع فيه الحادث) وعزز الشعور لدى المجموعة بأن التجنب سيعرقل نشاطاتهم وأن الهدف هو الفوز بمواجهة الخوف.
- بعدها حاول أن تضع جدولاً للتعامل مع هذه المذكرات المؤلمة ولكن هذه الفعالية لا يمكن إنجازها ضمن المجموعة لأن التدرج شيء شخصي لهذا ممكن أن تجعل أحد أفراد المجموعة يتطوع بأن يضع هو السلم لمخاوفه إذا كان ذلك ممكن أو استعمل نموذجاً وهمياً لتوضيح ذلك للمجموعة أو استخدام مثال مايكل من الجلسة الأولى.
- ادخل فكرة تجزئة كل من المذكرات إلى خطوات أبسط (مثلاً إذا كان مكان معين فمن الممكن تجزئته إلى أن يتخيل الشخص نفسه أنه في الجوار، ثم على بعد مئة متر ثم بعدها إلى داخل المكان نفسه).
- عندما يتم فهم الية بناء المدرج يتم الطلب من كل فرد العمل على بناء مدرج الكرب كواجب منزلي .

عندما تبدأ مع المجموعة ابدأ بالنموذج التالي :

- نحتاج الآن أن نصنع سلم من تلك المذكرات وتذكروا بأن الأشياء السهلة لا بد أن تكون في أسفل السلم، إذا ما هي الأشياء التي يجب أن تكون في أسفل السلم والتي تجعلك تشعر بشيء من الخوف؟
- حاول أن ترسم سلماً على السبورة واكتب على درجة في السلم خطوة متدرجة واسأل عن الإجابة حول الموضوع اطلب بعدها من المجموعة أن تنقسم واقضي عشر دقائق مع كل مرهق لتصمم له تسلسل مخاوفه، تحرك بين المجموعة وساعدهم بينما يفعلون ذلك.
- إن الخطأ الشائع الذي يفعله المراهقون عادة هو أن يعملوا خطوات واسعة (كبيرة)، لذا قم بمساعدة كل طفل على حدة لتقسيم هذه الخطوات إلى خطوات أصغر بطريقة تخيلية.

دائرة الإنهاء :

- ❏ يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة
- ❏ يقوم المعالج بتقييم الجلسة من خلال نموذج التقييم
- ❏ يقوم المعالج بشكر المجموعة وتذكيرهم بأجندة الجلسة القادمة

الواجب البيتي :

- ❏ بناء مدرج الكرب
- ❏ تنفيذ تمرين الاسترخاء التنفسي
- ❏ التحدث عن ذاكرة الخوف مع أحد المقربين

القسم الأول : السيطرة والتحمل بالتعريض			
عنوان الجلسة		التجنب : السيطرة التخيلية	
الجلسة		الثانية عشر	
طبيعة الجلسة		جلسة جماعية	
أجندة الجلسة	• فحص المزاج والمشاعر لليوم		
	• مراجعة الواجب البيتي		
	• التطبيع والتعليم : السيطرة التخيلية وسلوكيات السلامة والتجربة السلوكية		
	• تدريبات عملية لتعلم مواجهة الذكريات بالتدرج		
	• إنهاء وتقييم الجلسة الثانية عشر		
أهداف الجلسة		محاور التدخل العلاجي	
أن تكون المجموعة قادرة على :		-مساعدة المجموعة على فهم العلاقة بين سلوكيات السلامة وحالة التيقظ الدائم واستمرار الشعور بالتهديد	
		-مساعدة المجموعة على رؤية العلاقة بين استمرار الأعراض وسلوكيات الاجترار والانسحاب الاجتماعي	
		- مساعدة المجموعة على تصميم تجارب سلوكية لوقف سلوكيات استمرار الاضطراب	
استراتيجيات التدخل		• التطبيع والتعليم- الاسترخاء التصاعدي- مراجعة مدرج الكرب- الفوائد والمضار للتحديث- السرد والكتابة- التجربة السلوكية	
		مهارات :- إعادة الصياغة - عكس المشاعر - التعاطف التلخيص - الشرح والتفسير	
الأساليب التدريبية		العصف الذهني - حوار ونقاش - العمل الجماعي - أسلوب المعرض - العمل الفردي - المحاضرة	
المستلزمات التدريبية		LCD- شاشة عرض - أقلام فلوما ستر - فلوب شارت - ورق بروس تل - ورق A4- ورق ملون صغير - أوراق العمل	
التوزيع الزمني للإجراءات الخاصة بالجلسة الثانية عشر			
الوقت	موضوع الجلسة	مدة الإجراء	الزمن الكلي
	فحص المزاج والمشاعر اليوم		
	مراجعة الواجب البيتي		
	التطبيع والتعليم : السيطرة التخيلية والتجارب السلوكية		
	سلوكيات السلامة والتيقظ الدائم علاقته بالاجترار والانسحاب		
	تدريب عملي لمواجهة الذكريات بالتدرج		
	حوار ونقاش الواجب البيتي		
	الإنهاء وتقييم الجلسة		

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء :

نشاط رقم (1) : فحص المشاعر للمشاركين :

يقوم المعالج : بتوزيع نموذج فحص المشاعر رقم () للمشاركين بالجلسة على أن يتم تعبئته لمعرفة مدى القلق والتوتر .

نشاط رقم (2) : مراجعة للواجب البيتي والربط بالجلسة السابقة:

للممارسة نشاط ممتع واحد من جدول الأنشطة السارة مع الشريك

للممارسة تمرين الاسترخاء التنفسي العميق – ومسح الجسم

لكتابة قصتي في مذكرتي وقتما غضبت

دائرة المركز :

نشاط رقم (4) : التطبيع والتعليم :

التطبيع والتعليم : التجنب : السيطرة التخيلية :

للمعالم بالربط بين سلوكيات السلامة والالتزام واستمرار الأعراض والاجترار

للمعالم بالمناقشة حول التجنب والاستثارة الجسدية ومراقبة الأفكار والمشاعر

للمعالم بتدريب المجموعة على مواجهة مخاوفهم من خلال السيطرة التخيلية الرسم الكتابة التحدث والتجربة

نشاط رقم () : اسم النشاط : التنفس البطني

من العضلات التي تصاب التوتر والشدة استجابة للضغوط والقلق هي العضلات الموجودة في جدار البطن ، فعندما تكون عضلات البطن مشدودة ، فإنها تضغط على الحجاب الحاجز عندما يتمدد الى اسفل لبدء كل نفس. وهذه الحركة الدافعة تحد من كمية الهواء التي تدخل اليك وتجبر الهواء الذي تستنشق على لإبقاء في الجزء العلوي من الرئتين وعندما يكون التنفس سريعا وغير عميق ، ستشعر على الأرجح وكأنك لا تحصل على كمية الأكسجين اللازمة ، مما يولد ضغوطا تجعلك تشعر بأنك في خطر.

وبدلاً من إرخاء عضلات الحجاب الحاجز وأخذ أنفاس أعمق لتعويض نقص الهواء . قد قد تتنفس بشكل غير عميق وبسرعة كبيرة . وهذا التنفس السريع غير الاعميق قد يؤدي الى الاصابة بمتلازمة فرط التهوية – التي تعد احد الاسباب الرئيسية لنوبات الفزع.

والتنفس البطيء يعكس تأثير هذه العملية وذلك من خلال إرخاء العضلات التي تضغط على الحجاب الحاجز وإبطاء سرعة التنفس علماً بأن ثلاثة او اربعة أنفاس بطنية عميقة من شأنها ان تشعرك بالاسترخاء في الحادة وغالباً ما يكون التنفس البطني سهل التعلم من خلال تطبيق هذه التدريبات لمدة ثلاث دقائق.

تعليمات النشاط :

- اجعل جسدك مسترخيا وأغلق عينيك شهيق من الانف عميق وزفير من الفم بطيئاً استمر بالشهيق والزفير كلما كان تنفسك هادئاً بطيئاً كلما شعرت بالراحة. ركز للحظة على الاحاسيس التي تسرى في جسدك. خاصة في المناطق التي تشعر فيها بالشد ،خذ عدة انفاس وانظر ما تلاحظه بشأن نوعية وجوده تنفسك . اين يتركز تنفسك ؟ هل رئتاك مليئتان بالهواء ؟ هل يتحرك صدرك صعودا وهبوطا اثناء التنفس ؟ أم ان بطنك هي التي تتحرك؟ ام الاثناء معا؟
- ضع احدى يديك على صدرك والأخرى على بطنك اسف خصرك مباشرة . وأثناء الشهيق ، تخيل انك ترسل الهواء الى جميع اجزاء جسمك. استشعر رئتيك تتمددان بينما تملؤهما بالهواء. وأثناء قيامك بذلك ، لا بد ان تظل يدك التي على صدرك ساكنة الى حد ما ، ولكن اليد التي على البطن يجب ان ترتفع وتنخفض مع كل نفس.
- استمر بالتنفس بهدوء شهيقاً وزفيراً ، ودع تنفسك يحدد سرعته بنفسه. وإذا كان التنفس غير طبيعي او يتم بصعوبة ، حافظ على انتباهك لهذا الشعور فقط بينما تنفس ، ففي النهاية سوف يزول أي توتر او صعوبة من تلقاء نفسها.
- وإذا شعرت بصعوبة في تحريك يدك التي على بطنك ، او اذا كانت كلتا يديك تتحرك ، فحاول الضغط برفق بيدك التي فوق بطنك . وبينما تنفس ، وجه الهواء بحيث يندفع تجاه موضع ضغط يدك بحيث يجبرها على الارتفاع.
- ابدأ بعد مرات الزفير بعد ممارستك للتنفس العميق عدة مرات. وبعد عشر مرات من الزفير ابدأ بالعد مرة أخرى من رقم واحد. وعندما تبدأ الأفكار في التشويش على عملية العد ، ركز انتباهك مرة أخرى على التمرين وابدأ العد مرة أخرى من رقم واحد. استمر في عد مرات الزفير لمدة عشر دقائق ، مع التأكد من أن اليد التي على بطنك ترتفع مع كل تنفس

التوجيه : كيف تصف مشاعرك قبل التمرين ؟ كيف تصف مشاعرك أثناء التمرين ؟ كيف تلاحظ جسدك ؟ هل كانت هناك أية أفكار تراودك ؟

نشاط رقم () : ما الذي يبقيني شجاعاً للمواجهة؟

التركيز : تقييم موارد المواجهة للمدرج للسيطرة بالتخيل والتعريض.

المعدات :

ورقة عمل المشاركين

الشرح :

"سوف نتحدث اليوم عما يساعدك في الأوقات العصيبة ... لكل منا مخاوفه وينتابه الخوف بين الحين والآخر ... وتكون المخاوف صغيرة أحيانا، وتكون كبيرة أحيانا أخرى؛ ويتعامل كل واحد منا مع هذه المخاوف بطريقة/ها الخاصة.

على أوراق العمل لديكم والذي قمتم بعملها كواجب بيتي. انظر الي مخاوفك من الاسفل الي الاعلي يمكنك أن تصور سلما بخمس درجات، تكون الدرجة العليا هي خوفك الأكبر وتليها الدرجة الأخرى وهكذا إلى أن تصل

أدنى درجة التي تمثل أصغر مخاوفك. ثم املاً بقية الصفحة، مدونا الأشياء التي تفعلها لتساعدك على معالجة مخاوفك.

عندما تنتهون من تعبئة الأوراق، انقسموا إلى أزواج. أقتسم مع شريكك ما كتبت. وبعد أن يكون كل واحد قد أنهى النقاش مع شريكه، أعقد نقاشا صفيا حول الأشياء التي تساعد. اقسّم اللوح إلى ثلاثة أعمدة :

أشياء يمكنني أن أعملها بنفسني	أشياء يمكنني عملها مع شخص آخر	أشياء يمكنني عملها خارج بيتي

أكتب ما يقوله المشاركون، وبالتعاون معهم قرر إلى أي صنف تنتمي، وفي نهاية النقاش أطلب من المشاركين العودة إلى أوراق عملهم للإجابة على السؤال الأخير حول ما تعملوه اليوم والذي يمكنه/ها أن يجربه بالمستقبل. اختياري : يمكنك تحويل الرسم إلى ملصق تعلقه على جدار غرفتك.

نشاط رقم () : اسم النشاط : لحظات ذات معنى

التركيز على : إعطاء معنى إيجابيا للحظات صعبة بالتاريخ- تعلم أن المعنى يمكن أن يوجد حتى في أوقات صعبة.

الأدوات : ورقة عمل المشارك (أنظر أدناه)

الشرح :

يتم هذا التمرين على مرحلتين .. ففي الجلسة الأولى يتلقى المشاركون شرحا لما يحتاجون عمله ويطلب منهم أن يقابلوا ويسجلوا الوصف الشخصي لأحد أفراد العائلة أو أحد الجيران أو لصديق بالغ، وفي الجلسة الثانية، يتقاسم المشاركون قصصهم مع زملائهم بالصف ويمثلوا ورقة العمل.

الجلسة 1 :

قل للمشاركين : "في كل موقف، أو فترة زمنية، أو حدث صعب توجد لحظات معينة تعطينا قوة وأملا، أو تعلمنا شيئا هاما عن أنفسنا، وعن حولنا، أو عن جميع أنواع الأفكار. ويمكن أن نسمي هذه اللحظات "لحظات ذات معنى". وهنا يمكنك أن تضيف قصة لإيضاح هذه النقطة.

"عندما يحين موعد لقائنا التالي أود منكم أن تكونوا قد قابلتم أحد أفراد عائلتكم، أو أحد الجيران، أو صديقا كبيرا ممن مروا بتجربة صعبة (مثل: حرب، مرض أو شدة أخرى). أخبرهم أنك تريد أن تسمع عن تلك اللحظات الخاصة التي أبقتهم ماضين قدما، أو التي علمتهم شيئا عن أنفسهم أو عن غيرهم أثناء الأوقات الصعبة التي مروا بها. أكتب النقاط الرئيسية وسنناقشها بالمرّة التالية."

نشاط رقم () : اسم النشاط : السيطرة بالتخيل

"أغمضوا أعينكم واستمعوا إلى إيقاع تنفسكم...الآن، دعونا نحرر جميع عضلات أجسامنا ونسمح لها بالاسترخاء... أرح قدميك.. ورجليك، وراحة يديك، وكتفيك وعنقك... ووجهك. تنفس ببطء شديد... ويمكنك إذا شئت أن تشد جميع عضلاتك ثم ترخها. أشدد جميع عضلاتك، اقبط كفي يديك، قطب وجهك، واحكم كتفيك، ثم رجلك. توقف. توقف. والآن أرخها. وخذ نفسا بطيئا وعميقا.

أولا حاول أن تحدد مخاوفك في عقلك، لاحظها من الأسهل إلى الأصعب؟ هل هي واضحة ومحددة؟ كيف يكون جسدك؟ لاحظ أفكارك؟ كيف كانت مشاعرك؟ فكر بمواجهة خوفك وركز على الموارد التي يمكن ان تستعين بها

عند المواجهة؟ انت الان هادئ ومسترخي ... تأكد من راحة كل عضو من أعضاء جسمك تأكد بأن أطرافك لا تلامس أي جزء من جسمك أشعر أنك هادئ ومسترخ أغلق عيناك بهدوء خذ نفسا بطيئا تدريجيا وعميقا من الأنف ... حاول كتم التنفس في الصدر لمدة عشر ثوان تقريبا أخرجه من الفم بهدوء ... خذ نفسا آخر مرة أخرى بنفس الطريقة خذ نفسا آخر مرة ثالثة وبنفس الطريقة الآن أغلق عيناك ، وإذا راودتك أي أفكار فدعها تخرج ولا تركز عليها ، والمطلوب منك أن تتخيل الشعور الذي يحدث في جسمك مع كل عبارة من هذه العبارات :

1 - ذراعي دافئة وهادئة أنا هادئ حاول ألا تركز على أي أفكار ، فقط ركز على جسمك المسترخي انتظر الآن برهة من الوقت حوالي 20 ثانية ثم كرر العبارة 6 مرات

2 - سيقاني دافئة وهادئة أنا هادئ .. انا مسترخي

3 - دقات قلبي هادئة وقوية أنا هادئ... انا مسترخي

4 - بطني مسترخ وهادئ أنا هادئ... انا مسترخي

5 - جبهتي هادئة وباردة أنا هادئ... انا مسترخي

6 - تنفسي جيد وهادئ أنا هادئ... انا مسترخي

7 - جسدي كله هادئ ومتوازن أنا هادئ .. انا مسترخي

الآن تخيل نفسك أنك صحيح الجسم ... أنك قوي أنك سعيد تخيل نفسك أنك الآن هادئ تماما..... ابق على هذه الحالة (هدوء واسترخاء) استمتع بهذا الوقت هو لك ... خذ نفس عميق من الأنف وأخرجه من الفم حرك يداك وأطرافك وافتح عيناك بهدوء... تذكر انك تستطيع القيام بدورك لاحظ كيف يكون جسدي وكيف تفكر استمر بالشهيق والزفير انت الان في امان وهادئ استمتع بوقتك وعندما تكن مستعدا ارسم ابتسامة علي وجهك وحرك اطراف قدميك وافتح عينيك .

التوجيه : كيف كانت مشاعرك قبل التمرين ؟ كيف تصف مشاعرك أثناء التمرين ؟ ما الذي تفكر فيه ؟ كيف شعرت جسدي ؟ كيف تصف مشاعرك اتجاه التحكم بالخوف ؟ هل يذكرك هذا التمرين بشئ ؟

دائرة الإنهاء :

✍ يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة

✍ يقوم المعالج بتقييم الجلسة من خلال نموذج التقييم

✍ يقوم المعالج بشكر المجموعة وتذكيرهم بأجندة الجلسة القادمة

الواجب البيتي :

✍ تنفيذ تمرين الاسترخاء التنفسي

✍ كتابة القصة عن ذاكرة الكرب

✍ التحدث عن ذاكرة الخوف مع أحد المقربين / تنفيذ التعريض لأحد المخاوف مع شريك

القسم الأول : السيطرة والتحمل بالتعريض			
عنوان الجلسة		التجنب : السيطرة والتطلع للمستقبل	
الجلسة		الثالثة عشر	
طبيعة الجلسة		جلسة جماعية	
أجندة الجلسة	• فحص المزاج والمشاعر لليوم		
	• مراجعة الواجب البيتي		
	• التطبيع والتعليم : السيطرة والتحمل بالتعريض		
	• تدريبات عملية لتعلم مواجهة الذكريات		
	• إنهاء وتقييم الجلسة الثالثة عشر		
أهداف الجلسة		محاور التدخل العلاجي	
أن تكون المجموعة قادرة على :		- مساعدة المجموعة على تعلم طرق الاسترخاء الجسمي	
		- مساعدة المجموعة على بناء الخطة الخاصة بكل مشارك ومنطقة الأمان	
		- مساعدة المجموعة على السيطرة علي الأفكار الكارثية	
		- مساعدة المجموعة على التغلب علي مشاعر اليأس والعجز من خلال إعطاء وقت للتفكير بالمستقبل	
		- السيطرة على مثيرات القلق وأعراض استجابة المواجهة وتحدي الأفكار الكارثية و الانسحاب.	
- تقبل مشاعر القلق كشيء مؤقت وتعلم وممارسة طرق السيطرة			
- تعزيز إحساسهم بالأمل والاستمرارية وبأنهم يافعين قادرين على فعل أشياء لتغيير المواقف من خلال التطلع للمستقبل			
استراتيجيات التدخل		- التطبيع والتعليم- الاسترخاء التنفسي - الفوائد والمضار للتحدث- كتابة القصة والتطلع للمستقبل - تجربة سلوكيه	
		مهارات :- إعادة الصياغة - عكس المشاعر- التعاطف التلخيص - الشرح والتفسير	
الأساليب التدريبية		العصف الذهني - حوار ونقاش - العمل الجماعي - أسلوب المعرض - العمل الفردي - المحاضرة	
المستلزمات التدريبية		LCD- شاشة عرض - أقلام فلوما ستر - فلوب شارت - ورق بروس تل - ورق A4- ورق ملون صغير - أوراق العمل	
التوزيع الزمني للإجراءات الخاصة بالجلسة الثالثة عشر			
الوقت	موضوع الجلسة	مدة الإجراء	الزمن الكلي
	فحص المزاج والمشاعر اليوم		
	مراجعة الواجب البيتي		
	التطبيع والتعليم : السيطرة والتحمل بالتعريض		
	سلوكيات السلامة التجربة السلوكية		
	تدريب عملي لمواجهة الذكريات الرسم والكتابة		
	حوار ونقاش الواجب البيتي		
	الإنهاء وتقييم الجلسة		

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء :

نشاط رقم (1) : فحص المشاعر للمشاركين :

يقوم المعالج : بتوزيع نموذج فحص المشاعر رقم () للمشاركين بالجلسة على أن يتم تعبئته لمعرفة مدى القلق والتوتر .
تذكير : يقوم المعالج بتهيئة المجموعة بأنه باقى جلسة قبل انتهاء البرنامج التدخلى، استمع إلى مشاعرهم من خلال الفحص

نشاط رقم (2) : مراجعة للواجب البيتي والربط بالجلسة السابقة:

للـ تنفيذ تمرين الاسترخاء التنفسي

للـ كتابة القصة عن ذاكرة الكرب

للـ التحدث عن ذاكرة الخوف مع أحد المقربين / تنفيذ التعريض لأحد المخاوف بالترتيب

دائرة المركز :

نشاط رقم (4) : التطبيع والتعليم :

التطبيع والتعليم : التجنب : السيطرة التخيلية :

للـ يقوم المعالج بالربط بتعليم المجموعة عن السيطرة التخيلية

للـ يقوم المعالج بتدريب المجموعة على ملاحظة الاستثارة الجسدية ومراقبة الأفكار والمشاعر

للـ يقوم المعالج بتدريب المجموعة على مواجهة مخاوفهم من خلال السيطرة التخيلية الرسم

الكتابة التحدث والتجربة السلوكية

نشاط رقم () : اسم النشاط : من الغوغائية إلى السيطرة والتحكم

التركيز على : تغيرات الجسد - ملاحظة المشاعر - الأفكار - القدرة على المواجهة - الشعور بالمساندة

الأدوات : موسيقى

الشرح :

على صوت موسيقى مرحلة يتحرك المشاركون داخل الغرفة ويؤدي القائد دور (المشتت) ويسمي الأسد

أو الوحش أو سمكة القرش ويؤدي مستوى التشبث بثلاث أنماط :

النوم: في هذه الحالة ينبغي على المشاركين أن يتحركوا نحو هدفهم المحدد بصمت وانتباه حتى لا

يوقظوا " النائم

المطاردة نصف نائم : هنا يصبح المشتت بمثابة عقبة لعب محاولاً أن يبطئ تحركهم نحو هدفهم .

التهديد مستيقظ بشكل تام : هذا النمط ينبغي عدم استخدامه مع المشاركين المصدومين نفسياً أو الخوافين . يلعب المشتت دور شئ مخيف أو مهدد للمشاركين (سمكة قرش ، وحش ، أسد ، عاصفة شديدة) .

فإذا تمكن المشاركون من التغلب جماعياً على هذه العقبة فإن نتائجها في تدعيمهم ستكون عظيمة الأثر .

ملاحظة: وينبغي أن يحول المشاركون أنفسهم من مجموعة غير متماسكة جسدياً ومن حيث الوصول للهدف " الغوغاء " إلى مجموعة متماسكة (تتحرك معاً نحو الهدف بقصد محدد : فوج منتظم) .

التوجيه : يجب أن تسأل عن المراحل الثلاث : كيف كانت مشاعرك ؟ كيف لاحظت أفكارك ؟ ما الذي تغير في جسدك ؟ هل هذا الشئ يذكرك بشئ بالماضي ؟ كيف تصرفت لتخلص من المشاعر السلبية ؟

نشاط رقم () : اسم النشاط : لحظات ذات معنى

التركيز علي : إعطاء معنى إيجابياً للحظات صعبة بالتاريخ- تعلم أن المعنى يمكن أن يوجد حتى في أوقات صعبة.

الأدوات : ورقة عمل المشارك (أنظر أدناه)

الشرح :

يتم هذا التمرين على مرحلتين .. ففي الجلسة الأولى يتلقى المشاركون شرحاً لما يحتاجون عمله ويطلب منهم أن يقابلوا ويسجلوا الوصف الشخصي لأحد أفراد العائلة أو أحد الجيران أو لصديق بالغ، وفي الجلسة الثانية، يتقاسم المشاركون قصصهم مع زملائهم بالصف ويمثلوا ورقة العمل.

الجلسة 2 :

بالمناقشة الصفية أطلب من المشاركين أن يتقاسموا قصصهم التي جمعوها مع زملائهم. ثم أطلب منهم تعبئة أوراق العمل رقم (2) وأجر نقاشاً إضافياً لاستعراض إجاباتهم.

ملاحظة : يكتب الكبار قصصهم، ويمكن أن يحضرها الأطفال للنقاش في غرفة الصف

نشاط رقم () : اسم النشاط : بناء الأمل

التركيز علي : مساعدة الأطفال على إيجاد نظرة إيجابية بالأوقات الصعبة.

الأدوات: ورقة عمل الطالب (أنظر أدناه)

الشرح :

"سنحاول اليوم إيجاد الجانب الطيب حتى في أوضاع صعبة. ففي كل وضع، أو فترة زمنية أو حدث صعب توجد لحظات تمنحنا قوة وأملًا ونشعر بأننا نتعلم شيئاً هاماً من أنفسنا، وعن الناس من حولنا، وعن الأفكار عموماً. ويمكننا أن نسمي هذه اللحظات "بناء الأمل "

أمثلة على تلك اللحظات :

0 عندما كنت مريضاً واضطرت للبقاء بالبيت فترة ممتدة من الزمن، دأب أحد زملائي في الصف على الاتصال بي كل يوم ليحكي لي عن كل الأشياء المسلية التي حدثت بالصف ذلك اليوم.

عندما داست سيارة كلب صديقي ساعدته على إحضار الكلب إلى البيت وبعدئذ شكرني صديقي. والآن حاولوا أن تفكروا أنتم بحادثة غير سارة أو وضع مررتم به، وشعرتم فيه بلحظات ذات معنى أو أنه علمكم وشجعكم على الاستمرار، على ورقة العمل المرفقة أكتب ما حدث لك وأجب على الأسئلة عن اللحظات الخاصة التي خبرتها.

في المناقشة أطلب متطوعين مشاركون يرغبون في مشاطرة جوانبهم البارقة مع زملائهم. ثم أطلب من المشاركين ، فيما بعد، أن يكتبوا شيئاً تعلموه ويريدون نقله إلى صديق من جيلهم حول كيفية مواجهة موقف صعب، بمدينةنتا أو دولتنا أو في بلاد أخرى....

أطلب من عدد قليل من المشاركين أن يتقاسموا أفكارهم مع غيرهم .

ملاحظة : بدلا من ورقة العمل يمكن القيام بهذه الفعالية بالرسم ثم بنقاش جماعي .

دائرة الإنهاء :

لـ يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة

لـ يقوم المعالج بتقييم الجلسة من خلال نموذج التقييم

لـ يقوم المعالج بشكر المجموعة وتذكيرهم بأجندة الجلسة القادمة

الواجب البيتي :

لـ تنفيذ تمرين الاسترخاء التنفسي

لـ مواجهة مواقف الخوف دون شريك

القسم الأول : السيطرة والتحمل بالتعريض			
عنوان الجلسة		كيف اتحدي مشكلتي ؟	
الجلسة		الرابعة عشر	
طبيعة الجلسة		جلسة جماعية	
أجندة الجلسة	• فحص المزاج والمشاعر لليوم		
	• مراجعة الواجب البيتي		
	• التطبيع والتعليم : أسلوب حل المشكلات		
	• تدريبات عملية علي أسلوب حل المشكلات		
	• إنهاء وتقييم الجلسة الرابعة عشر		
أهداف الجلسة		محاور التدخل العلاجي	
أن تكون المجموعة قادرة على :		• مساعدة المجموعة على تحديد توجهها الايجابي والسلبي نحو المشكلة الحالية والمشكلات الماضية	
• استخدام أسلوب حل المشكلات بنسبة 80% في حياتها اليومية من خلال التوجه والتصنيف والنموذج العلاقي .		• مساعدة المجموعة على تصنيف مشكلاتها باستخدام قائمة تصنيف المشكلات	
- استخدام العصف الذهني لوضع البدائل وتقييمها ووضع خطة الحل وتطبيقها		• مساعدة المجموعة على التعرف علي نموذج الأفكار والمشاعر والأعراض والسلوك	
		- مساعدة المجموعة على وضع البدائل وتقييمها ووضع خطة العمل وتطبيقها	
استراتيجيات التدخل		• التطبيع والتعليم - الاسترخاء - أسلوب حل المشكلات - لعب الأدوار مهارات :- إعادة الصياغة - عكس المشاعر - التعاطف التلخيص - الشرح والتفسير	
الأساليب التدريبية		العصف الذهني - حوار ونقاش - العمل الجماعي - أسلوب المعرض - العمل الفردي - المحاضرة	
المستلزمات التدريبية		LCD- شاشة عرض - أقلام فلوما ستر - فلوب شارت - ورق بروس تل - ورق A4- ورق ملون صغير - أوراق العمل	
التوزيع الزمني للإجراءات الخاصة بالجلسة الرابعة عشر			
الوقت	موضوع الجلسة	مدة الإجراء	الزمن الكلي
	فحص المزاج والمشاعر اليوم		
	مراجعة الواجب البيتي		
	التطبيع والتعليم : أسلوب حل المشكلات		
	تدريبات عملية علي أسلوب حل المشكلات		
	حوار ونقاش الواجب البيتي		
	الإنهاء وتقييم الجلسة		

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء :

نشاط رقم (1) : فحص المشاعر للمشاركين :

يقوم المعالج : بتوزيع نموذج فحص المشاعر رقم () للمشاركين بالجلسة على أن يتم تعبئته لمعرفة مدى القلق والتوتر .
تذكير : يقوم المعالج بتهيئة المجموعة بأن الجلسة القادمة هي الجلسة النهائية والأخيرة، ويعمل على فحص مشاعرهم تجاه ذلك .

نشاط رقم (2) : مراجعة للواجب البيتي والربط بالجلسة السابقة:

للـ تنفيذ تمرين الاسترخاء التنفسي

للـ مواجهة مواقف الخوف دون شريك

نشاط رقم () : اسم النشاط : الجزيرة والطحالب

التركيز علي : التخطيط - التركيز - العمل بروح الفريق - وضع البدائل

الشرح :

يطلب من المشاركين في الساحة أن يقوموا بتحديد منطقة أمان ويتخيلوا أن هذه المنطقة هي أي مكان يشعروا فيه بالأمن . واسمح لهم جميعاً أن يقولوا ماذا يريدون لهذه المنطقة الآمنة أن تمثل ولا بد أن يكونوا قادرين على دخولها . أخرج الطحالب من الدائرة وأخبر الأطفال أن الطحالب تمثل أي شيء يريدونه وأسمح لهم بإبلاغ البقية عما يريدون لها أن تمثل . كل جانب من اللعبة يمكن أن يمثل لكل مشارك أمر ما ولا تحتاج المجموعة لأن تخرج بإجابة واحدة فقط .

وتسعى المجموعة أن يجمع المشاركين أكبر عدد من الطحالب وإرجاعها إلى المنطقة الآمنة ، ويحاول القائد بان يشاهد فمن تلمس قدمه الأرض باعتبارها مياه يعود إلي المكان الآمن ويحاول مرة أخرى وعليهم التخطيط للمحافظة علي بقائهم فوق الطحالب . أسأل المشاركين عما يريدون لقائد المجموعة أن يمثل ، وما الذي يمنعهم من الحصول على كل ما يريدون . وأسمح للجميع بأن يجيب تنتهي اللعبة عندما تتجمع كل الطحالب والمشاركين داخل المنطقة الآمنة .

التوجيه : كيف كانت مشاعركم وانتم تستمعون إلي تعليمات اللعبة؟ - ما هي أفكاركم ؟ كيف شعرتكم وانتم تعملون بفريق ؟ أيهما أفضل العمل الفردي أو الجماعي ولماذا ؟ - كيف شعرتكم وانتم تمارسون اللعبة ؟ كيف لاحظتم أجسادكم ؟

دائرة المركز :

نشاط رقم (4) : التطبيق والتعليم :

التطبيق والتعليم : أسلوب حل المشكلات :

للـ يقوم المعالج بشرح أسلوب حل المشكلات من حيث التعريف والأهداف والفوائد

للـ يقوم المعالج بتدريب المجموعة على معرفة الفرق بين التوجه الايجابي والتوجه السلبي

للـ يقوم المعالج بتدريب المجموعة على مشكلة من خلال التجربة أمامهم بالشرح

نشاط رقم () : اسم النشاط : تجريبي :

هذا النشاط يقوم بشكل كلي على مناقشة المجموعة واختيار مشكلة واقعية من واقعهم سهلة لتعزيز الممارسة اليومية لأسلوب حل المشكلات

- يقوم المعالج بتوزيع نموذج قياس التوجه نحو المشكلة الحالية والمشكلات السابقة وتوجههم نحو الحياة

○ التعرف على المشكلة وتحديدتها :

✓ هنا يقوم المعالج باعطاء المجموعة : قائمة تصنيف المشكلات : وبشكل عام : ان الناس بطبيعتهم يواجهون مشاكل في مجالات مثل المال والعمل والعلاقات الاجتماعية والحياة الاسرية ستساعدك القائمة الموجودة علي تحديد المجال الذي تشعر فيه باقل قدرة من الكفاءة وتواجه فيه اكبر قدر من المشاكل وهذا هو المجال الذي سنركز عليه اثناء تطوير مهارتك في حل المشكلات .

✓ بعد كل موقف ضع علامة علي اكثر المربعات التي تصف الي اي مدي يسبب لك هذا الموقف مشكلة :-

- لا يوجد : الموقف لا يضايقني
- قليل : هذا يؤثر علي حياتي بصورة خفيفة ولا يستنزف طاقتي الا بشكل محدود
- متوسط : هذا الموقف له تاثير ملحوظ علي حياتي
- كبير : هذا الموقف يعوق مسيرة حياتي اليومية بدرجة كبيرة ويؤثر علي إحساسي بالسعادة والاستقرار بشكل قوي

○ اختيار المشكلة وتحديد الأهداف :-

✓ يقوم المعالج بعد تطبيق قائمة تصنيف المشكلات وتحليل القائمة واختيار المشكلات الأكثر تأثيرا بالطلب من المشارك تحديد مشكلة سهلة يمكن التعامل معها في هذه المرحلة حتي نتعلم اسلوب حل المشكلات يمكن انجازها .

✓ يتم اختيار مشكلة واحدة

○ العصف الذهني واستنباط حلول متعددة :-

✓ العصف الذهني لاستخراج البدائل دون تقييمها سواء ايجابية او سلبية بمعنى تحدث عن كل بديل يخطر ببالك دون ان تنتظر له بانه منطقي او غير منطقي .

○ مناقشة البدائل والتقييم واختيار البديل الامثل :-

✓ يقوم المعالج : بالشرح للمجموعة بان هذه الخطوة تقوم علي تقييم البدائل التي وضعها بالخطوة الخامسة ويمكن لك العمل علي / دمج بعض البدائل ببعضها / او حذف البعض منها / او استبدالها .

م	الفوائد	عدد النقاط الايجابية	المضار	عدد النقاط السلبية
1		++		--
	المجموع الكلي		المجموع الكلي	

○ وضع خطة عمل وتطبيق للحل :-

✓ يقوم المعالج بالتوضيح للمجموعة ان هذه الخطوة تعني عمل الخطة لوضعها في محور التطبيق وتحتاج منا ان نفصل الخطوات بشكل اكثر تطبيقا بحيث ان نلتزم فيه خطوة بخطوة

النشاط	تفاصيل النشاط	الهدف من النشاط	الوقت	مستلزمات النشاط	ملاحظات

○ متابعة وتقييم لمستوي التطبيق للخطة

الجزء الثاني :

ينقسم المشاركون ثلاثة مجموعات ويقوم المعالج بتوزيع ثلاث نماذج بها مشكلات سهلة، ويطلب منهم تباع الخطوات الخاصة بأسلوب حل المشكلات عرضها من خلال قائد يمثل كل مجموعة .

التوجيه : كيف كانت مشاعركم وأنتم تستخدمون هذا الأسلوب ؟ - ما هي أفكاركم ؟ كيف شعرتكم وأنتم تعملون كفريق ؟ أيهما أفضل العمل الفردي أو الجماعي ولماذا ؟ - هل راودتكم أفكار لاستخدام هذا الأسلوب في حياتك ؟ هل بإمكانك مشاركتنا هذه الأفكار ؟ وكيف ستستخدم هذا الأسلوب ؟

نشاط رقم () : اسم النشاط : الخطوط الخارجية للجسم وما أشعر به الآن :

التركيز علي : الأمنيات والأحلام - المشاعر الآن - أفكاره الآن

الأدوات : رول ورق كبير أبيض للرسم ، قطع من نفس الورق بمقاس 5 × 1 سم ، أقلام شمع زيتي ، كربون .
الشرح:

كل عضو يقوم برسم الخطوط الخارجية لجسمه بالاستلقاء على قطعة الورق الكبيرة وقيام أحد الأعضاء بتتبع أبعاد جسمه بالقلم ورسم خطوط تمثلها. ويساعد أعضاء المجموعة كلهم في هذا الأمر ، وإذا كان احد الأعضاء لا يشعر بالارتياح جراء استلقائه على الأرض فيمكنه الوقوف عكس الجدار بحيث يتم رسم خطوطه الخارجية وهو واقف ، وإذا لم يرتح المشارك لعملية اللمس فإنه يستطيع رسم خط عام لكامل جسمه على الورق دون أن يتم تتبعه بالقلم من قبل شخص آخر وحالما ينتهي الرسم قل : " ارسم صورة داخل خطوط جسمك لما تشعر به وتحسه الآن .
التوجيه : كيف يشعر بجسمك في هذه اللحظة؟ ما الأحلام التي تراودك الآن؟ ما شعورك المفضل؟ ما الذي تحب أن تشعر به في هذه اللحظة؟

دائرة الإنهاء :

لـ يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة

لـ يقوم المعالج بتقييم الجلسة من خلال نموذج التقييم

لـ يقوم المعالج بشكر المجموعة وتذكيرهم بأجندة الجلسة القادمة

الواجب البيتي :

لـ ممارسة نشاط ممتع مع الشريك

لـ الاستمرار بالتعرض لمواجهة الخوف ومشاركة شريكك

لـ استخدام أسلوب حل المشكلات علي مشكلة محددة خاصة بالمشارك

القسم الأول : السيطرة والتحمل بالتعريض			
عنوان الجلسة		الوقاية من الانتكاس : بناء المستقبل والسلام الأمن	
الجلسة		الخامسة عشر	
طبيعة الجلسة		(ترافق جلسة اولياء الامور)	
		الزمن	
		120 دقيقة	
		جلسة جماعية	
أجندة الجلسة		● فحص المزاج والمشاعر لليوم	
		● مراجعة الواجب البيتي	
		● التطبيع والتعليم : الوقاية من الانتكاس	
		● بناء المستقبل والسلام الأمن	
		● إنهاء وتقييم الجلسة الخامسة عشر	
أهداف الجلسة		محاور التدخل العلاجي	
أن تكون المجموعة قادرة على :		● مساعدة المجموعة على تذكر ومراجعة ما تم تعلمه بالجلسات السابقة	
		● مساعدة المجموعة على تذكر مؤشرات وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة	
- ممارسة أساليب التحكم العنقية والعاطفية في حياتهم اليومية عند مواجهة الأحداث الصادمة		● مساعدة المجموعة على مراجعة طرق مراقبة الذات وفحص الأدلة والمنافع والمضار	
		- مساعدة المجموعة على التخطيط لمستقبلهم وتعزيز الأمل	
استراتيجيات التدخل		● الحوار والنقاش - المحاضرة - العمل الجماعي	
الأساليب التدريبية		مهارات :- إعادة الصياغة - عكس المشاعر - التعاطف التلخيص - الشرح والتفسير	
المستلزمات التدريبية		العصف الذهني - حوار ونقاش - العمل الجماعي - أسلوب المعرض - العمل الفردي - المحاضرة	
		LCD- شاشة عرض - أقلام فلوما ستر - فلوب شارت - ورق بروس تل - ورق A4- ورق ملون صغير - أوراق العمل	
التوزيع الزمني للإجراءات الخاصة بالجلسة الخامسة عشر			
الوقت	موضوع الجلسة	مدة الإجراء	الزمن الكلي
	فحص المزاج والمشاعر اليوم		
	مراجعة الواجب البيتي		
	التطبيع والتعليم : الوقاية من الانتكاس		
	بناء المستقبل والسلام الامن		
	حوار ونقاش الواجب البيتي		
	الإنهاء وتقييم الجلسة		

نشاط رقم () : اسم النشاط : كرة القمر

التركيز على : الأمل - المشاركة الجماعية - التعاون - المرح

الأدوات : كرة خفيفة

الشرح :

في مكان واسع مكشوف تحاول مجموعة من المشاركين إبقاء كرة خفيفة (نفخ) معلقة في الهواء . وفي كل مرة ينقر مشاركون الكرة نحو السماء يسجل الفريق نقطة ويؤدي القائد دور مسجل النقاط . ولا يسمح لأي لاعب بضرب الكرة مرتين حتى يضربها كل لاعب مرة واحدة .

وإذا اصطدمت الكرة بالأرض أو إذا ضربها أحد المشاركين خارج دوره تعود المجموعة إلى النقطة الأولى . وتمنح المجموعة مكافأة إضافية إذا أبقى الكرة عالية مدة طويلة بالقدر الذي يسمح لكل لاعب أن يسجل نقطة . وإذا تمكن كل الأعضاء من نقر الكرة مرة حاول أن ترى إذا استطاعوا تنفيذ دوره ثانية باستخدام نفس القوانين .

التوجيه : كيف تصف مشاعرك بكلمة ؟ هل هذا النشاط يذكرك بشيء ؟ ممكن ان تشاركنا تجربتك ؟ كيف تشعر جسديك ؟

دائرة المركز :

نشاط رقم (4) : التطبيع والتعليم :

التطبيع والتعليم : أسلوب حل المشكلات :

لـ يقوم المعالج بمراجعة مفهوم الصدمة و أعراض اضطراب ما بعد الصدمة

لـ يقوم المعالج بتذكير المجموعة بالجلسات وباستراتيجيات التدخل متى وكيف يتم استخدامها وما فائدتها

نشاط رقم () : اسم النشاط : بناء السلام والمستقبل الآمن

التركيز على : مساعدة المشاركين على التركيز على الأمل وبناء التفاؤل لإحلال السلام بالمستقبل.

الأدوات: صمغ - ورق - مقصات - فراشي - ورق كريش - ورق بروسنل مقوي - رول ورق بروسنل - ألوان شمعية ومائية

الشرح :

يطلب المعالج من المشاركين في المجموعة الانقسام إلى مجموعتين، حيث تمثل المجموعة الأولى : مجموعة مدينة السلام الآمن / المجموعة الثانية : قطار المستقبل. ثم يقوم المعالج بتوزيع أوراق على جميع المشاركين ويطلب من كل مشارك ان يرسم مدينة السلام الآمن التي يرغب بها، ثم يقوم بالتشاور مع مجموعته للاتفاق على إطار متكامل للمجموعة الواحدة، وهنا يوجه المعالج بعض الأسئلة التي تثير الأفكار لدى المشاركين : ما الذي يجب أن تحتويه المدينة ؟ ما الذي نحتاجه ؟ أين يمكن وضع الأشجار والحيوانات والأزهار ؟ هل ستكون هناك أنهار أو محيطات أو برك ؟ أين ينبغي أن يعيش

الناس؟ أي نوع من البنايات يجب أن يكون في المدينة الآمنة؟ ما العمل الذي يؤديه الناس في المدينة الآمنة؟ عرض التصميم ومناقشته .

المجموعة الثالثة : قطار المستقبل :

يقوم المعالج بمشاركة المشاركين في رسم قطار كبير علي ورق رول وتلوينه بشرط أن يقوم المشاركون رسم القطار وبجانبه جبال.بعد انتهاء المشاركين من رسم القطار يقوم المعالج بمساعدة المشاركين بلصق اللوحة علي الحائط بحيث يراها جميع المشاركين .يقوم المعالج بتوزيع بطاقات ملونة علي المشاركين مثلا (اللون الأحمر واللون الأصفر)بعد ذلك يطلب المعالج من المشاركين بكتابة أهدافهم علي البطاقات ذات اللون الأخضر ولصقها علي عربات القطار المعلق علي القطار الذي رسموه .ثم يطلب المعالج من المشاركين كتابة التحديات التي من الممكن أن تعيق تحقيق أهدافهم ولصقها علي الجبال المرسومة في اللوحة ومن ثم عرض الملصقات ومناقشتها .

التوجيه : ما هي أهدافنا وهل هي مناسبة لقدراتنا ؟ ما هي التحديات التي من الممكن أن تعيق تحقيق هدفك ؟ كيف يمكن أن نتغلب على هذه التحديات ؟ هل ترغب بالوصول إلى النجاح ؟ وماذا يجب عليك أن تفعل لتصل إليه ؟

دائرة الإنهاء :

لـ يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة

لـ يقوم المعالج بتقييم البرنامج

لـ تطبيق المقياس البعدي على المشاركين

بروتوكول علاج العقل والجسم لاضطراب كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة

إعداد وتصميم :
عمر وليد شاهين

برنامج علاج العقل والجسم :

وتستخدم الدراسة الحالية طريقة العلاج الشمولي وهو اتجاه تكاملي يجمع بين العديد من نظريات العلاج النفسي بصورة متكاملة والذي يتمثل في اكساب الفرد الخاضع للعلاج مبدأ الوعي الذاتي والرعاية الذاتية وفلسفة عقلانية في الحياة مما يؤدي الي زوال تلك الانفعالات السلبية التي تؤدي الي الاضطراب ، ويعد هذا البرنامج من الادوات الاساسية التي تم اعدادها لتحقيق اهداف الدراسة.

بروتوكول برنامج علاج العقل والجسم

الرقم	البيان	الوصف
1-	المسمي	برنامج علاج العقل والجسم لخفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة
2-	بناؤه	بروتوكول العقل والجسم واشنطن تقنين فرع المركز فريق قطاع غزة
3-	النظرية	اتجاه تكاملي شمولي
4-	غرضه	خفض حدة الأعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة لزيادة التقويم الايجابي للعلاج من خلال تعميق الوعي الذاتي ومبدأ الرعاية الذاتية .
5-	عدد جلساته	(14) جلسة
6-	الفئة الاكلينيكية	المشخصين بإعراض اضطراب ما بعد الصدمة
7-	طبيعة الجماعة العلاجية	مشاركين متطوعين
8-	طبيعة الجلسات	مغلقة
9-	تواتر الجلسات	جلستان أسبوعيا
10-	مدة المقرر العلاجي	مقرر معتدل الأجل (8 أسابيع بواقع شهرين)
11-	مدة المتابعة	ثلاثة شهور
12-	إجمالي المدة المقررة	سنة شهور
13-	قيادة الجلسات	الباحث
14-	المساعدين	(2) من المساعدين مع مراعاة الجنس
15-	مكان إجراء الجلسة	مؤسسة التأهيل المجتمعي لتنمية القدرات - بلدية بيت لاهيا مهياً لتطبيق الجلسات العلاجية

برنامج العقل والجسم			
عنوان الجلسة		بناء الألفة والحلف العلاجي	
الجلسة	الزمن	الأولى	
طبيعة الجلسة	جلسة جماعية		
أجندة الجلسة	• استقبال وترحيب		
	• التأمل الافتتاحي		
	• تمرين تعارفي (بالونات المعرفة) / بناء القواعد والمبادئ للمجموعة		
	• التطبيع والتعليم : التعريف بمهارات العقل والجسم		
	• التطبيع والتعليم : اضطراب ما بعد الصدمة تعريفه، أسبابه، أعراضه، مآله		
	• التعرف على الأدوار العلاجية للمعالج والمجموعة (الواجبات والمسؤوليات)، التعاقد		
	• تقييم الجلسة وتذكير بأجندة الجلسة القادمة		
	• التأمل الختامي		
أهداف الجلسة		محاور التدخل العلاجي	
أن تكون المجموعة قادرة على :		• بناء العلاقة والحلف العلاجي	
• الاندماج في العملية العلاجية وبناء الحلف العلاجي		• تحديد الأدوار بين المعالج والمجموعة (الواجبات والمسؤوليات)	
• التعرف على الأدوار العلاجية بين المعالج والمجموعة (الواجبات والمسؤوليات)		• الاتفاق على الأهداف العامة (التعاقد)	
• التعرف على اضطراب ما بعد الصدمة من حيث التعريف و الأسباب والأعراض والمآل		• شرح نموذج العقل والجسم	
• فهم برنامج علاج العقل والجسم وبناء التعاقد		• إعطاء الفرصة للتساؤل والإجابة على التساؤلات	
استراتيجيات التدخل	• التأمل الافتتاحي - فحص المشاعر - القواعد - التطبيع والتعليم - التعاقد		
	مهارات :-		
الأساليب التدريبية	• إعادة الصياغة - عكس المشاعر - التعاطف - التلخيص		
	العصف الذهني - حوار ونقاش -- المحاضرة		
المستلزمات التدريبية	LCD- شاشة عرض - أقلام فلوما ستر - فلوب شارت - ورق بروس تل - ورق A4- ورق ملون صغير - أوراق العمل		
التوزيع الزمني للإجراءات الخاصة بالجلسة الأولى			
الوقت	موضوع الجلسة	مدة الإجراء	الزمن الكلي
	التأمل الافتتاحي		
	فحص المزاج والمشاعر		
	بناء المبادئ والقواعد لإدارة المجموعة		
	التطبيع والتعليم: التعريف بمهارات العقل والجسم		
	التطبيع والتعليم : اضطراب ما بعد الصدمة		
	شرح الواجبات والمسؤوليات (نموذج التعاقد)		
	تقييم الجلسة والتذكير بالجلسة القادمة		
	التأمل الختامي		

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء : التأمل الافتتاحي :

انتباه للمعالج :

- اجمع المجموعة معاً باستخدام تأمل بسيط يستغرق 7-10 دقائق. تأمل البطن المسترخية مفيد لأنه يجمع بين الإدراك الجسدي و التخيل الموجه، غير أن الجميع يستطيع ممارسته بغض النظر عن معرفة أي منهم بالتقنيات التأملية.
- تأمل البطن المسترخية يدعو أعضاء المجموعة للاسترخاء والتخلي عن الأفكار والأنشطة المقلقة لهم و الاندماج في المجموعة.
- قد تحتاج إلى استخدام تأمل البطن المسترخية في جميع جلسات البرنامج وسيكون وقت لتجربة التأمل كوسيلة للبقاء مسترخياً وحاضراً، وكمدخل للبدء بالجلسة لتهيئة المجموعة ولزيادة التركيز .

نشاط رقم () : اسم النشاط التأمل الافتتاحي

تذكير:

" البطن المسترخية" هي واحدة من العديد من أشكال التأمل التي تدعو إلى حالة الاسترخاء. الاسترخاء هو الأساس في علاجات العقل والجسم ، بعبارة أخرى هي التربة الصالحة لأى نبتة. كلما مارست الاسترخاء مع البطن المسترخية، كلما لاحظت أن الشفاء أسرع والتأثير أقوى. البطن المسترخية باختصار هي ممارسة التأمل في أي وقت وفي أي مكان.

نص النشاط : التأمل الافتتاحي :

اجعل جسدك مسترخياً، ظهرك منتصباً، ضع قدميك على الأرض، تحرر من كل شئ يضايك وأغلق عينيك - تنفس بعمق، خذ شهيقاً من الأنف والزفير من الفم. تخيل بطنك مرتخية، فهذا سيساعدك في تعميق التنفس وتحسين تبادل الأكسجين وفي الوقت ذاته سترتاح عضلاتك... قل عند الشهيق "بطني".... وعند الزفير "مسترخي". إذا راودتك الأفكار، اسمح لها بأن تأتي وأن تذهب... بهدوء عد إلى الشهيق وقل "بطني" ... "مسترخي" استمر بالشهيق والزفير .

إذا كنت تشعر بالتوتر في أي مكان، تخيل أن الشهيق ذهب هناك وأن الزفير خرج مع التوتر بعيداً. برحيل التوتر، أعد انتباهك مرة أخرى بهدوء؛ شهيق عميق وقل بداخلك بطني ... وزفير بطيء وقل بداخلك مسترخي.... وتخيل المكان الذي تحبه أكثر من غيره أو أكثر الأماكن جمالاً وراحة يمكنك تخيله.... يمكن أن يكون هذا المكان من الخارج كشاطئ مثلاً أو غابة أو غروب شمس أو يمكن أن يكون مكاناً خاصاً في بيتك ويمكن أن يكون مكاناً زرتة أو تخيلته لتوك أو مكاناً رأيته في صورة... انظر حولك. فماذا ترى؟ وماذا تسمع؟ وأي رواائح تشم؟ ادرس المكان، خذ لحظة تنظر فيها إلى السماء لترى السحب تتحرك، واشعر بالنسيم العليل يداعب وجهك... ابق في هذا المكان فترة، تنفس بعمق، واستمتع بهذا الوقت فهو مخصص لنفسك فقط، ركز على جسدك عندما تكون مسترخياً، ارسم ابتسامه على شفطيك، وحرك أطراف قدميك وافتح عينيك ببطء، وتمسك بالشعور الهادئ الذي تخبره. اتبع أفكارك واسمح لنفسك الاستمتاع بالهدوء والطمأنينة.

ملاحظة / في الجلسة الأولى يتم فحص المشاعر بعد التعارف ووضع القواعد والمبادئ لإدارة الجلسة
رقم النشاط (1) : اسم النشاط : بالونات المعرفة

أهداف النشاط :

- تعارف المشاركين على بعضهم البعض لكسر حواجز الجليد
- إفراح المجال للتفاعل الثنائي بين الأشخاص .
- تشجيع الانفتاح والصراحة .

آلية تنفيذ النشاط :

- ✓ عند بداية النشاط يقوم المعالج بتسليم كل مشارك بطاقة صغيرة وقلم وبالون.
- ✓ يكتب كل مشارك بعض المعلومات عن نفسه: معلومات طريفة ، علمية ، عملية ، وضع اجتماعي أي معلومات يحب أن يذكرها: سبب حضوره الدورة، الاسم - الحالة الاجتماعية - الألوان المفضلة - المأكولات المفضلة - الدول المفضلة - الهوايات المفضلة - اسم اقرب صديق لك - أحب مكان إلى نفسك - أكثر مرة كذب فيها - آخر مرة قمت بزيارة أحد أقرائك - كم مرة تكلمت بطريقة سلبية عن نفسك اليوم - كم يقيم نفسه هل هو شخص واثق من نفسه أم لا ؟

- ✓ يقوم المشارك بإدخال الورقة بداخل البالون ومن ثم يقوم بنفخه .
- ✓ يوزع المعالج عليهم البالونات بشكل عشوائي أي كل شخص يأخذ بالون غير بالونه .
- ✓ يبدأ النشاط بتفجير البالونات ويبدأ كل شخص بقراءة محتويات البالون والتعرف على الشخص صاحب البالون .

✓ ولا ينسى المعالج والمساعدون وضع بالونه ضمن البالونات المشتركة بها .
ملاحظة : يمكن استخدام هذه البالونات حتى في عملية التعلم في مرحلة التغذية الراجعة أيضاً.

ملاحظات وإرشادات :

على المعالج / لفت انتباه المشاركين / إلى ما يلي :

التركيز على مواضيع محادثة يرغب أفراد المجموعة المستهدفة التحدث بها مثل : أحداث الحياة الضاغطة - الهوايات - الميول ...الخ.
التدرج من نقاش مواضيع عامة إلى مواضيع أكثر خصوصية، وذلك لتشجيع الانفتاح والمصارحة؛ مثل التحدث عن الهوايات، ثم الانتقال إلى أمور خاصة مثل الطموح الشخصي .

لماذا نحن هنا ؟

" نحن نجتمع هنا اليوم لأننا جميعاً مررنا بأشياء فظيعة أثناء الحرب، وأننا نعلم أنه من الصعوبة لنا كبالغين ومرافقين أو أطفال العيش مع هذه الذكريات بعد مرورنا بتلك الأشياء الفظيعة ، إن كل شخص يتأثر بالأشياء التي يشاهدها ولكن نوعية التأثير تختلف من شخص لآخر، ولا يوجد هناك طريقة خاطئة أو صحيحة للشعور ، قد يكون من الصعب التحدث عن الحرب. كل واحد منكم هو شجاع وجريء للمشاركة في هذه المجموعة ، سنريكم بعض المهارات والأشياء التي من الممكن أن تعملوها لتساعدكم على التعامل مع ذاكرة ما خبرتموه خلال الحرب . إن الفكرة الأساسية أن كل منا ممكن أن يساعد الآخر علي التأقلم بشكل أفضل ، "

نحتاج إلى بعض القواعد التي تجعلنا نشعر بالراحة لأننا سنتكلم عن أشياء صعبة في بعض الأحيان، وتذكروا أننا نساند بعضنا البعض وأننا سنعمل كفريق واحد

رقم النشاط (2) اسم النشاط : أنظمة وقواعد التعامل في الجلسة ورقة عمل () الزمن : (10 دقائق)

أهداف النشاط :

- الاتفاق على أنظمة التعامل في الجلسة
- مناقشة أهمية وجود أنظمة تعامل لإنجاح التعليم والتدخل

احتياجات النشاط :

- اللوح القلاب - أقلام فلوما ستر - لاصق

آلية تنفيذ النشاط :

- يسأل المعالج / المشاركون عن حاجتهم لإنجاح الجلسة وجعل جوها مريحاً .
- يسجل المعالج / هذه الحاجات على اللوح القلاب .
- تعلق اللوائح على الجدران لتكون قواعد للتعامل في الجلسة .

ملاحظات وإرشادات :

- إظهار أهمية وجود الأنظمة لتلبية حاجة المشاركين / للتعلم في بيئة آمنة .
- يبين المعالج / للمشاركين أنه يمكن استعمال هذا التمرين في وضع قواعد التعامل مع المجموعة والاتفاق عليها عن طريق طرح الأسئلة الآتية :

1. ما أهمية النظام ؟

2. كيف تسهم الأنظمة في تنظيم العلاقات بين الأفراد ؟

- في حالة معرفة المعالج لبعض النقاط الأساسية في إنجاز البرنامج والتي لم يذكرها المسترشدون يمكن أن يطرح أسئلة تساعد في التوصل إليها .

فحص المشاعر لتمرين التأمل :

كيف كان شعورك خلال التأمل؟ كيف تبدو تجربتك؟ كيف تشعر الآن؟ هل واجه أي منكم وقتاً صعباً خلال أداء التأمل؟ ماذا لاحظت على أفكارك؟ ما هي الأفكار الخاصة التي كنت على وعي بها؟ هل كررت نفسها؟ هل كان من السهل أم من الصعب إعادة حضورك الذهني الى "البطن المسترخية"؟ كيف شعر جسمك؟ هل كان لديك أي ألم أو شعرت بعدم الراحة؟ هل استقبلت أي رسائل من أي جزء في جسمك؟

رقم النشاط : (3) اسم النشاط : توقعات المشاركين

أهداف النشاط :

- التعرف على توقعات المشاركين / حول أهداف الورشة وكتابتها على اللوح .
- عرض أهداف الجلسة.

احتياجات النشاط :

- اللوح القلاب - فلوما ستر - كرتون مقسم لمربعات - لاصق - رسمة إنسان مع توضيح الأجزاء التالية (الرأس - اليدين - القلب) .

آلية تنفيذ النشاط :

- يقوم المعالج / بتوزيع بطاقات ملونة مربعة الشكل على المشاركين (2 كرت لكل مشارك)، ممكن التعبير بالرسم على ورق A4 ملون .
 - يقوم المعالج بطرح بعض الأسئلة حول الحرب ومناقشة آثارها الإيجابية والسلبية من وجهة نظر الطلاب كالتالي
- 1- من يحدثني عن الحرب وماذا نقصد بها ؟

2- ما الآثار السلبية التي ترونها في أنفسكم بعد الحرب ؟ ما الذي تغير ؟

3- هل تعتقدون أننا في عالم آمن ؟ إن كان جوابكم نعم كيف كان ذلك ؟

- يطلب المعالج / من كل مشارك كتابة توقعين يأمل بالحصول عليها من الجلسة (كل توقع على كرت)
- يصعب أحياناً تعريف التوقعات من مفهوم عام ومجرد مثل الجماعة، ولكي نبسط تعريف المفاهيم أعط/ي المشارك بعض البطاقات الإيضاحية التي تجسم عددًا من التوقعات .
- يقوم كل مشارك بذكر توقعاته أمام الجميع وتلصيق الكرتون علي رسم الإنسان وفي أحد الأجزاء (الرأس - اليدين - القلب) بناء على مواصفات التوقع، فمثلاً يتم وضع توقع إثارة التفكير عند المشاركين في موقع العقل

دائرة المركز : التطبيع والتعليم

التطبيع والتعليم :

البند الأول : برنامج العقل والجسم :

انظر ورقة عمل (2)

سيقوم المعالج بتقديم فكرة موجزة عن علاج العقل والجسم لتعلم طرق السيطرة بشكل أفضل على ذكرياتنا المؤلمة وطرق التكيف الآمن من أجل التعافي والشفاء. وهنا يقوم المعالج بـ:

لـ تعريف مهارات العقل والجسم

لـ أهداف برنامج العقل والجسم

لـ نموذج العلاقة بين العقل والجسم والعواطف

لـ البرنامج من حيث (المكان - المدة الزمنية - عناوين الجلسات - عدد الجلسات)

التطبيع والتعليم

البند الثاني : اضطراب ما بعد الصدمة :

انظر ورق عمل (3)

سيقوم المعالج بمساعدة المجموعة على التعرف على اضطراب ما بعد الصدمة من حيث: التعريف والأسباب والأعراض والمآل - يمكن للمعالج استخدام أسلوب القصة - الرسم والتمثيل

البند الثاني : الواجبات والمسئوليات :

انظر ورق عمل (3)

سيقوم المعالج بتقديم الواجبات والمسئوليات التي تقع على عاتقه أثناء تطبيق الجلسات العلاجية، بالإضافة إلى تعريف أفراد المجموعة بالواجبات والمسئوليات التي تقع عليهم وذلك لتعزيز العملية التشاركية والمسئولية .

دائرة الإنهاء :

لـ يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة

لـ يقوم المعالج بتقييم الجلسة من خلال نموذج التقييم

لـ يقوم المعالج بالتأمل الختامي وتذكيرهم بأجندة الجلسة القادمة

الواجب البيتي :

لـ قراءة نشرة العقل والجسم واضطراب ما بعد الصدمة

لـ ممارسة تمرين الاسترخاء / تحديد مجموعة من الأنشطة الممتعة التي يرغب بممارستها

برنامج علاج العقل والجسم			
عنوان الجلسة	الرسومات	الجلسة	الجلسة
الجلسة الثانية (ترافق جلسة اولياء الامور)	الزمن	120 دقيقة	
طبيعة الجلسة	جلسة جماعية		
أجندة الجلسة	• التأمل الافتتاحي		
	• فحص المشاعر		
	• مراجعة للواجب البيئي		
	• التطبيع والتعليم : الرسومات: أنواعها، علاقتها بالعقل والجسم، فائدتها		
	• تمرين عملي : الرسومات الثلاثة		
	• فحص المشاعر		
	• تقييم الجلسة وتذكير بأجندة الجلسة القادمة		
	• التأمل الختامي		
أهداف الجلسة		محاور التدخل العلاجي	
أن تكون المجموعة قادرة على : • إدراك الذات من خلال صورة الشخص عن نفسه • الوعي بالذات من خلال إدراك المشكلة وأعراضها • التعبير عن مشاعرها من خلال الرسومات الثلاث		- الإدراك للذات والوعي بها من خلال صورة الذات - التركيز على الوعي من خلال الرسم لتحسين مفهوم الذات - خلق روح التعاون مع المجموعة بهدف تخفيف حدة الأعراض بالتطبيع للمشاعر • التركيز على المشاعر والأعراض العاطفية	
استراتيجيات التدخل		التأمل الافتتاحي - فحص - التطبيع والتعليم - الرسم - فحص المشاعر - التأمل الختامي مهارات :- إعادة الصياغة - عكس المشاعر - التعاطف - التلخيص	
الأساليب التدريبية		العصف الذهني - حوار ونقاش -- المحاضرة	
المسـتـلـزـمـات التدريبية		- أقلام فلوما ستر - فلوب شارت - ورق بروس تل - ورق A4- ألوان - أوراق العمل	
الوقت	موضوع الجلسة	مدة الإجراء	الزمن الكلي
	التأمل الافتتاحي		
	فحص المزاج والمشاعر		
	مراجعة الواجب البيئي		
	التطبيع والتعليم: الرسومات		
	التمرين العملي: الرسومات الثلاث		
	فحص المشاعر		
	تقييم الجلسة والتذكير بالجلسة القادمة		
	التأمل الختامي		

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء :

تمرين : التأمل الافتتاحي :-

- انتبه : التأمل الافتتاحي يتغير مع طبيعة الفئة المستهدفة (راجع دليل الممارسة للراشدين والمراهقين والأطفال)
- استخدم تأملاً بسيطاً من اختيارك يساعد أفراد المجموعة على التركيز ويدعوهم إلى الاسترخاء والانفتاح على التعلم.

قاعدة :

- ✓ اجعل نبرة صوتك هادئة مسموعة
- ✓ أعط وقتاً كافياً لتمرين التأمل الافتتاحي
- ✓ اجعل صوتك متناغماً مع الموسيقى (استخدم موسيقى هادئة)
- ✓ استخدم كلمات بسيطة وواضحة، وابتعد عن التشبث. راجع (دليل العمل مع الراشدين والمراهقين والأطفال)
- ✓ تأكد أن الجميع يجلس بصورة مريحة تساعد على الاسترخاء

نص النشاط : التأمل الافتتاحي :

اجعل جسدك مسترخياً، ظهرك منتصباً، ضع قدميك على الأرض، تحرر من كل شيء يضايك وأغلق عينيك - تنفس بعمق، خذ شهيقاً من الأنف والزفير من الفم. تخيل بطنك مرتخية، فهذا سيساعدك في تعميق التنفس وتحسين تبادل الأكسجين وفي الوقت ذاته سترتاح عضلاتك... قل عند الشهيق "بطني" ...وعند الزفير "مسترخي". إذا راودتك الأفكار، اسمح لها بأن تأتي وأن تذهب...بهدهوء عد إلى الشهيق وقل "بطني" ... "مسترخي" استمر بالشهيق والزفير ابق في هذا المكان فترة تنفس بعمق، واستمتع بهذا الوقت فهو مخصص لنفسك، فقط ركز على جسدك. عندما تكون مسترخياً ارسم ابتسامه على شفطيك، وحرك أطراف قدميك، وافتح عينيك ببطء، وتمسك بالشعور الهادئ الذي تخبره. اتبع أفكارك واسمح لنفسك الاستمتاع بالهدوء والطمأنينة.

فحص المشاعر لتمرين التأمل :

كيف كان شعورك خلال التأمل؟ كيف تبدو تجربتك؟ كيف تصف مشاعرك ؟ كيف تلاحظ جسدك ؟ هل راودتك أفكار أثناء ممارسة التمرين ؟ هل ترغب بمشاركتنا بتجربتك ؟

مراجعة قواعد المجموعة :-

انتبه : شرح القواعد الخاصة بالمجموعة يختلف باختلاف الفئة المستهدفة

انتباه :

- ✓ تأكد من فهم أفراد المجموعة للقواعد
 - ✓ تأكد من سؤال أعضاء المجموعة عن مدى موافقتهم والتزامهم بالمبادئ والقواعد
- السرية : تهدف إلى خلق بيئة آمنة - فالمعلومات التي تذكر تبقى داخل المجموعة
- الاحترام المتبادل : العقل المبتدئ يمكننا أن نتعلم من بعضنا البعض، هناك دائماً شيء جديد للتعلم صوتاً واحداً
- قاعدة تجاؤزي : إذا صمت شخص فنحن نحترم رغبته بالصمت، ولكن هذه دعوى لأن تفكر بنفسك ومشاعرك، وتأكد بأنني سأعود إليك بعد الانتهاء، كن مستعداً لمشاركتنا

الدقة بالمواعيد : الالتزام مهم، وإذا تأخر أحد ما عليه إلا الدخول بهدوء والاندماج بالمجموعة
الالتزام : وفي حالة التغيب يجب الاتصال بالميسر والاعتذار منه، مهم جداً الحضور لأن الجلسات مرتبطة ببعضها البعض

الممارسة المنزلية : بين للمجموعة أهمية الممارسة وكيف يمكن أن تكسبهم أكبر قدر من المنافع من التمارين

دائرة المركز : التطبيع والتعليم

التطبيع والتعليم :

البند الأول : الرسم :

انظر ورقة عمل (2)

لا نتوقع أن يكون أفراد المجموعة خبراء بما سيتم عرضه، ولا تعرض نفسك كخبير - كلما كانت كلماتك بسيطة وواضحة ومحددة، ومقتبسة من الحوار والنقاش، ومقتزنة بمثال توضيحي؛ تكون أكثر فائدة. ويجب تغطية النقاط التالية :-

- ما المقصود بالرسم ؟ ناقش كيف تعتبر الرسومات شكل من أشكال التعبير عن النفس
- ما هي أنواع الرسم ؟ وأهميته ؟ ناقش كيف ومتى تستطيع الرسومات أن تكون مساعدة
- ما علاقة الرسم بالتخيل ؟ تحدث عن آلية وعملية الرسم
- ما هي فائدة الرسم ؟ وما علاقته بالعقل والجسم ؟

تمرين الرسومات :-

انتباه : ذكر أفراد المجموعة بالغرض والفائدة من تمرين الرسم :-

- الرسومات تساعدك على معرفة نفسك على نحو أفضل
- تساعدك على اكتشاف نفسك والوعي الذاتي
- تساعدك على التعبير عن النفس
- يساعدك على تحديد واكتشاف أي قضية عالقة بحياتك

قاعدة :

- علي المعالج أن يوضح للمشاركين أنني لا أريد أحداً فناناً
- لن يتم الحكم على الرسومات ولن يتم مكافأة أجمل رسمه هي طريقة للتواصل مع ذاتك بصورة انسيابية

عند التحضير للتمرين :-

- وزع أوراق A4 عدد ثلاثة لكل فرد من أفراد المجموعة
- وزع الألوان علي أفراد المجموعة
- اطلب من كل فرد أن يسجل اسمه ورقم الرسمة على كل ورقة

قبل الرسم : قم بعمل التالي :

" الآن اطلب منكم وضع كل شيء بين أيديكم على الأرض / اجلس بشكل مريح على المقعد واجعل عضلات جسدك مسترخية وأغمض عينيك وخذ شهيق من الأنف عميق وزفير من الفم بطيء، دع الأفكار الخارجية تأتي

وتذهب المهم ركز على جسدك، استمر بالشهيق والزفير لاحظ نفسك كيف تشعر ؟ كيف تلاحظ جسمك ؟ لاحظ الهواء الرطب حيث يداعب وجهك استمر بالشهيق العميق وقل بداخلك بطني والزفير البطيء وقل مسترخي وعندما تصبح مستعدا ومسترخيا ارسم ابتسامة علي وجهك وافتح عينيك افتح عينيك "

والآن انتبه : امسك الورقة الأولى : أعط تعليمات الرسمة الأولى واسمح بوقت من (7-5 دقائق) قبل الانتقال إلى رسم الثانية والثالثة :-

الرسمة الأولى : ارسم نفسك كما تراها الآن ؟ (ارسم صورة لنفسك كما ترى نفسك اليوم)

الرسمة الثانية : ارسم نفسك مع أكبر مشكلة تواجهك: تحدي أو قضية (دعها تأتي إليك قد تكون أو لا تكون المشكلة التي كنت تعتقد أنها هي عندما جئت إلى الغرفة)

الرسمة الثالثة : ارسم نفسك كما تريد أن تكون (مع المشكلة الكبيرة وقد حلت أو كما ترغب أن تكون)

انتباه :-

- ✓ قانون الملكية قد يرغب احد المشاركين بالاحتفاظ برسوماته لا توجد مشكلة، ذكر المشاركين بأننا نعمل على الاحتفاظ بالرسومات للجلسة الأخيرة
- ✓ قد تكون المشاعر التي تحملها رسومات احد الأعضاء تشابه مشاعر عضو آخر
- ✓ عليك كمعالج مشاركة أفراد المجموعة بالتعبير عن مشاعرهم ورسوماتك للتشجيع والتحفيز
- ✓ اسمح لكل فرد بالمجموعة أن يشرح رسمته بطريقته الخاصة نحن لسنا بصدد التحليل أو التفسير

فحص المشاعر :

- ✎ أسئلة للرسمة : (1) ماذا تري في رسمتك؟ ما هي الألوان التي استخدمتها ؟ ماذا تعني لك ؟ ما هو أهم شيء لاحظته في الرسمة ؟ ماذا تقول هذه الرسمة عن حالك الآن ؟
- ✎ أسئلة للرسمة : (2) ماذا تقول هذه الرسمة عن أكبر مشكلة تواجهك ؟ كيف تشعر وأنت تنتظر في الرسمة ؟ كيف تشعر بعد أن تحدثت ؟
- ✎ أسئلة للرسمة : (3) ماذا تقول هذه الرسمة عن حل مشكلتك الكبيرة ؟ كيف تشعر وأنت تنتظر إلى هذه الرسمة ؟ كيف تشعر بعد أن تحدثت عن ما ترغب أن تكون ؟ هل هناك أجوبة تثير دهشتك في رسمتك ؟

دائرة الإنهاء :

- ✎ يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة
- ✎ يقوم المعالج بتقييم الجلسة من خلال نموذج التقييم
- ✎ يقوم المعالج بالتأمل الختامي وتذكيرهم بأجندة الجلسة القادمة

الواجب البيتي :

- ✎ ممارسة تمرين الاسترخاء
- ✎ ممارسة نشاط سلوكي ممتع من القائمة التي حددها سابقاً بالتعاون مع الشريك

برنامج علاج العقل والجسم			
عنوان الجلسة		التغذية الحيوية الراجعة والتحفيز الذاتي	
الجلسة	الثالثة	الزمن	120 دقيقة
طبيعة الجلسة	جلسة جماعية		
أجندة الجلسة	• التأمل الافتتاحي		
	• فحص المشاعر / مراجعة للواجب البيئي		
	• التطبيع والتعليم : التغذية الحيوية الراجعة والتحفيز الذاتي		
	• تمرين عملي : التحفيز الذاتي		
	• فحص المشاعر		
	• تقييم الجلسة وتذكير بأجندة الجلسة القادمة		
	• التأمل الختامي		
أهداف الجلسة		محاور التدخل العلاجي	
أن تكون المجموعة قادرة على : • مقاومة استجابة الصراع والهروب من خلال استخدام التحفيز الذاتي • السيطرة على الجهاز العصبي اللاإرادي من خلال استخدام التنظيم الذاتي • تخفيف حدة الأعراض الناتجة عن الأمراض المزمنة باستخدام التحفيز الذاتي		• إعطاء قواعد أساسية في علم الأحياء المتصل بعلاج العقل والجسم وقدرته علي تغيير معتقدات حول أشياء اعتقد إنها خارج تحكم الإنسان.	
		• شرح استخدام تقنية التخيل البسيط (التحفيز الذاتي) لتنظيم النظام العصبي المستقل.	
		• استخدام التغذية الحيوية المرتجعة لإثبات قدرتنا على ممارسة هذه الرقابة على الجهاز العصبي المستقل	
استراتيجيات التدخل		التأمل الافتتاحي - فحص - التطبيع والتعليم- التحفيز الذاتي - فحص المشاعر - التأمل الختامي مهارات :- أعادة الصياغة - عكس المشاعر - التعاطف - التلخيص	
الأساليب التدريبية		العصف الذهني - حوار ونقاش -- المحاضرة	
المستلزمات التدريبية		- أقلام فلوما ستر - فلوب شارت - ورق بروس تل - ورق A4- ألوان - أوراق العمل	
التوزيع الزمني للإجراءات الخاصة بالجلسة الثالثة			
الوقت	موضوع الجلسة	مدة الإجراء	الزمن الكلي
	التأمل الافتتاحي		
	فحص المزاج والمشاعر		
	مراجعة الواجب البيئي		
	التطبيع والتعليم: التغذية الحيوية والتحفيز الذاتي		
	التمرين العملي: التحفيز الذاتي		
	فحص المشاعر		
	تقييم الجلسة والتذكير بالجلسة القادمة		
	التأمل الختامي		

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء :

نشاط رقم () : اسم النشاط : التأمل الافتتاحي :-

انتبه : التأمل الافتتاحي يتغير مع طبيعة الفئة المستهدفة (راجع دليل الممارسة للراشدين والمراهقين والأطفال)

- استخدم تأملاً بسيطاً من اختيارك يساعد أفراد المجموعة على التركيز ويدعوهم إلى الاسترخاء والانفتاح على التعلم

قاعدة :

- ✓ اجعل نبرة صوتك هادئة مسموعة
- ✓ أعط وقتاً كافياً لتمرين التأمل الافتتاحي
- ✓ اجعل صوتك متناغماً مع الموسيقى (استخدم موسيقى هادئة)
- ✓ استخدم كلمات بسيطة وواضحة وابتعد عن التشبث راجع (دليل العمل مع الراشدين والمراهقين والأطفال)
- ✓ تأكد أن الجميع يجلس بصورة مريحة تساعد على الاسترخاء

نص النشاط : التأمل الافتتاحي :

اجعل جسدك مسترخياً، ظهرك منتصباً، ضع قدميك على الأرض تحرر من كل شئ بضايقتك وأغلق عينيك - تنفس بعمق، خذ شهيقاً من الأنف والزفير من الفم. تخيل بطنك مرتخية....ركز انتباهك على يديك... اقبض يديك اليسرى وأحس مرفقك للداخل قدر استطاعتك بحيث تلامس قبضتك كتفك اليسرى. المس التوتر في ذراعك وحافظ على هذا الوضع بضع ثوان.... استرخ، ودع يديك تعود إلى وضعها على فخذك.... انتبه للفرق بين التوتر والاسترخاء....كرر تمرين التوتر والاسترخاء برجليك وفخذيك ومعدتك.... والآن ركز انتباهك على رأسك. قطب عينيك وجبينك واذنك وفمك واثبت على ذلك بضع ثوان. استرخ.... كرر هذا العمل، لكن أرخ نصف وجهك فقط هذه المرة. اثبت على هذا الوضع بضع ثوان ثم استرخ تماماً.... والآن اشد جميع العضلات في جسمك، ابدأ بقدميك، ووتركهما مشدودتين، واشدد قصبتيك،.... وفخذيك ووركك، ومعدتك وكتفك ويديك وأخيراً رأسك حتى تصبح جميع عضلات جسمك مشدودة. تنفس بعمق واثبت على هذا الوضع.... أرخ جميع عضلاتك دفع واحدة، ولاحظ كيف يزول كل التوتر من جسمك.

فحص المشاعر لتمرين التأمل :

كيف كان شعورك خلال التأمل؟ كيف تبدو تجربتك؟ كيف تصف مشاعرك؟ كيف تلاحظ جسدك؟ هل راودتك افكار اثناء ممارسة التمرين؟ هل ترغب بمشاركتنا بتجربتك؟

انتباه :

- كن مدركاً لمشاعرك الخاصة قبل وأثناء وبعد الجلسة
- كن مدركاً لما يحدث مع الشخص الذي يتحدث وشجع على المشاركة
- كن مدركاً لما يحدث بالمجموعة ككل وانتبه إلى الإيماءات الجسدية والرسائل الغير مباشرة

قاعدة :

يجب تذكير المجموعة بالعبارات التالية :-

- هذا هو مكاننا الآمن
- لنحب بعضنا البعض وننتمي لمجموعتنا
- نحن ننتمي لبعضنا البعض
- نحن هنا نثق ببعضنا البعض

التطبيع والتعليم :

البند الأول : الدعامات البيولوجية في علاج العقل والجسم : انظر ورقة عمل (2)

يجب عليك أن تكون قد حضرت مسبقا حديثا مختصرا وبسيطا حول الدعامات البيولوجية لعلاج العقل والجسم. يجب أن يتضمن هذا الكلام شرح لعمليات مختلفة في الجسم، كيف تتأثر بالضغط النفسي وماذا يمكن عمله لإعادة التوازن الي العمليات. ارجع الي محاضرات برنامج التدريب المهني للأفكار والمراجع.(استخدم مثال واقعي وشرح ما الذي تغير ؟ ما الذي حدث بجسمي ؟ كيف

شعرت ؟ (كن بسيطاً، ابتعد عن المصطلحات)

- ما هو الضغط النفسي ؟ ماهي مؤثراته بعملية الجهاز السمبتاوي؟ ما هي استجابة الأقدام والأحجام ؟ ما الفرق بين الضغط النفسي والضغط المزمن ؟ما هو التحفيز الذاتي ؟ لماذا يعتبر مساعد ؟ كيف يؤثر التحفيز الذاتي علي الجهاز العصبي البارسمتاوي ؟ كيف نستخدم التخيل بالتحفيز الذاتي؟
- ماذا نقصد بالتغذية الحيوية الراجعة ؟ متي تكون مساعدة ؟ كيف يعمل التحفيز مع التغذية الحيوية الراجعة ؟ وكيف تؤثر علي الأعضاء
- ناقش التفاعل بين العقل والجسم (من الجوانب النفسية والعصبية والهرمونية والمناعية)

نص النشاط : التحفيز الذاتي والتغذية الحيوية الراجعة :

اجعل جسدك مسترخيا، ظهرك منتصباً، ضع قدميك على الأرض تحرر من كل شيء يضايقك وأغلق عينيك - تنفس بعمق، خذ شهيقاً من الأنف والزفير من الفم ببطء،خذ أنفاساً من البطن... في لحظات قليلة، سأقول بصوت مسموع لكم عبارة للتحفيز الذاتي. هناك ست عبارات، كل واحدة منها مصممة لتحقيق التوازن بين التحفيز في النظام العصبي الودي والاسترخاء في النظام العصبي جار الودي. سأقول كل عبارة ست مرات وفي كل مرة أقول العبارة، أود منكم تكرارها بصمت لأنفسكم. فالست عبارات يعني تكرارها ست مرات.

تخيل الأحاسيس التي تحدث في الجسم في كل عبارة تكررها. علي سبيل المثال، عندما أقول، " يداي ثقيلتان ودافئتان." قد تتخيل الاسترخاء علي شاطئ البحر مع أشعة الشمس الساطعة عليك وإنها تعطيك الدفء.

وعليه، خذ نفساً آخر ببطء، لنبدأ.

لـ يداي ثقيلتان ودافئتان [وقفة] أنا في أمان [وقفة]

لـ ساقاي ثقيلة ودافئة [وقفة] أنا في أمان [وقفة]

لـ نبضات قلبي هادئة وقوية [وقفة] أنا في أمان [وقفة]

لـ تنفسي هادئ ومسترخي [وقفة] أنا في أمان [وقفة]

لـ بطني يشع دفئاً [وقفة] أنا في أمان [وقفة]

لـ جبهتي باردة [وقفة] أنا في أمان [وقفة]

بعد أن تكون قد كررت كل عبارة 6 مرات ، أغلق التمرين بالكلمات التالية :

تصور نفسك الآن بأنك كائن صحي وقوي وسعيد. ابق في حالة من الاسترخاء العميق المدة التي تحب...عد بنفسك ببطء عن طريق التنفس بعمق وحرك أطرافك بلطف حتي تنتبه، إذا أحببت، اسمح لابتنسامة أن ترتسم على وجهك قبل أن تفتح عينيك.

فحص المشاعر :

توجيه : هنيئاً لك إذا ارتفعت درجة حرارتك وتغير لون النقاط الحرارية مباشرة الى اللون الأخضر أو الأزرق والأرجواني. عندما يرى الدماغ هذه التغيرات في درجة الحرارة واللون ، فإنها تعلم جسمك بأن يسترخي.إذا لم تتغير درجة الحرارة وكنت تشعر باسترخاء فهذا عظيم أيضاً. في بعض الأحيان تستغرق القراءات بعض الوقت للتعرف على المشاعر الداخلية.إذا كانت درجة الحرارة منخفضة ، فهذا يشير إلى أن الغرفة باردة جداً أو أنك مشوش ببعض الأفكار والصور .

كيف كان شعورك خلال تنفيذ التمرين؟ كيف تبدو تجربتك؟ كيف تصف مشاعرك ؟ كيف تلاحظ جسديك ؟ هل راودتك أفكار أثناء ممارسة التمرين ؟ هل ترغب بمشاركة تجربتك ؟

دائرة الإنهاء :

- ✍ يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة
- ✍ يقوم المعالج بتقييم الجلسة من خلال نموذج التقييم
- ✍ يقوم المعالج بالتأمل الختامي وتذكيرهم بأجندة الجلسة القادمة

الواجب البيتي :

- ✍ مارس عبارات التحفيز الذاتي بصمت مع نفسك أو أشرك عضو من العائلة أو صديق. تأكد من أن المكان هادئ ودافئ لأن هذا من شأنه أن يعزز فعالية هذه التدريبات . إن درجات الحرارة الباردة تعيق عمليات الإحماء
- ✍ ممارسة نشاط سلوكي ممتع من القائمة التي حددها سابقاً بالتعاون مع الشريك

برنامج علاج العقل والجسم			
عنوان الجلسة		مسح الجسم	
الجلسة		الرابعة	
طبيعة الجلسة		جلسة جماعية	
أجندة الجلسة	• التأمل الافتتاحي		
	• فحص المشاعر / مراجعة للواجب البيئي		
	• التطبيع والتعليم : كيف ندرك أجسامنا - مسح الجسم		
	• تمرين عملي : مسح الجسم		
	• فحص المشاعر		
	• تقييم الجلسة وتذكير بأجندة الجلسة القادمة		
	• التأمل الختامي		
أهداف الجلسة		محاور التدخل العلاجي	
أن تكون المجموعة قادرة على :		-زيادة الوعي بذاكرة الجسد والسيطرة عليها. -بالإمكان التقليل من التوتر، زيادة الهدوء و العافية. -إدراك مؤشرات الضغط التي تحدث بالجسد	
• الوعي والإدراك للتغيرات بالجسم من خلال استخدام تمرين مسح الجسم		• استخدام الحكمة الذاتية الداخلية للشخص لتطوير صورة العلاج	
• خفض التوتر والقلق وزيادة الهدوء النفسي باستكشاف الجسم والمشكلة			
• تنظيم العلاج الذاتي باستخدام الحكمة الداخلية للفرد أثناء المسح			
استراتيجيات التدخل		التأمل الافتتاحي - فحص - التطبيع والتعليم - التحفيز الذاتي - فحص المشاعر - التأمل الختامي مهارات :- أعادة الصياغة - عكس المشاعر - التعاطف - التلخيص	
الأساليب التدريبية		العصف الذهني - حوار ونقاش - المحاضرة	
المستلزمات التدريبية		- أقلام فلوما ستر - فلوب شارت - ورق بروس تل - ورق A4 - ألوان - أوراق العمل	
التوزيع الزمني للإجراءات الخاصة بالجلسة الرابعة			
الوقت	موضوع الجلسة	مدة الإجراء	الزمن الكلي
	التأمل الافتتاحي		
	فحص المزاج والمشاعر		
	مراجعة الواجب البيئي		
	التطبيع والتعليم: كيف ندرك أجسامنا		
	التمرين العملي: مسح الجسم		
	فحص المشاعر		
	تقييم الجلسة والتذكير بالجلسة القادمة		
	التأمل الختامي		

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء :

نشاط رقم () : اسم النشاط : التأمل الافتتاحي :-

انتبه : التأمل الافتتاحي يتغير مع طبيعة الفئة المستهدفة (راجع دليل الممارسة للراشدين والمراهقين والأطفال)

- استخدم تأملاً بسيطاً من اختيارك يساعد أفراد المجموعة على التركيز ويدعوهم إلى الاسترخاء والانفتاح على التعلم

قاعدة :

- ✓ اجعل نبرة صوتك هادئة مسموعة .
- ✓ أعط وقتاً كافياً لتمرين التأمل الافتتاحي.
- ✓ اجعل صوتك متناغماً مع الموسيقى (استخدم موسيقى هادئة) .
- ✓ استخدم كلمات بسيطة وواضحة وابتعد عن التشبث راجع (دليل العمل مع الراشدين والمراهقين والأطفال) .
- ✓ تأكد أن الجميع يجلس بصورة مريحة تساعد على الاسترخاء .

نص النشاط : التأمل الافتتاحي :

اجعل جسدك مسترخياً، ظهرك منتصباً، ضع قدميك على الأرض تحرر من كل شيء يضايقك وأغلق عينيك - تنفس بعمق، خذ شهيقاً من الأنف والزفير من الفم. تخيل بطنك مرتخية....ركز انتباهك على يديك... اقبط يديك اليسرى وامن مرفقك للداخل قدر استطاعتك بحيث تلامس قبضتك كنفك اليسرى. المس التوتر في ذراعك وحافظ على هذا الوضع بضع ثوان.... استرخ، ودع يديك تعود إلى وضعها على فخذك.... انتبه للفرق بين التوتر والاسترخاء....كرر تمرين التوتر والاسترخاء برجليك وفخذيك ومعدتك.... والآن ركز انتباهك على رأسك. قطب عينيك وجبينك واذنك وفمك واثبت على ذلك بضع ثوان. استرخ.... كرر هذا العمل، لكن أرخ نصف وجهك فقط هذه المرة. اثبت على هذا الوضع بضع ثوان ثم استرخ تماماً.... والآن اشد جميع العضلات في جسمك، ابدأ بقدميك، واطركهما مشدودتين، واشدد قصبتيك،.... وفخذيك ووركك، ومعدتك وكنتيك ويديك وأخيراً رأسك حتى تصبح جميع عضلات جسمك مشدودة. تنفس بعمق واثبت على هذا الوضع.... أرخ جميع عضلاتك دفعة واحدة، ولاحظ كيف يزول كل التوتر من جسمك.

فحص المشاعر لتمرين التأمل :

كيف كان شعورك خلال التأمل؟ كيف تبدو تجربتك؟ كيف تصف مشاعرك؟ كيف تلاحظ جسدك؟ هل راودتك أفكار أثناء ممارسة التمرين؟ هل ترغب بمشاركةنا بتجربتك؟

دائرة المركز : التطبيع والتعليم

التطبيع والتعليم : مسح الجسم :

(استخدم مثال واقعي استكشف جسمك ؟ كيف تؤثر أفكارنا ومشاعرنا على جسدنا ؟ كيف شعرت ؟ (ابتعد

عن المصطلحات) :

- كيف تدرك ما الذي تغير بجسمك ؟ كيف تفحص مؤشرات الضغط ؟ ما الذي يحدث بجسمك ؟ وضح الفرق بين ذاكرة العقل والجسد ؟
- اشرح نموذج الأفكار والمشاعر والجسد والسلوك ؟ متى تكون مساعدة ؟ كيف يعمل مسح الجسم ؟ وكيف يؤثر على الأعضاء؟
- ناقش التفاعل بين العقل والجسم (من الجوانب النفسية والعصبية والهرمونية والمناعية)

نشاط رقم () : اسم النشاط : مسح الجسم

انتباه :

- كميسر كن مدركاً لطبيعة أفراد مجموعتك، حافظ على صوتك هادئاً ومتناغماً مع الموسيقى
- اذكر لأفراد مجموعتك رسالة بعد الانتهاء من التمرين والفحص (بأننا نستطيع أن نتحكم ونؤثر على وظائفنا العضوية)

التحذير والنهي:

- ذكريات عاطفية قوية ربما قد تثار.

نص النشاط : مسح الجسم :

اجلس بشكل مريح للحظة ، تنفس شهيقاً وزفيراً عن طريق الأنف واسترخ. أغمض عينيك إذا أردت. اسمح لقضية ، مشكلة ، أو عرض أن تأتي إليك..... فقط خذ ما يأتي إليك في تلك اللحظة. يبدو أن اللاوعي يعرف أفضل مما نفعل عند الحاجة للاستكشاف. يمكن أن يكون شيء بدني... "عندي ألم هنا" أو "الدي مرض وأنا أتساءل ما هو." يمكن أن يكون شيئاً انفعالياً... قلق لديك ، صراع مع شخص ما ، شعور بالحزن أو الغضب ، أو القلق من أنك لا تفهم حقاً ، لكنه هناك. يمكن أن يكون شيئاً في حياتك يحتاج لاتخاذ قرار... "ما هو نوع التغييرات التي أحتاجها في حياتي؟" أو "ما هو نوع العمل الذي ينبغي أن أفعله حقاً؟" تخيل ان هذه القضية أو المشكلة أو العرض أو القلق هو شخص يجلس على الجانب الآخر من مقعدك. اسأل المشكلة إذا كانت لديها مسمى ، إلى جانب التسمية التي اعطيتها إياها. فكر في دورة الحياة لهذه المشكلة : ما هي النقاط العالية والنقاط المنخفضة في هذه الحياة. متى تنتابك؟ متى يكون أكثر نشاطاً؟ بعدها ، افتح عينيك وابدأ في كتابة حوار بين نفسك ومشكلتك أو القلق الذي تشعر به ، وذلك باستخدام الاختصارات أو الأحرف الأولى لتعجيل العملية (على سبيل المثال ، "مش" لهذه المشكلة أو "م" بالنسبة لمعدة و "أنا" لنفسك). سوف تكون الكتابة من 7-10 دقائق تقريباً. كتابة سريعة دون تحليل ما تكتبه. الفكرة الأولى ، هي الفكرة الأفضل. فقط اسمح للحوار أن ينكشف. يمكنك أن تسأل العرض أو المشكلة أسئلة وتحصل على الأجوبة أو أسئلة أخرى. تأكد من أن تطلب من الأعراض أن تقدم لك نصيحة أو مشورة ملموسة بشأن ما عليك القيام به للتخفيف أو الفهم على نحو أفضل. اسمح للحوار أن يتدفق بحرية ، يسأل ويجيب على أسئلة محددة ، ذهاباً وإياباً. شجع الناس على أن يكونوا في حالة يستطيعون فيها تخيل الحوار. هذا التمرين لا يتعلق بالتفكير. لا يوجد شيء هناك يمكن أن يكون خاطئ. تذكر ، هذا الحوار مع عرض ، مشكلة أو مسألة ما.

ملاحظة : عند الانتهاء ، خذ عدة دقائق لقراءة ما كتبت.

فحص مشاعر المشاركين : كيف كانت مشاعرك ؟ تحدث عن جسدك وكيف تشعر الآن ؟ كيف تصف تجربتك بعد أن تحدثت؟ ماذا ترغب أن يحدث ؟ بماذا تفكر وكيف تشعر وما الذي يجعلك تدرك التغيير داخل جسمك ؟

دائرة الإنهاء :

- ❧ يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة
- ❧ يقوم المعالج بتقييم الجلسة من خلال نموذج التقييم
- ❧ يقوم المعالج بالتأمل الختامي وتذكيرهم بأجندة الجلسة القادمة

الواجب البيتي :

- ❧ مارس تمرين مسح الجسم واكتب بدفتر ذكرياتك عن مشاعرك
- ❧ ممارسة نشاط سلوكي ممتع من القائمة التي حددها سابقاً بالتعاون مع الشريك

برنامج علاج العقل والجسم			
عنوان الجلسة	التنفس والحركة	الجلسة	الجلسة
الجلسة	الخامسة	الزمن	120 دقيقة
طبيعة الجلسة	جلسة جماعية		
أجندة الجلسة	• التأمل الافتتاحي		
	• فحص المشاعر / مراجعة للواجب البيئي		
	• التطبيع والتعليم : التنفس الحركي		
	• تمرين عملي : الاهتزاز		
	• فحص المشاعر		
	• تقييم الجلسة وتذكير بأجندة الجلسة القادمة		
	• التأمل الختامي		
أهداف الجلسة		محاور التدخل العلاجي	
أن تكون المجموعة قادرة على : • مقاومة استجابة الصراع والهروب من خلال استخدام التحفيز الذاتي • السيطرة على الجهاز العصبي اللاإرادي من خلال استخدام التنظيم الذاتي • تخفيف حدة الأعراض الناتجة عن الأمراض المزمنة باستخدام التحفيز الذاتي		• إعطاء قواعد أساسية في علم الأحياء المتصل بعلاج العقل والجسم وقدرته على تغيير معتقدات حول أشياء اعتقد إنها خارج تحكم الانسان. • شرح استخدام تقنية التخييل البسيط (التحفيز الذاتي) لتنظيم النظام العصبي المستقل. • استخدام التغذية الحيوية المرتجعة لإثبات قدرتنا على ممارسة هذه الرقابة على الجهاز العصبي المستقل	
استراتيجيات التدخل		التأمل الافتتاحي - فحص - التطبيع والتعليم - الاسترخاء التنفسي - الاهتزاز - فحص المشاعر - التأمل الختامي مهارات :- إعادة الصياغة - عكس المشاعر - التعاطف - التلخيص	
الأساليب التدريبية		العصف الذهني - حوار ونقاش - المحاضرة	
المسـتـلـزـمـات التدريبية		- أقلام فلوما ستر - فلوب شارت - ورق بروس نل - ورق A4- ألوان - أوراق العمل	
الوقت	موضوع الجلسة	مدة الإجراء	الزمن الكلي
	التأمل الافتتاحي		
	فحص المزاج والمشاعر		
	مراجعة الواجب البيئي		
	التطبيع والتعليم: التنفس والحركة		
	التمرين العملي: الاهتزاز		
	فحص المشاعر		
	تقييم الجلسة والتذكير بالجلسة القادمة		
	التأمل الختامي		

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء :

نشاط رقم () : اسم النشاط : التأمل الافتتاحي :-

- انتبه : التأمل الافتتاحي يتغير مع طبيعة الفئة المستهدفة (راجع دليل الممارسة للراشدين والمراهقين والأطفال)
- استخدم تأملاً بسيطاً من اختيارك يساعد أفراد المجموعة على التركيز ويدعوهم إلى الاسترخاء والانفتاح على التعلم

قاعدة :

- ✓ اجعل نبرة صوتك هادئة مسموعة
- ✓ أعطي وقتاً كافياً لتمرين التأمل الافتتاحي
- ✓ اجعل صوتك متاغماً مع الموسيقى (استخدم موسيقى هادئة)
- ✓ استخدم كلمات بسيطة وواضحة وابتعد عن التشتيت راجع (دليل العمل مع الراشدين والمراهقين والأطفال)
- ✓ تأكد أن الجميع يجلس بصورة مريحة تساعده على الاسترخاء

نص النشاط : التأمل الافتتاحي :

اجعل جسدك مسترخياً، ظهرك منتصباً، ضع قدميك على الأرض تحرر من كل شيء يضايقك وأغلق عينيك - تنفس بعمق، خذ شهيقاً من الأنف والزفير من الفم. تخيل بطنك مرتخية....ركز انتباهك على يديك... اقبض يدك اليسرى واحن مرفقك للداخل قدر استطاعتك بحيث تلامس قبضتك كتفك اليسرى. المس التوتر في ذراعك وحافظ على هذا الوضع بضع ثوان.... استرخ، ودع يدك تعود إلى وضعها على فخذك.... انتبه للفرق بين التوتر والاسترخاء....كرر تمرين التوتر والاسترخاء برجليك وفخذيك ومعدتك.... والآن ركز انتباهك على رأسك. قطب عينيك وجبينك وانفك وفمك واثبت على ذلك بضع ثوان. استرخ.... كرر هذا العمل، لكن أرخ نصف وجهك فقط هذه المرة. اثبت على هذا الوضع بضع ثوان ثم استرخ تماماً.... والآن اشدّد جميع العضلات في جسمك، ابدأ بقدميك، واتركهما مشدودتين، واشدّد قصبتيك،.... وفخذيك ووركك، ومعدتك وكتفك ويديك وأخيراً رأسك حتى تصبح جميع عضلات جسمك مشدودة. تنفس بعمق واثبت على هذا الوضع.... أرخ جميع عضلاتك دفع واحدة، ولاحظ كيف يزول كل التوتر من جسمك.

ملاحظة : يقوم المعالج بإعطاء وقت أطول للتأمل وربطه بالتطبيع والتعليم للتنفس حتى لا تكون العملية مجهدة للمشاركين

فحص المشاعر لتمرين التأمل الافتتاحي :

كيف كان شعورك خلال التأمل؟ كيف تبدو تجربتك؟ كيف تصف مشاعرك خلال الأسبوع؟ كيف تلاحظ جسدك؟ هل راودتك أفكار أثناء ممارسة التمرين؟ هل ترغب بمشاركتنا بتجربتك؟ ما الذي خبرته أثناء ممارستك للتمارين بالمنزل؟ وما هو التحدي كان بالنسبة لك؟ ما هي الأسئلة أو المخاوف التي ظهرت للمجموعة منذ الجلسة الماضية؟

دائرة المركز : التطبيع والتعليم

التطبيع والتعليم : التنفس والحركة :

(كمعالج اشرح مادة التنفس التعليمية ثم طبق التمرين والفحص ثم اشرح مادة الحركة وطبق التمرين واعمل الفحص)

- ما هو التنفس ؟ عناصر الجهاز التنفسي ؟ ما الفرق بين التنفس السطحي والتنفس العميق ؟ ماذا يعني التنفس من المعدة ؟
- كيف يؤثر التنفس على القلق والإرهاق والإجهاد ؟ طبق تمرين عملي حول (التنفس المضطرب) ناقش ذلك
- ماذا تعني الحركة ؟ ما المقصود بالطاقة ؟ لماذا يعتبر تمرين الحركة مساعد ؟ ما هو أفضل أنواعه ؟ كيف يؤثر المزاج على الحركة ؟
- ناقش التفاعل بين العقل والجسم (من الجوانب النفسية والعصبية والهرمونية والمناعية)

نص نشاط : التنفس

اجلس بشكل مريح، يمكنك أن تفتح أو تغلق عينيك ، إذا كانت مفتوحة انتبه أن تكون مفتوحة قليلا وغير مركزة على شيء معين (عيون مستريحة) . لاحظ التنفس ، كيف أن الهواء يسير في طريق الخياشيم ويخرج عن طريق الأنف ، ثم لاحظ الأفكار والمشاعر ، المشاعر العاطفية والأحاسيس ، والأحاسيس الجسدية التي تظهر . قد تكون تفكر في الغداء بما أنك تشعر بالجوع. أو قد تكون تشعر بالرضا لمجرد أن تكون جالسا هنا. لاحظ الأفكار والمشاعر والأحاسيس وسمها ثم ارجع بانتباهك الي تنفسك في عمليتا الشهيق والزفير عن طريق الأنف. استمر في هذه العملية من التنفس ولاحظها لبضع دقائق. (وقفة) قل الآن : عندما تكون مستعدا ، افتح عينيك وعد إلى الغرفة.

نص نشاط الحركة : الحركة

سوف تحتاج إلى أن يكون لديك نوعين من الموسيقى ، الموسيقى الإيقاعية السريعة للتنفس المضطرب / وموسيقى الرقص. استخدام هذه الكلمات أو مشابهة لها لشرح النشاط :

للتنفس المضطرب : ملاحظة : يستخدم للتفريق بين التنفس السطحي والتنفس العميق

قف وقدميك بمستوى الحوض، اثن ركبتيك قليلا. ثبت ذراعيك على الكوع، أحفظ يديك على مستوى الخصر. استخدم ذراعيك كمنفاخ أثناءها، تنفس بسرعة شهيقا وزفيراً عن طريق الأنف، ركز بصورة خاصة على عملية الزفير. باستخدام ذراعيك ، تنفس بعمق من الرئتين واشعر بأن الصدر يتوسع مع كل شهيق. تنفس بأسرع ما يمكن ، وتأكد من أن تنفسك يبقى عميقا. قم بذلك من دون أن توتر جسمك وتأكد من استرخاء العنق والكتفين. استمر حتي "تصبح أنت التنفس"، وحتى يصبح تنفسك مضطربا- بمعنى ألا تكون طريقة ثابتة ومتوقعة. شجع أعضاء المجموعة على إبقاء عيونهم مغلقة خلال ممارسة التمرين. اجعلهم يعلموا إذا ما كانوا يشعرون بأنهم فقدوا توازنهم ، عندها بالتأكيد يمكن أن يفتحوا عيونهم.

بعد ذلك ، شغل الموسيقى وأرشد المجموعة عند القيام بالتنفس المضطرب. في التنفس ، استمر في توجيههم بهذه الكلمات:

استمر بالتنفس ، تذكر أن تبقي ركبتيك مثنيتان . جيد. استمر. ممكن تصدر صوتا لنفسك تعبر أبق عينيك مغمضتين.استمر ، إذا أتنك الأفكار ، اسمح لها أن تأتي وتذهب. اجعل تنفسك أكثر عمقا.إذا كان عقلك في حيرة وتساؤل ، عد بانتباهك مرة أخرى إلى التنفس. استمر وتمتع بذلك. بعد 7-8 دقائق ، أوقف الموسيقى وشجع أعضاء المجموعة على تجربة الطاقة لبضع لحظات. استعد لتشغل موسيقى الرقص ،
ثم قل :

كن مدركا. تنفس بعمق. لاحظ تنفسك. لاحظ كيف يشعر جسمك... يتنفس بعمق ، يسترخي. وعندما تبدأ الموسيقى ، اسمح لها بتحريكك. دع جسمك يتحرك بالطريقة التي يرغب فيها .

فحص المشاعر

كيف تشعر؟ماذا يشبه حالك الآن؟بعد التنفس والرقص ، وبعد السماح لجسمك أن يتحرك بالطريقة التي يريد -- كيف يشعر جسمك الآن؟ عقلك؟ ماذا عن العواطف؟ كيف كانت مشاعرك ؟ تحدث عن جسدك وكيف تشعر الآن ؟ كيف تصف تجربتك بعد أن تحدثت؟ ماذا ترغب أن يحدث ؟ بماذا تفكر وكيف تشعر وما الذي يجعلك تدرك التغير داخل جسمك ؟

دائرة الإنهاء :

- ❖ يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة
- ❖ يقوم المعالج بتقييم الجلسة من خلال نموذج التقييم
- ❖ يقوم المعالج بالتأمل الختامي وتذكيرهم بأجندة الجلسة القادمة

الواجب البيتي :

- ❖ مارس الاسترخاء التنفسي واكتب المذكرات
- ❖ ممارسة نشاط سلوكي ممتع رياضي أنت وشريكك

برنامج علاج العقل والجسم		
عنوان الجلسة	تخيل المكان الامن	الجلسة
الجلسة	السادسة	120 دقيقة
طبيعة الجلسة	جلسة جماعية	
أجندة الجلسة	• التأمل الافتتاحي	
	• فحص المشاعر / مراجعة للواجب البيئي	
	• التطبيع والتعليم : التخيل	
	• تمرين عملي : تخيل المكان الامن	
	• فحص المشاعر	
	• تقييم الجلسة وتذكير بأجندة الجلسة القادمة	
	• التأمل الختامي	
أهداف الجلسة		محاور التدخل العلاجي
أن تكون المجموعة قادرة على : • خفض حدة أعراض الضغط والإجهاد من خلال ممارسة الاسترخاء التنفسي • تقوية قدرة العقل على السيطرة على ردود الفعل الجسمية والعاطفية من خلال التزود بالتخيل الأمن أثناء العمل التجريبي • خفض مؤشرات الانزعاج والإحساسات الجسمية الناتجة عن المواقف المثيرة للقلق		• تقليل الضغط و الإجهاد وزيادة الاسترخاء • تقليل مؤشرات الانزعاج من مواقف القلق • تقوية مقدرة الشخص للرسم من مصادر أحاسيسه الخاصة • التزود بالأساس لتمارين التخيل الأخرى • تزود بشبكة آمنة من خلال العمل التجريبي
استراتيجيات التدخل	التأمل الافتتاحي - فحص - التطبيع والتعليم - تخيل المكان الامن - فحص المشاعر - التأمل الختامي - مهارات :-	إعادة الصياغة - عكس المشاعر - التعاطف - التلخيص
الأساليب التدريبية	العصف الذهني - حوار ونقاش - المحاضرة	
المســــتلزمات التدريبية	- أقلام فلوما ستر - فلوب شارت - ورق بروس تل - ورق A4- ألوان - أوراق العمل	
التوزيع الزمني للإجراءات الخاصة بالجلسة السادسة		
الوقت	موضوع الجلسة	مدة الإجراء
	التأمل الافتتاحي	الزمن الكلي
	فحص المزاج والمشاعر	
	مراجعة الواجب البيئي	
	التطبيع والتعليم : التخيل	
	التمرين العملي : تخيل المكان الامن	
	فحص المشاعر	
	تقييم الجلسة والتذكير بالجلسة القادمة	
	التأمل الختامي	

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء :

نشاط رقم () : اسم النشاط : التأمل الافتتاحي :-

انتبه : التأمل الافتتاحي يتغير مع طبيعة الفئة المستهدفة (راجع دليل الممارسة للراشدين والمراهقين والأطفال)

- استخدم تأملاً بسيطاً من اختيارك يساعد أفراد المجموعة على التركيز ويدعوهم إلى الاسترخاء والانفتاح على التعلم

قاعدة :

- ✓ اجعل نبرة صوتك هادئة مسموعة
- ✓ أعطي وقتاً كافياً لتمرين التأمل الافتتاحي
- ✓ اجعل صوتك متناغماً مع الموسيقى (استخدم موسيقى هادئة)
- ✓ استخدم كلمات بسيطة وواضحة وابتعد عن التشبثات راجع (دليل العمل مع الراشدين والمراهقين والأطفال)
- ✓ تأكد أن الجميع يجلس بصورة مريحة تساعده على الاسترخاء

نص النشاط : التأمل الافتتاحي :

اجعل جسدك مسترخياً، ظهرك منتصباً، ضع قدميك على الأرض تحرر من كل شيء يضايقك وأغلق عينيك - تنفس بعمق، خذ شهيقاً من الأنف والزفير من الفم. تخيل بطنك مرتخية....ركز انتباهك على يديك... اقبط يديك اليسرى واحن مرفقك للداخل قدر استطاعتك بحيث تلامس قبضتك كتفك اليسرى. المس التوتر في ذراعك وحافظ على هذا الوضع بضع ثوان.... استرخ، ودع يديك تعود إلى وضعها على فخذك.... انتبه للفرق بين التوتر والاسترخاء....كرر تمرين التوتر والاسترخاء ببرجلك وفخذيك ومعدتك....والآن ركز انتباهك على رأسك. قطب عينيك وجبينك وافتك وفمك واثبت على ذلك بضع ثوان. استرخ.... كرر هذا العمل، لكن أرخ نصف وجهك فقط هذه المرة. اثبت على هذا الوضع بضع ثوان ثم استرخ تماماً.... والآن اشد جميع العضلات في جسمك، ابدأ بقدميك، ووتركهما مشدودتين، واشدد قصبتيك،.... وفخذيك ووركك، ومعدتك وكتفك ويديك وأخيراً رأسك حتى تصبح جميع عضلات جسمك مشدودة. تنفس بعمق واثبت على هذا الوضع.... أرخ جميع عضلاتك دفع واحدة، ولاحظ كيف يزول كل التوتر من جسمك.

فحص المشاعر لتمرين التأمل الافتتاحي :

انتباه : قد يثير الفحص مشاعر مؤلمة وقوية كن مدركاً لما يحدث (ممكن أن تستخدم تمرين مساند للدعم والمساندة)

انتباه :

أنت الآن تقترب إلى النهاية كمعالج مع أفراد مجموعتك، قد تدعو الأعضاء إلى المشاركة في :-
كيف كان شعورك خلال التأمل؟ كيف تبدو تجربتك؟ كيف تصف مشاعرك خلال الأسبوع؟ كيف تلاحظ جسدك؟ هل راودتك أفكار أثناء ممارسة التمرين؟ هل ترغب بمشاركتنا بتجربتك؟ كيف الآن تشعر وأنت عضو بهذه المجموعة؟ ما الشيء المختلف عندك الآن؟ ما الذي يفاجئك؟
ما الذي تغير لديك؟ ما الذي تعلمته وجعلك مدركاً خلال فترة وجودك بالمجموعة؟ وما الذي تريد ان تواصل تنميته داخلك؟

دائرة المركز : التطبيع والتعليم

التطبيع والتعليم : التخيل والمكان الآمن : التمرين التجريبي (تخيل الليمون)

(اربط المادة بتمرين عملي بسيط يوضح كيف يمكن استخدام التمرين)

- ما هو التخيل الموجه ؟ ما هو التصور ؟ الفرق بين التخيل النشط مقابل التخيل المستقل ؟
- أمثلة على قوة التخيل ؟ الحواس والتخيل
- لماذا التخيل مفيد ومساعد ؟
- كيف يؤثر التخيل على وظائف الأعضاء والنفوس بالعقل والجسم
- ناقش التفاعل بين العقل والجسم (من الجوانب النفسية والعصبية والهرمونية والمناعية) - كيفية استخدام التخيل

نشاط رقم () : اسم النشاط : تخيل المكان الآمن :

موسيقى: Riley Lee، "شروق الشمس الشرقية"

التحذير والمنع

- احتمال إثارة ذكريات عاطفية قوية

اسمح لنفسك بالجلوس للخلف بشكل مسترخي واجعل جسدك مسترخيا - تحرر من كل شيء يضايقك... ارفع نظاراتك إن رغبت في ذلك.. تأكد من أن ذراعيك وساقيك في موضع صحيح. فإذا شعرت بأنك مرتاح أغض عينيك.

اجعل انتباهك مركزاً على تنفسك. حاول أن يكون تنفسك مريحاً. و اعلم أن التنفس واحداً من أهم عوامل الإدراك المؤثرة على جهازك العصبي.

الآن أريد منك أن ترى نفسك في مكان خاص جداً... ربما يكون مكاناً حقيقياً ... مكان ربما قد كنت فيه فعلاً... بقعة جميلة في الطبيعة... أو مكان مريح في بيتك الخاص. مكانك الخاص ربما يكون مكاناً خيالياً ... مكان في قصص الخيال.. داخل البيت أو خارجه.. هذا أمر غير مهم فعلاً... ربما أكثر من مكان يتصوره عقلك اسمح لنفسك بالبقاء مع أحدهم.

الشيء الوحيد المهم هو المكان حيث تشعر بأنك مرتاح تماماً و آمن . . . تشعر بالراحة والأمان... قدر هذا المنظر بجميع حواسك. استمع للأصوات.. استنشق(شم) العبير و الروائح... أشعر بالهواء يداعب جلدك... اشعر بأن الأرض آمنة تحتك... المس واشعر بكل البيئة الموجودة أنت فيها. لاحظ ماذا تلبس لاحظ ماذا تضع في قدميك أي وقت في السنة هو الآن؟ و أي وقت في اليوم؟ كم عمرك؟ هل أنت وحدك أو يصاحبك شخص آخر أو أناس آخرون لاحظ الألوان المحيطة بك ما هي درجة الحرارة؟ هل هي دافئة؟ هل هي باردة؟

لاحظ خصائص المكان التي تجعل منه مكاناً آمناً ومريحاً. و أنظر حولك لترى إن كان هناك شيء آخر ربما قد يجعل هذا المكان أكثر أمناً لك ... ربما تحتاج لإزالة شيء ما من المكان أو تحتاج إلى

إحضار شيء ما إليه ... و بعد ذلك لاحظ كيف يشعر جسمك في هذا المكان...و الآن خذ بعض الوقت للاستمتاع بالشعور بالأمان
الآن اشكر نفسك لأخذ الوقت... هذا الوقت هو ملكك... و ربما تعد نفسك.. مؤكداً لنفسك بأنك ستقوم بزيارة هذا المكان أو مكان آخر خاص بك، حينما تحتاج لذلك. وحينما تكون جاهزاً.. خذ نفساً عميقاً.. ببطيء تدريجي استعد وعيك وارجع بجسدك إلى الكرسي مرة ثانية... ارجع نفسك للوراء ببطء وراحة... وحينما تكون الآن جاهزاً.. و بسرعتك الخاصة... اجعل نفسك عميقاً.. ببطيء تدريجي دع وعيك بجسدك على الكرسي يعود مرة ثانية... احضر نفسك للخلف ببطء وراحة... و الآن حينما تكون الآن مستعداً.. فقط حينما تكون مستعداً... افتح عينيك بلطف بابتسامه على وجهك.

فحص المشاعر :

أين كنت؟ هل كنت في البداية تذهب من مكان لآخر؟ كيف يبدو مكانك الآمن؟ ماذا كنت ترتدي؟ كيف يبدو شكل، رائحة وشعور المكان من حولك؟ هل كان هناك موسيقى أو أصوات طبيعية؟ هل وجد أحد من الناس أو الحيوانات ؟ كيف يبدو وجودك في هذا المكان؟ هل لديك أي صعوبة في الوصول إلى هناك؟ إذا كان الأمر كذلك ، ما الذي جعلك تحافظ على شعورك بالأمان والأريحية؟

دائرة الإنهاء :

لـ يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة

لـ يقوم المعالج بتقييم الجلسة من خلال نموذج التقييم

لـ يقوم المعالج بالتأمل الختامي وتذكيرهم بأجندة الجلسة القادمة

الواجب البيتي :

لـ خصص وقت 10د-20 د لممارسة تمرين تخيل المكان الآمن، واكتب عن مشاعرك وأفكارك بدفتر مذكراتك .

لـ ممارسة نشاط سلوكي ممتع رياضي أنت وشريكك

برنامج علاج العقل والجسم			
عنوان الجلسة		التأمل والأكل الواعي	
الجلسة	السابعة	الزمن	120 دقيقة
طبيعة الجلسة	جلسة جماعية		
أجندة الجلسة	• التأمل الافتتاحي		
	• فحص المشاعر / مراجعة للواجب البيئي		
	• التطبيع والتعليم : التأمل والأكل الواعي		
	• تمرين عملي : التأمل والأكل الواعي		
	• فحص المشاعر		
	• تقييم الجلسة وتذكير بأجندة الجلسة القادمة		
	• التأمل الختامي		
أهداف الجلسة		محاور التدخل العلاجي	
أن تكون المجموعة قادرة على :		-لتأسيس الرعاية الذاتية كمبدأ أساسي وممارسته للحصول على حياة صحية.	
• معرفة الاحتياجات الفعلية للجسم من خلال معرفة طرق الغذاء السليمة		-التأمل كشيء أساسي لعمل علاج العقل والجسم	
• تناول الأطعمة التي تعود علي الجسم بالفائدة من خلال تطوير الإدراك		-أدوات لتطوير الإدراك	
• معرفة اثر الأطعمة على الناحية العاطفية للفرد ومدى تأثير شهية الفرد بالأحداث		-إحداث تناسق و انسجام بين الطعام الذي نأكله واحتياجات أجسامنا الفعلية	
		التعرف على العلاقة بين المشاعر ونوع الغذاء	
استراتيجيات التدخل		التأمل الافتتاحي - فحص - التطبيع والتعليم- التأمل بالأكل الواعي - فحص المشاعر - التأمل الختامي	
		مهارات :-	
		إعادة الصياغة - عكس المشاعر - التعاطف - التلخيص	
الأساليب التدريبية		العصف الذهني - حوار ونقاش - المحاضرة	
المستلزمات التدريبية		- أقلام فلوما ستر - فلوب شارت - ورق بروس تل - ورق A4- ألوان - أوراق العمل	
التوزيع الزمني للإجراءات الخاصة بالجلسة السابعة			
الوقت	موضوع الجلسة	مدة الإجراء	الزمن الكلي
	التأمل الافتتاحي		
	فحص المزاج والمشاعر		
	مراجعة الواجب البيئي		
	التطبيع والتعليم: التأمل		
	التمرين العملي: التأمل بالأكل الواعي		
	فحص المشاعر		
	تقييم الجلسة والتذكير بالجلسة القادمة		
	التأمل الختامي		

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء :

نشاط رقم () : اسم النشاط : التأمل الافتتاحي :-

انتبه : التأمل الافتتاحي يتغير مع طبيعة الفئة المستهدفة (راجع دليل الممارسة للراشدين والمراهقين والأطفال)

- استخدم تأملاً بسيطاً من اختيارك يساعد أفراد المجموعة على التركيز ويدعوهم إلى الاسترخاء والانفتاح على التعلم

قاعدة :

- ✓ اجعل نبرة صوتك هادئة مسموعة
- ✓ أعطي وقتاً كافياً لتمرين التأمل الافتتاحي
- ✓ اجعل صوتك متناغماً مع الموسيقى (استخدم موسيقى هادئة)
- ✓ استخدم كلمات بسيطة وواضحة وابتعد عن التشبثات راجع (دليل العمل مع الراشدين والمراهقين والأطفال)
- ✓ تأكد أن الجميع يجلس بصورة مريحة تساعد على الاسترخاء
- انتباه : قد يثير الفحص مشاعر مؤلمة وقوية كن مدركاً لما يحدث (ممكن أن تستخدم تمرين مساند للدعم والمساندة)
- تحذير (راقب وحدد إذا كان احد من أفراد المجموعة يعاني من ألم بالمعدة أو صعوبة بالبلع، كن مدركاً لما يحدث)
- كن مدركاً لمشاعرك قبل وأثناء وبعد الجلسة
- كن مدركاً لمشاعر الشخص المشارك
- كن مدركاً لمشاعر جميع أفراد المجموعة والإيماءات الغير مباشرة الصادرة عنهم

نص النشاط : التأمل الافتتاحي :

اجلس بشكل مريح، يمكنك أن تفتح أو تغلق عينيك ، إذا كانت مفتوحة انتبه أن تكون مفتوحة قليلاً وغير مركزة على شيء معين (عيون مستريحة) . لاحظ التنفس ، كيف أن الهواء يسير في طريق الخياشيم ويخرج عن طريق الأنف ، ثم لاحظ الأفكار والمشاعر ، المشاعر العاطفية والأحاسيس ، والأحاسيس الجسدية التي تظهر . قد تكون تفكر في الغداء بما أنك تشعر بالجوع. أو قد تكون تشعر بالرضا لمجرد أن تكون جالساً هنا. لاحظ الأفكار والمشاعر والأحاسيس وسمها ثم ارجع بانتباهك الي تنفسك في عمليتنا الشهيق والزفير عن طريق الأنف. استمر في هذه العملية من التنفس ولاحظها لبضع دقائق. (وقفة) قل الآن : عندما تكون مستعداً ، افتح عينيك وعد إلى الغرفة.

دائرة المركز : التطبيع والتعليم

التطبيع والتعليم : التأمل بالأكل الواعي :

(اربط المادة بأمثلة عملية عن عادات خاصة بالغذاء بالمجتمع الفلسطيني ووضح العلاقة بالعقل والجسم)

- ما هو التأمل ؟ ناقش أنواع التأمل ؟ ما هي منافع التأمل ؟ ما الفرق بين التأمل القصير والتأمل الطويل ؟ كيف تبدأ وتختار ؟
- اعمل تمرين تأمل عملي واربطه بالمادة النظرية لتسهيل الفهم للعرض / اشرح لماذا أضفنا الأكل الواعي للعقل والجسم
- ناقش الأطعمة الكاملة مقابل الأطعمة المصنعة وتأثيراتها على الصحة ؟ ناقش نظام الحمية المثالي - فوائد الحمية

تمرين تجريبي : الاهتزاز

نطلب من المشاركين الوقوف ، وإعطاء أنفسهم مساحة كافية للتحرك. ثم شرح وتوضيح هذه العملية ، ربما باستخدام هذه الكلمات :

يتكون هذا التأمل من ثلاثة أجزاء : الاهتزاز ، التوقف لدقيقة أو دقيقتين والرقص . افتح قدميك بمستوى الكتفين ، قم بثني الركبتين قليلا ، ارخ كتفيك وتنفس بعمق. ثم هز الجسم كله من قدميك ، عبر الفخذين والركبتين والكتفين لرأسك. (وضح لأعضاء المجموعة كيفية القيام بذلك)

إذا كان لديك قيود بدنية ، هز قدر المستطاع لتصل الي أفضل قدراتك. قد تحتاج إلى الهز ببطء أو الهز أثناء الجلوس. استمع إلى جسمك. لا تدفعه بشكل صعب. سوف يستغرق هذا التمرين منا من 7-8 دقائق . وعندما تتوقف الموسيقى ، سوف أطلب منكم أن تبقىوا في أماكنكم ولا تتحركوا وأن تلاحظوا ما تشعروا به الآن . بعض الموسيقى الجديدة قد تراود ذهنك، إن كانت كذلك اسمح لها أن تحرك بأى طريقة تشعرك بتحسن.

خلال هذا التمرين، فإنه من المفيد الحفاظ على عينيك مغمضتين حتى تتمكن من التركيز على نفسك وتجربتك أكثر من الآخرين. من السهل مقارنة حركاتك الخاصة بالآخرين. تذكر... ليس هناك طريقة صحيحة للقيام بذلك. مجرد الحصول على خبرة هو كل ما عليك القيام به.

قبل أن تبدأ ، اسأل المجموعة إذا كانت هناك أية أسئلة أو مخاوف. ثم قم بتشغيل بعض الموسيقى السريعة ، مثل موسيقى الكونداليني أو موسيقى الطبول الأفريقية. بما أنك تقود المجموعة في الاهتزاز ، حافظ علي مسار الوقت. يمكنك الاستمرار في التشجيع علي الاهتزاز بحثهم على تحريك كافة أجزاء الجسم. عندما يقترب الوقت من نهايته، بعض الناس قد تكون لديها الرغبة في التوقف... شجعهم على الاستمرار .

بعد سبع أو ثماني دقائق ، أوقف الموسيقى وأرشد المجموعة "استمر بذلك الوضعية واهتم بتنفسك ولأحاسيسك البدنية."

قم بتشغيل موسيقى رقص متفائلة وأرشد المجموعة بهذه الكلمات :

اسمح للموسيقى بتحريكك. تحرك بحركاتك الخاصة بك لمدة خمس دقائق. لا تتبع نمط معين أو خطوة معينة بالرقص - فقط اسمح لجسمك أن يتحرك كيفما يشاء ، بحرية وعفوية.

فحص ما بعد الاهتزاز استعن بالأسئلة التالية :

ما الذي جعلك تمارس هذا الاهتزاز؟ ما هي أنواع الأفكار أو المشاعر التي كانت لديك؟ كيف شعرت وأنت ترقص؟ كيف تشعر الآن؟ هل لاحظت أي تغيرات جسدية أو عقلية أو عاطفية بعد هذا التمرين؟

نشاط رقم () : اسم النشاط : التأمل بالأكل الواعي

نص التأمل:

معظمنا يأكل عادة بشكل أوتوماتيكي أو تلقائي. الآن سنقوم بتجربة الأكل بطريقة مختلفة، موجّهين جل اهتمامنا و عدم إصدار أحكام مسبقة ماكثين في اللحظة الحالية قدر الإمكان.

خذ واحداً من هذه الأشياء، فقط واحداً، و انظر إن كنت تستطيع أن تستمتع بفكرة أنك ترى و تشعر بهذا الشيء للمرة الأولى. ماذا يشبه ؟ ما هو شكله ؟ ما هي ألوانه ؟ كيف يعكس الضوء ؟ و من ثم، ربما تتساءل بطريقة مباشرة كيف تشعر بها؟ وبالتالي ربما تتحقق منه عن قرب. ما هي درجة حرارته ؟ ما هو قوامه الخارجي ؟ كثافته ؟ وربما تقربه أيضاً من أنفك. هل تشم أي شيء ؟ هل يسيل لعابك؟ كيف تشعر وأنت تضع هذا الطعام في جسمك الآن؟ كيف يشعر به جسمك و أنت تأكل في هذه اللحظة؟ الآن سنستقبل هذا الطعام في أجسامنا. كن مدركاً لحركة ذراعيك نحو فمك. كيف هو مذاق العنب في فمك ؟ اختبر الطعام داخل فمك . امضغ ببطيء وركز جل اهتمامك على مذاق الطعام و قوامه. كن مدرك لأي رغبة لديك في السرعة خلال أكلك لهذا العنب، باستطاعتك تناول حبة أخرى. تأكد من رغبتك بالبلع قبل أن تبلع فعلاً. لاحظ لأي مدى في جسمك لازلت تستطيع أن تشعر بالعنب. (ما هو الفرق بينه وبين تناولك فلفل حار وما هي نتيجة ذلك). اعلم بأن جسمك الآن أصبح بالضبط بثقل حبة عنب...

فحص المشاعر :

كيف كانت مشاعرك ؟ تحدث عن جسديك وكيف تشعر الآن ؟ كيف تصف تجربتك بعد أن تحدثت؟ بماذا تفكر وكيف تشعر ؟

دائرة الإنهاء :

- ✍ يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة
- ✍ يقوم المعالج بتقييم الجلسة من خلال نموذج التقييم
- ✍ يقوم المعالج بالتأمل الختامي وتذكيرهم بأجندة الجلسة القادمة

الواجب البيتي :

- تناول وجبة كاملة بتأمل . دون الملاحظات الخاصة بك في كل مرة كنت تفعل هذا التمرين .كلما كنت تأكل بتأمل ، ستعرف أكثر عن علاقتك مع الطعام.
- ✍ ممارسة نشاط سلوكي ممتع رياضي أنت وشريكك

برنامج علاج العقل والجسم		
عنوان الجلسة	التأمل بالخسارة والفقدان	
الجلسة	الثامنة	الزمن
طبيعة الجلسة	جلسة جماعية	120 دقيقة
أجندة الجلسة	• التأمل الافتتاحي	
	• فحص المشاعر / مراجعة للواجب البيئي	
	• التطبيع والتعليم : التأمل والفقدان	
	• تمرين عملي : التأمل بالخسارة والفقدان	
	• فحص المشاعر	
	• تقييم الجلسة وتذكير بأجندة الجلسة القادمة	
	• التأمل الختامي	
أهداف الجلسة		
أن تكون المجموعة قادرة على :		
• الوعي بالتغيرات الجسدية والعاطفية الناتجة عن الفقدان. • الوعي بالذات والرعاية الذاتية من خلال استخدام التأمل.		
محاور التدخل العلاجي		
-لتأسيس الرعاية الذاتية كمبدأ أساسي وممارسته للحصول علي حياة صحية. -التأمل كشيء أساسي لعمل علاج العقل والجسم		
استراتيجيات التدخل	التأمل الافتتاحي - فحص - التطبيع والتعليم- التأمل بالخسارة والفقدان - فحص المشاعر - التأمل الختامي	
	مهارات :- إعادة الصياغة - عكس المشاعر - التعاطف - التلخيص	
الأساليب التدريبية	العصف الذهني - حوار ونقاش -- المحاضرة	
المســــــتلزمات التدريبية	- أقلام فلوما ستر - فلوب شارت - ورق بروس تل - ورق A4- ألوان - أوراق العمل	
التوزيع الزمني للإجراءات الخاصة بالجلسة الثامنة		
الوقت	موضوع الجلسة	الزمن الكلي
	التأمل الافتتاحي	
	فحص المزاج والمشاعر	
	مراجعة الواجب البيئي	
	التطبيع والتعليم: التأمل والفقدان	
	التمرين العملي: التأمل بالخسارة والفقدان	
	فحص المشاعر	
	تقييم الجلسة والتذكير بالجلسة القادمة	
	التأمل الختامي	

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء :

نشاط رقم () : اسم النشاط : التأمل الافتتاحي :-

انتبه : التأمل الافتتاحي يتغير مع طبيعة الفئة المستهدفة (راجع دليل الممارسة للراشدين والمراهقين والأطفال)

- استخدم تأملاً بسيطاً من اختيارك يساعد أفراد المجموعة على التركيز ويدعوهم إلى الاسترخاء والانفتاح على التعلم

قاعدة :

- ✓ اجعل نبرة صوتك هادئة مسموعة
- ✓ أعطي وقتاً كافياً لتمارين التأمل الافتتاحي
- ✓ اجعل صوتك متناغماً مع الموسيقى (استخدم موسيقى هادئة)
- ✓ استخدم كلمات بسيطة وواضحة وابتعد عن التشبث راجع (دليل العمل مع الراشدين والمراهقين والأطفال)
- ✓ تأكد أن الجميع يجلس بصورة مريحة تساعده على الاسترخاء
- انتباه : قد يثير الفحص مشاعر مؤلمة وقوية كن مدركاً لما يحدث (ممكن أن تستخدم تمرين مساند للدعم والمساندة)

نشاط رقم () : اسم النشاط : التأمل الافتتاحي

أريد أن يجلس كل منكم بهدوء على كرسيه وأن يجد وضعاً مريحاً له. انتبهوا جيداً لإرشاداتي. أغمضوا أعينكم وضخوا أيديكم على بطونكم. خذوا نفساً عميقاً ببطء... حاولوا الإبقاء على الهواء أطول فترة تستطيعونها... أخرجوا الهواء ببطء، ببطء... أفرغوا بطونكم كالبالون الفارغ... لاحظوا التوتر والضغط اللذان ينسابان من أجسامكم... تنفّسوا مرة أخرى ببطء، ببطء... املأوا رئتكم... ثم أطلقوا الهواء. الشهيق والزفير هما مفتاح الاسترخاء... الآن، تخيلوا في أذهانكم مكاناً تدون أن تكونوا فيه، ربما أطف مكان، أو أكثر الأماكن مرحاً، أو أجمل الأماكن التي زرتموها في حياتكم... مكان تشعرون بالأمان فيه... وبالراحة.. مكان تودون أن تكونوا فيه... قد يكون مكاناً زرتموه من قبل، أو ربما شاهدتموه في صورة أو في فيلم.. أو تخيلتموه. ربما يكون مكاناً بالخارج... الشاطئ، أو ربما غابة... أو الجبال، مكان ما في الطبيعة... وربما يكون المكان بالداخل، في بيتك أو في غرفتك تنفس بعمق وحاول أن تتخيل المكان... لاحظوا ما ترونه حولكم... الألوان... والأشكال... الآن تنسموا طيب ريح المكان.. خذوا نفساً عميقاً ولاحظوا الروائح... لاحظوا المشاعر التي تستحوذ عليكم بهذا المكان... لاحظوا وابقوا هناك بضع لحظات... واستمتعوا بهذا المكان الرائع... المناظر، والروائح... المشاعر... افحصوا أجسامكم ولاحظوا المكان الذي يستحوذ عليه أفضل الأحاسيس بأجسامكم... ركزوا على الشعور السار... حاولوا تقويته وأن يدوم مدة أطول... الآن، النقطوا صورة لهذا المكان لكي تتمكنوا من العودة إليه كلما شئتم.. هذه لقطةكم الخصوصية التي تحتفظون بها معكم... هذه بقعةكم الخصوصية التي يمكنكم العودة إليها كلما شعرتم برغبة في ذلك. كل ما تحتاجون عمله هو أن تأخذوا نفساً عميقاً، وتغمضوا أعينكم، وتستحضروا اللقطة... واصلوا الشهيق بعمق... وببطء، ببطء عندما تكونوا جاهزين، ابدأوا بمغادرة هذا المكان وابدأوا ببطء، ببطء في تحريك جفونكم... وأصابعكم... وأصابع أرجلكم... عودوا إلى الغرفة ببطء، ببطء، وإلى مقعدكم... وإلى كرسيكم... وافتحوا أعينكم ببطء.

فحص المشاعر :

- بعد أن يكون الجميع قد فتحوا أعينهم، قسم المجموعة إلى أزواج وأطلب منهم أن يتقاسموا كل منهم ما خبره وما أحس به مع شريكه أو كمجموعة.
- كيف كانت مشاعرك؟ تحدث عن جسدك وكيف تشعر الآن؟ كيف تصف تجربتك بعد أن تحدثت؟ بماذا تفكر وكيف تشعر؟

دائرة المركز : التطبيع والتعليم

التطبيع والتعليم : التأمل بالخسارة والفقدان :

(اربط المادة بتمرين عملي بسيط يوضح كيف يمكن استخدام التمرين)

- مراجعه بسيطة عن التأمل ؟
- النمو لدى المراهقين وتطور مفهوم الموت ؟
- أعط أمثلة عملية تطبيع انفعالات المراهقين - الروتين اليومي - انفعالات الحزن
- قدم لأعضاء المجموعة أفكار لكيفية تطوير قدراتهم بممارسة العقل والجسم
- ناقش التفاعل بين العقل والجسم (من الجوانب النفسية والعصبية والهرمونية والمناعية) ناقش التفاعل بين العقل والجسم (من الجوانب النفسية والعصبية والهرمونية والمناعية)

نشاط رقم () : اسم النشاط : تأمل الخسارة والفقدان

الموسيقي: ريتشارد وارنر " سبيروت ويند " / تشايكوفسكي (بحيرة البجع مع صوت البحر)

المحاذير : من الممكن إثارة بعض المحاذير العاطفية الحادة

نص النشاط : تأمل الخسارة والفقدان

بينما أنت تقف براحة وجالس باسترخاء المس بإبهامك تلك المنطقة الحساسة أعلي الثديين تحت عظمة الصدر وستشعر ببعض الألم، حوّل انتباهك إلى منطقة القلب منتصف الصدر وتحسس هناك تماما تحت عظمة الصدر قد تشعر ببعض الثقل أو بشئ كثيف يسد الفجوة من تحته، وقد يشعر البعض بألم ملحوظ في تلك المنطقة، ألم تولّد عن الخسائر والمخاوف في الحياة. لا تفكر بذلك بل اشعر به، هل هناك ما يحزنك في هذه الحياة، لا تحاول أن تختلق شيئاً فقط تقبل ما تشعر به، قد يكون ألماً مجهولاً لطالما تذكره بداخلك عندما كنت طفلاً أو مراهقاً فانه المكان الذي تعرف بأنه يوم من الأيام ستشهد بها استشهاد أخيك أو احد أقرائك أو احد أصدقائك أنها لخسارة لا بد منها انه الم آلاف المخلوقات التي تموت جوعاً في هذه اللحظة وآلام الأم الجائعة التي ترضع طفلها الجائع من صدر جاف تأمل داخل قلبك حيث تنعكس جميع القشور والطبقات التي تحمي مشاعرك وأحاسيسك التي أنتا فيها أبدا بالضغط علي تلك النقطة الحساسة لتشعر بما يضايقك وبالألم نظم وتيرة هذا الإحساس بالضغط بإبهامك بلطف في تلك المنطقة لاحظ كيف الم القلب يواجه الإبهامين اللذين يسدان الألم الكامن بداخلك اشعر بهذا الألم في قلبك وتتهد ودع إبهاميك يضغطان تلك المنطقة ولكن إياك أن تحول هذا

الألم إلي عادة لمعاقبة نفسك دع إبهاميك يضغطان علي تلك الطبقات والقشور التي تحمي أحاسيس الخسارة والآسي بداخلك واجمع جل تركيزك كأنه نقطة ضوء علي مركز الألم تعمق دون محاولة حماية القلب وحافظ علي ضغط مستمر في منتصف الصدر واشعر بالمعاناة والخسارة والمخاوف وعدم الاستقرار وعدم الثقة بداخلك استسلم لهذه المشاعر ودعها تتغلغل فيك ودع الألم يدخل في قلبك ليواجه كل ما يحجزك في مكانك ويمنعك من التقدم اترك قلبك مكشوفاً اكتشف عن هذه الآلام لا تخف منها أو تبعتها بل اكتشف أعماق الأحزان الموجودة بداخلك والعجز التام عن التحكم بالموت أو الحياة أو الخوف من المجهول أو ألام فقدان الحب

هنالك الكثير من الأحزان في كل منا اكتشف عنها ولا تحكم عليها بل جربها كما هي تحسس الم فقدان كل من تحب والغضب المتولد عن العجز الذي تشعر به لأنك محاصر في كون تغمره الأحزان أو فقدان رفيق أو والديك أو أطفالاً آخرين دون أن تزيد أو تنقص حاول النظر إلي ما هو مخبأ هناك وما الذي نحمله دائماً في أعماقنا

حافظ علي ضغط أصابعك علي صدرك ثابتاً الجأ إلي المشاعر الرقيقة التي تذيب الأحزان الموجودة بداخلك واجعل من نفسك شخصاً جديداً بالكامل وسط كل هذه الأحزان دع الألم يرحل وتنهض لتزوب الأحزان التي طالما حملتها معك وافتح قلبك لهذه اللحظة وأطلق العنان لمشاعرك لتتفد في أعماقك واجعل من الألم نفقا تصل منه إلي وسط قلبك إلي كون يملؤه الدفء والرعاية

اشعر بقلبك وهو يتمدد في الفضاء حيث تطفو الالام وتري الخوف والخسارة عالقين في الفضاء الجميل وتنفس إلي داخل الألم في قلبك ثم اخرج هذا النفس واترك قلبك يتجاوز هذا الحزن والشوق والآن ابعد يديك واطوها علي حضنك واشعر بالإحساس المتبقي وسط صدرك وكأنه منفذ لقلبك واستنشق الهواء عميقاً من الأنف وقل داخلك بطني كرر ذلك وزفير بطيء وقل بداخلك مسترخي وعندما تكون مستعداً ارمس ابتسامة علي شفثيك وحرك أطراف قدميك وافتح عينيك

فحص المشاعر لتمرين التأمل الافتتاحي :

انتباه : قد يثير الفحص مشاعر مؤلمة وقوية كن مدركاً لما يحدث (ممكن أن تستخدم تمرين مساند للدعم والمساندة)

انتباه :

أنت الآن تقترب إلي النهاية كعامل مع أفراد مجموعتك، قد تدعو الأعضاء إلي المشاركة في :-
كيف كان شعورك خلال التأمل؟ كيف تبدو تجربتك؟ كيف تصف مشاعرك خلال الأسبوع؟ كيف تلاحظ جسدك؟ هل راودتك أفكار أثناء ممارسة التمرين؟ هل ترغب بمشاركتنا بتجربتك؟ كيف الآن تشعر وأنت عضو بهذه المجموعة؟ ما الشيء المختلف عندك الآن؟ ما الذي يفاجئك؟
ما الذي تغير لديك؟ ما الذي تعلمته وجعلك مدركاً خلال فترة وجودك بالمجموعة؟ وما الذي تريد ان تواصل تنميته داخلك؟

دائرة الإنهاء :

- ✍ يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة
- ✍ يقوم المعالج بتقييم الجلسة من خلال نموذج التقييم
- ✍ يقوم المعالج بالتأمل الختامي وتذكيرهم بأجندة الجلسة القادمة

الواجب البيتي :

- اكتب في دفتر مذكراتك / أو ارسم عن تجربة شعرت بها بالخسارة وكيف تصرفت .
- ✍ ممارسة نشاط سلوكي ممتع رياضي أنت وشريكك .

برنامج علاج العقل والجسم			
عنوان الجلسة		شجرة العائلة	
الجلسة		التاسعة والعاشر	
طبيعة الجلسة		جلسة جماعية	
أجندة الجلسة	• التأمل الافتتاحي		
	• فحص المشاعر / مراجعة للواجب البيئي		
	• التطبيع والتعليم : هيكلية العائلة ونسقتها وطبيعة العلاقات (شجرة العائلة)		
	• تمرين عملي : شجرة العائلة		
	• فحص المشاعر		
	• تقييم الجلسة وتذكير بأجندة الجلسة القادمة		
	• التأمل الختامي		
أهداف الجلسة		محاور التدخل العلاجي	
أن تكون المجموعة قادرة على :		• اكتشاف تحديات شجرة العائلة ونقاط القوة التي تربطك بالأجيال السابقة والمقبلة.	
• معرفة التحديات ونقاط القوة المرتبطة بالأجيال السابقة والمقبلة		• تعلم كيفية الاستخدام العملي للحكمة التي تقتنيها من النظر في قصة عائلتك.	
• تطوير إدراكها من خلال قصة العائلة باستخدام الحكمة والتأمل		• تغذية أعمق اتصال بين أعضاء المجموعة بما أنهم يشاركون بتاريخهم الخاص بعائلاتهم التعلم بالتجربة	
• تطوير الوعي بالذات لتعزيز الرعاية الذاتية بادراك نموذج العلاقات العائلية			
• الاتصال ببعضها البعض من خلال المشاركة بتاريخهم الخاص بعائلاتهم			
استراتيجيات التدخل		التأمل الافتتاحي - فحص - التطبيع والتعليم- شجرة العائلة - فحص المشاعر - التأمل الختامي مهارات :- إعادة الصياغة - عكس المشاعر - التعاطف - التلخيص	
الأساليب التدريبية		العصف الذهني - حوار ونقاش -- المحاضرة	
المسؤوليات التدريبية		- أقلام فلوما ستر - فلوب شارت - ورق بروس تل - ورق A4- ألوان - أوراق العمل	
التوزيع الزمني للإجراءات الخاصة بالجلستين التاسعة والعاشر			
الوقت	موضوع الجلسة	مدة الإجراء	الزمن الكلي
	التأمل الافتتاحي		
	فحص المزاج والمشاعر		
	مراجعة الواجب البيئي		
	التطبيع والتعليم: العلاقات العائلية (شجرة العائلة)		
	التمرين العملي: شجرة العائلة		
	فحص المشاعر		
	تقييم الجلسة والتذكير بالجلسة القادمة		
	التأمل الختامي		

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء :

نشاط رقم () : اسم النشاط : التأمل الافتتاحي :-

- انتبه : التأمل الافتتاحي يتغير مع طبيعة الفئة المستهدفة (راجع دليل الممارسة للراشدين والمراهقين والأطفال)
- استخدم تأملاً بسيطاً من اختيارك يساعد أفراد المجموعة على التركيز ويدعوهم إلى الاسترخاء والانفتاح على التعلم

قاعدة :

- ✓ اجعل نبرة صوتك هادئة مسموعة
 - ✓ أعطي وقتاً كافياً لتمرين التأمل الافتتاحي
 - ✓ اجعل صوتك متناغماً مع الموسيقى (استخدم موسيقى هادئة)
 - ✓ استخدم كلمات بسيطة وواضحة وابتعد عن التشبثات راجع (دليل العمل مع الراشدين والمراهقين والأطفال)
 - ✓ تأكد أن الجميع يجلس بصورة مريحة تساعده على الاسترخاء
- انتباه : قد يثير الفحص مشاعر مؤلمة وقوية كن مدركاً لما يحدث (ممكن أن تستخدم تمرين مساند للدعم والمساندة)

نشاط رقم () : اسم النشاط : التأمل الافتتاحي

نص النشاط : التأمل الافتتاحي :

اجعل جسدك مسترخياً، ظهرك منتصباً، ضع قدميك على الأرض تحرر من كل شيء يضايقك وأغلق عينيك - تنفس بعمق، خذ شهيقاً من الأنف والزفير من الفم. تخيل بطنك مرتخية....ركز انتباهك على يديك... اقبض يدك اليسرى واحن مرفقك للداخل قدر استطاعتك بحيث تلامس قبضتك كتفك اليسرى. المس التوتر في ذراعك وحافظ على هذا الوضع بضع ثوان.... استرخ، ودع يدك تعود إلى وضعها على فخذك.... انتبه للفرق بين التوتر والاسترخاء....كرر تمرين التوتر والاسترخاء برجليك وفخذيك ومعدتك.... والآن ركز انتباهك على رأسك. قطب عينيك وجبينك وانفك وفمك واثبت على ذلك بضع ثوان. استرخ.... كرر هذا العمل، لكن أرخ نصف وجهك فقط هذه المرة. اثبت على هذا الوضع بضع ثوان ثم استرخ تماماً.... والآن اشد جميع العضلات في جسمك، ابدأ بقدميك، وارتكها مشدودتين، واشدد قصبتيك،.... وفخذيك ووركك، ومعدتك وكتفيك ويديك وأخيراً رأسك حتى تصبح جميع عضلات جسمك مشدودة. تنفس بعمق واثبت على هذا الوضع.... أرخ جميع عضلاتك دفع واحدة، ولا حظ كيف يزول كل التوتر من جسمك.

فحص المشاعر لتمرين التأمل :

كيف كان شعورك خلال التأمل؟ كيف تبدو تجربتك؟ كيف تصف مشاعرك ؟ كيف تلاحظ جسدك ؟ هل راودتك افكار اثناء ممارسة التمرين ؟ هل ترغب بمشاركتنا بتجربتك ؟

دائرة المركز : التطبيع والتعليم

التطبيع والتعليم : شجرة العائلة :

(اربط المادة بمثال عملي مع توضيح الرموز ووضح كل رمز ماذا يعني : استخدم نموذج الورقة كمعالج وطبق مثال)

- ما هي شجرة العائلة ؟ ماذا تعني هذه الرموز ؟
- لماذا تستخدم شجرة العائلة في هذه الجلسة ؟ ما هي فائدة شجرة العائلة الآن ؟
- ما هي قيمة معرفة أنماط عائلتك ؟ ماذا يعني لك أن ترسم شجرة عائلتك ؟
- ناقش التفاعل بين العقل والجسم (العمل مع شجرة العائلة يجلب النهج التأملي في عملية النظر علي تاريخك كن مدركاً لأفكارك عند تأملك في شبكة العلاقات التي تشكل عائلتك)

نشاط رقم () : اسم النشاط : رسم شجرة العائلة

قاعدة : هذه العملية لها خطوتين . يرسم أعضاء المجموعة شجرة العائلة، ثم يستخدموا صورة عائلاتهم لطرح الأسئلة والنظر في الموضوعات والأنماط. استخدم عدة أوراق لشرح الرموز المستخدمة في شجرة العائلة لأعضاء المجموعة والإشارة لها. أعط تعليمات لرسم شجرة العائلة

باستخدام هذه الكلمات :

الخطوة الأولى : خذ ورقة بيضاء ، ثم قم بطيها من النصف ، من أعلى إلى أسفل ومن ثم في النصف مرة أخرى. افتح الورقة للخارج مرة أخرى ، تجد أن هناك 4 أقسام.

باستخدام الرموز كما هو مبين في الرسم البياني ، ضع أجدادك في القسم العلوي ؛ والديك ، وأشقاؤهم في القسم الثاني ؛ أنت ، إخوانك ، وأزواج الشركاء في القسم الثالث ، أطفالك وبنات الأخ أو الأخت وأولاد الأخ أو الأخت في القسم السفلي.

لاحظ في القسم 2 (جيل والديك) في الرموز التي وضعت لأهلك ووالدك أقل من الرموز التي وضعت للعمات والأعمام. وهذا يجعل من الأسهل ربطها بخط الزواج.

كما ترون ، الدوائر تمثل الإناث والمربعات تمثل الذكور. إذا كان شخص ما قد مات ، ضع X في الدائرة أو المربع. اربط الشركاء بخط - سميك للزواج، ونقط للذين يعيشون معاً. خط مائل صغير يشير إلى الانفصال ؛ خطين مائلين يشيران إلى الطلاق. يمكن إضافة الزواج الثاني أو الثالث على طول الخط نفسه. دائرة مزدوجة أو مربع تمثل لك.

كل سطر من أسفل خط الشراكة يمثل الأطفال ، والأطفال مرتبين من اليسار إلى اليمين من الأقدم إلى أصغر. لاحظ رموز الأطفال المتبنين ، والتوائم ، والحمل ، موت الجنين داخل الرحم ، والإجهاض ، والإجهاض المتعمد.

بعد حصولك على المخطط الأساسي للعلاقات في عائلتك على الورق ، يمكنك رسم نسخة جديدة. يمكنك إضافة أي شخص خارج العائلة أو من هو مهم بالنسبة لك ، مثل أصدقاء العائلة أو المعلمين. لا تتردد لتشمل الحيوانات الأليفة التي تهتمك كذلك.

خلال الرسم ، قد تلاحظ أن شكل الشجرة يصبح معقد جداً ، مع الطلاق ، إعادة الزواج والأسر المختلطة. إذا واجهتك مشكلة ولا تعرف كيفية تمثيل تلك العلاقة المعقدة ، قم بإنشاء الرمز الذي يجعل تفهم معنى ذلك الشيء.

ضف معلومات مفصلة بقدر ما تريد ، مثل المهن وتواريخ الولادة والزواج والوفيات ، والخطوط التي تصف طبيعة العلاقات ، من الأكثر قرباً للعلاقات التي يشوبها كثير من التعارض.

الخطوة الثانية : الآن يمكنك البدء في النظر في شجرتك العائلية للحصول على معلومات عن نفسك وعائلتك. قد ترغب في الكتابة عن العلاقات في العائلة وكيف أثرت علي حياتك. كما عليك أن تنظر في الموضوعات والأنماط ، قد ترغب في الاستفسار عن بعض الأسئلة ، انظر إلى شجرة العائلة للحصول على أجوبة :

ما هي التحديات التي أواجهها في حياتي ، وما هي نقاط قوتي؟ هل يوجد أعضاء آخرون في عائلتك يواجهون نفس الصعوبات؟ كيف تعاملوا معها؟ هل هناك أنماط ، علاقات متصلة أو صراعات عبر الأجيال التي شكلت شخصيتك اليوم؟ اعتمادا على نوع المعلومات ، عليك استخدام علامات ملونة لتسليط الضوء على أنماط الأسرة. على سبيل المثال ، لاحظ الذين ذهبوا الى الجامعة ، الذي يعاني من مشاكل عدوانية وعصبية ، الذي يشارك في تقليد ديني معين أو الذي يعاني من الاكتئاب. هل هناك أية أنماط هي جزء منك ومن عائلتك تري بأنك لم تعد بحاجة لها أو هي في طور عملية التغيير؟ هل هناك شخص لديه القوة والإبداع وألهمك؟

فحص المشاعر:

قاعدة : عندما يكمل أفراد المجموعة رسم شجرة العائلة :

- ادع كل شخص للمشاركة في قصة عائلته من خلال وصف الشجرة. لأن هناك رغبة كبيرة عند أعضاء المجموعة للدخول في تفاصيل كثيرة حول قصص العائلة ، قد يكون من المفيد بالنسبة لك ، كقائد المجموعة ، أن تبدأ بوصف شجرتك أولاً. هذا يساعد أيضا في وضع نموذج مشاركة أكثر جدوى... صف العلاقات أو الأنماط أو المواضيع التي تهتمك وتلمس شخصيتك... بدلا من سرد قصص طويلة، واصفا كل شخص على حده في شجرة العائلة. لا حاجة لأعضاء المجموعة أن تكون المشاركة حسب الدور، من يرغب أن يكون متطوعا يبدأ في المشاركة أولا.
- المشاركة بشجرة العائلة يستغرق وقتا طويلا ، وهذا هو السبب في تخصيص جلستين كاملتين من أجل المشاركة. اعتمادا على عدد أعضاء المجموعة ، وتقدير الوقت التقريبي اللازم لكل شخص للمشاركة. اسمح لأعضاء المجموعة أن يعرفوا كم من الوقت التقريبي لكل واحد منهم . ثم حافظ علي مسار الوقت.
- كل شخص يأخذ مكانه في شجرة العائلة حيث يستطيع الجميع رؤيته. أعط كل شخص الحرية ليشترك بالشكل الذي يراه مناسباً.

استخدم الأسئلة التالية لتوجه عملية المشاركة:

كيف يبدو لك الرسم والمشاركة بشجرة العائلة؟ ما الموضوعات أو الأسئلة التي نظرت إليها في شجرة عائلتك؟ ما هي الأنماط التي تراها؟ ما هي نقاط القوة التي تراها في عائلتك؟ ما هي نقاط القوة التي كان من الضرورة تطويرها، أو تعلمتها؟ هل هناك أي شيء أدهشك؟ هل هناك أي أشخاص نسيتهم في الشجرة؟

دائرة الإنهاء :

- ❏ يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة
- ❏ يقوم المعالج بتقييم الجلسة من خلال نموذج التقييم
- ❏ يقوم المعالج بالتأمل الختامي وتذكيرهم بأجندة الجلسة القادمة

الواجب البيتي :

- خذ ورقة رسم العائلة واكتب في دفتر مذكراتك / عن تجربتك وكيف يمكن أن تقوي نقاط احتياجك
- ❏ ممارسة نشاط سلوكي ممتع رياضي أنت وشريكك .

برنامج علاج العقل والجسم			
عنوان الجلسة		حوار مع الأعراض	
الجلسة		الحادية عشر	
طبيعة الجلسة		جلسة جماعية	
أجندة الجلسة	• التأمل الافتتاحي		
	• فحص المشاعر / مراجعة للواجب البيئي		
	• التطبيق والتعلم : المشاكل الحياتية وأثرها علي الأفكار والمشاعر والجسد والسلوك		
	• تمرين عملي : حوار مع الأعراض		
	• فحص المشاعر		
	• تقييم الجلسة وتذكير بأجندة الجلسة القادمة		
	• التأمل الختامي		
أهداف الجلسة		محاور التدخل العلاجي	
أن تكون المجموعة قادرة على :		-إعطاء المشاركين تجربة مباشرة من العواطف التي تنشأ، ومساعدتهم على إدراك كيف أن هذه المشاعر تتغير مع مرور الوقت	
• معرفة المشكلة والأعراض والأسباب المتعلقة فيها من خلال الحوار مع الأعراض		• توفير أدوات لاستكشاف معنى الأعراض والمشاكل والقضايا واكتشاف أفضل الردود والحلول لها.	
• الوعي بمشاعرهم وعواطفهم الناتجة المشكلة من خلال تطوير الإدراك للسبب			
• التعامل مع المشكلة والعرض من خلال طريقة الحوار والاكتشاف الموجه			
استراتيجيات التدخل		التأمل الافتتاحي - فحص - التطبيق والتعلم- حوار مع الأعراض - فحص المشاعر - التأمل الختامي	
مهارات :-		إعادة الصياغة - عكس المشاعر - التعاطف - التلخيص	
الأساليب التدريبية		العصف الذهني - حوار ونقاش -- المحاضرة	
المستلزمات التدريبية		- أقلام فلوما ستر - فلوب شارت - ورق بروس نل - ورق A4- ألوان - أوراق العمل	
التوزيع الزمني للإجراءات الخاصة بالجلسة الحادية عشرة			
الوقت	موضوع الجلسة	مدة الإجراء	الزمن الكلي
	التأمل الافتتاحي		
	فحص المزاج والمشاعر		
	مراجعة الواجب البيئي		
	التطبيق والتعلم: المشاكل الحياتية وأثرها		
	التمرين العملي: حوار مع الأعراض		
	فحص المشاعر		
	تقييم الجلسة والتذكير بالجلسة القادمة		
	التأمل الختامي		

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء :

نشاط رقم () : اسم النشاط : التأمل الافتتاحي :-

انتبه : التأمل الافتتاحي يتغير مع طبيعة الفئة المستهدفة (راجع دليل الممارسة للراشدين والمراهقين والأطفال)

- استخدم تأملاً بسيطاً من اختيارك يساعد أفراد المجموعة على التركيز ويدعوهم إلى الاسترخاء والانفتاح على التعلم

قاعدة :

- ✓ اجعل نبذة صوتك هادئة مسموعة
- ✓ أعطي وقتاً كافياً لتمرين التأمل الافتتاحي
- ✓ اجعل صوتك متناغماً مع الموسيقى (استخدم موسيقى هادئة)
- ✓ استخدم كلمات بسيطة وواضحة وابتعد عن التشبث راجع (دليل العمل مع الراشدين والمراهقين والأطفال)
- ✓ تأكد أن الجميع يجلس بصورة مريحة تساعد على الاسترخاء

نشاط رقم () : اسم النشاط : التأمل الافتتاحي

انتباه : يمكنك، إذا رغبت، أن تضيف موسيقى مهدئة ومريحة بالخلفية. توجد خيارات عدة متوفرة بالسوق. يستمتع معظم الناس بوجود موسيقى في الخلفية، مع أن بعض الناس يجدونها مزعجة.

ملاحظة: هذه نصوص مقترحة، للبدء. أنت حر في الابتعاد عنها واستعمال كلماتك الخاصة.

اقرأ :

"الآن سنؤدي تمرين استرخاء يساعدنا كلنا على الهدوء والشعور بحالة أفضل. أود من كل واحد منكم أن يجلس بهدوء ويستريح على كرسيه. استمعوا لتعليمات؟ اقرأ التعليمات بصوت بطيء وهادئ، مع توقف قصير بين الجمل.

"أغمضوا أعينكم واستمعوا إلى إيقاع تنفسكم...الآن، دعونا نحرر جميع عضلات أجسامنا ونسمح لها بالاسترخاء... أرح قدميك.. ورجليك، وراحة يديك، وكتفيك وعنقك... ووجهك. تنفس ببطء شديد... ويمكنك إذا شئت أن تشد جميع عضلاتك ثم ترخها. أشد جميع عضلاتك، اقبط كفي يديك، قطب وجهك، واحكم كتفيك، ثم رجليك. توقف. توقف. والآن أرخها. وخذ نفساً بطيئاً وعميقاً. إننا נוّشك أن ننتقل في رحلة عبر أجسادنا. فلنتحرك ببطء شديد، حاول أن تلمس كل عضلة وعظمة في جسدك. ابدأ بيديك... تصور يدك اليمنى من طرف بنصرك عبر جميع أصابعك، صعوداً إلى مرفقك... ومن هناك إلى كتفك اليمنى... وحيثما ذهبت - واصل التنفس بعمق، وتصور أجزاء جسمك مرتخية... مسترخية... وانعم ... وادفأ .. وأنتقل...انتقل إلى كتفك اليسرى نزولاً إلى ذراعك اليسرى... ومن هناك إلى معصمك، ويدك... وأصابعك. عد إلى كتفيك... واصعد ببطء إلى عنقك.. واصل الاسترخاء في كل جزء من أجزاء جسمك... اصعد إلى رأسك. تحرك حول رأسك إلى فروة رأسك.. وإلى جبينك... وحواجبك..

وعينيك... وأذنيك... وشفتيك وفمك... إلى ذقنك... وعودة مرة أخرى إلى عنقك وكتفيك. عد إلى تجويف صدرك.. لاحظ دقات قلبك... انتقل إلى الضفيرة الشمسية (شبكة الأعصاب في فم المعدة)، وإلى المعدة... لاحظ ما تحس به هناك.

لاحظ كيف يسترخي جسمك كله... ويشعر بالدفء.. ويشعر بخير... الآن، انزل إلى رجلك اليمنى... إلى الركبة... والكاحل... والكعب... وإلى النتوء المستدير عند قاعدة القدم، إلى طرف أصابع قدمك... الآن جسمك كله يشعر باسترخاء وهدوء....ابق مع هذا الإحساس لحظة أو لحظتين واستمتع به، وتذكر انه يمكنك العودة إلى هنا كلما شئت... والآن اخرج ببطء وبهدوء... ابدأ بالسماح لعينيك بالذبذبة... حرك أصابع يديك وقدميك.. وبيطء ببطء شديد، عد إلى هنا، إلى غرفة الصف، إلى كرسيك؟

اسمح للطلاب بلحظات قليلة لاستعادة هدوئهم قبل مواصلة لتمرين، قد تطلب من طلابك التطوع بتجاربهم، عند مزاوله هذا التمرين بضع مرات أولى. ولا تنس...انه لا توجد طريقة استجابة صح أو خطأ. فإذا أعرب الطلاب عن صعوبات في التمرين التالي، فطمئنهم بأن المسألة مسألة ممارسة وأنه مع مرور الزمن سيصبحون أكثر كفاءة في الاسترخاء.

فحص المشاعر لتمرين التأمل :

كيف كان شعورك خلال التأمل؟ كيف تبدو تجربتك؟ كيف تصف مشاعرك ؟ كيف تلاحظ جسدك ؟ هل راوردتك افكار اثناء ممارسة التمرين ؟ هل ترغب بمشاركتنا بتجربتك ؟
دائرة المركز : التطبيع والتعليم

التطبيع والتعليم : حوار مع الاعراض :

(اربط المادة بتمرين عملي بسيط يوضح كيف يمكن استخدام التمرين)

- عرف المشاعر ؟ تحدث عن المشاعر الايجابية والسلبية ؟ ما الفرق بين المزاج والوجدان ؟
- الفرق بين المشاعر والأحاسيس؟ كيف ندركها اربط ذلك بنموذج الأفكار والمشاعر والجسد والسلوك
- العلوق بالمشاعر وتأثيره ؟ إدراك المشاعر والتعبير عنها
- ناقش التفاعل بين العقل والجسم (من الجوانب النفسية والعصبية والهرمونية والمناعية)

نشاط رقم () : اسم النشاط : حوار مع الأعراض :

اجلس بشكل مريح للحظة ، تنفس شهيقا وزفيراً عن طريق الأنف واسترخ. أغمض عينيك إذا أردت.اسمح لقضية ، مشكلة ، أو عرض أن تأتي إليك..... فقط خذ ما يأتي إليك في تلك اللحظة. يبدو أن اللاوعي يعرف أفضل مما نفعل عند الحاجة للاستكشاف. يمكن أن يكون شيء بدني... "عندي ألم هنا" أو "لدي مرض وأنا أتساءل ما هو." يمكن أن يكون شيئاً انفعاليا... قلق لديك ، صراع مع شخص ما ، شعور بالحزن أو الغضب ، أو القلق من أنك لا تفهم حقاً ، لكنه هناك. يمكن أن يكون شيئاً في حياتك يحتاج لاتخاذ قرار ... "ما هو نوع التغييرات التي أحتاجها في حياتي؟" أو "ما هو نوع العمل الذي ينبغي أن أفعله حقاً؟" تخيل ان هذه القضية أو المشكلة أو العرض أو القلق هو شخص

يجلس على الجانب الآخر من مقعدك. أسأل المشكلة إذا كانت لديها مسمي ، إلى جانب التسمية التي أعطيتها إياها. فكر في دورة الحياة لهذه المشكلة : ما هي النقاط العالية والنقاط المنخفضة في هذه الحياة. متى تتناوبك؟ متى يكون أكثر نشاطا؟

بعدها ، افتح عينيك وابدأ في كتابة حوار بين نفسك ومشكلتك أو القلق الذي تشعر به ، وذلك باستخدام الاختصارات أو الأحرف الأولى لتعجيل العملية (على سبيل المثال ، "مش" لهذه المشكلة أو "م" بالنسبة لمعدة و "أنا" لنفسك). سوف تكون الكتابة من 7-10 دقائق تقريبا. كتابة سريعة دون تحليل ما تكتبه. الفكرة الأولى ، هي الفكرة الأفضل. فقط اسمح للحوار أن ينكشف. يمكنك أن تسأل العرض أو المشكلة أسئلة وتحصل علي الأجوبة أو أسئلة أخرى. تأكد من أن تطلب من الأعراض أن تقدم لك نصيحة أو مشورة ملموسة بشأن ما عليك القيام به للتخفيف أو الفهم على نحو أفضل. اسمح للحوار أن يتدفق بحرية ، يسأل ويجيب على أسئلة محددة ، ذهابا وإيابا.

شجع الناس على أن يكونوا في حالة يستطيعون فيها تخيل الحوار. هذا التمرين لا يتعلق بالتفكير. لا يوجد شيء هناك يمكن أن يكون خاطئ. تذكر ، هذا الحوار مع عرض ، مشكلة أو مسألة ما. عند الانتهاء ، خذ عدة دقائق لقراءة ما كتبت.

فحص المشاعر :

اطلب من أعضاء المجموعة أن يتبادلوا خبراتهم عن التمرين. يمكنك توجيه المناقشة بالأسئلة التالية:

وأنت تنظر عبر الحوار ، ماذا تتعلم؟ ما الذي يفاجئك في الحوار ، لو كان هناك أي شيء؟ ما هي الدروس الهامة؟ ما هي الاتجاهات الجديدة التي يقترحها هذا الحوار لك؟ اكتب هذا جنبا إلى جنب مع أي شيء آخر يأتي لك.

دائرة الإنهاء :

- لـ يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة
- لـ يقوم المعالج بتقييم الجلسة من خلال نموذج التقييم
- لـ يقوم المعالج بالتأمل الختامي وتذكيرهم بأجندة الجلسة القادمة

الواجب البيتي :

- لـ خصص 10 دقائق من هذا الأسبوع للحوار مع كتابة مشكلة ، قضية أو عرض. ثم مراجعة ما كنت قد كتبت لأي رؤى جديدة.
- لـ ممارسة نشاط سلوكي ممتع رياضي أنت وشريكك .

برنامج علاج العقل والجسم			
عنوان الجلسة		التخيل التصوري والإدراك الداخلي	
الجلسة		الثانية عشرة	
طبيعة الجلسة		جلسة جماعية	
أجندة الجلسة	• التأمل الافتتاحي		
	• فحص المشاعر / مراجعة للواجب البيئي		
	• التطبيع والتعليم : التخيل والموجه الحكيم		
	• تمرين عملي : التخيل والمرشد الحكيم		
	• فحص المشاعر		
	• تقييم الجلسة وتذكير بأجندة الجلسة القادمة		
	• التأمل الختامي		
أهداف الجلسة		محاور التدخل العلاجي	
أن تكون المجموعة قادرة على :		• الوصول إلى أدلة و معلومات لاشعورية و أدلة خاصة باللاشعور	
• الوعي بمشاعرهم ومواقفهم الحياتية من خلال ممارسة تمرين التخيل التصوري		• تعزيز الثقة في الحكمة الداخلية والقدرة الذاتية.	
• السيطرة على الأعراض الجسدية من خلال ممارسة تمرين التخيل التصوري		• التخيل واكتشاف مصدر موثوق للتوجيه الحديسي والدعم المستمرين	
• فهم المشكلة وسببها من خلال الوعي والإدراك الذاتي للحكمة الداخلية			
استراتيجيات التدخل	التأمل الافتتاحي - فحص - التطبيع والتعليم- التخيل التصوري والادراك الداخلي - فحص المشاعر - التأمل الختامي		
	مهارات :- أعادة الصياغة - عكس المشاعر - التعاطف - التلخيص		
الأساليب التدريبية	العصف الذهني - حوار ونقاش -- المحاضرة		
المستلزمات التدريبية	- أقلام فلوما ستر - فلوب شارت - ورق بروس تل - ورق A4- ألوان - أوراق العمل		
التوزيع الزمني للإجراءات الخاصة بالجلسة الثانية عشرة			
الوقت	موضوع الجلسة	مدة الإجراء	الزمن الكلي
	التأمل الافتتاحي		
	فحص المزاج والمشاعر		
	مراجعة الواجب البيئي		
	التطبيع والتعليم: التخيل والموجه الحكيم		
	التمرين العملي: التخيل والموجه الحكيم		
	فحص المشاعر		
	تقييم الجلسة والتذكير بالجلسة القادمة		
	التأمل الختامي		

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء :

نشاط رقم () : اسم النشاط : التأمل الافتتاحي :-

- انتبه : التأمل الافتتاحي يتغير مع طبيعة الفئة المستهدفة (راجع دليل الممارسة للراشدين والمراهقين والأطفال)
- استخدم تأملاً بسيطاً من اختيارك يساعد أفراد المجموعة على التركيز ويدعوهم إلى الاسترخاء والانفتاح على التعلم

قاعدة :

- ✓ اجعل نبرة صوتك هادئة مسموعة
- ✓ أعطي وقتاً كافياً لتمرين التأمل الافتتاحي
- ✓ اجعل صوتك متناغماً مع الموسيقى (استخدم موسيقى هادئة)
- ✓ استخدم كلمات بسيطة وواضحة وابتعد عن التشبث راجع (دليل العمل مع الراشدين والمراهقين والأطفال)
- ✓ تأكد أن الجميع يجلس بصورة مريحة تساعده على الاسترخاء

نشاط رقم () : اسم النشاط : التأمل الافتتاحي

انتباه : يمكنك، إذا رغبت، أن تضيف موسيقى مهدئة ومريحة بالخلفية. توجد خيارات عدة متوفرة بالسوق. يستمتع معظم الناس بوجود موسيقى في الخلفية، مع أن بعض الناس يجدونها مزعجة.

ملاحظة: هذه نصوص مقترحة، للبدء. أنت حر في الابتعاد عنها واستعمال كلماتك الخاصة.

اقرأ :

"الآن سنؤدي تمرين استرخاء يساعدنا كلنا على الهدوء والشعور بحالة أفضل. أود من كل واحد منكم أن يجلس بهدوء ويستريح على كرسيه. استمعوا لتعليمات؟ اقرأ التعليمات بصوت بطيء وهادئ، مع توقف قصير بين الجمل.

"أغمضوا أعينكم واستمعوا إلى إيقاع تنفسكم...الآن، دعونا نحرر جميع عضلات أجسامنا ونسمح لها بالاسترخاء... أرح قدميك.. ورجليك، وراحة يديك، وكتفيك وعنقك... ووجهك. تنفس ببطء شديد... ويمكنك إذا شئت أن تشد جميع عضلاتك ثم ترخها. أشدد جميع عضلاتك، اقبط كفي يديك، قطب وجهك، واحكم كتفيك، ثم رجلك. توقف. توقف. والآن أرخها. وخذ نفساً بطيئاً وعميقاً. إننا نوشك أن ننتقل في رحلة عبر أجسادنا. فلنتحرك ببطء شديد، حاول أن تلمس كل عضلة وعظمة في جسدك. ابدأ بيديك... تصور يدك اليمنى من طرف بنصرتك عبر جميع أصابعك، صعوداً إلى مرفقك... ومن هناك إلى كتفك اليمنى... وحيثما ذهبت - واصل التنفس بعمق، وتصور أجزاء جسمك مرتخية... مسترخية... وانعم ... وادفأ .. وأثقل... انتقل إلى كتفك اليسرى نزولاً إلى ذراعك اليسرى... ومن هناك إلى معصمك، ويدك... وأصابعك. عد إلى كتفيك... واصعد ببطء إلى عنقك.. واصل الاسترخاء في كل جزء من أجزاء جسمك... اصعد إلى رأسك. تحرك حول رأسك إلى فروة رأسك.. وإلى جبينك... وحوابيك..

وعينيك... وأذنيك... وشفتيك وفمك... إلى ذقنك... وعودة مرة أخرى إلى عنقك وكتفيك. عد إلى تجويف صدرك.. لاحظ دقات قلبك... انتقل إلى الضفيرة الشمسية (شبكة الأعصاب في فم المعدة)، وإلى المعدة... لاحظ ما تحس به هناك.

لاحظ كيف يسترخي جسمك كله... ويشعر بالدفء.. ويشعر بخير... الآن، انزل إلى رجلك اليمنى... إلى الركبة... والكاحل... والكعب... وإلى النتوء المستدير عند قاعدة القدم، إلى طرف أصابع قدمك... الآن جسمك كله يشعر باسترخاء وهدوء....ابق مع هذا الإحساس لحظة أو لحظتين واستمتع به، وتذكر انه يمكنك العودة إلى هنا كلما شئت... والآن اخرج ببطء وبهدوء... ابدأ بالسماح لعينيك بالذبذبة... حرك أصابع يديك وقدميك.. وبيطء ببطء شديد، عد إلى هنا، إلى غرفة الصف، إلى كرسيك؟

اسمح للطلاب بلحظات قليلة لاستعادة هدوئهم قبل مواصلة لتمارين، قد تطلب من طلابك التطوع بتجاربهم، عند مزاوله هذا التمرين بضع مرات أولى. ولا تنس...انه لا توجد طريقة استجابة صح أو خطأ. فإذا أعرب الطلاب عن صعوبات في التمرين التالي، فطمئنهم بأن المسألة مسألة ممارسة وأنه مع مرور الزمن سيصبحون أكثر كفاءة في الاسترخاء.

فحص المشاعر لتمارين التأمل :

كيف كان شعورك خلال التأمل؟ كيف تبدو تجربتك؟ كيف تصف مشاعرك ؟ كيف تلاحظ جسدك ؟ هل راولدتك أفكار أثناء ممارسة التمرين ؟ هل ترغب بمشاركتنا بتجربتك ؟
دائرة المركز : التطبيع والتعليم

التطبيع والتعليم : التخيل والموجه الحكيم :

- استعرض كيف يستطيع المشاركون استخدام التخيل بطرق متعددة
- ناقش دور الأشخاص المهمين بحياتهم وماذا تعني لهم شبكة الدعم والمساندة
- ناقش التفاعل بين العقل والجسم (من الجوانب النفسية والعصبية والهرمونية والمناعية)

نشاط تجريبي رقم () : اسم النشاط : تخيل نفسك على طريق ريفي (موجه)

النص التجريبي للنشاط :

اجلس أو استلق بشكل مريح ، تنفس بعمق. اسمح لبطنك أن تكون مسترخية ، وجسمك مسترخ، اجعل جسمك مستنداً للكرسي ، للأريكة ، للسريير وقدميك تلامس الأرض. اسمح لنفسك أن تشعر بأنك متصل بنفسك وجسمك. واصل التنفس بعمق ، واسترخ أكثر من ذلك بقليل مع كل زفير .

تخيل نفسك بأنك تمشي في طريق ريفي. ماذا ترى؟ تسمع؟ تشم؟ تشعر؟ ما هو الوقت؟ ماذا يشبه الضوء؟ كيف تشعر بالهواء على بشرتك؟ هل هو دافئ أم بارد؟بعد حين ، فإن هذا المسار سيتحول الى الغابة. اتبعه. ماذا ترى ، تشم ، تسمع وتشعر الآن؟ كيف يمكن للضوء، درجة الحرارة أن تتغير؟ بعد حين ، المسار يبدأ في الصعود إلى أعلى تدريجياً. كيف تشعر؟قريباً سوف تسمع وتري مجرى يتدفق علي الجانب. بما أنك مستمر في المشي ، سوف تشعر بأنك أخف وزناً كما لو أن المسار يتلاشي.

واصل السير على طريق المسار. تمتع بالفضاء. ماذا ترى ، تشعر ، تسمع وتشم؟جد مكان تشعر فيه بالراحة ، وبشعرك وكأنك في بيتك. في حالة كنت جالسا أو واقفا أو مستلقيا؛ فمرشدك سوف يأتيك، ربما على هيئة رجل حكيم كبير في السن أو امرأة حكيمة كبيرة في السن، كائن أسطوري، حيوان أو مخلوق لم تره من قبل، أو شخصية روحانية أو دينية.

رحب بكل ومن يأتي ، قدم نفسك ، واسأل "ما اسمك؟" كن مرتاحا مع مرشدك ، ولا تتردد في طرح أي سؤال ، سواء كان صغيراً ، مثل "أين يجب أن أتناول العشاء الليلة؟" أو " ماذا علي أن أفعل يوم السبت؟" أو كبيراً ، مثل "لماذا أشعر بالصداع؟" أو " كيف لي أن أتعامل مع علاقة أو مشكلة صعبة في العمل؟" لا تتردد في طرح كل ما تشعر في هذه اللحظة وتقبل الجواب الذي يأتي. إذا كنت ترغب في الاستمرار في المحادثة أو السؤال عن توضيح شيء أو مزيد من المعلومات ، لا تتردد في القيام بذلك. استمر في طرح الأسئلة وتلقي الأجوبة إذا أردت. حتي لو كنت لا تفهم الأجوبة التي تتلقاها بشكل تام ، اقبل ما يأتي. عندما تشعر بالتمام ، أشكر مرشدك علي هذه التجربة ، قل وداعا ، واستعد للمغادرة ، مع العلم أنه يمكنك دائما العودة ومرشدك دائما متاح لك. عد الى المسار الذي يؤدي إلى أسفل الغابة. كما كنت تنزل بلطف ، لاحظ المشاهد والأصوات والروائح والأحاسيس. مرة أخرى أسمع صوت الماء وانظر الي المياه الجارية إلى أسفل الجبل. سر من خلال الكلمات حتى تصل إلى الأسفل وانظر مدخل هذا الحقل. سر في هذا الحقل ، لاحظ الضوء ، الأصوات ، الروائح ، درجة الحرارة واشعر بالهواء على جسمك. امشي الى الورا الى الطريق الريفي حيث بدأت. الآن أشعر بنفسك مرة أخرى في غرفتك ، على الكرسي ، أو الأريكة أو الأرض. كن واعيا في اتصالك مع جسمك. تنفس بعمق ، اشعر ببطنك مسترخية وباسترخاء عضلاتك. عندما تكون مستعدا ، افتح عينيك ببطء وعد الى الغرفة. ربما تريد أن تأخذ بضع دقائق لكتابة تجربتك.

نشاط رقم () : اسم النشاط : التخيل والموجه الحكيم

الموسيقى: R Carlos Nakia "روح الأرض"

التحذيرات والموانع: ذكريات عاطفية قوية ربما تثار.

نص نشاط : التخيل والموجه الحكيم

استلق أو اجلس في وضع مريح. اشعر بجسمك على الأرض أو الكرسي. اسمح لجسمك بالاسترخاء و فقط دع نفسك كذلك. والآن اسمح لإدراكك بالتحرك باتجاه تنفسك. شاعراً بالنفس الداخل... شاعراً بالنفس الخارج . خذ شهيقاً، اشعر بهدوء أثناء التنفس حاول أن تكون هادئاً وأثناء عملية الزفير أخرج الهواء بسلام، الآن استعد للذهاب في رحلة ذهنية.

الآن أريد منك أن ترى نفسك في مكان خاص جداً... ربما يكون مكانا حقيقيا ... مكان ربما قد كنت فيه فعلاً... بقعة جميلة في الطبيعة... أو مكان مريح في بيتك الخاص. مكانك الخاص ربما يكون مكانا خياليا ... مكان في قصص الخيال.. داخل البيت أو خارجه.. هذا أمر غير مهم فعلاً... ربما أكثر من مكان يتصوره عقلك اسمح لنفسك بالبقاء في أحد هذه الأماكن.

الشيء الوحيد المهم هو المكان حيث تشعر بأنك تماماً مرتاح و آمن . . . تشعر بالراحة والأمان... قدر هذا المنظر بجميع حواسك. استمع للأصوات.. استنشق(شم) العبير و الروائح... أشعر بالهواء يداعب جلدك... اشعر بأن الأرض آمنة تحتك... المس واشعر بكل البيئة الموجود أنت فيها. لاحظ ماذا

تلبس لاحظ ماذا تضع في قدميك أي وقت في السنة هو الآن؟ و أي وقت في اليوم؟ كم عمرك؟ هل أنت وحدك أو يصاحبك شخص آخر أو أناس آخرون. لاحظ الألوان المحيطة بك ما هي درجة الحرارة؟ هل هي دافئة؟ هل هي باردة؟ لاحظ خصائص المكان التي تجعل منه مكاناً آمناً ومريحاً.

و أنظر حولك لترى إن كان هناك شيئاً آخر قد يجعل هذا المكان أكثر أمناً لك ... ربما تحتاج لإزالة بعض الأشياء من المكان أو أن تحضر بعض الأشياء التي تحتاجها إليه ... و بعد ذلك لاحظ كيف يشعر جسمك في هذا المكان... الآن أنظر على مد البصر ستلاحظ شكل أو نموذج يتحرك ببطء باتجاهك. لا يوجد شيء يهددك في هذه التجربة. إنك تشعر الآن براحة وأمان... وابدأ بتصور مخلوق حكيم يريد أن يحييك. ربما يكون رجلاً أو امرأة أو طفلاً أو حيواناً، لونا، أو حضوراً أو ربما شعوراً، انظر هل هو شاب أو مسن، انظر هل هو كبير أم صغير، كيف يلبس، إن كان هو شخص، وخصوصاً كيف تشعر به و مشاعره اتجاهك . إن كان هذا الشخص أو المخلوق يجعلك تشعر بالدفع، الراحة، الأمان، أنت تعرف أنه دليلك الداخلي، و نفسك الحكيمة، و دليلك الروحي التصوري، أي اسم تشعر بأنه مناسب لك... و مهما كان المخلوق حييه عند حضوره، حييه بالطريقة التي تراها مناسبة... بإمكانك التواصل معه بأي طريقة تشعر بأنها مناسبة، بالكلمات، بالأفكار، أو باللمس أعلم بأن هذا المخلوق الحكيم موجود هنا لمساعدتك و خدمتك. ربما لدى المخلوق الحكيم رسالة لك. استمع للرسالة.. اقبلها... تعلم منها. أو إن كان لديك هناك شيئاً ما تريد سؤاله عنه تستطيع ذلك. ربما تسأل عن بعض النصائح التي أنت بحاجة لها.. أو حل لمشكلة ما.... ربما لدى مخلوقك الحكيم هدية لك. اقبلها منه إذا قدمت. الآن اقض بعض الوقت الهام مع مخلوقك الحكيم.

الآن قدم الشكر له، عالماً بأنك تستطيع الرجوع. و عندما تكون جاهزاً... و بسرعتك الخاصة... اجعل نفسك عميقاً.. ببطيء تدريجي دع وعيك بجسدك على الكرسي يعود مرة ثانية... احضر نفسك للخلف ببطء وراحة... و الآن حينما تكون الآن مستعداً.. فقط حينما تكون مستعداً... افتح عينيك بلطف بابتسامه على وجهك.

فحص المشاعر :

اطلب من أعضاء المجموعة أن يتبادلوا خبراتهم مع تخيل الموجه الحكيم. قد تسأل أسئلة كالتالي لتدعوهم إلى المشاركة :

كيف كانت التجربة تبدو بالنسبة لك ؟ عندما كانت توجد صعوبات ؟ هل شعرت بالخوف في أي لحظة؟ وما هو أكثر شيء أمتعك؟ ماذا تشاهد ، تسمع ، تشم وتشعر ؟ كيف يبدو مرشدك؟ ما هي استجابتك الأولى عندما أصبحت مدركاً لمرشدك ؟هل لديك سؤال؟ إذا كان الأمر كذلك ، هل حصلت علي إجابة لسؤالك ؟ قد ترغب في كتابة أسئلتك والإجابات. ما هي الدروس التي تعلمتها؟ ما الذي فاجأك؟

دائرة الإنهاء :

للم يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة

للم يقوم المعالج بتقييم الجلسة من خلال نموذج التقييم

للم يقوم المعالج بالتأمل الختامي وتذكيرهم بأجندة الجلسة القادمة

الواجب البيتي :

• مارس تمرين التخيل والموجه الحكيم لمدة 15 دقيقة و اكتب تجربتك بدفتر ذكرياتك

للم ممارسة نشاط سلوكي ممتع رياضي أنت وشريكك .

برنامج علاج العقل والجسم			
عنوان الجلسة		التأمل بالمغفرة	
الجلسة		الثالثة عشر	
طبيعة الجلسة		جلسة جماعية	
أجندة الجلسة	• التأمل الافتتاحي		
	• فحص المشاعر / مراجعة للواجب البيئي		
	• التطبيع والتعليم : التسامح والمغفرة		
	• تمرين عملي : التأمل بالمغفرة		
	• فحص المشاعر		
	• تقييم الجلسة وتذكير بأجندة الجلسة القادمة		
	• التأمل الختامي		
أهداف الجلسة		محاور التدخل العلاجي	
أن تكون المجموعة قادرة علي :		• الوصول إلى أدلة و معلومات لاشعورية و أدلة خاصة باللاشعور	
• الوعي بمشاعرهم ومواقفهم الحياتية من خلال ممارسة تمرين التأمل		• التخيل واكتشاف مصدر موثوق للتوجيه الحدسي والدعم المستمرين	
• السيطرة علي الأعراض الجسدية من خلال ممارسة تمرين التأمل			
استراتيجيات التدخل	التأمل الافتتاحي - فحص - التطبيع والتعليم- التخيل التصوري والادراك الداخلي - فحص المشاعر - التأمل الختامي		
	مهارات :- إعادة الصياغة - عكس المشاعر - التعاطف - التلخيص		
الأساليب التدريبية	العصف الذهني - حوار ونقاش -- المحاضرة		
المستلزمات التدريبية	- أقلام فلوما ستر - فلوب شارت - ورق بروس تل - ورق A4- ألوان - أوراق العمل		
التوزيع الزمني للإجراءات الخاصة بالجلسة الثالثة عشر			
الوقت	موضوع الجلسة	مدة الإجراء	الزمن الكلي
	التأمل الافتتاحي		
	فحص المزاج والمشاعر		
	مراجعة الواجب البيئي		
	التطبيع والتعليم: التأمل والتسامح		
	التمرين العملي: التأمل بالمغفرة		
	فحص المشاعر		
	تقييم الجلسة والتذكير بالجلسة القادمة		
	التأمل الختامي		

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء :

نشاط رقم () : اسم النشاط : التأمل الافتتاحي :-

انتبه : التأمل الافتتاحي يتغير مع طبيعة الفئة المستهدفة (راجع دليل الممارسة للراشدين والمراهقين والأطفال)

- استخدم تأملاً بسيطاً من اختيارك يساعد أفراد المجموعة على التركيز ويدعوهم إلى الاسترخاء والانفتاح على التعلم

قاعدة :

- ✓ اجعل نبرة صوتك هادئة مسموعة.
- ✓ أعطي وقتاً كافياً لتمرين التأمل الافتتاحي.
- ✓ اجعل صوتك متناغماً مع الموسيقى (استخدم موسيقى هادئة).
- ✓ استخدم كلمات بسيطة وواضحة وابتعد عن التشبث راجع (دليل العمل مع الراشدين والمراهقين والأطفال).
- ✓ تأكد أن الجميع يجلس بصورة مريحة تساعد على الاسترخاء.

نص النشاط : التأمل الافتتاحي :

اجعل جسدك مسترخياً، ظهرك منتصباً، ضع قدميك على الأرض تحرر من كل شيء يضايقك وأغلق عينيك - تنفس بعمق، خذ شهيقاً من الأنف والزفير من الفم. تخيل بطنك مرتخية، فهذا سيساعدك في تعميق التنفس وتحسين تبادل الأكسجين وفي الوقت ذاته سترتاح عضلاتك.... قل عند الشهيق "بطني".... وعند الزفير "مسترخي". إذا راودتك الأفكار، اسمح لها بأن تأتي وأن تذهب... بهدوء عد إلى الشهيق وقل "بطني" ... "مسترخي" استمر بالشهيق والزفير.

إذا كنت تشعر بالتوتر في أي مكان، تخيل أن الشهيق ذهب هناك وأن الزفير خرج مع التوتر بعيداً. برحيل التوتر، أعد انتباهك مرة أخرى بهدوء شهيق عميق وقل بداخلك بطني ... وزفير بطيء وقل بداخلك مسترخي.... وتخيل المكان الذي تحبه أكثر من غيره أو أكثر الأماكن جمالاً وراحة يمكنك تخيله.... يمكن أن يكون هذا المكان من الخارج كشاطئ مثلاً أو غابة أو غروب شمس أو يمكن أن يكون مكاناً خاصاً في بيتك ويمكن أن يكون مكاناً زرتَه أو تخيلته لتوك أو مكاناً رأيته في صورة... أنظر حولك. فماذا ترى؟ وماذا تسمع؟ وأي روائح تشم؟ ادرس المكان، خذ لحظة تنظر فيها إلى السماء لترى السحب تتحرك، واشعر بالنسيم العليل يداعب وجهك... ابق في هذا المكان فترة تنفس بعمق، واستمتع بهذا الوقت فهو مخصص لنفسك فقط ركز علي جسدك عندما تكون مسترخياً ارسم ابتسامه علي شففتك وحرك أطراف قدميك وافتح عينيك ببطء وتمسك بالشعور الهادئ الذي تخبره. اتبع أفكارك واسمح لنفسك الاستمتاع بالهدوء والطمأنينة.

فحص مشاعر أفراد المجموعة :

انتباه : قد يثير الفحص مشاعر مؤلمة وقوية كن مدركاً لما يحدث (ممكن أن تستخدم تمرين مساند للدعم والمساندة)

تذكير : أنت الآن تقترب إلى النهاية كمعالج مع أفراد مجموعتك قد تدعو الأعضاء إلى المشاركة في :-

كيف الآن تشعر وأنت عضو بهذه المجموعة ؟ ما الشيء المختلف عندك الآن ؟ ما الذي يفاجئك ؟
ما الذي تغير لديك ؟ ما الذي تعلمته وجعلك مدركاً خلال فترة وجودك بالمجموعة ؟وما الذي تريد ان تواصل تنميته داخلك ؟

دائرة المركز : التطبيع والتعليم

التطبيع والتعليم : التأمل بالمغفرة :

(اربط المادة بأمثلة عملية عن عادات خاصة بالغذاء بالمجتمع الفلسطيني ووضح العلاقة بالعقل والجسم)

- مراجعة عن التأمل - تعريف التسامح علاقة التسامح بالأفكار والمشاعر والجسد والسلوك
- اعمل تمرين تأمل عملي واربطه بالمادة النظرية لتسهيل الفهم للعرض / اشرح لماذا العفو
- ناقش تجارب المجموعة مع الراشدين حول العفو
- ناقش التفاعل بين العقل والجسم (من الجوانب النفسية والعصبية والهرمونية والمناعية)

نشاط رقم () : اسم النشاط : التأمل بالمغفرة :

قاعدة :

- طبق تمرين التأمل بالعفو - كن دقيقا بإعطاء التعليمات حافظ علي صوتك هادئا ومتناغما مع الموسيقى - أعطي الوقت للتأمل
 - اجعل المجموعة تتأمل ببطء بين كل مرحلة وأخري وصولا إلى التأمل التام
- تذكير :** يمكن تعليم هذه التقنية للأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة خطيرة ، لأولئك الذين تعرضوا للصدمة من جراء الحرب ، وطلاب الطب ، لمساعدتهم على تطوير التعاطف ليس فقط مع الآخرين ولكن لأنفسهم كذلك. يمكن أن تكشف الممارسة وتساعد على التنام ضعفنا.

نص النشاط :

اجلس بشكل مريح ، استرخ ، تنفس بعمق. الآن تخيل شخص ترغب في مساعدته أو شفائه (شخص قريب منك أو شخص لا تعرفه جيدا.) تخيل نفسك جالسا بجانب هذا الشخص وأنه مستلق أمامك على أريكة أو سرير .

تنفس بعمق واسترخ ، ادع الشخصيات الروحية الوجدانية من التقاليد الدينية الخاصة بك ، مثل القديسين ، الملائكة ، أو الآلهة ، في الغرفة معك. يمكنك أيضا أن تدعو أشخاص اجتمعت بهم ، سمعت أو قرأت عن الذين يجسدون الرحمة. جرب ذلك أنت وصديقك مع ضوء الحب والشفاء. تمتع بوجودهم. اشعر بهم من حولك.

ركز اهتمامك الآن على صديقك. كن على علم بمعاناته الجسدية ،العاطفية و / أو الروحية ، تخيل كل الأذى ،الألم ، الغضب ، كل المحن الجسدية والعاطفية والروحية والاجتماعية والاقتصادية ، مهما

كان ذلك. وتصور هذه الشدة كدخان أسود مظلم..... تصور ذلك كأنه دخان داكن حجري. لاحظ كل مكان يقع في جسمه ، ربما البطن ، الأصابع، اليدين، الرأس، وحتى في جميع أنحاء الجسم.

عندما تأخذ نفساً ، استنشق هذا الدخان الداكن ، مدركاً أن استنشاق الأذى والمعاناة يمكن أن تساعدك على الشفاء. تصور بأنه مطهر سوف ينظف مكاناً مظلماً في قلبك ، وينظف الجرح والغضب والاستياء والحسد والغيرة.

يمكنك تخيل كرة علي صدرك مظلمة ذات لون أسود داكن ويتصاعد منها دخان، تمثل كل ما تشعر به من الألم والمعاناة. وأنت تتنفس الدخان في الظلام الكثيف الخاص بذلك الشخص ، فإنك تبدأ في رد الكرة المظلمة بعيداً عن صدرك. في العملية قد تصبح على بينة من ما يصيبك بالألم والغضب والاستياء ، وبعض الطرق التي جعلتك فعلاً تشبه الشخص الذي تحاول تقديم المساعدة له.

عندما يتلاشي ظلامك بعيداً، قد تصبح علي بينة من النور الذي يشع من صدرك وقلبك. عندما يكون هذا الضوء من الحنان والحب ينمو أكثر قوة وإشراقاً ، أرسله إلى صديقك ، اجعله يخرج من صدرك إلي جسده. دعه يملأ جميع الأماكن التي كانت تغم بالظلام والمعاناة والألم. في نفس الوقت ، اسمح للكائنات الوجدانية التي تحيط بك أن تملأ صديقك وربما الغرفة أيضاً بهذا النور. تمتع بالشفاء الذي تحقق وسوف يتحقق لاحقاً. الآن فتح عينيك ، عد إلى الغرفة ، قد تريد أن تكتب عن تجربتك.

فحص المشاعر :

ادع أعضاء المجموعة لأن يتبادلوا خبراتهم مع تأمل تونجلن . استخدم مثل هذه الأسئلة لتوجيه المشاركين :

ماذا ظهر من الكائنات العاطفية؟من اخترت للشفاء؟ لماذا؟كيف كان شعورك خلال الممارسة؟هل شعرت بأي خوف؟ما هو نوع الظلام الذي كان في صديقك؟ما هو نوع الظلام الذي وجدته في نفسك؟هل كانت ظلمتك وظلمة صديقك و "القضايا" ذات صلة أو متشابهة ؟

كيف كانت التجربة لك ؟ ما هي الدروس التي اكتشفتها من خلال التأمل بالعفو؟ كيف تصف مشاعرك في البداية والنهاية ؟ كيف تصف التجربة وكيف أثرت داخلك ؟ كيف كانت مشاعرك ؟ تحدث عن جسديك وكيف تشعر الآن ؟ كيف تصف تجربتك بعد أن تحدثت؟ بماذا تفكر وكيف تشعر ؟

دائرة الإنهاء :

لـ يقوم المعالج بالرد على استفسارات وتساؤلات المشاركين بالمجموعة

لـ يقوم المعالج بتقييم الجلسة من خلال نموذج التقييم

لـ يقوم المعالج بالتأمل الختامي وتذكيرهم بأجندة الجلسة القادمة

الواجب البيتي :

- مارس هذا التمرين مع شخص تعرفه أو تهتم فيه، ويعاني من الألم أو الضيق.
- لـ ممارسة نشاط سلوكي ممتع رياضي أنت وشريكك .

برنامج علاج العقل والجسم			
عنوان الجلسة		الرسومات	
الجلسة		الرابعة عشر (ترافق جلسة اولياء الامور)	
طبيعة الجلسة		جلسة جماعية	
أجندة الجلسة	• التأمل الافتتاحي		
	• فحص المشاعر / مراجعة للواجب البيتي		
	• التطبيع والتعليم : طقوس الاغلاق		
	• تمرين عملي : الرسومات		
	• فحص المشاعر		
	• تقييم الجلسة وتذكير بأجندة الجلسة القادمة		
	• التأمل الختامي		
أهداف الجلسة		محاور التدخل العلاجي	
أن تكون المجموعة قادرة على :		• التركيز على الإدراك الذاتي	
• إدراك الذات من خلال الوعي الذاتي بمشاعرهم وعواطفهم		• مساعدة أعضاء المجموعة للوصول لمعلومات لاشعورية فيما يتعلق بالمشكلة أو أعراضها.	
• إنهاء الجلسة بمشاعر يسودها الرضا والمحبة		• تقييم التغيرات التي طرأت على المجموعة.	
• التعامل مع المواقف الحياتية المستقبلية من خلال استخدام التخيل			
استراتيجيات التدخل	التأمل الافتتاحي - فحص - التطبيع والتعليم- الرسومات وطقوس الاغلاق - فحص المشاعر - التأمل الختامي		
	مهارات :- أعادة الصياغة - عكس المشاعر - التعاطف - التلخيص		
الأساليب التدريبية	العصف الذهني - حوار ونقاش -- المحاضرة		
المستلزمات التدريبية	- أقلام فلوما ستر - فلوب شارتر - ورق بروس نل - ورق A4- ألوان - أوراق العمل		
التوزيع الزمني للإجراءات الخاصة بالجلسة الرابعة عشر			
الوقت	موضوع الجلسة	مدة الإجراء	الزمن الكلي
	التأمل الافتتاحي		
	فحص المزاج والمشاعر		
	مراجعة الواجب البيتي		
	التطبيع والتعليم: طقوس الاغلاق		
	التمرين العملي: الرسومات وطقوس الاغلاق		
	فحص المشاعر		
	تقييم الجلسة والتذكير بالجلسة القادمة		
	التأمل الختامي		

الأنشطة التنفيذية للجلسة :

دائرة البدء :

نشاط رقم () : اسم النشاط : التأمل الافتتاحي :-

- انتبه : التأمل الافتتاحي يتغير مع طبيعة الفئة المستهدفة (راجع دليل الممارسة للراشدين والمراهقين والأطفال)
- استخدم تأملاً بسيطاً من اختيارك يساعد أفراد المجموعة على التركيز ويدعوهم إلى الاسترخاء والانفتاح على التعلم

قاعدة :

- ✓ اجعل نبذة صوتك هادئة مسموعة
- ✓ أعط وقتاً كافياً لتمرين التأمل الافتتاحي
- ✓ اجعل صوتك متناغماً مع الموسيقى (استخدم موسيقى هادئة)
- ✓ استخدم كلمات بسيطة وواضحة وابتعد عن التشنيت راجع (دليل العمل مع الراشدين والمراهقين والأطفال)
- ✓ تأكد أن الجميع يجلس بصورة مريحة تساعده على الاسترخاء

نص النشاط : التأمل الافتتاحي :

اجعل جسدك مسترخياً، ظهرك منتصباً، ضع قدميك على الأرض تحرر من كل شيء يضايقك وأغلق عينيك - تنفس بعمق، خذ شهيقاً من الأنف والزفير من الفم. تخيل بطنك مرتخية، فهذا سيساعدك في تعميق التنفس وتحسين تبادل الأكسجين وفي الوقت ذاته سترتاح عضلاتك... قل عند الشهيق "بطني".... وعند الزفير "مسترخي". إذا راودتك الأفكار، اسمح لها بأن تأتي وأن تذهب... بهدوء عد إلى الشهيق وقل "بطني" ... "مسترخي" استمر بالشهيق والزفير .

إذا كنت تشعر بالتوتر في أي مكان، تخيل أن الشهيق ذهب هناك وأن الزفير خرج مع التوتر بعيداً. برحيل التوتر، أعد انتباهك مرة أخرى بهدوء شهيق عميق وقل بداخلك بطني ... وزفير بطيء وقل بداخلك مسترخي.... وتخيل المكان الذي تحبه أكثر من غيره أو أكثر الأماكن جمالاً وراحة يمكنك تخيله.... يمكن أن يكون هذا المكان من الخارج كشاطئ مثلاً أو غابة أو غروب شمس أو يمكن أن يكون مكاناً خاصاً في بيتك ويمكن أن يكون مكاناً زرتَه أو تخيلته لتوك أو مكاناً رأيته في صورة... أنظر حولك. فماذا ترى؟ وماذا تسمع؟ وأي روائح تشم؟ ادرس المكان، خذ لحظة تنظر فيها إلى السماء لترى السحب تتحرك، واشعر بالنسيم العليل يداعب وجهك... ابق في هذا المكان فترة تنفس بعمق، واستمتع بهذا الوقت فهو مخصص لنفسك فقط ركز على جسدك عندما تكون مسترخياً ارسم ابتسامه على شفئك وحرك أطراف قدميك وافتح عينيك ببطء وتمسك بالشعور الهادئ الذي تخبره. اتبع أفكارك واسمح لنفسك الاستمتاع بالهدوء والطمأنينة.

فحص مشاعر أفراد المجموعة :

انتباه : قد يثير الفحص مشاعر مؤلمة وقوية كن مدركاً لما يحدث (ممكن أن تستخدم تمرين مساند للدعم والمساندة)

تذكير : أنت الآن في نهاية البرنامج كمعالج مع أفراد مجموعتك قد تدعو الأعضاء إلى المشاركة في:-

كيف الآن تشعر وأنت عضو بهذه المجموعة ؟ ما الشيء المختلف عندك الآن ؟ ما الذي يفاجئك ؟ ما الذي تغير لديك ؟ ما الذي تعلمته وجعلك مدركا خلال فترة وجودك بالمجموعة ؟ وما الذي تريد ان تواصل تنميته داخلك ؟
دائرة المركز : التطبيع والتعليم

التطبيع والتعليم : الرسومات :

(اربط المادة بتمرين عملي بسيط يوضح كيف يمكن استخدام التمرين)

- مراجعه بسيطة عن الرسومات عرض تعليمي سابق
- عرف طقوس الإغلاق ؟ أنواع طقوس الإغلاق ؟
- أعط أمثلة عملية حول طقوس الإغلاق كجزء من ثقافة المجتمع الفلسطيني / مارس تمرين تجريبي
- قدم لأعضاء المجموعة أفكار لكيفية تطوير قدراتهم بممارسة العقل والجسم
- ناقش التفاعل بين العقل والجسم (من الجوانب النفسية والعصبية والهرمونية والمناعية)

نشاط رقم () : اسم النشاط : الرسومات

قاعدة : خلال الجلسة الأخيرة ، فإن المجموعة سوف تنشئ مجموعة من الرسومات ، على غرار ولكن ليس تماما نفس الرسومات التي تم إنشاؤها في الجلسة الأولى. في وصف التمرين، غط هذه الموضوعات :

- الرسومات كشكل من أشكال التعبير عن الذات ووسيلة للوصول إلى اللاوعي
 - أهمية أن تكون في حالة استرخاء والثقة بما يأتي من اللاوعي
 - كيف ومتى يمكن أن تكون الرسومات مفيدة
 - عملية المشاركة بالرسوم من دون تحليل أو تفسير من قبل أعضاء المجموعة.
- عند تطبيق التمرين : انتباه :** قم بتوزيع الأدوات / اطلب من أفراد المجموعة ترك كل شيء ومارس تمرين الاسترخاء لفترة قصيرة لتهيئة المجموعة / ثم ابدأ وأعطي وقت بين كل رسمة وأخري 5-7 دقائق

قاعدة : قارن بين الرسمة (1) مع الرسمة (1) - الرسمة الجديدة (2) مع الرسمة القديمة (3) - الرسمة الجديدة (3)

- **الرسمة الأولى :** ارسم نفسك أنت الآن ؟ (اسمح للرسم أن تأخذ الشكل واللون المناسب)
- **الرسمة الثانية :** كيف وأين ترغب أن تكون ؟ وضح أين يحب أن يكون في عمله مع أصدقائه أو حياته الروحية أو كيف تريد كشخص كاب
- **الرسمة الثالثة :** كيف ستصل إلى هناك ؟ اسمح لها أن تأتي من داخلك وتظهر على الصفحة

طقوس الإغلاق : ملاحظات - قصائد وأناشيد - ماذا اترك وماذا أغير ؟ - هدايا متبادلة - لك حرية الاختيار بما تريد حسب المرجع

ملاحظة : مرر ثلاث أوراق إلى كل عضو في المجموعة وألوان أو أقلام في متناول يد الجميع.

النص ابدئه مستخدماً هذه الكلمات :

نمارس الرسومات مرة أخرى ، كما فعلنا في الجلسة الأولى ، باعتبارها وسيلة لاكتشاف الذات. وقد صممت هذه الرسوم لمساعدتك في التحضير للخطوات المقبلة في عملية الرعاية الذاتية كنت قد بدأت بها في المجموعة.

كما فعلت في الجلسة الأولى ، اطلب منهم بأن يغلقوا عيونهم ، يتنفسوا بعمق ، والانتقال إلى حالة استرخاء بما إنها أسهل طريقة للوصول إلى ذاتك الحكيمة. واصل الاسترخاء ، وثق بأنك ستحصل بالضبط على ما ياسبك في هذه اللحظة.

الرسم 1 : أنت الآن

اطلب من أعضاء المجموعة فتح عيونهم عندما يكونون على استعداد لرسم " أنت الآن." يمكنك توجيههم بمثل هذه الكلمات :

اسمح للرسم أن يتخذ الشكل الذي يتطلبه . اجعل يدك تتحرك لتختار الألوان وتشكل ما تريد أن يتشكل ، ثق بهذه العملية.

بعد حوالي 10 دقائق ، أو عندما يبدو أن معظم أعضاء المجموعة قد أكملوا الرسم الأولى ، انتقل إلى تعليمات الرسم الثانية.

الرسم 2 : كيف وأين ترغب أن تكون

استخدم هذه التعليمات :

خذ الآن بضع دقائق لترسم نفسك كيف وأين تود أن تكون. يمكنك تفسير هذا وبالطريقة التي تريدها ، أين تحب أن تكون في عملك ، في علاقاتك ، صحتك ، أو حياتك الروحية، أو كيف تريد أن تكون كشخص ، كأب أو أم ، في عملية الرعاية الذاتية الخاصة بك . كل ما يأتي ، عبر به على الصفحة.

بعد حوالي 10 دقائق ، أو عندما يبدو أن معظم أعضاء المجموعة قد أكملوا الرسم الثانية ، انتقل إلى تعليمات الرسم الثالثة.

الرسم 3 : كيف ستصل الي هناك

استخدم هذه التعليمات :

الآن ارسم كيف ستصل الي هناك ، أين أنت الآن إلى حيث تريد أن تكون. فقط اسمح لها أن تأتي من داخلك العميقة وتظهر على الصفحة.

بعد اكتمال كل الرسومات ، اطلب من المشاركين أن ينهوا ذلك.

سوف نتوقف الآن ، مع العلم أن الرسوم هي دائماً غير مكتملة ، ويمكنك دائماً العمل معها أكثر أو العودة لها مرة أخرى في وقت آخر.

فحص المشاعر :

تذكير : عد برسومات المجموعة الأولى. ادع كل عضو في المجموعة للمشاركة بالرسومات... إما عن طريق حملهم باليد أو وضعها حيث يمكن للجميع الاطلاع عليها. ثم ادع كل عضو للمشاركة بأي ملاحظات حول الرسوم الأولى بالمقارنة مع المجموعة الثانية من الرسومات. اسألهم عن الاستبصار الذي حصلوه عند النظر في مجموعتي الرسم إما عن نفسك أو عن تطورك في المجموعة.

استخدم أسئلة مثل هذه في الدعوة للمناقشة:

كيف كانت التجربة لك ؟ ما الفرق بين نفسك اليوم ورسمتك الأولى ؟ ما هي الدروس التي اكتشفتها من خلال الرسم ؟ كيف تصف مشاعرك في البداية واليوم ؟ كيف تصف الرسمة التي أثرت داخلك أول مرة ؟ تحدث عن مجمل الرسومات اروي قصة ما الفرق / التشابه الذي تراه بين تمثيل نفسك اليوم ، ورسمتك الأولى؟ ذكرهم أنه في بعض الأحيان يستغرق وقتا طويلا لفهم ما تكشفه الرسومات. أحيانا قد لا يكون واضحا معنى ذلك. لا بأس. فقط أكتب ما كنت تفكر وتشعر به. لاحظ ما هي الدروس التي يكشفها الرسم على مر الزمن؟

نشاط رقم () : اسم النشاط : طقوس والإغلاق :

كمعالج ، سوف تقود أعضاء المجموعة في أحد الطقوس التي تكرم خبرة المجموعة وتحتفل بنهايتها. ينبغي أن تساعد الطقوس أعضاء المجموعة في التعبير عن تجربتهم وماذا تعني بالنسبة لهم و / أو طرقتهم في تقدير بعضهم البعض في المجموعة. قد تشارك أفكار أعضاء المجموعة في خلق طقوس أو استخدام طقوس خاصة بك.

كما يمكنك إنشاء طقوس لمجموعتك ، كن على وعي بمن هم أعضاء مجموعتك. قد تكون لديهم ممارسات روحية أو دينية أو التفضيلات التي من شأنها أن تؤثر على أي نوع الطقوس الذي سوف تقوم بإنشائه . تريد أن تكون الطقوس الخاصة بك مناسبة ورمزية ، ولا تتبع نظام اعتقادي معين. تذكر أن تبقى بسيطاً ويشمل الجميع.

قد ترغب في النظر بما حدث في الجلسات. يمكنك البحث عن الرموز أو الموضوعات التي هي خاصة للمجموعة والنظر في استخدامها في الطقوس. اجعل الطقوس فرصة لاستكشاف معنى هذا الوقت الذي يقضونه معا ، وتوفير فرصة تحول من هذه التجربة.

قاعدة : أحيانا طقوس الإغلاق تستحضر مشاعر عميقة . فمن المهم بالنسبة لك كميسر أن تكون جالسا مرتاحا وذا عاطفة قوية. كميسر عليك أن تكون قادرا على الجلوس مع ذوى الحزن والأسى ومن يشعرون بالفقدان. فمن المهم أن تدرك دائما أنك أنت الذي يمسك الوعاء ليحتوى الناس ويجعلهم يدركون عواطفهم واكتشاف ما هو صحيح بالنسبة لهم.

بعض الأمثلة للطقوس

- المشاركة بالقصائد أو الأغنيات
- يكتب أعضاء المجموعات ملاحظات على بطاقات أو ورقة حول ما يعني كل شخص لهم أو ما تعلموه منهم. ثم يأخذ كل عضو هذه البطاقات إلى المنزل معهم.
- التعبير الرمزي للأعضاء فيما يريدون "التخلي عن" "ترك" أو ماذا "يودون أن يأخذوا معهم" شيء تعلموه ، أو يريدون أن يتذكروه من هذه تجربة
- باستخدام الحجارة أو قلوب أو أي شيء آخر يمكن أن ينتقل حول الدائرة و كل شخص ليحمله
- استخدام الماء أو تمزيق تجارب مؤلمة مكتوبة ، مثل سلوك قديم لم يعد يلزمك
- إنشاء الصمت معا ، حيث الجميع يركز على شخص واحد في وقت واحد
- أحضر شريطا قماشيا لإظهار كيف أن الجميع متصلا ثم اقطعه بحيث يكون لكل شخص قطعة يأخذها معه إلى المنزل
- اطلب من كل عضو من الأعضاء أن يقف في منتصف الدائرة ويقول كلمة واحدة لباقي الأعضاء عن تقديره

قدم لأعضاء المجموعة أفكار لكيفية تطوير قدراتهم في ممارسات العقل والجسم:

- ✍ في الممارسة اليومية ، ربما تريد أن تعمل مع تقنية نشطة ، مثل اليوغا ، المشي ، أو الاهتزاز والرقص ، وتقنية هادئة ، مثل تأمل البطن المسترخية أو تخيل المكان الآمن أو ممارسة التونجلن. عندما تمارسهم بتسلسل ، ابدأ بالنشط وانتهى بالهادئ.
- ✍ يمكن أن تمارس التونجلن بانتظام للحظة. على سبيل المثال ، عندما ترغب في شفاء شخص معين مريض أو تتعامل مع شخص يوجد بينكما خلاف. يمكن أن تمارسه أيضا كلما دعت الحاجة إليه. أحيانا يكون من المفيد جدا القيام بعمل الشفاء مع نفس الشخص لعدة أيام أو أسابيع.
- ✍ يمكن استخدام تقنيات الاستكشاف مثل المرشد الحكيم، الرسومات أو شجرة العائلة في أي وقت تواجه فيه قضية أو مشكلة وتريد أن تفهمها على نحو أفضل وتود أن تتعامل معها بفاعلية أكبر. قد تطلب من مرشدك أن يعطيك نصيحة حول ما يجب القيام به وكيفية تفسير ما يجري ، أو كيفية فهم مشاعرك. أو يمكنك استخدام الحوار مع الأعراض ، المشكلة أو القضية لاكتساب آفاق حول الموقف.
- ✍ يمكنك العمل مع شجرة العائلة واكتشاف كيف يمكن لهذه المسألة أن تلائم تاريخ عائلتك. كيف يتعامل الآخرون مع قضايا مماثلة؟ لماذا هو مهم بالنسبة لك أن تستند إلى خبرة طفولتك؟ ماذا أخبرك أجدادك عن كيفية التعامل معها بشكل مختلف أو بشكل أفضل؟
- ✍ يمكنك العمل مع الرسومات لمساعدتك في حل مشكلة واكتشاف المزيد عن نفسك.

ملحق رقم (6)
بعض أوراق العمل الخاصة بالتطبيق
العقد الشخصي

1- اعبئ العقد التالي مع نفسي :

الهدف : خلال هذا الاسبوع سأفعل النشاط الاتي :

.....

.....

.....

.....

.....

المكافأة : لو أنجزت المهمة المحددة ، سأكافئ نفسي ب :

.....

.....

.....

.....

.....

سأعطي نفسي هذه المكافأة في مدة اقصاها يومين بعد انجاز المهمة

التاريخ : التوقيع :

التاريخ الذي انجزت المهمة فيه :

التاريخ الذي كافأت نفسي به :

قائمة الأنشطة السارة

الخميس	الاربعاء	الثلاثاء	الاثنين	الاحد	السبت	قائمة الأنشطة السارة
						أحب ارتداء الملابس
						الخروج للشاطئ
						مساعدة الناس الذين احترمتهم
						الحديث عن الرياضة
						المشاهدة والمشاركة في الرياضيات
						الذهاب للممارسة أنشطة تطوعية مع الجيران
						التخطيط لرحلات وإجازات
						شراء الأشياء
						ممارسة حرف ذات دلالة
						الذهاب للمسجد
						اصلاح غرف المنزل
						قراءة الكتب والمجلات
						الحديث الي اصدقائي
						لعب البلياردو
						سياقة السيارة
						ركوب الدراجة
						مشاهدة التلفزيون
						لعب الشدة
						انهاء مهمات صعبة
						حل الالغاز
						إكمال الكلمات المتقاطعة
						اخذ حمام ساخن
						كتابة القصص والشعر والاستماع الي الموسيقي
						السفر
						الغناء
						انجاز عملي
						ممارسة أنشطة مع الابناء
						اللعب بالة موسيقية
						اخذ قيلولة
						حل مشكلة شخصية
						وضع الماكياج وتمشيط الشعر
						مقابلة ناس جدد

قائمة الأنشطة السارة

الخميس	الاربعاء	الثلاثاء	الاثنين	الاحد	السبت	قائمة الأنشطة السارة
						انجاز عمل خارجي
						حمام شمسي
						الذهاب الي معرض او حديقة حيوان
						التخطيط والتنظيم لشيء
						مشاهدة الطبيعة
						الاستماع الي الراديو والموسيقى
						اعطاء هدايا
						التقاط الصور
						جمع الاشياء الطبيعية
						مساعدة شخص ما
						الاستماع الي النكت
						النظر الي منظر طبيعي جميل
						اكل طعام جيد
						المشي في قلب المدينة
						الذهاب الي حفلة او معرض او متجر
						انجاز عمل جيد
						الذهاب الي صالة رياضية
						تعلم شيء جديد
						قضاء وقت مع العائلة
						المشاركة في الاجتماعات الاجتماعية
						إكمال الكلمات المتقاطعة
						الحديث في الهاتف
						الاستغراق في احلام اليقظة
						مشاهدة الافلام
						التقبيل
						تنظيم وقتي
						الطبخ
						العمل في المنزل
						الاكل خارجا في المطاعم
						زيارة او قضاء مع الاصدقاء
						الكتابة دفتر المذكرات
						الصلاة

قائمة الانشطة السارة

الخميس	الاربعاء	الثلاثاء	الاثنين	الاحد	السبت	قائمة الانشطة السارة
						التأمل وممارسة اليوجا
						استنتاج الافلام
						اجراء محادثات صوتية او مفتوحة
						المشي حافي القدمين
						الذهاب الي السوق
						الخيطة
						الذهاب الي صالون تجميل او عمل حلاقة
						قضاء الوقت مع شخص احبه
						اخذ القيلولة المسائية
						البدء بمشروع جديد
						لعب العاب الفيديو
						تحضير وجبة خاصة جديدة
						مشاهدة الناس
						إشعال النار
						بيع او تبديل شئ ما
						كتابة الرسائل
						الاهتمام بالنباتات
						الذهاب للمشي
						الاهتمام بالاطفال الصغار
						النوم لوقت متأخر
						اللعب مع الحيوانات الاليفة
						تصفح النت
						الخروج مع الرفاق
						ممارسة تمارين الاسترخاء
						اخذ دروس موسيقي او دبكة
						مجموع الانشطة السارة =

سجل الأفكار الاتوماتيكية

استخدم هذا السجل لمساعدتك علي أن تكون أكثر وعياً بالأفكار الاتوماتيكية عندما تشعر بالضيق :

التاريخ :

الاسم :

الموقف	العواطف	الأفكار الاتوماتيكية
الحدث الحقيقي الذي قادك الي الحدث الغير سار أو صف الأفكار أو الذكريات التي قادتك الي العاطفة الغير ساره	حدد العواطف التي شعرت بها من (0-100)	اكتب الأفكار الاتوماتيكية التي تسبق عواطفك قدر النسبة المئوية لاعتقادك بأن هذه الفكرة صحيحة من (0-100) الاعتقاد %

نموذج اعادة الهيكلة المعرفية

..... التاريخ :

..... الاسم :

الموقف		الافكار الاتوماتيكية	التحدي للأفكار الاتوماتيكية	الاستجابة
وصف : الحدث الحقيقي الذي قاده الي العاطفة الغير سارة او الافكار والذكريات التي قادتكم الي العاطفة السارة		اكتب الافكار الاتوماتيكية التي سبقت عواطفك اسأل : ماذا يعني ذلك بالنسبة لي ؟ لمعرفة ان هناك معتقد كامن متعلق بهذه العاطفة وحدد الدرجة (0-100) SUD	تحدي الافكار الاتوماتيكية حدد نمط التفكير	اكتب استجابتك للأفكار الاتوماتيكية عن طريق تلخيص وجهات نظرك البديلة - لو كان الدليل يدعم فكرتك او ينفي قم بتقدير مدي ايمانك بالاستجابة (0-100)
		الاعتقاد %	الدليل مع :	الاعتقاد %
العواطف : حدد العواطف التي شعرت بها (حزين - قلق - غضبان - خجلان - مذنب) قدر النسبة المئوية للعاطفة (0-100)				حدد النسبة المئوية للعواطف التي اشريت اليها بخطوة (2) من (0-100)
SUD			الدليل ضد :	SUD

نموذج النقد الذاتي

التاريخ :

الاسم :

[illegible]

نموذج التفسيرات البديلة

..... التاريخ :

..... الاسم :

1- اكتب باختصار النتيجة المخيفة (اسوأ سيناريو) متعلق

بقلقك :

2- اكتب باختصار أكثر نتيجة مرغوبة (أفضل سيناريو محتمل) مرتبط

بقلقك :

3- اكتب باختصار أكثر نتيجة واقعية (محتملة) مرتبطة

بقلقك :

دليل لأكثر نتيجة محتملة وجهة نظر بديلة	دليل لأكثر نتيجة مرغوبة أكثر هدف مرغوب	دليل النتيجة المخيفة وجهة النظر الهائلة

نموذج مراقبة الذات - تدخل الصدمة

..... : التاريخ

تعليمات : رجاء استخدم هذا النموذج لتسجيل أي افكار او صور او ذاكرة تدخلية متعلقة بالصدمة ونتائجها جريتها في الاسبوع الماضي حاول اكمال النموذج حول نفس الوقت الذي اعدت فيه تجربة اعراض الصدمة لزيادة دقة علاماك

[illegible]

دليل إرشادي للعواطف والأفكار المتعلقة بها

العواطف	الأفكار المتعلقة	أسأل نفسك
الخوف والقلق	الأفكار التي تقول بأن شيئاً سيئاً سيحدث :	ما الشيء السيئ الذي أتوقع حدوثه ؟
	- إيذاء نفسك أو شخص آخر	
	- سيتم عقابك	
	- سيتم إحراجك	
	- ستكون غير محبوب	
	- سأكون مهجوراً	
الحزن	أفكار الفقدان :	ما الذي فقدته ؟
	- فقدان قيمة الذات	
	- فقدان البراءة	
	- فقدان الاتصال بالشخص الآخر	
	- فقدان الأمل	
الذنب أو الخجل	الأفكار التي تقول بأنك ستفعل شيئاً خاطئاً :	ما الشيء السيئ الذي فعلته ؟
	- سيذلونني أو يسخرون مني	
	- ستكون سيئاً أو شيطاناً	
	- لديك أفكار سيئة	
	- ستكون مسؤولاً عن حدوث أشياء سيئة	
الغضب	أفكار علي أنك ستفقد معاملتك بشكل غير عادل :	ما هو الشيء الغير عادل في هذا الموقف ؟
	- إيذاء أو معاملة ظالمة لك	
	- أشياء لم تحدث بالطريقة التي تريدها	

العواطف السلبية الاولية والافكار الشائعة التي تقودها

العواطف الاولية	عواطف متعلقة	تجربتي مع هذه العاطفة	الافكار الشائعة التي تقودها	أفكاري
الخوف والقلق	قلق / غضب / هائج / رعب / عصبي / مضغوط / مشدود / سباق		انا لست امنا في خطر الشيء الذي لا اريده يحدث انا فقد التحكم انا انهيار انا مرفوض انا يتم الحكم علي سلبيا	
الحزن والاكتئاب	يائس / فقدان / حزن / عديم القيمة / فارغ / مهجور / غير ملائم / محزن / محكوم / خاسر		انا غير محبوب انا لا اساوي شيئا انا اخسر انا مرفوض كليا لن يتغير شئ بالنسبة لي حياتي انتهت الشيء الذي لا اريده يحدث	
الذنب والخجل	نادم / نادم جدا / مذلول / مكشوف / محرج		لقد تسبب بضرر لا يمكن اصلاحه لقد جعلت الناس يخسرون انا لا ألوم الا نفسي انا مذنب / انا لا استحق / انا فظيع	
الغضب والاستئثار	استياء / غضب / عدوان / حاقد		انا غير محترم انا مخطئ / لا يتم معاملتي بعدل انا يتم تخويفي الاخرين يلومون موقعي	

التفكير الاكثابي : اليأس

أسئلة توضيحية	أسئلة حول الفرضيات	أسئلة حول الحقائق الاولية	أسئلة حول وجهات النظر	أسئلة حول النتائج	أسئلة حول الاسئلة
سؤال : ماذا اقصد عندما اخبر نفسي بأنه ليس لدي امل ؟	سؤال : ما الذي افترضه بشأن المستقبل ؟	سؤال : هل تفكير اليأس ينعكس علي الواقع الحقيقي ؟	سؤال : ما الذي يمكن ان يفند النتيجة البائسة ؟	السؤال : ما نتائج التفكير التشاؤمي	سؤال : هل الاسئلة الخمسة تعيد التركيز علي تفكيري ؟
استجابة : لا توجد تغيرات	الاستجابة : لدي فكرة داخلي تخبرني بكل شيء	الاستجابة : لا يوجد دليل	استجابة : تفكير اليأس انهزامي	الاستجابة : تفكير الموت هو تفكير اكثابي	الاستجابة : الاسئلة يمكن ان تعيد هيكلة التفكير
نتيجة : هذا غير قابل للتصديق	نتيجة : هذا غير قابل للتصديق	نتيجة : تفكير اليأس الاكثابي يعكس انطباعا شخسيا وليس واقعا حقيقيا	نتيجة : تفكير اليأس الانهزامي معقول	نتيجة : التفكير التشاؤمي ليس بالضرورة نستطيع التنبؤ بالمستقبل	نتيجة : من الممكن ازاحة الافكار من الضيق والتشاؤم الي منظور اوسع

البحث عن الدليل : تقييمات اختبار القلق

التاريخ :

الاسم :

- اكتب باختصار الفكرة التي تشكل القلق .
- اكتب كم من المحتمل ان تجعلك هذه النتيجة تشعر عندما تكون اكثر قلقا علي مقياس 0% لا يوجد الي 100% يوجد .
- اكتب كم من الممكن ان تشعر بالجدية عندما تكون قلقا علي مقياس من 0% الي 100% .
- اكتب كم من المحتمل ان تظهر هذه النتيجة بعد النظر الي الدليل علي مقياس من 0% لم يحدث الي 100% حدث اكبر .
- اكتب كم يمكن ان تظهر النتيجة حدية بعد النظر الي الدليل علي مقياس من 0% الي 100% .

الدليل ضد الفكرة القلقة او التقييم	الدليل علي الفكرة القلقة او التقييم

نموذج المنفعة - الكلفة (الدفع)

التاريخ :

الاسم :

اكتب باختصار الفكرة الفلقة او المعتقد :

الايجابيات الفورية وطويلة الامد	السلبيات الفورية (الحالية) وطويلة الامد

ضع دائرة حول الفوائد او الكلفة الاكثر اهمية بالنسبة لك .

اكتب باختصار التصور البديل :

الايجابيات الفورية وطويلة الامد	السلبيات الفورية (الحالية) وطويلة الامد

ضع دائرة حول الفوائد والكلفة الاكثر اهمية بالنسبة لك .

نموذج اختبار النظرية التجريبية

..... : التاريخ

1- اكتب تفسير التهديد المتعلق

..... : **بِقَاعَتُكَ**

2- اكتب التفسير البديل المقترح

..... بالعلاج :

3- اكتب النظريات (النتيجة المتوقعة) من

.....: التمرين :

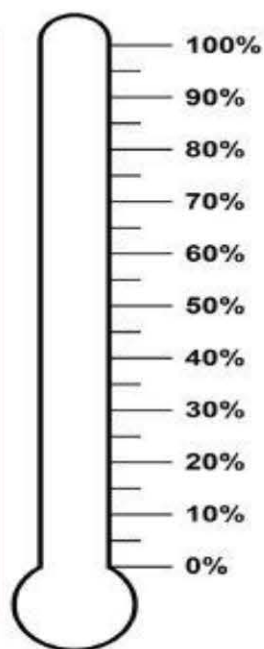
[illegible]

باعتقادك كم ستكون استمتعت بأداء النشاط السار :

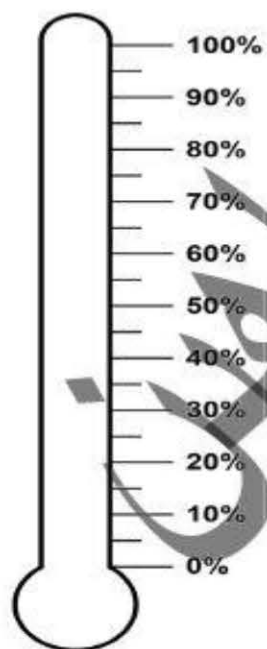
[illegible]

تيرمو متر رقم (1)

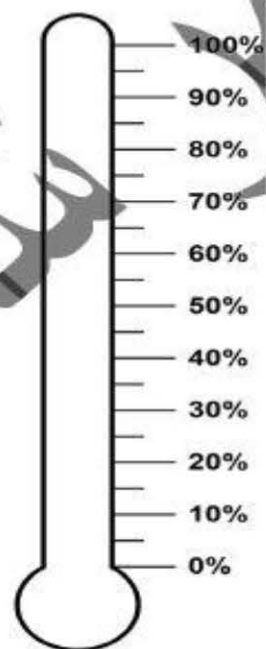
مقياس مشاعر



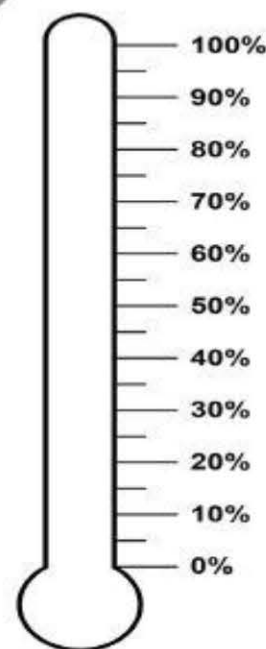
متعب



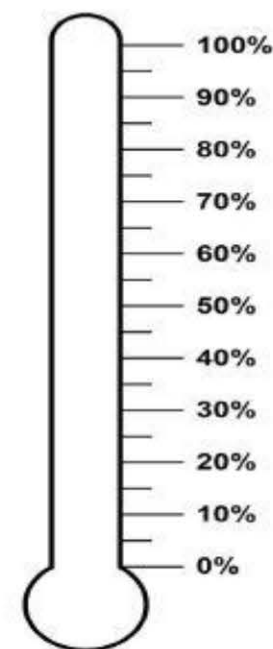
حزين



سعيد

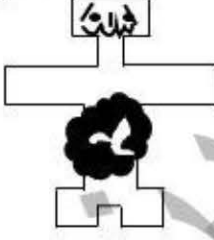
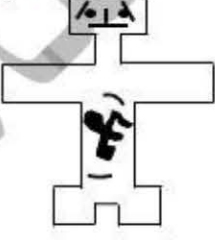
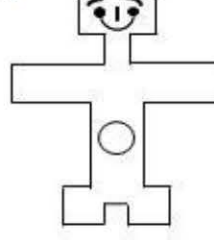


خائف



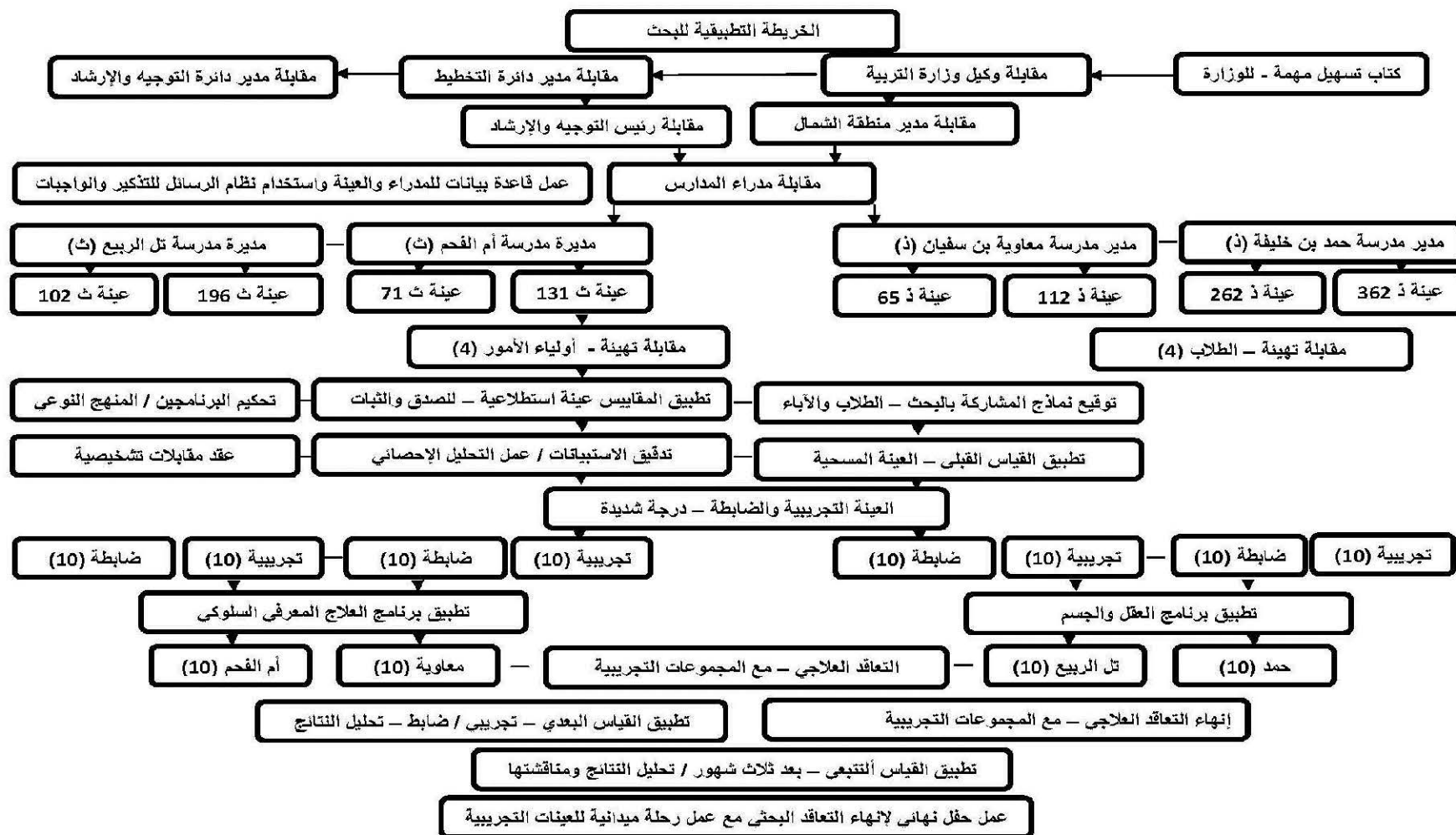
منزعج

ورقة تقدير الكثافة

كبرى جداً مشكلة كبرى يجب عليّ التوقف عما أفعله	كثيراً المشكلة قادمة في الطريق	بعض أكثر من قليل لكن أستطيع التعامل معها	قليلاً جزء صغير من مشكلة	ليست مشكلة أبداً
4 شديد جداً 	3 شديد 	2 متوسط 	1 خفيف 	0 لا 

ملحق رقم (7)
الخريطة التطبيقية للبحث

Shaheen- oma



ملحق رقم (8)
نماذج مقتبسة من آراء المحكمين

Plan L gemeinnützige GmbH
ein anerkannter Träger der freien Jugendhilfe

www.planl-leipzig.de

Plan L, Breitenfelder Straße 2, 04155 Leipzig

Erziehungs- und
Familienberatungsstelle
Breitenfelder Straße 2
04155 Leipzig

Kerstin Rudloff

E-Mail: kerstin.rudloff@planl-leipzig.de

Fax 0341 200030399
Telefon 0341 20003030

التحكيم العلمي للبرنامج العلاج المعرفي السلوكي الجماعي لاضطراب ما بعد الصدمة للمراهقين

إعداد وتصميم:
عمر وليد شاهين

تحكيم د جاسم المنصور مركز بلان ل للإرشاد والعلاج النفسي التحكيم بصورة عامة:

• عنوان البرنامج:

في البداية أود أن أتطرق في تحكيم المادة العلمية للسيد عمر شاهين بأن أتناول الجانب العام منه قبل أن أدخل في التفاصيل. من الواضح جداً بأن السيد شاهين بذل جهداً كبيراً من أجل إخراج هذا البرنامج إلى النور، وأشكره كثيراً لهذه التحفة العلمية والتي سوف تفيد الكثير من المختصين والمتعرضين لصددمات، ليس فقط في فلسطين وإنما لكل الناطقين باللغة العربية. أود أن أتطرق لعنوان البرنامج، إن السيد شاهين وفق لدرجة كبيرة باختيار العنوان، وأجد أن العنوان يمثل المحتوى الذي يتضمنه البرنامج. كما أجد أن العنوان واضحاً خالياً من اللبس والغموض بالنسبة للقارئ. كما أنه محدد ومختصر وملائم للتخصص الدقيق الذي تجرى فيه الدراسة. لقد وفق الباحث باختياره عنوان البحث بالابتعاد عن العمومية والعبارات المتكلفة.

• التعريف بموضوع البرنامج، وتوضيح أهميته:

لقد نجح الباحث بإعطاء فكرة جيدة عن البحث، بحيث أتاح فرصة جيدة للقارئ أن يتعرف على البرنامج من خلال الشرح والوصف الذي قدمه السيد شاهين. كما وفق بربط موضوعه بدراسة سابقة لها علاقة بنفس محتوى البرنامج. كما أود أن أذكر بأن الباحث أورد مسوغات جيدة من أجل القيام بالبحث، منها تعرض سكان أهل غزة بين الحين والآخر إلى صدمات، وحاجة المجتمع العربي لمثل هذه البرامج. عند التطرق لذكر الأهداف، نجد أن السيد شاهين قسم الأهداف إلى قسمين: الهدف العام والأهداف العلاجية. فبالنسبة للأهداف العامة قسمت إلى جزئين : الأول موجه للفئة العمرية المعينة، والثاني هو محتوى البرنامج. فالأهداف العامة التي صاغها الباحث ركزت على فئة عمرية من المراهقين من الصف العاشر والحادي عشر. وهنا من وجهة نظري كان من الأفضل أن يعمم البرنامج على كل فترة المراهقة من 12 إلى 17 سنة.

أما بالنسبة للجزء الثاني من الهدف العام: هو خفض حدة أعراض الصدمة من خلال التقنيات العلاجية التي سوف تستخدم بالبرنامج، فأجد أن الباحث قد وفق في اختيار الهدف وفي اختيار التقنيات لتحقيقه. بالنسبة للهدف العلاجي قسم الباحث هذا الهدف إلى أهداف فرعية يمكن أن نصنفها في ثلاث مجموعات: الأولى تعارفي وبناء العلاقة العلاجية وفهم الأدوار داخل المجموعة، لقد نجح الباحث بهذا الهدف. ولكن لي بعض الملاحظات عليه، وهي أنه لم يُظهر بشكل واضح طريقة التعارف وطريقة بناء العلاقة العلاجية بين المعالج وأعضاء المجموعة. والهدف الثاني هو هدف يسعى الباحث منه على أن يتعرف أعضاء المجموعة على الاضطراب وأعراضه وأسبابه وعلاجه. أجد أن الباحث هنا وفق في الاختيار، إلا أنني أجد مصطلح التنقيف النفسي أفضل من مطلق التعرف على الاضطراب، لأنه يشمل كل ما يتعلق به. نأتي إلى الهدف الثالث وهو الهدف العلاجي والذي قسمه الباحث إلى عدد من الأهداف الفرعية ويشمل خطوات العلاج المعرفي لاضطرابات ما بعد الصدمة. من الناحية العلاجية وفق الباحث بتغطية جميع خطوات العلاجي المعرفي إلا أن هناك بعض الاختلافات في استخدام المصطلحات إلا أنها بقيت مفهومة عند الباحث.

كما حدد الباحث لبحثه أهداف أخرى فرعية مثل الهدف الوقائي، وهو اكتساب التقنيات المهمة من أجل مواجهة مشاكل مماثلة لهذه المشكلات التي يواجهها الفرد. أجد أن هذا الهدف من الأهداف المهمة التي تفتقدها برامج كثيرة، لذلك وفق الباحث باختياره لهذا الهدف وسد ثغرة من النقص في الأدبيات النفسية في المجتمع العربي. كما حدد الباحث لبحثه هدف تربوي وانفعالي إلا أنني أجده تكراراً للأهداف العلاجية، حيث يمكن أن يتضمن هدف التعرف على الاضطراب الهدف التربوي الذي أسميته أنا بهدف التنقيف النفسي. كذلك ينطبق الكلام على الأهداف الانفعالية، فالتوسيع بالهدفين جيد ولكن لم يكن ضرورياً.

أما بالنسبة لتوضيح الأهمية فقد ذكر الباحث العديد من الأسباب التي تجعل هذا العمل ذو قيمة، وذكر السبب في قيامه بهذا البرنامج. لقد وفق الباحث في إيجاد أسباب القيام في إنشاء هذا البرنامج الإرشادي العلاجي.

كما أورد الباحث شيئاً جديداً في برنامجه وهو الأسس التي بنى عليها برنامجه، فلم يقتصر الباحث على الأسس النفسية إنما توسع بالأسس حتى شملت الفلسفية والاجتماعية والتربوية والفسولوجية والإدارية. وهذه نقطة إضافية جديدة نادراً ما تراعى في البرامج العلاجية.

بالنسبة إلى اختيار المصادر والمراجع العلمية لبرنامج، هنا أجد أن الباحث اعتمد على بعض المراجع التي يرجع إصدارها تقريباً أكثر من عشر سنوات، وكان من الأفضل له أن يحاول إيجاد مراجع حديثة عربية أو أجنبية أو على الأقل ذكر أنه حاول ولكن للأسف لم يجد.

بالنسبة إلى مخطط البرنامج، لقد قام الباحث بوضع مخطط واضح وسهل الفهم للقارئ، سواء كان مختصاً أو غير مختص. وهنا أجد أن الباحث وُفق ولدرجة كبيرة في وضعه لمخطط برنامج الإرشادي. كما نجح الباحث في السير بخطوات البرنامج على نفس خطوات البحث العلمي، فبدأها في تقسيم المجموعة إلى مجموعتين: ذكور وإناث. ثم قام بالتعريف بأهداف البرنامج وبمحتواه والتقنيات العلاجية والقياس القبلي، ثم تطبيق البرنامج على المجموعة، ثم التقييم البعدي وتقييم بعدي بعد ثلاثة أشهر. لقد وفق الكاتب وبصورة جيدة في اتباع المعايير العلمية لتقييم تطبيق برنامج إرشادي، كما قام الباحث بتقسيم أفراد المجموعات إلى مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة. حيث قام الباحث بتطبيق الاختبار القبلي وتطبيق البرنامج فقط على المجموعة التجريبية، وبعد التطبيق قام بالقياس مرة أخرى على المجموعتين من أجل معرفة التغيرات التي طرأت على مجموعة البحث بسبب تطبيق البرنامج عليهم.

ذكر الباحث الخطوات التي اتبعها في إعداد هذا البرنامج. فبدأ بذكر الخطوات العامة مثل خلفية الباحث العلمية والخبرات التي لديه، كما ذكر مصادر الدعم له في إعداد هذا البرنامج مثل المشرفين على العيادات والمراكز والدراسات السابقة.

كما ذكر الباحث الخطوات التي اتبعها في إعداد هذا البرنامج ابتداء من الخطوة التقييمية قبل التدخل وكل ما يلزم من معلومات وأمور إدارية (اختيار الاختبارات، موافقة الأهل، إيجاد العينة... الخ)، إلى الخطوة الثانية وهي التدخل المهني، حيث قام الباحث بتحليل المعلومات التي حصل عليها من الاختبارات القبليّة ومن المجموعتين الضابطة والتجريبية من أجل التعرف على الجوانب التي يجب أن تتغير من خلال تطبيق البرنامج، ومن أجل اختيار التقنيات العلاجية من المدرسة المعرفية المناسبة لذلك. كما اشتملت هذه الخطوة على التطبيق الفعلي للبرنامج حسب الخطوات التي وضعها الباحث. ثم أتبعها الباحث بالخطوة الثالثة والأخيرة وهي الخطوة التحليلية للنتائج والتي أطلق عليها الباحث مرحلة الانتهاء، وتشمل كذلك تحليلاً للنتائج وتحليلاً على المستوى الكيفي والكمي لنتائج الاختبارات البعدية. لقد نجح الباحث إلى درجة جيدة في هذا التقسيم الذي له مردود إيجابي على تطبيق البرنامج. من الناحية الإدارية والشكلية لم ينس الباحث هذا الجانب وقام بتنظيمه بصورة جيدة. فقد راعى الباحث الوقت الزمني للأعضاء، واختيار المكان، وعدد الأعضاء، والزمن بين الجلسات. كما وُفق الباحث أيضاً في تقسيم الجلسة الواحدة من خلال إيجاد ثلاثة مراحل لمحتوى الجلسة: دائرة البدء ودائرة المركز ودائرة الانتهاء. أجد أن الباحث وُفق في هذا التقسيم الذي يساعده على التحكم بمسيرة الجلسة وضبطها. كما قام الباحث بعمل جلستين توضيحتين تتقويتين حول البرنامج ومحتوياته لأهل المراهقين وإعطاء وقت لتقييم كل جلسة، وهذه ظاهرة إيجابية في هذا البرنامج. كما وضع الباحث بروتوكول للبرنامج الإرشادي.

• تحكيم البرنامج العلاجي

لقد قام الباحث بوضع مخطط توضيحي للبرنامج الإرشادي مؤلف من 14 جلسة، كما قام الباحث بتنظيم وتوضيح كل جلسة من خلال هذا المخطط. عندما يقوم القارئ بقراءة هذا المخطط، يُكوّن صورة واضحة عن بنية البرنامج، وهذه إيجابية للباحث وقدراته العلمية والتنظيمية.

ففي الجلسة الأولى والتي تتعلق بالتعارف، وضع الباحث الخطوات المتبعة في هذه الجلسة بشكل واضح، بحيث تكون الجلسة منظمة ومخططة بشكل جيد. قام البحث بتقسيم المخطط التوضيحي إلى محاور أساسية: الأول: رقم الجلسة والثاني: عنوان الجلسة والثالث: أهداف الجلسة والرابع: محاور التدخل والخامس: استراتيجيات التدخل. فقد نجح الباحث باتباع المعايير العالمية لبناء جلسات البرامج العلاجية.

• فيما يتعلق بمحتوى كل جلسة سوف أتطرق إلى مضمونها على انفراد:

في الجلسة الأولى والتي تحمل عنوان التعارف وبناء الحلف، تطرق الباحث إلى كيفية القيام بالتعارف ووضع لها تقنيات توصلنا إلى أهداف هذه الجلسة. فقد بين الباحث في هذه الجلسة كيف يتم التعارف بين المعالج وأعضاء المجموعة، وبين أعضاء المجموعة، وكذلك إعطاء فكرة عن البرنامج وأهدافه، وفكرة عن الطرائق المعرفية العلاجية. نجح الباحث باستخدام هذه التقنيات في الوصول إلى هدف الجلسة.

الجلسة الثانية تطرق فيها الباحث إلى تعريف أعضاء المجموعة على الاضطراب ونشأته وأسبابه وطرقه العلاجية، ونجح الباحث بإعطاء فكرة جيدة عن هذا الاضطراب، إلا أنه في الأدبيات العالمية النفسية يفضل استخدام مصطلح التثقيف النفسي.

كما أنني أجد نقصاً في هذه المعلومات التثقيفية، مثلاً أفنقد شرح الأعراض بطريقة تفصيلية ك:

- إعادة معايشة الحدث الصادم (أفكار، صور، أحلام، ردود فعل فسيولوجية)، دور الذاكرة وشرح عملية تخزين الحدث الصادم فلاش باك.
- التجنب على كل المستويات: أفكار ومشاعر وسلوكيات وأشخاص وأماكن، أو استخدام طرائق أخرى مثل المخدرات والكحول.
- الأعراض الانفعالية: مثل اضطرابات النوم، مشاكل في التركيز، الانزعاج، العدوانية، الحساسية الزائدة... الخ
- كما أجد نقصاً في شرح العوامل التي تساهم في تثبيت هذا الاضطراب.

الجلسة الثالثة: من خلال هذه الجلسة أراد الباحث أن يكتسب أعضاء المجموعة استراتيجيات تساعد على التكيف والتنشيط السلوكي. لقد حدد الباحث أهداف واضحة لهذه الجلسة مثل التعرف على استراتيجيات التكيف الآمن والغير آمن، ممارسة أنشطة ممتعة، ممارسة الأنشطة الروتينية الاعتيادية. لقد وفق الباحث في اختيار المحاور

والطرائق العلاجية لتحقيق هذا الهدف، ولكن كان من الأفضل إعطاء لمحة عن التكيف ومشاكل التكيف للأعضاء من أجل أن تكون الصورة واضحة لهم.

يدور موضوع الجلسة الرابعة والخامسة حول الأفكار الأتوماتيكية والبناء المعرفي والتشوهات المعرفية والاضطرابات والعلاقة بينهم وبين الاضطرابات، والعلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات. لقد نجح الباحث بصياغة الهدف بطريقة جيدة، كذلك الاختيار للمحاور والاستراتيجيات كان موفقاً من أجل تحقيق هذا الهدف. إلا أنني أفتقد هنا نقطتين: الأولى شرح العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات من خلال نموذج ABC، وأنواع الأفكار اللاعقلانية، من أجل إعطاء فكرة لأعضاء المجموعة عن هذه الأفكار والمشاعر والسلوكيات التي تنتج عنها.

أما فيما يتعلق بالجلسة الخامسة إلى الثامنة، والتي ركز الباحث فيها على هدف التعامل مع الذكريات الصادمة، نجد أن الباحث قد اختار هدف جيد لهذه الجلسات، كما اختار المحاور والطرائق العلاجية. ولكن أفتقد طرائق مواجهة الذكريات مثل العرض أو كتابة الذكريات كتقرير أو قصة.

في الجلسة التاسعة والعاشره عالج الباحث هدف التعامل مع التيقظ والإثارة والتحصين ضد الضغوطات، لقد تعامل الباحث مع هذه النقطة المهمة بصورة جيدة كما كان اختياره للمحاور والطرائق موفقاً.

بينما حدد الباحث للجلسات الحادية عشر والثانية عشر والثالثة عشر معالجة التجنب كهدف علاجي، لقد وفق الباحث إلى درجة كبيرة في اختيار هذا الهدف وتحديد المحاور والاستراتيجيات من أجل تحقيقه. فقد اختار البحث طريقة تقسيم هذا الهدف إلى أهداف فرعية، وعالج كل هدف فرعي في جلسة. وأجد هذه الطريقة ذات جدوى أكثر من وجود هدف كبير حول معالجة مشكلة التجنب.

أما الجلسة الأخيرة، فقد اختار الباحث لها كيف أتحدى مشكلتي ومخاوفي كهدف لهذه الجلسة الأخيرة. اختار الباحث هذه النقطة لمساعدة أعضاء المجموعة على التعرف على مشاكلهم وتصنيفها واستخدام طرق حل المشكلات في مواجهتها. لقد وفق الباحث في اختيار الهدف والاستراتيجيات.

• تلخيص التحكيم:

أجد أن الباحث وفق إلى درجة كبيرة في تزويد الأدبيات النفسية العلاجية ببرنامج غني ومفيد ويساعد المحتاجين للدعم بصورة كبيرة. هو برنامج ذو بنية واضحة، خُطط له بطريقة شفافة تعتمد على المعايير العلمية. لقد راعى الباحث في اختياره لموضوع البرنامج وأهدافه ومحاوره واستراتيجياته الخطوط العلمية للطريقة المعرفية التي اعتمد عليها البحث في برنامجه. كما أن الباحث اعتمد على طرائق جانبية مفيدة إلى جانب الطرائق المعرفية، مثل الاسترخاء الحوارات، العرض، التقارير حول الصدمة، العصف الذهني، حوار ونقاش العمل الجماعي، أسلوب المعرض العمل الفردي المحاضرة.